



ENQUETE DE BASE

Approche de la CONVERGENCE

Dans 3 zones pilotes et leurs zones témoins



NSELE & MALUKU I



KABALO & NYUNZU



KIPUSHI & RUASHI

Rapport final

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	1
EQUIPE DE L'ENQUETE	1
ABREVIATIONS.....	2
AVANT-PROPOS.....	3
RESUME EXECUTIF	4
INTRODUCTION.....	5
I. MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE	6
I.1. OBJECTIFS DE L'ENQUETE	6
I.2. STRATEGIE D'ENQUETE	6
I.3. REpondants	6
I.4. ECHANTILLONNAGE	7
I.4.1. Choix des zones	7
I.4.2. Enquête ménages	7
I.5. FORMATION DES ENQUETEURS	9
I.6. COLLECTE DE DONNEES	10
I.6.1. Données quantitatives	10
I.6.2. Données qualitatives	10
I.6.3. Contrôle de qualité	11
I.7. TRAITEMENT DES DONNEES	12
I.8. CONSIDERATIONS ETHIQUES	12
I.9. DEFIS METHODOLOGIQUES	12
II. RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE	13
NSELE ET MALUKUI	14
I. FAITS SAILLANTS A NSELE ET MALUKU I	15
II. CONTEXTE	17
III. SITUATION DE REFERENCE DES INTERVENTIONS PRIORITAIRES	18
III.1. Caractéristiques des enfants du ménage	18
III.2. Enregistrement des naissances	18
III.3. Vaccination des enfants	20
III.4. Alimentation de complément.....	21
III.5. Education primaire de qualité	22
III.6. Accès à l'eau potable.....	23
III.7. Gouvernance locale et dynamique communautaire	24
EN RESUME.....	26
KABALO ET NYUNZU	28
I. FAITS SAILLANTS A KABALO ET NYUNZU	29
II. CONTEXTE	31

III. SITUATION DE REFERENCE DES INTERVENTIONS PRIORITAIRES	32
III.1. Caractéristiques des enfants du ménage	32
III.2. Enregistrement des naissances	32
III.3. Vaccination des enfants	33
III.4. Alimentation de complément.....	34
III.5. Education primaire de qualité	35
III.6. Accès à l'eau potable.....	37
III.7. Gouvernance locale et dynamique communautaire	38
EN RESUME.....	44
KIPUSHI ET RUASHI	45
I. FAITS SAILLANTS A KIPUSHI ET RUASHI	46
II. CONTEXTE	48
III. SITUATION DE REFERENCE DES INTERVENTIONS PRIORITAIRES	49
III.1. Caractéristiques des enfants du ménage	49
III.2. Enregistrement des naissances	49
III.3. Vaccination des enfants	50
III.4. Alimentation de complément.....	52
III.5. Education primaire de qualité	53
III.6. Accès à l'eau potable.....	54
III.7. Gouvernance et leadership local.....	55
EN RESUME.....	57
III. CONSTATS ET RECOMMANDATIONS.....	59
ANNEXES : Outils de collecte de données.....	61
Introduction à l'enquête et formulaire de consentement.....	61
Questionnaire ménages.....	61
Guides d'entrevue avec les informateurs-clés	61
Fiche de collecte de données administratives.....	61
Plan d'analyse des données.....	61

EQUIPE DE L'ENQUETE

Nom et titre	Rôle dans l'enquête
Dr Lynda Olivier REY, Spécialiste en Santé publique et en Analyse et Evaluation des interventions de santé de l'Université de Montréal (Canada), Enseignante à l'Ecole Nationale d'Administration Publique de Québec (Canada)	Consultante Internationale, chargée de l'enquête
Abdoulaye SEYE, Chef Planification UNICEF Kinshasa	Superviseur de l'enquête, Membre du Comité de pilotage (CP)
Frederic UNTERREINER, Chef Politique Sociale et Evaluation UNICEF Kinshasa	Président du CP de l'enquête
Oumar Ndao GNING, Chargé Suivi UNICEF Kinshasa	Coordonnateur technique de l'enquête, Membre du CP
Michele SEROUSSI, Spécialiste Suivi et Evaluation UNICEF Kinshasa	Membre du CP de l'enquête
Flavien MULUMBA, Chargé de Planification, Suivi et Evaluation UNICEF Bureau Ouest Kinshasa	Point focal technique de l'enquête pour Nsele et Maluku I
Nestor LETA, Chef de Division provinciale du Plan Kinshasa	Coordinateur enquêtes ménages pour Nsele et Maluku I
Josué LEMBA, Ingénieur de Travaux Statistiques, INS Kinshasa	Superviseur des enquêtes ménages à Maluku I
Patricia MBOMBO, Ingénieur de Travaux Statistiques, INS Kinshasa	Superviseur des enquêtes ménages à Nsele
Popaul Malamba Mpinga, Chargé Planification, Suivi et Evaluation UNICEF Lubumbashi	Point focal technique de l'enquête pour Kipushi et Ruashi
Albert Bope KUETE, Directeur provincial de l'INS Ex Katanga	Coordinateur enquêtes ménages pour Kipushi et Ruashi
Jonas MPOY, Ingénieur de Travaux Statistiques, INS Ex Katanga	Superviseur des enquêtes ménages à Ruashi
Espoir Kitapa MUKANGE, Cadre Technique, INS Ex Katanga	Superviseur des enquêtes ménages à Kipushi
Albert MBAYO, Chargé de Suivi et Evaluation, UNICEF Kalemie	Point focal technique de l'enquête pour Kabalo et Nyunzu
Reverend ABEL, Coordonnateur PEV BCZ Nyunzu	Superviseur des enquêtes ménages à Nyunzu
Serge NGE, Informaticien	Superviseur et Agent de saisie enquêtes ménages à Nyunzu
Kungwa Makuwa ROSIE, Agent de Développement	Superviseur des enquêtes ménages à Kabalo
Modeste MILABYO, Agent de Développement	Superviseur et Agent de saisie enquêtes ménages à Kabalo
Les Points focaux Suivi et Evaluation des sections nationales UNICEF Kinshasa	Membres du CP de l'enquête
Environ 90 enquêteurs auprès des ménages (30 par paire de zone de convergence-zone témoin)	

ABREVIATIONS

AC	Approche Convergence
ACom	Animateur communautaire
ANAPECO	Association nationale des parents d'élèves et étudiants du Congo
COPA	Comité de parents d'élèves
APEC	Association des Parents d'Élèves Catholiques
APEP	Associations des Parents d'Élèves Protestants
AT	Administrateur du territoire
BCZ	Bureau central de zone
CAC	Cellule d'animation communautaire
C4D	Communication pour le développement
CFC	Child-Friendly Communities (CFC)/communautés amies des enfants
CLD	Comités Locaux de Développement
CODEV	Comité de développement
COCODEV	Comité communal de développement
COPA	Comité des parents d'élèves
COVILA	Comité villageois
DHIS	District Health Information Software
DIVINTER	Division provinciale de l'Intérieur
DPS	Division provinciale de la santé
DVDMT	District Vaccination Data Management Tool
EHA	Eau, hygiène et assainissement
EPSP	Enseignement primaire, secondaire et professionnelle
PFE	Pratiques familiales essentielles
MCZ	Médecin chef de zone
OAC	Organisation à assise communautaire
PAO	Plan annuel opérationnel
RDC	République Démocratique du Congo
RECO	Relais communautaires
SD	Sous-division éducationnelle
SP	Sous-proved
SEHA	Superviseur Eau, Hygiène et assainissement
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
TB	Tuberculose
ZS	Zone de santé

AVANT-PROPOS

Face à ces défis humanitaires et de développement, UNICEF-RDC et le Gouvernement congolais ont décidé d'expérimenter une approche de programme différenciée afin de remédier aux vulnérabilités et aux disparités en matière de droits de l'enfant : l'approche convergence (AC)¹. A travers cette initiative, UNICEF envisage concevoir et déployer une action multisectorielle en RDC afin de répondre de façon holistique aux besoins des enfants tout au long de leur cycle de vie de façon à contribuer effectivement à la réalisation de leurs droits.

L'UNICEF a décidé de réaliser une enquête de base de juillet 2019 à janvier 2020 visant à recueillir des données de référence de qualité dans trois zones de convergence soit les zones de santé pilotes de N'sele (Kinshasa), Kipushi (Katanga) et Kabalo (Tanganika), et de leurs zones témoins respectives (Maluku I, Ruashi et Nyunzu).

Le présent rapport présente les résultats de cette enquête ainsi que des recommandations visant à permettre une mise en œuvre efficace et efficiente de l'approche au sein des zones de santé ciblées.

Ce travail a été rendu possible grâce à la mobilisation extraordinaire de tous les acteurs de tous les niveaux, des membres des communautés visités, du personnel de l'UNICEF des bureaux de terrain et du Bureau national, en particulier toute l'équipe Planification des Programmes, Suivi et Gestion des Connaissances (PPMK).

Un remerciement particulier au Chef de section Monsieur Abdoulaye Seye et au Chargé de Suivi des Programmes, Monsieur Oumar Ndao Gning qui ont mobilisé les ressources et les expertises requises pour la réalisation de ce travail.

¹ Voir Document de la conception méthodologique pour les détails

RESUME EXECUTIF

Le but de l'enquête est de fournir un état des lieux des zones de santé ciblées avant le déploiement intégral de l'approche convergence. Il s'agit spécifiquement de 1) fournir des estimations actualisées des indicateurs relatifs aux interventions prioritaires de la convergence (enregistrement des naissances, vaccination, alimentation de complément, éducation primaire de qualité et accès à l'eau potable) ; 2) recueillir des données associées aux caractéristiques et situation actuelle des zones enquêtées, au fonctionnement de plateformes d'harmonisation des actions de développement et des appuis reçus des partenaires techniques et financiers, aux enjeux de planification, mise en œuvre, suivi-évaluation des projets, à la gouvernance et au leadership exercés au niveau local, aux aspects transversaux d'équité et de genre et enfin, 3) de documenter les perceptions des répondants quant au niveau de connaissance, compréhension et pertinence de l'approche convergence ainsi que les facteurs facilitants et contraintes à la mise en œuvre de l'approche.

420 ménages ont été ciblés dans chaque zone de santé et le nombre de ménages échantillonnés pour la zone de santé a été réparti entre les aires de santé de la zone proportionnellement à leurs nombres de ménages respectifs. Et au sein de chaque aire de santé des villages ont été tirés au hasard pour recevoir les enquêteurs. Au niveau du ménage, les répondants au sondage étaient les mères ou les tuteurs des enfants en charge des soins des enfants. Quant aux entrevues semi-dirigées les répondants ont été les médecins de zones de santé, tandis que les répondants pour le volet éducation ont été les responsables de divisions éducatives. L'administrateur du territoire, les officiers ou préposés à l'état civil ont été interrogés au niveau des bureaux d'état civil de la commune ou du territoire. Enfin, des groupes de discussions ont été organisés au niveau de la communauté avec les relais communautaires (RECO) et les cellules d'animation communautaire (CAC).

Les caractéristiques sociodémographiques des enfants sont assez similaires entre les zones couvertes où il y a plus de filles (51%) que de garçons (49%), exception faite de Kabalo où la proportion de garçons est plus élevée (51.5%) que celle des filles (48.5%).

Les couvertures actuelles des interventions prioritaires du paquet minimum de la convergence sont relativement similaires entre les zones de convergence pilotes et leurs zones témoin. Elles diffèrent faiblement et présentent toutes des gaps importants à couvrir pour le bien-être des enfants.

Les données révèlent qu'en matière de dynamique de la convergence, le leadership provincial et local (territorial ou communal) est déterminant dans la coordination des différentes interventions et des partenaires techniques et financiers.

Dans les zones de convergence, le leadership naturel de la santé s'impose dans la mise en œuvre de la convergence, notamment du fait que plusieurs indicateurs pris en compte dans l'approche convergence sont sous la responsabilité de la DPS et du BCZ : vaccination, aliment de complément et eau potable. Lorsque la collaboration se fait entre la Santé, l'Éducation et l'Etat civil, les performances sont plus fortes. C'est le cas notamment des zones de convergence de Nsele et Kipushi. Par contre, ce constat n'a pas été fait à Kabalo, qui a un cadre moins favorable que celui de Nyunzu, la zone témoin.

Dans tous les cas, il apparaît très clairement que la *dynamique communautaire* est positivement associée aux performances de la convergence. Les zones où celle-ci est bien organisée sont celles où les conditions des enfants dans les ménages sont améliorées.

INTRODUCTION

La République Démocratique du Congo (RDC) est l'un des plus grands pays d'Afrique francophone qui possède d'immenses ressources naturelles et une population estimée à 80 millions d'habitants en 2018, dont moins de 40 % vivent en milieu urbain. Ce pays dispose du potentiel nécessaire pour devenir l'une des locomotives de croissance du continent africain. Pourtant, cette richesse contraste avec une instabilité politique et la situation d'extrême pauvreté dans laquelle vit près de 78% de la population².

Le contexte congolais ne facilite pas la mise en œuvre de stratégies favorables à l'épanouissement des enfants et à la pleine réalisation de leurs droits. En effet, le pays reste marqué par des besoins humanitaires croissants, dans les domaines tels que l'accès à l'eau potable, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, la couverture vaccinale, etc. A cela s'ajoutent des nombreuses crises humanitaires, exacerbées par une récente épidémie de la maladie à virus Ébola et le désengagement progressif des bailleurs de fonds.

Face à ces défis humanitaires et de développement, UNICEF-RDC et le Gouvernement congolais ont décidé d'expérimenter une approche de programme différenciée afin de remédier aux vulnérabilités et aux disparités en matière de droits de l'enfant : l'approche convergence (AC)³. A travers cette initiative, UNICEF envisage concevoir et déployer une action multisectorielle en RDC afin de répondre de façon holistique aux besoins des enfants tout au long de leur cycle de vie de façon à contribuer effectivement à la réalisation de leurs droits.

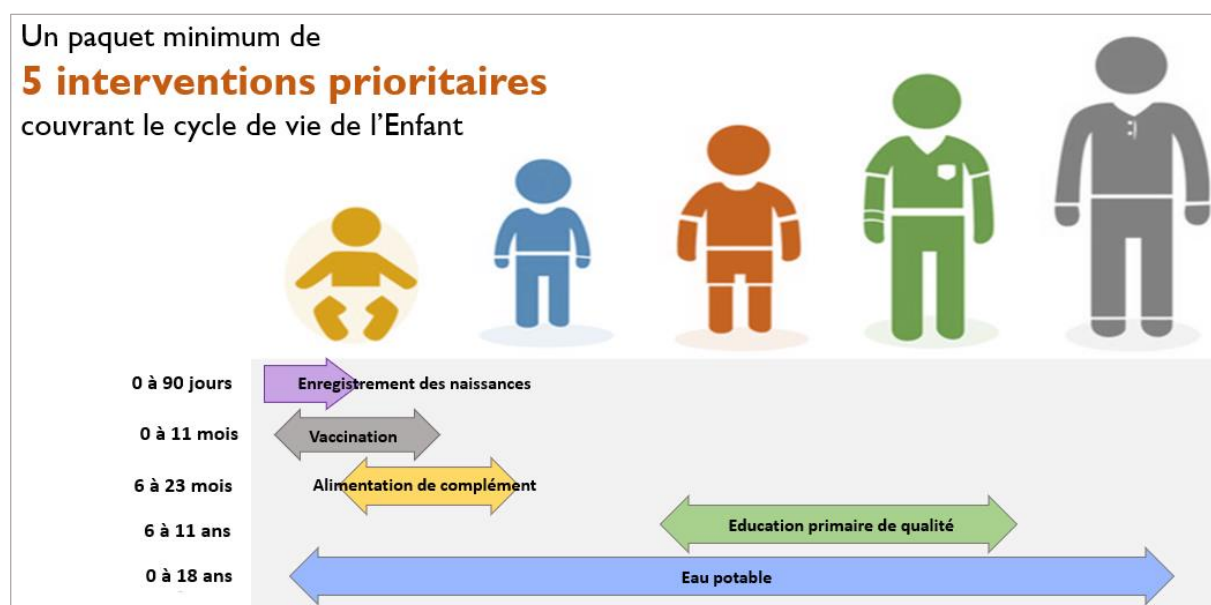


FIGURE 1 : PAQUET MINIMUM DE LA CONVERGENCE

UNICEF-RDC a sollicité les services d'une consultante dans le but d'appuyer la conception d'une théorie de changement de l'AC et de mettre à disposition un cadre de suivi-évaluation permettant d'apprécier les résultats et de démontrer la valeur ajoutée de l'approche. Dans cette perspective, la première étape a consisté au développement d'une note méthodologique intégrant un protocole d'enquête afin de permettre la réalisation **d'une étude de base visant à recueillir des données**

² Banque mondiale, 2019

³ Voir Document de la conception méthodologique pour les détails

de référence de qualité dans trois zones de convergence soit les zones de santé pilotes de Nsele (Kinshasa), Kipushi (Katanga) et Kabalo (Tanganika), **et de leurs zones témoins respectives** (Maluku I, Ruashi et Nyunzu).

Les prochains paragraphes se déclinent comme suit : la première partie décrit la méthodologie de l'enquête, ensuite les résultats sont présentés selon la paire zone de convergence et zone témoin associée, et enfin des recommandations sont proposées pour la mise en œuvre de l'approche convergence.

I. MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

I.1. OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE

Le but de l'enquête est de fournir un état des lieux des zones de santé ciblées avant le déploiement intégral de l'approche convergence. Il s'agit spécifiquement de 1) fournir des estimations actualisées des indicateurs relatifs aux interventions prioritaires de la convergence (enregistrement des naissances, vaccination, alimentation de complément, éducation primaire de qualité et accès à l'eau potable) ; 2) recueillir des données associées aux caractéristiques et situation actuelle des zones enquêtées, au fonctionnement de plateformes d'harmonisation des actions de développement et des appuis reçus des partenaires techniques et financiers, aux enjeux de planification, mise en œuvre, suivi-évaluation des projets, à la gouvernance et au leadership exercés au niveau local, aux aspects transversaux d'équité et de genre et enfin, 3) de documenter les perceptions des répondants quant au niveau de connaissance, compréhension et pertinence de l'approche convergence ainsi que les facteurs facilitants et contraintes à la mise en œuvre de l'approche.

I.2. STRATEGIE D'ENQUÊTE

Pour réaliser cette enquête de base, nous avons opté pour un devis mixte concomitant (Johnson et Onwuegbuzie, 2004). Les données quantitatives et qualitatives ont été collectées et analysées en parallèle afin d'obtenir des informations complémentaires sur les différents indicateurs ciblés et les thèmes couverts en entrevue. L'analyse en particulier a fait l'objet d'une intégration et de la triangulation des données issues du questionnaire et des entrevues avec les informateurs-clés. La démarche adoptée fut participative et a impliqué tous les acteurs qui jouent ou devraient jouer un rôle dans la mise en œuvre de l'approche convergence dans la zone de santé.

I.3. REpondants

Deux types de collecte de données - une enquête ménages, des données secondaires des entrevues avec des informateurs-clés œuvrant au niveau des centres de santé et des divisions institutionnelles et des groupes de discussion - ont été réalisés afin d'offrir une image complète des zones de convergence et témoins avant le déploiement intégré des interventions. Au niveau du ménage, les répondants étaient les mères ou les tuteurs des enfants, qui sont normalement en charge des soins des enfants⁴.

Quant aux entrevues semi-dirigées les répondants ont été les médecins de zones de santé, tandis que les répondants pour le volet éducation étaient les responsables de divisions éducatives.

⁴ Duflo E. Grandmothers and granddaughters: old-age pensions and intrahousehold allocation in South Africa. *World Bank Econ Rev* 2003; 17:1–25.

L'administrateur du territoire, les officiers ou préposés à l'état civil ont été interrogés au niveau des bureaux d'état civil de la commune ou du territoire. Enfin, nous avons organisé des groupes de discussions au niveau de la communauté avec les relais communautaires (RECO) et les cellules d'animation communautaire (CAC).

1.4. ECHANTILLONNAGE

1.4.1. Choix des zones

Les activités de convergence ont démarré dans trois zones de santé pilotes - les zones de santé de Nsele (Kinshasa), Kipushi (Katanga) et Kabalo (Tanganika), qui ont servi de terrain pour la collecte de données de référence. Une zone de santé témoin a été identifiée pour chacune de ces zones de convergence pilotes sur la base des critères suivants :

- Zone de déprivation de droits pour les enfants
- Zone présentant des caractéristiques démographiques et socio-économiques similaires
- Zone où est actuellement mise en œuvre au moins une intervention UNICEF
- Accessibilité des plateformes de mise en œuvre (ménages, structures de santé, écoles, bureaux d'état civil)
- Potentielle future zone de convergence lors d'une prochaine phase

Donc au total, les enquêtes ont été menées dans 6 zones de santé : 3 zones de convergence pilotes (Nsele, Kabalo et Kipushi) et 3 leurs zones témoins respectives (Maluku I, Nyunzu et Ruashi).

1.4.2. Enquête ménages

Dans chaque zone de santé, nous avons procédé à un échantillonnage aléatoire stratifié représentatif pour sélectionner les ménages à enquêter. Cette méthode cherche à retrouver dans l'échantillon les mêmes proportions pour chacune des strates selon les caractéristiques choisies pour l'étude dans la population visée.

Pour cela, nous avons d'abord calculé la taille de l'échantillon minimum requis à partir du nombre total de ménages de la zone de santé considérée.

En supposant une marge d'erreur de 5 points de pourcentage, un niveau de confiance de 95%, la taille de l'échantillon de ménages par zone de santé a été estimée à partir de la formule suivante.

$$\text{Taille de l'échantillon} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 \times N} \right)}$$

z : étant z-score, qui est le nombre d'écarts standard d'une proportion donnée par rapport à la moyenne. Pour le niveau de confiance de 95% souhaité, z sera de 1,96 ;

e : étant de 0,05, correspondant à la marge d'erreur de 5 point de pourcentage

p : étant la proportion, estimée de la population qui présente la caractéristique (cette proportion étant inconnue, on utilise $p = 0,5$, soit 50% pour maximiser ainsi l'échantillon)

N : étant le nombre total de ménages dans l'aire de santé considérée

Par exemple, pour la zone de santé de Kabalo disposant de 46 309 ménages, la taille minimum de l'échantillon était de 381 ménages déterminés comme suit⁵ :

⁵ Pour faciliter le calcul des échantillons, l'outil suivant fut utilisé <https://fr.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/>

$$N = 46\,390, z = 1.96, e = 0,05, p = 0,5$$

$$n = \frac{\frac{1.96^2 \times 0.5(1-0.5)}{0.05^2}}{1 + \left(\frac{1.96^2 \times 0.5(1-0.5)}{0.05^2 \times 46309} \right)}$$

$$n = 381$$

Cette même formule a permis de déterminer les tailles minimums des échantillons dans les 6 zones de santé, comme indiquées dans le tableau ci-dessous. Mais, pour assurer une marge de sécurité autour des échantillons minimums requis, le nombre de ménages ciblés dans chaque zone de santé a été extrapolé à 400 pour Nsele, Maluku I, Kipushi et Ruashi et à 420 pour Kabalo et Nyunzu, où les enquêtes ont utilisé des questionnaires imprimés.

	Kabalo	Nyunzu	Nsele	Maluku I	Kipushi	Ruashi
Nombre total de ménages	46309	36305	70480	43279	44198	93489
Echantillon minimum requis	381	381	383	381	381	383
Nombre de ménages ciblés	420	420	400	400	400	400

TABLEAU I : ÉCHANTILLONS CIBLES A PARTIR DES TAILLES MINIMUMS REQUIS

Ensuite, le nombre de ménages échantillonnés pour la zone de santé a été réparti entre les aires de santé de la zone proportionnellement à leurs nombres de ménages respectifs. Le tableau ci-dessous présente le nombre de ménages enquêtés dans chacune des aires de santé des zones de santé de Kabalo et Nyunzu.

Zone de santé de KABALO				
Aire de santé	Population totale	Nombre de ménages	Poids par aire de santé	Nombre de ménage enquêtés
Lukundula	23720	4562	10%	41
Mpongo	21177	4073	9%	37
Kadima	18563	3570	8%	32
Pofu	13474	2591	6%	24
Kakuyu	12744	2451	5%	22
Kasu	11201	2154	5%	20
Ngwena-Gare	10894	2095	5%	19
Mbwele	10520	2023	4%	18
Mulimi	10288	1978	4%	18
Katutu	9971	1918	4%	17
Kalenge	9439	1815	4%	16
Kihanga	9337	1796	4%	16
Kilambi	8762	1685	4%	15
Kabanda	8647	1663	4%	15
Kaye	7788	1498	3%	14
Kamubangwa	7224	1389	3%	13
Kaongo	7077	1361	3%	12
Ngwena-May	6848	1317	3%	12
Kitule	6715	1291	3%	12
Kasinge	6411	1233	3%	11
Lwala	5585	1074	2%	10
Kashale	5566	1070	2%	10
Kibula	5045	970	2%	9
Mulonga	3809	733	2%	7
Total	240805	46309	100%	420

Zone de santé de NYUNZU				
Aire de santé	Population totale	Nombre de ménages	Poids par aire de santé	Nombre de ménage enquêtés
Mangala	37005	7116	20%	82
Tchanga-Tchanga	21682	4170	11%	48
Lengwe	15734	3026	8%	35
Zongwe	11802	2270	6%	26
Lwizi	10438	2007	6%	23
Kisengo	9157	1761	5%	20
Kahinda	8928	1717	5%	20
Mbeya	8753	1683	5%	19
Sulumba	8047	1548	4%	18
Ngoy	7831	1506	4%	17
Butondo	7664	1474	4%	17
Muhuya	7478	1438	4%	17
Kabeya-Mukena	6984	1343	4%	16
Kabeya-Mayi	5896	1134	3%	13
Makumbo	5768	1109	3%	13
Kanunu	5434	1045	3%	12
Masamba	5189	998	3%	12
Ngombe	2933	564	2%	7
Kilunga	2065	397	1%	5
Total	188788	36305	100%	420

TABLEAU 2 : ÉCHANTILLONNAGES DES MENAGES A KABALO ET NYUNZU

Enfin, au sein de chaque strate (aire de santé), le village (ou l'avenue) et le ménage ont été utilisés comme unités de sondage. Le sondage s'est fait pour les villages par tirage aléatoire avec le logiciel Excel et pour les ménages par marche aléatoire des enquêteurs suivant les pas de sondage.

Pour chaque village/avenue, nous avons fixé un nombre minimum de 5 ménages à enquêter. Ainsi, en divisant par 5 le nombre total de ménages à enquêter pour une aire de santé, on détermine le nombre de villages à tirer. Cela pour rationaliser les déplacements des agents de terrain, compte tenu des longues distances entre villages au sein de certaines aires de santé et des moyens de l'enquête. Et cette option n'aurait pas d'impact significatif sur la précision des données, si la taille minimum de l'échantillon, la représentativité de chaque strate, ainsi que le principe des choix aléatoires des villages/avenues et des ménages sont respectés. En fait, tous les villages/avenues et ménages ont gardé les mêmes chances d'être sélectionnés.

Pour les aires de santé ayant de nombreux ménages, mais répartis sur un nombre limité de villages de très grandes tailles, le nombre de villages à tirer peut dépasser le nombre total de villages, si le nombre de ménages considérés par village reste 5. Dans ces cas, tous les villages de l'aire de santé sont automatiquement sélectionnés, et si nécessaire, les nombres de ménages à enquêter par village augmentés pour couvrir l'échantillon.

Au sein de chaque village/avenue tiré, les ménages à enquêter ont été identifiés en utilisant la technique de la « marche aléatoire » (Deroo et Dussaix, 1980)⁶. L'enquêteur est alors passé de ménage en ménage, respectant le pas moyen entre ménage (nombre de ménages à sauter) jusqu'à atteindre la taille de l'échantillon souhaitée pour la validité des résultats. Pour chaque village/avenue, le pas moyen a été calculé par le rapport entre le nombre total de ménages du village et le nombre de ménages à enquêter. Seuls les ménages où vivent au moins un enfant de 0 à 18 ans ont été considérés.

Pendant la collecte des données, certains villages et aires de santé, inaccessibles principalement pour des raisons sécuritaires, ont dû être retirés des échantillons. Dans le cas des aires de santé retirées, leurs échantillons ont été redistribués à travers les autres aires proportionnellement à leurs poids respectifs. Pour les villages retirés, d'autres villages de remplacement ont été tirés pour couvrir le nombre de ménages correspondants.

La même approche a aussi été appliquée pour l'identification des ménages à enquêter au niveau des zones de convergence de Nsele, et Kipushi ainsi que des zones témoins respectives de Maluku et Ruashi.

I.5. FORMATION DES ENQUETEURS

Pour chaque zone de convergence et sa zone témoin, une équipe mixte d'une trentaine d'enquêteurs expérimentés et connaissant bien ces zones a été recrutée par des partenaires de mise en œuvre des bureaux de terrain d'UNICEF, formée puis déployée sur le terrain. Les enquêteurs sélectionnés devaient justifier d'une expérience préalable dans la réalisation d'enquêtes similaires.

En prélude à la collecte de données primaires de nature quantitative auprès des ménages, les enquêteurs ont reçu une formation sur la mise en œuvre de l'enquête. Lors de la formation, le cadre de référence de l'enquête et son importance dans le processus de suivi-évaluation de l'AC, ainsi que

⁶ Pratique et analyse des enquêtes par sondage, Marc Deroo et Anne-Marie Dussaix, avril 1980

les bonnes pratiques d'administration d'un questionnaire auprès des ménages ont été rappelées. Le questionnaire ménages a été pré-testé et nous nous sommes assurés de la bonne compréhension et d'une traduction adéquate des questions à poser par les enquêteurs en langue Swahili (au Tanganyika et au Haut Katanga) ou en Lingala (à Kinshasa).

En plus, le questionnaire a été d'abord utilisé au niveau de la zone de Convergence de Kabalo et de sa zone témoin : Nyunzu. Et les enseignements tirés de cette première étape, ont permis d'ajuster le questionnaire avant son administration dans les autres zones.

I.6. COLLECTE DE DONNEES

I.6.1. Données quantitatives

Pour réaliser les enquêtes ménages, le questionnaire a été administré aux répondants identifiés afin de recueillir les données relatives aux caractéristiques des ménages, à l'enregistrement des naissances, au statut vaccinal de l'enfant, à l'alimentation de complément et l'accès à l'eau potable.

Pour Kabalo et Nyunzu, les questionnaires conçus avec le logiciel Sphinx Développement, ont été imprimés en quantité suffisante et distribués aux enquêteurs. Un superviseur d'enquête et un analyste se sont chargés de la saisie des données à partir du masque de saisie. Mais pour toutes les autres zones de santé, l'enquête a été entièrement informatisée. Le questionnaire a été développé sur CSPPro et installé sur des appareils téléphoniques androïdes, utilisés directement par les enquêteurs pour poser les questions et saisir les réponses. Les modalités de réponses prédéfinies et les contrôles logiques établis au niveau de l'application, ont réduit les possibilités d'erreurs de saisie par les enquêteurs et d'administration de questions non applicables. Par ailleurs, les données ont été directement transférées et compilées à partir des téléphones. Ainsi, la qualité et l'efficacité de la mise en œuvre des enquêtes ont été considérablement améliorées. En fait, en plus des économies sur les coûts d'impression des questionnaires, l'utilisation des appareils a raccourci le temps de collecte des données par les enquêteurs et supprimé le temps et les coûts de saisie manuelle des données.

Les données secondaires quantitatives relatives aux écoles, structures de santé et bureaux d'état civil ont été colligées à partir des rapports et registres pertinents mis à disposition par les informateurs-clés au niveau des institutions.

I.6.2. Données qualitatives

La collecte de données qualitatives a permis de recueillir les perceptions des acteurs concernés et des bénéficiaires de l'approche convergence.

Des entretiens semi-dirigés ont été menés à partir de guides d'entretien couvrant diverses thématiques telles que les caractéristiques et la situation actuelle des zones enquêtées, le fonctionnement d'éventuelles plateformes d'harmonisation des actions de développement, y compris des appuis reçus de la part des partenaires techniques et financiers, les enjeux de planification, mise en œuvre, suivi-évaluation des projets, la gouvernance et le leadership exercés au niveau local, les aspects transversaux d'équité et de genre et enfin, les perceptions des répondants quant au niveau de connaissance, compréhension et pertinence de l'approche convergence. Par ailleurs, les répondants se sont exprimés sur les facteurs réels ou potentiels facilitants et contraignants à la mise en œuvre de la convergence.

Certains entretiens ont été menés par la consultante, soit en personne sur le terrain soit par téléphone, et les autres par le chargé de suivi des Programmes au Bureau national de l'UNICEF. Tous les deux ont reçu l'appui du chargé de Planification, Suivi et Évaluation du Bureau de terrain couvrant chaque zone de santé concernée. Nous nous sommes notamment entretenus avec plusieurs répondants :

- Au niveau national : l'équipe de l'UNICEF RDC (différentes sections, unités opérationnelles, la Direction) ;
- Au niveau provincial : représentants de la Division de l'Intérieur (DIVINTER), Division du plan, Division Provinciale de la Santé (DPS), Officiers ou Préposés à l'état civil.
- Au niveau de la zone de santé : administrateurs du territoire ou Bourgmestre, médecins chef de zone et Responsables Provinciaux de l'Education (Proved) et d'entités sous provinciales de l'Education (Sous-Proved) et leurs équipes.

Des groupes focaux ont été réalisés auprès de différents groupes bénéficiaires tels que les relais communautaires et les cellules d'animation communautaire, à partir d'un guide regroupant des questions/thématiques spécifiques posées à un groupe de 4 à 8 personnes pour recueillir leurs perceptions et commentaires relatifs à l'AC. Nous avons porté une attention particulière à la constitution des groupes en tenant compte de la disponibilité des participants, de l'équilibre des pouvoirs en matière de hiérarchie et de genre et la parole a été donnée à chaque participant de façon équitable.

Lors des missions de terrain, nous avons réalisé des **observations directes** afin de porter un regard critique sur les éventuelles activités en cours, conférences et réunions permettant d'apprécier de la performance des interventions et les dynamiques en cours.

L'ensemble des outils de collecte de données sont disponibles en annexe.

1.6.3. Contrôle de qualité

Un contrôle qualité des données d'enquête a été réalisé à différent niveau :

D'abord pendant la conception des questionnaires sous forme d'applications CPro, avec des modalités de réponses définies pour minimiser les erreurs de saisie et des contrôles logiques pour éviter des incohérences. Pour la première étape de l'enquête faite avec des questionnaires imprimés, l'utilisation de conditions lors de la conception des masques de saisie des données a aussi permis de réduire l'entrée de données aberrantes.

Ensuite, au niveau du terrain par les superviseurs d'enquête, au niveau provincial par le chargé en suivi évaluation du bureau d'Unicef et par le chargé de suivi des programmes au bureau national. Ces derniers ont mis en place des processus efficaces pour assurer la qualité de la collecte, saisie, enregistrement, stockage sécurisé, et nettoyage des données.

Enfin, lors de l'analyse des données d'enquête. La consultante a également procédé à une revue qualité des données transmises par l'équipe terrain. La triangulation des sources d'information a contribué à augmenter la précision et l'exhaustivité des données collectées.

I.7. TRAITEMENT DES DONNEES

Les données quantitatives collectées à Kabalo et Nyunzu ont été compilées à travers leur saisie au niveau des masques préconçus avec Sphinx et ont fait aussi l'objet d'analyses de base sur Sphinx. Elles ont été extraites sous forme Excel puis convertis sous format '.dta' pour une exploitation complémentaire sur SPSS. Alors que les données quantitatives collectées à Kipushi, Ruashi, Nsele et Maluku I ont été directement transférées des appareils androïdes et ont fait l'objet d'apurement sous CSPro et de compilation sous forme de bases de données Excel, SPSS et STATA.

Une analyse descriptive a été effectuée à partir de l'ensemble des données collectées afin d'observer les tendances pour chacun des indicateurs pour chaque zone de santé et les décisions ont été prises au seuil de 5%.

Une analyse thématique du contenu qualitatif des propos rapportés par les différents interviewés a été effectuée en cohérence avec les thèmes couverts dans les guides d'entrevue. A ce niveau, une triangulation des sources d'information a permis par endroits de réajuster certaines données aberrantes, afin d'avoir une présentation cohérence des différentes situations analysées.

I.8. CONSIDERATIONS ETHIQUES

Les différents répondants ont été informés des objectifs de l'étude et de l'importance de leur participation volontaire incluant une présentation des bénéfices associés à leur participation. Les répondants au niveau des ménages étaient libres de participer ou de suspendre l'enquête à tout moment. Toutes ces explications ont été formulées en Swahili ou en Lingala. Les enquêteurs ont recueilli les consentements individuels avant l'administration des outils de collecte de données. La confidentialité des propos et l'anonymat des répondants ont été respectés.

I.9. DEFIS METHODOLOGIQUES

Il convient de mentionner que des défis méthodologiques ont été identifiés dans le cadre de cette enquête :

- Les questionnaires utilisés au niveau des 3 zones de convergence et leurs zones témoins présentent des différences non négligeables. En fait, le questionnaire initial a connu des améliorations à la lumière des remarques notées à l'issue de sa première utilisation à Kabalo et à Nyunzu. Aussi, la version utilisée à Kipushi et Ruashi fut encore améliorée avant l'enquête de Nsele et Maluku I. Ainsi, l'ajout ou la reformulation de certaines questions a permis de capturer au niveau des dernières zones de santé enquêtées des informations importantes, non collectées précédemment. Par ailleurs, bien que les questionnaires fussent améliorés en continu pendant les différentes phases de l'enquête, quelques limites ont subsisté et ont été constatées seulement lors de l'analyse des données. Par exemple, la manière dont les âges ont été collectés (par tranche) a rendu difficile l'analyse de certains déterminants de couverture. Aussi l'exigence initiale de collecter des informations sur la base uniquement des actes de naissance, carnets de vaccination et bulletins scolaires (souvent non disponibles) a induit un important taux de non-réponse pour certaines questions. Or une collecte des âges directement à partir des dates de naissance des enfants et le recours à la mémoire des répondants auraient permis de réduire les non-réponses et d'éviter de probable sous-estimation des taux de couverture de ces indicateurs.
- L'utilisation de questionnaires imprimés à Kabalo et Nyunzu fut une option alternative face à l'indisponibilité de tablettes androïdes pour l'enquête. Cela a induit un travail laborieux de saisie

manuelle des données après collecte et augmenté ainsi les risques en termes de qualité des données.

- Le démarrage des activités de convergence dans les zones de santé pilotes a pu engendrer quelques débuts de changement sur les résultats et les dynamiques en cours et ainsi introduire un biais au niveau des comparaisons initiales. Les données de référence ne décrivent pas une situation vierge d'avant intervention. Ainsi, pour atténuer autant que possible ce biais, le fait de bénéficier d'au moins une intervention de l'UNICEF, fut ajouté aux critères de choix des zones de santé témoin.
- L'inaccessibilité des certaines zones couplée aux défis sécuritaires ont rendu impossible la couverture exacte des échantillons théoriques établis. Les échantillons ont dû être réajustés par endroits devant les réalités du terrain. Mais ces changements ne devraient pas avoir un impact majeur sur la qualité des données, car les changements se sont opérés en respectant la taille minimum de l'échantillon, la représentativité des strates et le principe de sélection aléatoire même pour le choix de village de remplacement.

II. RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

Les résultats détaillés de l'enquête sont présentés dans les pages qui suivent par paire de zone de convergence – zone témoin : Nsele – Maluku I, Kabalo – Nyunzu et Kipushi – Ruashi.

NSELE ET MALUKUI

I. FAITS SAILLANTS A NSELE ET MALUKU I

Le tableau ci-dessous présente une vue synoptique des faits saillants de l'enquête au niveau de Nsele (zone convergence) et Maluku I (Zone témoin).

CATÉGORIES DE VARIABLES	Indicateur/Information	NSELE (Zone convergence)	MALUKU I (Zone témoin)
CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION DE L'ENQUÊTE	Population totale de la zone de santé	513625	259616
	Nombre total des ménages de la zone de santé	70480	43279
	Nombre de ménages enquêtés	413	399
	Effectif total des Enfants vivant dans les ménages enquêtés	1462	1386
	Effectif des Enfants Garçons vivant dans les ménages enquêtés	711	637
	Effectif des Enfants Filles vivant dans les ménages enquêtés	751	749
	Effectif des Enfants vivant avec les deux parents	1192	1122
	Effectif des Enfants vivant avec un seul parent	223	197
	Effectif des Enfants ne vivant avec aucun des deux parents	47	67
	Effectif des Enfants sans handicap	1439	1345
	Effectif des Enfants avec handicap	23	41
ENREGISTREMENT DES NAISSANCES	Disponibilité : Proportion d'enfants de 0 à 6 mois qui sont couverts par un bureau d'Etat civil opérationnel	98%	100%
	Accessibilité : Proportion d'enfants de 0 à 6 mois ayant accès à un bureau d'Etat civil opérationnel dans un rayon de 5 km ou en une 1/2 journée	62%	46%
	Utilisation : Proportion d'enfants de 0 à 6 mois enregistrés à l'état civil	51%	42%
	Couverture adéquate : Proportion d'enfants de 0 à 6 mois enregistrés à l'état civil et ayant un acte de naissance	46%	38%
	Couverture effective : Proportion d'enfants de 0 à 6 mois enregistrés à l'état civil avant le délai de 3 mois et disposant d'un acte de naissance	46%	38%
VACCINATION DES ENFANTS	Disponibilité : Proportion d'enfants de 0 à 11 mois dont les besoins en vaccins recommandés sont couverts	99%	99%
	Accessibilité : Proportion d'enfants de 0 à 23 mois couverts par les services de vaccination accessibles	75%	59%
	Utilisation : Proportion d'enfants de 0 à 23 mois ayant reçu leur première dose de Pentavalent.	33%	26%

CATÉGORIES DE VARIABLES	Indicateur/Information	NSELE (Zone convergence)	MALUKU I (Zone témoin)
	Couverture adéquate : Proportion d'enfants de 0-23 mois ayant reçu leur 3ème dose de Pentavalent	26%	21%
	Couverture effective : Proportion d'enfants de 0-23 mois complètement vaccinés (ayant reçu le VAR et/ou le VAA)	22%	14%
ALIMENTATION DE COMPLÉMENT	Disponibilité : Proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois couverts par un CS équipé et disposant d'au moins 2 agents de sante formés en CPS et conseil en ANJE	99%	98%
	Accessibilité : Proportion d'enfants de 6 à 23 mois dont les mères/gardiennes d'enfants ont été conseillées en ANJE et autres pratiques familiales essentielles	65%	57%
	Utilisation : Proportion d'enfants de 6 à 23 mois ayant consommé au moins 3 repas par jour	Non renseigné	Non renseigné
	Couverture adéquate : Proportion des enfants de 6 à 23 mois ayant consommé des aliments appartenant au moins à 4 groupes alimentaires distincts	7%	14%
	Couverture effective : Proportion des enfants de 6 à 23 mois ayant consommé un aliment de complément adéquat [au moins 3 repas par jour + au moins à 4 groupes alimentaires distincts]	Non renseigné	Non renseigné
ÉDUCATION PRIMAIRE DE QUALITÉ	Disponibilité : Proportion d'enfants de la population scolarisable couverts par des enseignants qualifiés ou formés	Non renseigné	Non renseigné
	Accessibilité : Proportion d'élèves inscrits dans les classes disposant d'enseignants qualifiés ou formés	76%	85%
	Utilisation : Proportion d'élèves inscrits dans les classes disposant d'enseignants qualifiés ou formés ayant obtenu une moyenne minimale de 10/20 au 1 ^{er} trimestre	2%	5%
	Couverture adéquate : Proportion d'élèves inscrits dans les classes disposant d'enseignants qualifiés/formés ayant obtenu une moyenne minimale de 10/20 au 3 ^{ème} trimestre	2%	5%
	Couverture effective : Proportion d'élèves inscrits dans les classes disposant d'enseignants qualifiés/formés ayant obtenu une moyenne des trois trimestres supérieure ou égale à 10/20	2%	5%
ACCÈS À L'EAU POTABLE	Disponibilité : Proportion des ménages ayant accès à un point d'eau amélioré et fonctionnel	87%	51%
	Accessibilité : Proportion des ménages ayant accès à un point d'eau amélioré et fonctionnel à moins de 30 minutes	65%	36%
	Utilisation : Proportion des ménages utilisant une source d'eau fonctionnelle à moins de 30 minutes	60%	31%

CATÉGORIES DE VARIABLES	Indicateur/Information	NSELE (Zone convergence)	MALUKU I (Zone témoin)
	Couverture adéquate : Proportion des ménages utilisant une source d'eau fonctionnelle située à moins de 30 minutes et disponible toute l'année	56%	21%
	Couverture effective : Ménages avec couverture adéquate et suffisante d'eau de boisson (au moins 2,5l/personne/jour)	17%	5%
FACTEURS FACILITANTS LA CONVERGENCE A NSELE	<ul style="list-style-type: none"> - Vision partagée de la convergence par les différents acteurs - Leadership, Gouvernance multiniveau et comité de coordination autour du Bourgmestre - Collaboration intersectorielle et synergique - Disponibilité des ressources humaines - Communautés amis des enfants - Limites géographiques identiques entre la zone de santé et la commune - Dynamique communautaire 		
CONTRAINTES A LA CONVERGENCE A NSELE	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de ressources, Pérennité des ressources économiques - Saupoudrage des interventions et des acteurs de développement - Manque d'incitatifs pour les agents de l'Etat, corruption, manque de reconnaissance du personnel fonctionnaire (mécanisation) - Considérations culturelles et religieuses - Inaccessibilité de certaines zones en période de pluie 		

TABLEAU 3 : SYNOPSIS DES RESULTATS DE L'ENQUETE A NSELE ET MALUKU 1

II. CONTEXTE

Nsele est l'une des vingt-quatre communes de la ville de Kinshasa. N'sele a une superficie de 900 Km², deuxième après celle de Maluku I de par sa superficie dans la ville de Kinshasa.

Le découpage administratif de la commune correspond également à celui de la Zone de Santé de N'sele. Elle est subdivisée en 42 quartiers qui sont à leur tour subdivisés en avenues et rues.

La population est estimée à 513625 habitants appartenant à diverses tribus tels que : Teke-Humbu (autochtones) ; Ngala (ex-grand Equateur) ; Yaka, Yanzi, Mbala, Suku (ex-grand Bandundu) ; Luba, Tetela, Songe (ex-grand Kasaï) et Kongo (Kongo- Central).



FIGURE 2 : DISTANCE NSELE-MALUKU1 4.9 KM

Sur le plan sanitaire, la Zone de Santé (ZS) est subdivisée en 15 aires de santé et est dotée d'un hôpital général de référence appelé HGR Kinkole et des formations sanitaires (centres de santé et postes de santé). En matière d'éducation, Nsele comprend deux sous-divisions (SD) éducationnelles : Nsele 1 et 2.

III. SITUATION DE REFERENCE DES INTERVENTIONS PRIORITAIRES

Le taux de réponse aux questionnaires à Nsele et à Maluku I est de 90%. Les personnes rencontrées dans les deux zones d'enquête sont majoritairement des mères (64.4% à Nsele contre 72.7% à Maluku I).

Le recours à la mémoire fut fréquent au cours des entretiens du fait qu'un (1) ménage sur 4 (24% à Nsele contre 29% à Maluku I) avait en sa possession les documents requis (les certificats de naissance, cartes/carnets de vaccination, bulletins scolaires ou tout autre document relatifs aux enfants vivant dans le ménage) dans le cadre de cette enquête.

III.1. Caractéristiques des enfants du ménage

Sur un total de 1462 enfants pour 413 ménages enquêtés à Nsele et de 1386 enfants pour 399 ménages enquêtés à Maluku I, on compte en moyenne plus de filles que de garçons dans ces deux zones de santé (51.4% de filles et 48.6% de garçons à Nsele contre 54% de filles et 46% de garçons à Maluku I).

Les familles de 4 enfants sont les plus représentées parmi les ménages enquêtés et ce, dans les deux zones de santé (18.9% à Nsele contre 18.5% à Maluku I).

La majorité des enfants vivant dans les ménages ont entre 6 et 11 ans (35.4% à Nsele contre 34.9% à Maluku I).

	Zone de santé			
	Nsele		Maluku I	
	N	Pourc.	N	Pourc.
0 à 5 mois	68	4,7%	85	6,1%
6 à 11 mois	66	4,5%	51	3,7%
12 à 23 mois	68	4,7%	70	5,1%
2 à 5 ans	343	23,5%	335	24,2%
6 à 11 ans	517	35,4%	476	34,9%
12 à 18 ans	400	27,4%	369	26,6%
Total	1462	100,0%	1386	100,0%

TABLEAU 4 : PROPORTION DES ENFANTS PAR CATEGORIE D'AGE

La plupart des enfants vivent au moins avec l'un des parents (96.8% à Nsele contre 95.2% à Maluku I) dont 15.3% seulement vivant avec un seul parent à Nsele et 14.2% à Maluku I.

Par ailleurs, même si la majorité des enfants vivant dans les ménages sont sans handicap, quelques enfants vivent avec un handicap (1.6% à Nsele contre 3% à Maluku I).

III.2. Enregistrement des naissances

Les taux de couvertures des services d'enregistrement des naissances pour les différents déterminants se présente comme suit à Nsele et Maluku I.

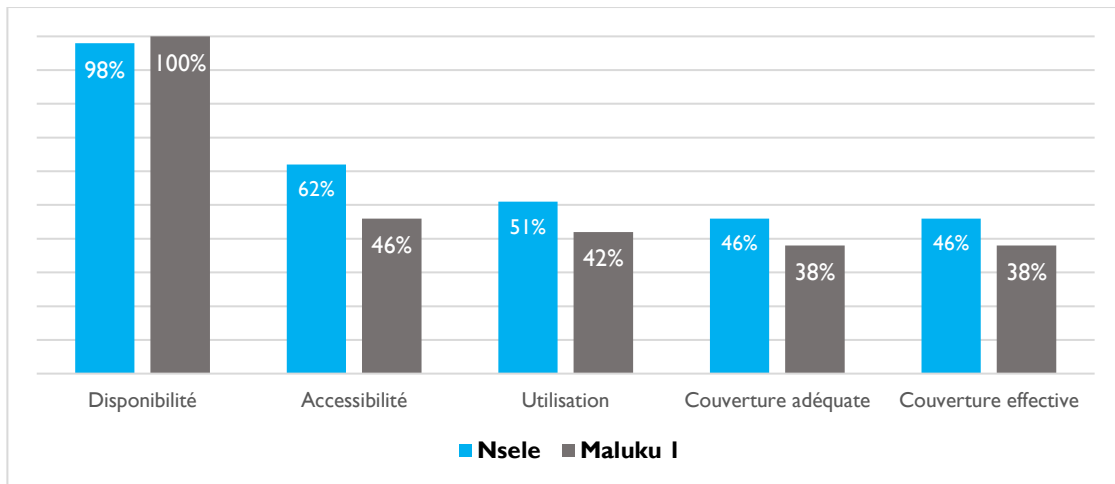


FIGURE 3 : COUVERTURE DES SERVICES D'ENREGISTREMENT DES NAISSANCES PAR DETERMINANT A NSELE ET MALUKU 1

A l'exception de la disponibilité, la situation de l'enregistrement des naissances est relativement meilleure à Nsele comparée à Maluku I.

En fait, bien que Maluku I ait plus d'entités disposant de bureaux d'état civil opérationnels (100% des enfants couverts contre 98% pour Nsele), sa grande superficie lui pose un plus grand défi d'accessibilité géographique des services d'enregistrement, comparé à Nsele. En effet, le lieu le plus proche où un enfant peut être enregistré serait accessible à moins de 5 km du domicile pour seulement 46% des enfants de Maluku I, contre 62% des enfants de Nsele.

Et cet avantage sur l'accessibilité, combiné au niveau de sensibilisation plus élevé à Nsele (60% des ménages sensibilisés à Nsele contre 55.3% à Maluku I), se sont traduits par un maintien de cette tendance en faveur de Nsele pour tous les autres déterminants de couverture du service.

Ainsi, à Nsele 51% des enfants sont enregistrés à l'état civil, contre 42% à Maluku I. De même, le retrait effectif et l'enregistrement dans les 90 jours sont plus respectés à Nsele, où 46% des enfants de moins de 6 mois ont eu leurs actes de naissance dans le délai légal, contre 38% à Maluku I. Il faut noter que la proportion d'enfants disposants d'actes de naissance, mais enregistrés hors délai légal n'a pas été renseignée par l'enquête, faute d'une question spécifique à cet effet. D'où l'alignement de la couverture adéquate sur la couverture effective qui est bien mesurée, et qui ne pourrait être supérieure.

Globalement, il ressort, que malgré les efforts en cours, une proportion non négligeable d'enfants de 0 à 6 mois de ces deux zones de santé ne jouissent pas de leur droit à l'identité (54% à Nsele et 62% à Maluku I). En effet, à l'échelle provinciale, la situation fut pire, avec seulement 25% des naissances étaient enregistrées avant 2010 pour trois principales raisons : 1) éloignement des familles du bureau d'état civil ; 2) les officiers d'état civil étaient non qualifiés ; 3) manque d'informations des populations. Pour répondre à ces préoccupations, un plan d'action fut adopté en 2012. Le nombre de bureaux d'état civil de la province de Kinshasa est passé de 24 à 84. Avec l'aide de l'Unicef, une formation sur l'élaboration des règles et procédures a été dispensée aux officiers d'état civil et finalement des campagnes de sensibilisation ont été menées auprès des communautés. Et Grâce à ces interventions, la commune de Nsele a enregistré de meilleurs résultats passant de 20% d'enfants enregistrés à 51% (selon l'enquête) voir 60% (données administratives) en 2018-2019.

Tous les secteurs ont collaboré à ces résultats : 1) Un protocole d'accord a été signé entre la DIVINTER et la Justice afin qu'au-delà des 90 jours un jugement supplétif soit émis à moindre coût ; 2) Un bureau de référence de l'état civil a été installé au sein de l'Hôpital de référence ; 3) La Division urbaine des affaires sociales a fourni aux assistantes sociales et aux relais communautaires, une formation sur l'enregistrement des naissances leur permettant ainsi d'enregistrer des naissances par procuration ; 4) L'Enseignement primaire, secondaire et professionnel a accueilli des activités de sensibilisation à l'enregistrement des naissances et à la régularisation au sein des écoles ; 5) Une réunion de coordination provinciale était organisée mensuellement entre les divisions concernées et impliquées dans l'enregistrement des naissances.

De tels efforts devraient être renforcés dans le cadre de la convergence pour davantage prendre en charge les enjeux relatifs i) à l'accessibilité des bureaux d'état civil (notamment pour 7 quartiers particulièrement éloignés de la Nsele), ii) aux parents qui ne perçoivent toujours pas l'intérêt de l'enregistrement malgré la sensibilisation et iii) au manque de registres produits. Sur ce dernier point, l'Unicef continue de prendre en charge la production des registres afin d'éviter les situations de rupture.

III.3. Vaccination des enfants

La situation de la vaccination des enfants de 0 à 11 mois à Nsele et Maluku I est présentée dans le graphique ci-dessous.

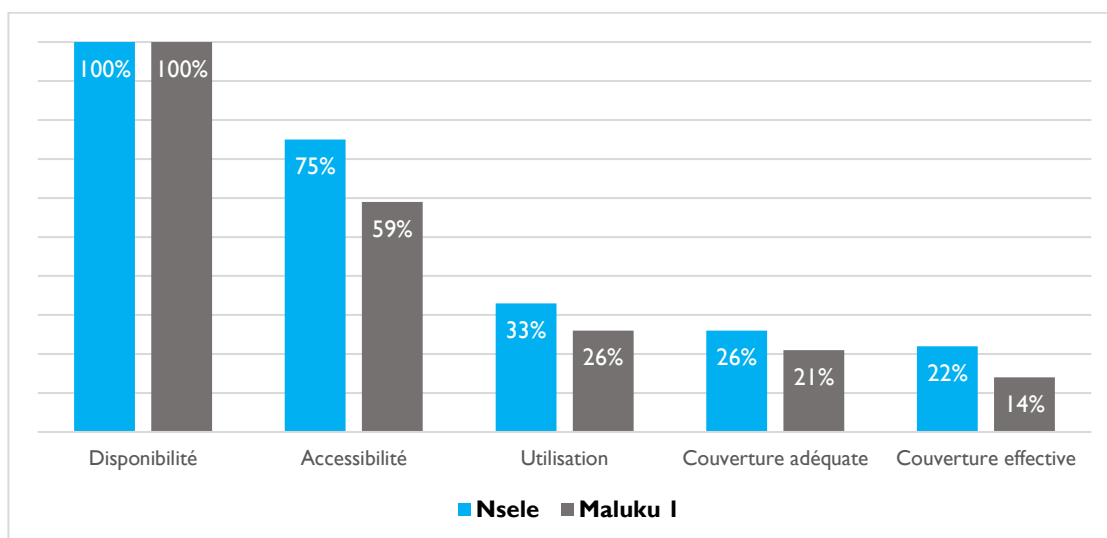


FIGURE 4 : COUVERTURE DES SERVICES DE VACCINATION PAR DETERMINANT A NSELE ET MALUKU I

Dans les deux zones, les informations sur la vaccination proviennent majoritairement du recours aux mémoires des répondants. En effet, près de 56% des ménages de Nsele n'avaient à portée de main ni carnets, ni documents de vaccination, parmi lesquels 31% rapportent que leurs carnets sont retenus au centre de santé. Pareil à Maluku I où près de 61% de ménages ne disposaient pas de carnets ou autres documents de vaccination, et 27% parmi eux rapportent aussi que leurs carnets sont retenus au centre de santé.

A Nsele comme à Maluku I, la disponibilité des services de vaccination est très bonne. Les besoins en doses de vaccins et autres intrants sont couverts pour 100% des enfants de 0 à 11 mois dans ces deux zones de santé.

Mais, ces doses disponibles ne sont pas accessibles pour tous les enfants de ces zones. Les structures de santé et les sites de stratégie avancée et mobile pour la vaccination sont accessibles pour 75% et 59% des enfants de 0 à 11 mois respectivement à Nsele et à Maluku I. En fait, 48% des ménages à Nsele et 52% des ménages à Maluku I déclarent que le lieu le plus proche où un enfant peut être vacciné est situé à une distance de plus de 5km ou à plus d'une heure de marche. A Nsele, ce problème se pose particulièrement pour l'aire de santé du Fleuve, dont l'accès, essentiellement par pirogue, est très difficile pour les acteurs du Bureau central de la zone de santé (BCZ).

Et cette chute des couvertures du service s'accroît progressivement pour les 3 déterminants qui suivent. Seuls 33% des enfants éligibles ont reçu leur première dose de Pentavalent (Penta) à Nsele, et 26% à Maluku I. Cela malgré les nombreuses campagnes de sensibilisation de masse ou des relais communautaires lors des visites à domicile pour booster les taux d'utilisation de la vaccination.

Aussi, une proportion d'enfants encore plus faible a bénéficié d'une couverture adéquate des services de vaccination. A Nsele et à Maluku I, respectivement 26% et 21% des enfants de 0 à 11 mois ont continué à utiliser les services jusqu'à recevoir leur troisième dose de Penta.

Pire, une proportion encore moindre d'enfants de 0 à 11 mois a bénéficié d'une couverture effective pour la vaccination : seuls 22% à Nsele et 14% à Maluku I sont complètement vaccinés.

III.4. Alimentation de complément

Les taux de couverture de l'alimentation de complément pour les différents déterminants à Nsele et Maluku I sont présentés ci-dessous.

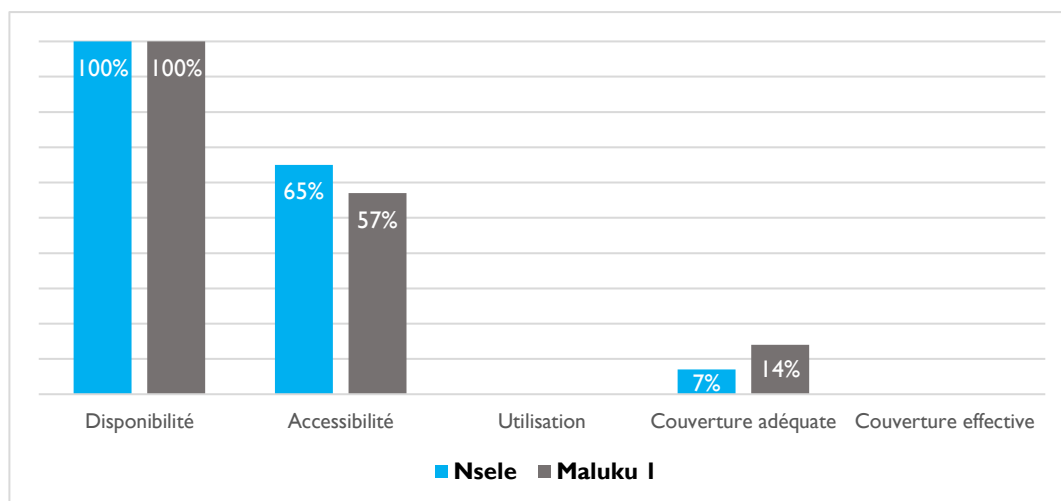


FIGURE 5 : COUVERTURE DE L'ALIMENTATION DE COMPLEMENT PAR DETERMINANT A NSELE ET MALUKU I

L'ensemble des enfants (100%) de Nsele et Maluku I vivent dans des localités couvertes par des Formations sanitaires (FOSA) équipées et disposant chacune d'au moins 2 agents de santé formés en consultation préscolaire (CPS) et conseil en alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE).

Mais, les services d'alimentation disponibles dans ces structures de santé ne sont pas accessibles pour tous les enfants. Seuls 65% des enfants de 6 à 23 mois à Nsele et 57% à Maluku I sont gérés par des mères/gardiennes qui ont reçu des conseils en ANJE et autres pratiques familiales essentielles. Cette situation s'expliquerait essentiellement par la non-fréquentation des structures de santé par certaines

mère/gardiennes d'enfants, mais aussi par l'ineffectivité de l'offre de service dans des FOSA disposant théoriquement du personnel formé à cet effet. En effet, la majorité des ménages de Nsele et de Maluku I déclarent fréquenter une structure de santé (77,8% à Nsele contre 67,5% à Maluku I), mais la proportion qui a reçu des conseils en ANJE et autres pratiques familiales essentielles est moindre (66% à Nsele et 58% à Maluku I).

Le taux d'utilisation de l'alimentation de complément (proportion d'enfants ayant consommé au moins 3 repas par jour) n'a pu être renseigné faute d'une question spécifique sur le nombre de repas consommés par l'enfant au-delà de la composition de son alimentation. Et l'absence de cette question a causé la même situation pour la couverture effective, qui intègre aussi le nombre de repas consommés.

Seule la couverture adéquate a pu être convenablement renseignée. La majorité des ménages dans les deux zones ont pu décrire ce que chaque enfant de 6 à 23 mois a consommé la veille de l'enquête, du réveil au coucher. A ce niveau, seuls 7% des enfants de 6 à 23 mois à Nsele et 14% à Maluku I ont consommé des aliments appartenant au moins à 4 groupes alimentaires distincts (produit animal, céréales, légumineuses et fruits /légumes).

III.5. Education primaire de qualité

Le graphique ci-dessous présente la situation sur l'éducation primaire de qualité pour les enfants de Nsele et Maluku I.

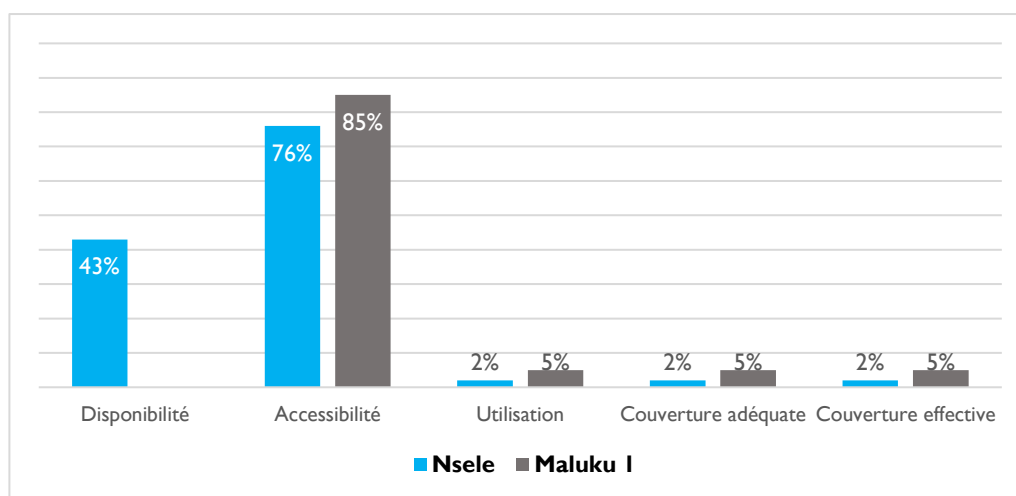


FIGURE 6 : COUVERTURE DE L'ÉDUCATION PRIMAIRE DE QUALITÉ PAR DÉTERMINANT A NSELE ET MALUKU I

A l'instar des cartes ou carnets de vaccination, la quasi-totalité des ménages n'ont pas pu présenter les bulletins des enfants scolarisés dans les deux zones (96.4% à Nsele contre 92.7% à Maluku I). Ils déclarent que ces documents sont retenus par les établissements scolaire, mais ont pu toutefois communiquer les notes des enfants de mémoire.

La proportion d'enfants de la population scolarisable couverts par des enseignants qualifiés ou formés n'a pu être estimée qu'à Nsele. Elle est de 43% les deux sous divisions éducationnelles couvrant la zone de santé. Pour Maluku I, nous n'avons pu disposer de cet effectif des enseignants qualifiés ou formés.

Les proportions d'élèves inscrits dans des classes disposant d'enseignants qualifiés ou formés sont de 76% et 85% respectivement à Nsele et Maluku I. Mais, le fait que cette accessibilité dépasse de 33 points le taux de disponibilité à Nsele, révèle que les enseignants qualifiés ou formés de cette zone gèrent des classes pléthoriques, dépassant de loin la norme théorique de 55 élèves maximum par enseignant.

Mais, la situation semble dramatique à partir de l'utilisation et cela jusqu'aux couvertures adéquate et effective, qui apprécient la qualité même des apprentissages : seuls 2% des élèves du primaire à Nsele et 5% à Maluku I ont eu des moyennes supérieures ou égales à 10/20 ou 50% aussi bien au 1^{er} et au 3^{ème} trimestres, que pour les moyennes des 3 trimestres de l'année précédente. Il faut noter que pour Nsele, cette situation, reflétant les notes de 517 élèves identifiés par l'enquête, contraste d'avec les données administratives collectées auprès de la sous division éducationnelle de Nsele I, selon lesquelles 88% des élèves auraient des moyennes supérieures ou égales à 10/20 (50%) au 1^{er} et au 3^{ème} trimestres de l'année 2018.

Dans tous les cas l'approche de la convergence devrait beaucoup s'évertuer à améliorer la qualité de l'éducation primaire à Nsele, d'autant plus que la même source institutionnelle indique un taux de redoublement 23% à l'échelle de la sous division éducationnelle de Nsele I.

III.6. Accès à l'eau potable

L'accès à l'eau potable a connu d'importants progrès au niveau des zones de santé de Nsele et Maluku I, notamment grâce au programme Village et école assainis (VEA). Mais il demeure un problème des proportions non négligeables de ménage, comme le montre les taux de couverture visualisés au niveau du graphique suivant.

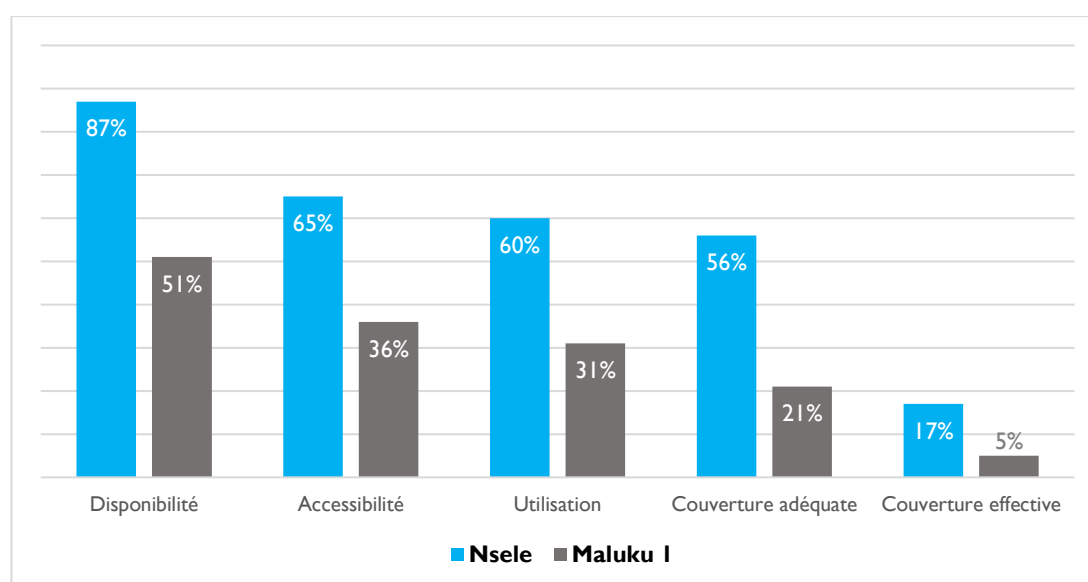


FIGURE 7 : COUVERTURE DE L'ÉDUCATION PRIMAIRE DE QUALITÉ PAR DÉTERMINANT À NSELE ET MALUKU I

Concernant l'accès à l'eau potable, 87% des enfants à Nsele et 51% à Maluku I vivent dans des ménages disposant d'une source d'eau potable fonctionnelle.

Mais, bien que disponibles, l'accès à ces points d'eau est un défi pour certains de ces ménages. En effet, seuls 65% des enfants à Nsele et 36% à Maluku I vivent dans des ménages abritant un point d'eau potable ou pouvant y accéder à moins de 30 minutes.

Ainsi, certains de ces ménages préfèrent utiliser d'autres sources d'eau, non potable, mais probablement plus accessibles. En fait, la proportion de ménages qui utilisent effectivement une source d'eau fonctionnelle est encore moindre. Juste 60% des enfants à Nsele et 31% à Maluku I vivent dans des ménages utilisant fréquemment une source d'eau potable.

En plus même pour certains parmi ces ménages, les sources d'eau potable ne sont pas fonctionnelles toute l'année, due à des pannes ou des baisses de débit. Cela concerne les ménages de 34% des enfants à Nsele et 79% à Maluku I. En fait, seuls 56% des enfants vivant dans des ménages qui utilisent une source d'eau potable toute l'année à Nsele et 21% à Maluku I.

Au-delà de la disponibilité, de l'accessibilité et de l'utilisation continue (couverture adéquate), la satisfaction des besoins minimums en eau potable constitue un réel défi au niveau des deux zones de santé. En moyenne, les ménages de Nsele utilisent 15 litres d'eau de boisson au quotidien contre 18.9 litres pour les ménages de Maluku I. Et le nombre moyen de personnes consommant ces quantités est assez élevé (environ 7 personnes dans les deux zones de santé), ce qui correspondrait à environ 2.7 litres d'eau par personne par jour à Maluku I contre 2.18 litres d'eau par personne et par jour à Nsele. Mais, pris séparément, seuls les ménages de 17% des enfants à Nsele et 5% à Maluku disposent d'une couverture adéquate et suffisante en eau de boisson (en moyenne 2,5 litres, par personne, par jour).

III.7. Gouvernance locale et dynamique communautaire

Leadership local dans la mise en œuvre de la convergence

Le processus de mise en œuvre de la convergence à Nsele a été coordonné avec les divisions provinciales de Kinshasa et les autorités communales. La planification de la convergence au niveau de la zone de santé a été pilotée par le bourgmestre et réalisée en juin 2018 à travers un *atelier participatif* de trois jours avec la présence de la communauté. Un *microplan* complété par une budgétisation associée aux différentes interventions de la convergence ont été développés. Les activités ont été lancées à la suite d'une activité de *sensibilisation* à laquelle était conviée toutes les autorités publiques (politique, justice, police, éducation, chefs de quartier, etc.). Le rôle de *coordination par le bureau du bourgmestre* consiste à « *convaincre les gens de s'approprier l'approche* » : le leadership communal est essentiel. Une *réunion mensuelle* est organisée par le bourgmestre en présence du médecin chef de zone, des sous-proved, des représentants des ACom et des CAC, notamment. Une *visite de suivi trimestrielle* est également réalisée au niveau des écoles et des centres de santé afin de faire le monitoring des activités.

Malgré une *vision partagée de la convergence* par l'ensemble des acteurs, la mobilisation des ressources demeure une contrainte. Toutefois, le fait que la dynamique communautaire (à travers les cellules d'animation communautaire) soit très active à Nsele, et que les ressources humaines soient mises à disposition au niveau de la commune ont facilité la mise en œuvre des activités.

Leadership du secteur sanitaire

La commune de la Nsele compte 15 aires de santé. Le volet sanitaire de la convergence bénéficie d'une collaboration de longue date entre la zone de santé et UNICEF. En effet, face à l'augmentation des décès maternels et des enfants de moins de 5 ans, la *dynamique communautaire* a été implantée. La commune de Nsele compte près de 168 CAC engagées dans des activités de sensibilisation de masse, de visites à domicile et d'engagement communautaire. De plus, parmi les efforts visant à assurer la *continuité des soins*, des kits familiaux sont fournis aux femmes enceintes. Le médecin chef de zone dispose d'un outil intégré de supervision intégrant un *système de prime liée à la performance* des structures.

Les professionnels de santé quant à eux, bénéficient de *formations et de communication en cascade*.

Plusieurs activités ciblées par l'AC étaient déjà mises en œuvre dans le cadre du programme « Communautés amies des enfants ». L'objectif de ce programme étant orienté vers le développement des communautés, il a facilité une *approche intersectorielle* de mise en œuvre des activités grâce au leadership local à travers : 1) les relations proches entre la zone de santé et l'EPSP ; 2) la commune et 3) le comité provincial de coordination et de suivi. Cette *gouvernance multiniveau est un facteur facilitant incontestable*. De plus, en collaboration avec plusieurs partenaires (World Vision, FNUAP, ASSK, etc.), la ZS œuvre au niveau de la vaccination, l'EHA et la nutrition.

Malgré cette longue tradition de collaboration, plusieurs défis doivent être résolus à tous les niveaux à travers des outils concrets portés au niveau de l'aire de santé, au niveau communautaire et de la zone de santé tels que les besoins d'accompagnement des acteurs pour une meilleure compréhension de l'approche.

Il existe également des défis relatifs à la concrétisation des engagements par les divers acteurs, les chevauchements des activités et des rôles, le besoin de renforcement des activités, de la communication, les difficultés logistiques pour la collecte des données.

Transversalité du secteur éducatif

La zone de santé de Nsele compte un nombre relativement important d'écoles réparties entre les deux sous-division éducationnelles autonomes de Nsele 1 et 2. Rien que Nsele 1 compte 404 écoles dont 244 primaires. Au sein de ces écoles, l'approche convergence a permis l'intégration de plusieurs interventions telles que l'enregistrement des naissances et l'accès à l'eau potable. La commune bénéficie d'un programme en matière d'hygiène et d'assainissement (construction de latrines, accès à l'eau potable et la promotion de l'hygiène) qui se déploie au niveau des villages et des écoles à travers, le programme « Villages et Écoles assainis ». Et par extension, les points d'eau installés dans les écoles desservent les communautés riveraines, qui font des participations symboliques en guise de contribution à leur entretien.

Dynamique communautaire

L'opérationnalisation des activités de l'AC est réalisée par les CAC, organes communautaires multisectoriels. La zone de santé de Nsele compte 12 CAC ayant chacune un président, qui coordonne les travaux tels que le dénombrement des ménages et des enfants et le rapportage auprès

des aires de santé. Les CAC ont des objectifs de développement, de renforcement des capacités des RECO et de mise à jour des données sociales du territoire.

Ces CAC coordonnent le travail des relais communautaires (RECO) qui font le suivi des ménages. Chaque RECO est chargé du suivi de 50 ménages (visites à domicile et collecte des données sanitaires sur les pratiques familiales essentielles, la nutrition, l'enregistrement des naissances, paludisme, etc.). Ces visites sont des opportunités pour délivrer aux familles des messages de santé. Si lors des visites un RECO identifie un problème, il oriente la famille vers un centre de santé pour une prise en charge. Les RECO sensibilisent aussi à l'éducation inclusive, sur l'EHA... Les RECO transmettent leurs rapports aux CAC qui compilent les données et transfèrent l'information au comité de développement (CODEV) ou comité de développement de la santé (CODESA), qui regroupe l'ensemble des présidents de CAC d'une aire de santé. Les présidents et secrétaires des CODEV/CODESA exploitent et consolident les rapports reçus de leurs CAC respectives, qu'ils transmettent au bureau central de la zone de santé.

Niveau de gouvernance	Transversal	Santé/EHA	Education
Village/quartiers	CAC	RECO	COPA
Aire de santé	CODEV	CODESA	Sous-proved
Zone de santé	COCODEV	Médecin chef de zone/Animateur communautaire	
Commune	Bureau de la décentralisation	Union CODESA	
Province	Bourgmestre	DPS	Proved

TABLEAU 5 : GOUVERNANCE MULTINIVEAU ET INTERSECTORIELLE

A chaque réunion, les membres du CAC contribuent à une cagnotte avec un montant de 500 Francs congolais. Le montant économisé permet de financer des activités communautaires (élevage, maraîchage, points d'eau, médicaments, etc.) et parfois, la prise en charge sanitaire des femmes indigentes. Les CAC de Nsele ont ainsi bénéficié de fonds de démarrage de la part de plusieurs bailleurs tels que le Rotary Club et la Fondation Magna pour lancer des activités génératrices de revenus, telles que la location de chariots et de chaises.

L'approche des CAC est basée sur l'*entraide communautaire* et bénéficie à l'ensemble de la communauté au-delà des membres, qui croient fortement qu'une *communauté saine* est bénéfique à tous. Des clubs de femmes sont également mobilisés, pour former et coacher la relève de jeunes adolescentes de 14 à 21 ans autour des pratiques essentielles, les encouragent à être présentes aux réunions des CAC.

Les défis soulevés par les CAC sont liés à 1) la sensibilisation des hommes à reconnaître et promouvoir le leadership des femmes ; 2) l'inaccessibilité de certaines zones en période de pluie ; 3) le manque de matériel ; et 4) la pérennité des ressources économiques et d'autosuffisance.

EN RESUME

- A l'exception de l'éducation pour laquelle les couvertures de l'ensemble des déterminants sont un peu plus élevées à Maluku I, les couvertures de tous les autres interventions prioritaires

du paquet minimum de la convergence se présentent relativement mieux à Nsele. Mais, même à Nsele, on note globalement des gaps sur les couvertures de toutes les interventions prioritaires.

- Mais, on note déjà un début d'amélioration des interventions avec la mise en œuvre de l'approche de la Convergence qui mobilise les acteurs autour du Bourgmestre de la Commune, à travers notamment le Comité de suivi présidé par son adjoint. Les différents acteurs techniques (BCZ pour la santé, la nutrition et l'EHA, les Sous-Provid pour l'éducation, le chargé de l'état civil pour l'enregistrement des naissances) collaborent pour l'atteinte de résultats plus importants.
- Au niveau local, la mise en œuvre de l'approche à Nsele bénéficie de l'existence de structures communautaires mise en place par l'approche « Communauté Amie des Enfants ». L'engagement des membres et le dynamisme de ces structures constituent un atout majeur, qu'il convient de renforcer à travers des modalités durables d'accompagnement technique et économique.

KABALO ET NYUNZU

I. FAITS SAILLANTS A KABALO ET NYUNZU

Les faits saillants de l'enquête à Kabalo (zone convergence) et Nyunzu (Zone témoin) sont présentés dans le tableau ci-dessous.

CATÉGORIES DE VARIABLES	Indicateur/Information	KABALO (Zone convergence)	NYUNZU (Zone témoin)
CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION DE L'ENQUÊTE	Population totale de la zone de santé	240805	188788
	Nombre total des ménages de la zone de santé	46309	36305
	Nombre de ménages enquêtés	420	420
	Effectif total des Enfants vivant dans les ménages enquêtés	2150	1587
	Effectif des Enfants Garçons vivant dans les ménages enquêtés	1108	785
	Effectif des Enfants Filles vivant dans les ménages enquêtés	1042	802
	Effectif des Enfants vivant avec les deux parents	1888	1426
	Effectif des Enfants vivant avec un seul parent	191	134
	Effectif des Enfants ne vivant avec aucun des deux parents	67	16
	Effectif des Enfants sans handicap	2109	1546
	Effectif des Enfants avec handicap	28	25
ENREGISTREMENT DES NAISSANCES	Disponibilité : Proportion d'enfants de 0 à 6 mois qui sont couverts par un bureau d'Etat civil opérationnel	80%	73%
	Accessibilité : Proportion d'enfants de 0 à 6 mois ayant accès à un bureau d'Etat civil opérationnel dans un rayon de 5 km ou en une 1/2 journée	57%	49%
	Utilisation : Proportion d'enfants de 0 à 6 mois enregistrés à l'état civil	55%	46%
	Couverture adéquate : Proportion d'enfants de 0 à 6 mois enregistrés à l'état civil et ayant un acte de naissance	48%	40%
	Couverture effective : Proportion d'enfants de 0 à 6 mois enregistrés à l'état civil avant le délai de 3 mois et disposant d'un acte de naissance	48%	40%
VACCINATION DES ENFANTS	Disponibilité : Proportion d'enfants de 0 à 11 mois dont les besoins en vaccins recommandés sont couverts	100%	100%
	Accessibilité : Proportion d'enfants de 0 à 23 mois couverts par les services de vaccination accessibles	62%	66%
	Utilisation : Proportion d'enfants de 0 à 23 mois ayant reçu leur première dose de Pentavalent.	29%	42%

CATÉGORIES DE VARIABLES	Indicateur/Information	KABALO (Zone convergence)	NYUNZU (Zone témoin)
	Couverture adéquate : Proportion d'enfants de 0-23 mois ayant reçu leur 3ème dose de Pentavalent	26%	31%
	Couverture effective : Proportion d'enfants de 0-23 mois complètement vaccinés (ayant reçu le VAR et/ou le VAA)	19%	30%
ALIMENTATION DE COMPLÉMENT	Disponibilité : Proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois couverts par un CS équipé et disposant d'au moins 2 agents de sante formés en CPS et conseil en ANJE	99%	0%
	Accessibilité : Proportion d'enfants de 6 à 23 mois dont les mères/gardiennes d'enfants ont été conseillées en ANJE et autres pratiques familiales essentielles	52%	35%
	Utilisation : Proportion d'enfants de 6 à 23 mois ayant consommé au moins 3 repas par jour	Non renseigné	Non renseigné
	Couverture adéquate : Proportion des enfants de 6 à 23 mois ayant consommé des aliments appartenant au moins à 4 groupes alimentaires distincts	6%	5%
	Couverture effective : Proportion des enfants de 6 à 23 mois ayant consommé un aliment de complément adéquat [au moins 3 repas par jour + au moins à 4 groupes alimentaires distincts]	Non renseigné	Non renseigné
ÉDUCATION PRIMAIRE DE QUALITÉ	Disponibilité : Proportion d'enfants de la population scolarisable couverts par des enseignants qualifiés ou formés	93%	92%
	Accessibilité : Proportion d'élèves inscrits dans les classes disposant d'enseignants qualifiés ou formés	81%	67%
	Utilisation : Proportion d'élèves inscrits dans les classes disposant d'enseignants qualifiés ou formés ayant obtenu une moyenne minimale de 10/20 au 1 ^{er} trimestre	8%	5%
	Couverture adéquate : Proportion d'élèves inscrits dans les classes disposant d'enseignants qualifiés/formés ayant obtenu une moyenne minimale de 10/20 au 3 ^{ème} trimestre	8%	5%
	Couverture effective : Proportion d'élèves inscrits dans les classes disposant d'enseignants qualifiés/formés ayant obtenu une moyenne des trois trimestres supérieure ou égale à 10/20	7%	5%
ACCÈS À L'EAU POTABLE	Disponibilité : Proportion des ménages ayant accès à un point d'eau amélioré et fonctionnel	95%	97%
	Accessibilité : Proportion des ménages ayant accès à un point d'eau amélioré et fonctionnel à moins de 30 minutes	54%	42%
	Utilisation : Proportion des ménages utilisant une source d'eau fonctionnelle à moins de 30 minutes	49%	40%

III. SITUATION DE REFERENCE DES INTERVENTIONS PRIORITAIRES

L'ensemble des ménages dans les zones de santé ont consenti à répondre aux questions qui leur ont été posées. Toutefois, seulement 1 ménage sur 4 dans ces deux zones avait en sa possession les documents requis (les certificats de naissance, carte/carnet de vaccination, bulletins scolaires ou tout autre document relatifs aux enfants vivant dans le ménage) dans le cadre de cette enquête, d'où le recours fréquent à la mémoire des répondants lors des entretiens.

III.1. Caractéristiques des enfants du ménage

Sur les 2150 enfants identifiés dans les 420 ménages enquêtés à Kabalo la majorité sont des garçons (52%), contrairement à Nyunzu où 51% des 1587 enfants identifiés au niveau des 420 ménages enquêtés sont des filles.

Les ménages de Kabalo comptent en moyenne 5 enfants contre 4 à Nyunzu. La majorité des enfants vivant ont entre 6 et 11 ans (37.2% à Kabalo contre 30% à Nyunzu).

La plupart des enfants vivent au moins avec un de leurs parents (97% à Kabalo contre 98% à Nyunzu), dont 8.9% seulement vivant avec un seul parent à Kabalo contre 8.5% à Nyunzu.

Par ailleurs, même si la majorité des enfants vivant dans les ménages sont sans handicap, 1 enfant sur 100 vit avec un handicap à Kabalo et 2% à Nyunzu.

III.2. Enregistrement des naissances

Les couvertures des services d'enregistrement des naissances pour les différents déterminants se présente comme suit à Kabalo et Nyunzu.

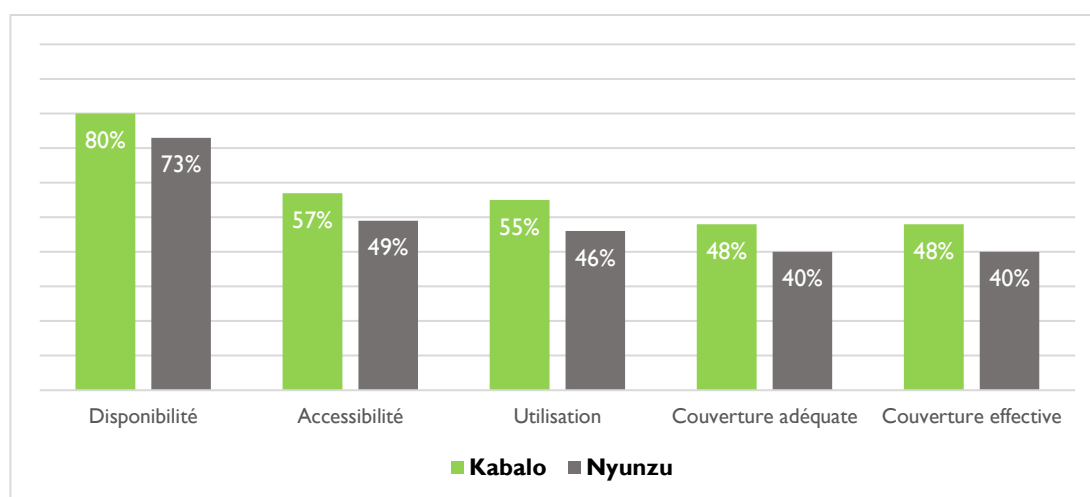


FIGURE 9 : COUVERTURE DES SERVICES D'ENREGISTREMENT DES NAISSANCES PAR DETERMINANT A KABALO ET NYUNZU

A Kabalo, 80% des enfants sont couverts par des bureaux d'état civil opérationnels, contre 73% à Nyunzu. Mais, ces bureaux ne sont pas facile d'accès pour beaucoup de ménages. En effet, le lieu le plus proche où un enfant peut être enregistré serait accessible à moins de 5 km du domicile que pour 57% des enfants de Kabalo, contre 49% des enfants de Nyunzu.

Et cette accessibilité semble déterminante pour les populations, car les taux d'utilisation tendent à s'y aligner, indifféremment des efforts de sensibilisation des parents. En fait, bien que plus de ménages aient été sensibilisés sur l'importance et les modalités de l'enregistrement des naissances à Nyunzu (65% contre seulement 49% à Kabalo), le taux d'utilisation est plus élevé à Kabalo, à l'instar de

l'accessibilité. En effet, à Kabalo 55% des enfants de 0 à 6 mois sont enregistrés à l'état civil, contre 46% à Nyunzu.

Mais dans les deux zones, on note une chute de couverture de 6 voire 7 points entre l'utilisation et la couverture adéquate. Le retrait effectif et l'enregistrement dans les 90 jours sont plus respectés pour 48% des enfants à Kabalo et 40% des enfants de Nyunzu. Il faut aussi noter que la proportion d'enfants disposants d'actes de naissance, mais enregistrés hors délai légal n'a pas été renseignée par l'enquête, faute d'une question spécifique à cet effet. D'où l'alignement de la couverture adéquate sur la couverture effective qui est bien mesurée, et qui ne pourrait être supérieure.

Toutefois, il ressort globalement que la majorité des enfants de 0 à 6 mois dans ces deux zones de santé (52% à Kabalo et 60% à Nyunzu) ne disposent pas d'acte de naissance. En plus du problème d'accessibilité commun aux deux zones de santé, Kabalo rencontre des défis spécifiques liés à certaines considérations politico-administratives : « l'Officier d'état civil ne veut pas que les administrateurs signent les actes de naissance » et il existe une résistance de la part du président du tribunal de paix, ce qui serait à la base des délais dans la délivrance des actes. Autrefois, l'AT était chargé par ordonnance pour la signature des actes, mais avec la nouvelle constitution, le territoire devrait être dirigé par un bourgmestre municipal qui doit être élu. Au moment de l'enquête, les répondants déclarent qu'il n'existe pas de cadre de discussion avec les acteurs de la santé. Toutefois, le nouveau médecin chef de zone accepte la présence des préposés d'état civil dans les maternités.

A cela s'ajoute le manque de moyens de déplacement/transport ; le travail de bénévolat de la nouvelle unité qui n'était pas payée au moment de l'enquête ; la charge de travail des préposés, le manque de visibilité des activités d'enregistrement et de sensibilité des parents ; les résistances dues aux pratiques et croyances culturelles (par ex : le nom doit être donné par le père) ; les désertions des centres de santé par les mères ayant accouché sans que le préposé ne soit informé et le manque de participation des points focaux des différents bureaux aux réunions.

III.3. Vaccination des enfants

La situation de la vaccination des enfants de 0 à 11 mois à Kabalo et Nyunzu est résumée au niveau du graphique ci-dessous.

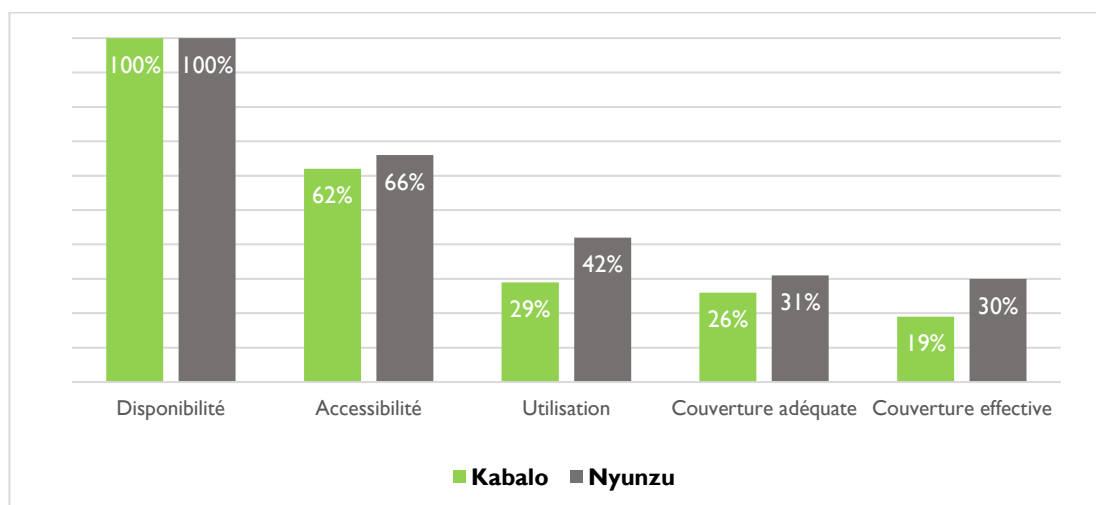


FIGURE 10 : COUVERTURE DES SERVICES DE VACCINATION PAR DETERMINANT A KABALO ET NYUNZU

Dans ces deux zones aussi, les informations sur la vaccination proviennent majoritairement du recours aux mémoires des répondants. Près de 70% des ménages de Kabalo ne possèdent ni carnets,

ni document de vaccination, parmi lesquels 20,7% rapportent que leurs carnets sont retenus au centre de santé. Et parmi les 21,8% ayant déclaré posséder un carnet de vaccination à Kabalo, seul 19,5% ont effectivement présenté le document à l'enquêteur. Alors qu'à Nyunzu, 44% des ménages disposent d'un carnet de vaccination, et tous ont été en mesure de le présenter.

A Kabalo comme à Nyunzu, la disponibilité des services de vaccination est très bonne. Les besoins en doses de vaccins et autres intrants sont couverts pour 100% des enfants de 0 à 11 mois dans ces deux zones de santé.

Mais là aussi, ces doses disponibles ne sont pas accessibles pour tous les enfants de ces zones. Les lieux de vaccination sont accessibles pour 62% et 66% des enfants de 0 à 11 mois respectivement à Kabalo et à Nyunzu. En fait, 40% des ménages à Kabalo et 27% des ménages à Nyunzu déclarent que le lieu le plus proche où un enfant peut être vacciné est situé à une distance de plus de 5km ou à plus d'une heure de marche. Ainsi, il apparaît que le problème d'accessibilité se pose avec plus d'acuité à Kabalo.

Les couvertures du service chutent davantage pour les 3 derniers déterminants. Seuls 29% des enfants éligibles ont reçu leur première dose de Pentavalent (Penta) à Kabalo, et 42% à Nyunzu.

Cette tendance se poursuit aussi pour la couverture adéquate. Seuls 26% et 31% des enfants de 0 à 11 mois, respectivement à Kabalo et à Nyunzu, ont continué à utiliser les services jusqu'à recevoir leur troisième dose de Penta.

Et une proportion encore moindre d'enfants de 0 à 11 mois a bénéficié d'une couverture effective pour la vaccination : seuls 19% à Kabalo et 30% à Nyunzu sont complètement vaccinés.

Globalement, on note que les taux de couverture vaccinale sont très faibles dans les deux zones de santé, particulièrement à Kabalo. En fait, malgré qu'elle dispose d'un hôpital général de référence qui organise tous les services, la zone de santé de Kabalo est confrontée à des difficultés d'approvisionnement en médicaments et intrants, et a une démotivation du personnel.

III.4. Alimentation de complément

Les taux de couverture de l'alimentation de complément à Kabalo et Nyunzu sont présentés ci-dessous pour les différents déterminants.

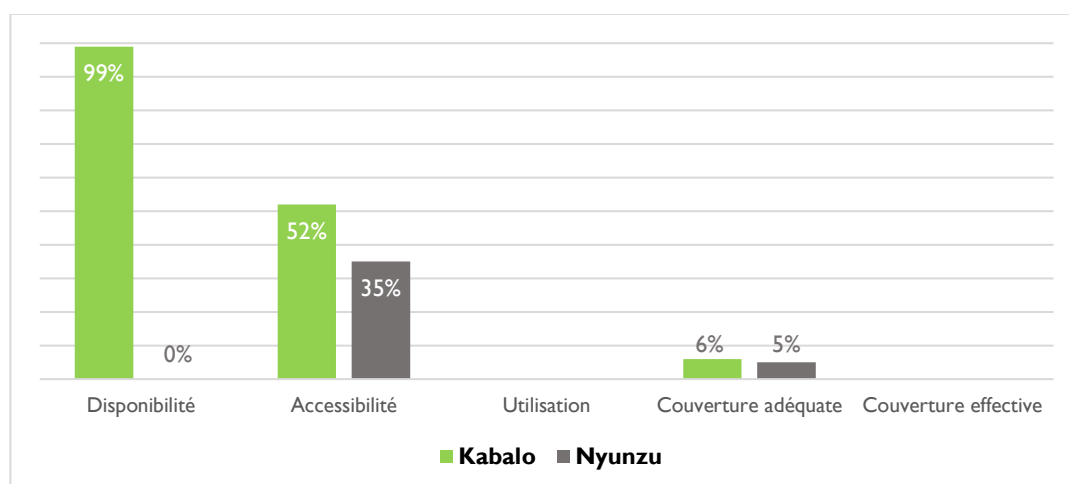


FIGURE 11 : COUVERTURE DE L'ALIMENTATION DE COMPLEMENT PAR DETERMINANT A KABALO ET NYUNZU

En termes de disponibilité des services de promotion de l'alimentation de complément, les situations sont diamétralement opposées entre Kabalo et Nyunzu. A Kabalo, la quasi-totalité des enfants de 6

à 23 mois (99%) sont couverts par des structures de santé équipées et disposant chacune d'au moins 2 agents de sante formés en consultation préscolaire (CPS) et conseil en alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE). Alors que cette offre est totalement inexistante (0%) à Nyunzu.

Mais à partir de l'accessibilité, les taux de couverture se rapprochent dans ces deux zones, où plus de 80% des ménages déclarent fréquenter des structures de santé. En fait, en dépit de la disponibilité très élevée à Kabalo, une proportion non négligeable des ménages de (38%) de la zone de santé n'a pas bénéficié de ce service. Ainsi, seuls 52% des enfants 6 à 23 mois à Kabalo sont gérés par des mères/gardiennes qui ont effectivement reçu des conseils en ANJE et autres pratiques familiales essentielles. Alors qu'à Nyunzu, malgré l'absence théorique de l'offre de service, les mères/gardiennes d'enfants de 44% des ménages (où vivent 35% des enfants de 6 à 23 mois) ont reçu des conseils en ANJE et autres pratiques familiales essentielles.

Là aussi, le taux d'utilisation de l'alimentation de complément (proportion d'enfants ayant consommé au moins 3 repas par jour) n'a pu être renseigné faute d'une question spécifique sur le nombre de repas consommés par l'enfant au-delà de la composition de son alimentation. Et l'absence de cette question a causé la même situation pour la couverture effective, qui intègre aussi le nombre de repas consommés.

Seule la couverture adéquate a pu être convenablement renseignée. La majorité des ménages dans les deux zones ont pu décrire ce que chaque enfant de 6 à 23 mois a consommé la veille de l'enquête, du réveil au coucher. Et il ressort que seuls 6% des enfants de 6 à 23 mois à Kabalo et 5% à Nyunzu ont consommé des aliments appartenant au moins à 4 groupes alimentaires distincts.

III.5. Education primaire de qualité

Le graphique ci-dessous résume la situation de l'éducation primaire de qualité pour les enfants de Kabalo et Nyunzu.

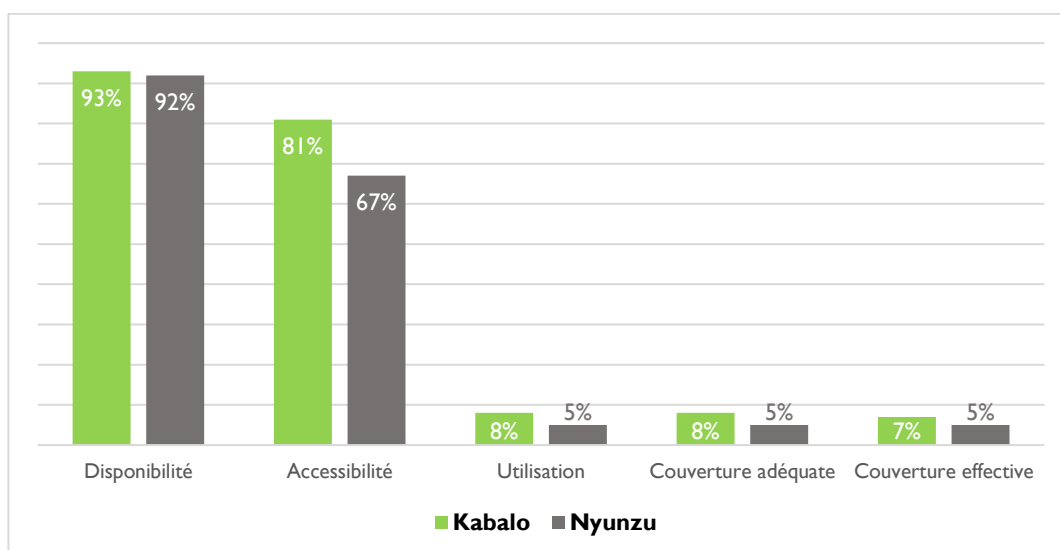


FIGURE 12 : COUVERTURE DE L'EDUCATION PRIMAIRE DE QUALITE PAR DETERMINANT A KABALO ET NYUNZU

Dans ces zones de santé, la grande majorité des ménages n'ont pas pu présenter les bulletins des enfants scolarisés. Ils déclarent que ces documents sont retenus par les établissements scolaires, mais ont pu toutefois communiquer les notes des enfants de mémoire.

Les taux de disponibilités des enseignants qualifiés ou formés par rapports aux effectifs des enfants en âge scolaire sont bons dans les 2 zones de santé (93% à Kabalo et 92% à Nyunzu).

Mais, ce n'est pas la totalité des enfants de ces zones qui bénéficient de cette disponibilité. Seuls 81% des enfants de 6 à 11 ans sont inscrits dans des classes disposant d'enseignants qualifiés ou formés à Kabalo et 67% à Nyunzu. Ces chutes de couverture s'expliquent dans les deux zones, selon les autorités scolaires, par l'inaccessibilité géographique et financière et le manque de conscience des parents de l'importance de l'éducation des enfants. Cela, malgré les nombreuses initiatives de sensibilisation et l'annonce de la gratuité de l'éducation primaire, qui peine à se matérialiser concrètement sur le terrain.

Par ailleurs, on note que dans tous les ménages interrogés à Nyunzu (100%), il y a au moins une fille qui va actuellement à l'école (contre 88.3% à Kabalo). Dans environ 3% des ménages, ce nombre atteint 5 filles scolarisés (2.6% à Nyunzu contre 2.3% à Kabalo).

Mais, la situation commence à devenir inquiétante quand il s'agit d'apprécier la qualité même des apprentissages : seuls 8% des élèves du primaire à Kabalo et 5% à Nyunzu ont eu des moyennes supérieures ou égales à 10/20 ou 50% aussi bien au 1^{er} et au 3^{ème} trimestres. Ainsi, pour les moyennes des 3 trimestres de l'année précédente, seuls 7% des enfants au primaire à Kabalo et 5% à Nyunzu ont eu au moins 10/20 (50%).

Et cette situation préoccupante s'observe en dépit des différentes initiatives mises en œuvre par les acteurs au niveau de ces deux zones. En effet, à Nyunzu, plusieurs initiatives sont appuyées par UNICEF qui finance depuis des années dans la zone, des activités de récupération, de formation, de cohabitation pacifique, et des kits solaires. De plus, les efforts des organisations communautaires sont à souligner. Face au manque de ressources et au faible niveau d'alphabétisation de certains parents, certaines écoles mettent en place des activités génératrices de revenus (jardins communautaires) avec l'aide de l'ANAPECO dont certains membres sont aussi des RECO.

A Kabalo aussi, les différentes sous divisions éducationnelles sont appuyées, entre autres, par l'UNICEF qui est leur principal bailleur à travers des organisations de mise en œuvre telles que AVSI / AEDES – LISADE. Deux projets clés étaient mis en œuvre dans la zone durant l'enquête : 1) *Education can't wait* (septembre – avril 2019) visant à assurer un enseignement de qualité dans 3 écoles primaires (construction de 3 salles de classes, construction de latrines, formation des enseignants). Ce projet vise aussi à réduire l'absentéisme des enseignants et offrir un soutien psychosocial. Le programme établit des relations de bonne gouvernance avec le comité des parents ; 2) *Projet Amélioration, stabilité* qui octroie des fonds pour développer les activités génératrices de revenus.

Par ailleurs, il faut signaler que pour Kabalo, ces performances, qui reflètent les notes de 800 élèves identifiés par l'enquête, contrastent d'avec les données administratives collectées par les 2 sous divisions éducationnelles Kabalo 1 et Kabalo 2, selon lesquelles 45% des élèves auraient des moyennes supérieures ou égales à 10/20 au 1^{er} trimestre et 27% au 3^{ème} trimestre de l'année 2018. Même si les autorités scolaires reconnaissent que les données ont été collectées auprès d'environ 60/88 écoles, faute de moyens logistiques convenables et face aux contraintes d'accessibilités géographiques.

Dans tous les cas, on note une subsistance de besoins éducationnels non couverts, d'où la nécessité de renforcer et d'amplifier les efforts fournis, pour prendre en charge efficacement les enjeux qui demeurent en matière d'éducation, notamment la non-conformité aux normes minimales de construction et le manque de suivi des travaux ; le poids des us et coutumes et de la religion qui

nourrissent des poches de résistance à la scolarisation des enfants ; le manque de moyens et de fiches de collecte de données.

III.6. Accès à l'eau potable

Les taux de couverture des services d'accès à l'eau potable à Kabalo et à Nyunzu sont visualisés au niveau du graphique suivant.

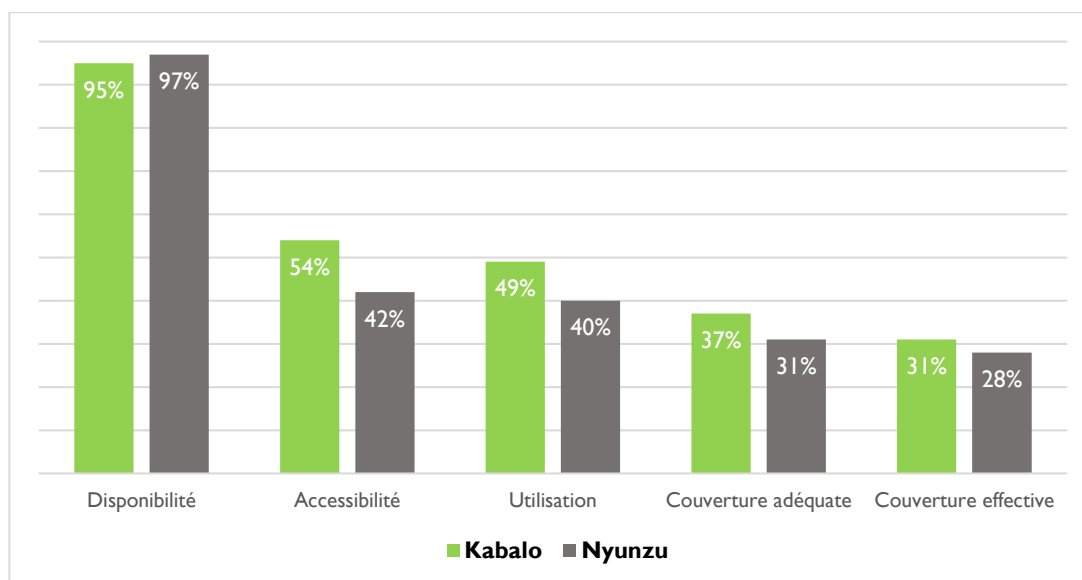


FIGURE 13 : COUVERTURE DE L'ÉDUCATION PRIMAIRE DE QUALITÉ PAR DÉTERMINANT À KABALO ET NYUNZU

Concernant l'accès à l'eau potable, 95% des enfants à Kabalo et 97% à Nyunzu vivent dans des ménages disposant d'une source d'eau potable fonctionnelle.

Mais, malgré cette disponibilité, l'accès à ces points d'eau est un défi pour certains de ces ménages. En effet, seuls 54% des enfants à Kabalo et 42% à Nyunzu vivent dans des ménages abritant un point d'eau potable ou pouvant y accéder à moins de 30 minutes. Et à Kabalo, les données administratives corroborent cette situation. Selon elles, seulement 40% de la population a accès à l'eau potable avec 80 points d'eau fonctionnels, mais l'objectif visé est l'atteinte d'une couverture de 80% grâce à l'installation de 120 points d'eau.

En attendant, certains de ces ménages préfèrent utiliser d'autres sources d'eau plus accessibles. En fait, seuls 49% des enfants à Kabalo et 40% à Nyunzu vivent dans des ménages utilisant fréquemment une source d'eau potable.

En plus, pour certains parmi ces ménages, les sources d'eau potable ne sont pas fonctionnelles toute l'année, à cause des baisses de débit et surtout des pannes fréquentes. Cela concerne les ménages de 63% des enfants à Kabalo et 69% à Nyunzu. En fait, seuls 37% des enfants vivent dans des ménages qui ont utilisé une source d'eau potable toute l'année à Kabalo et 31% à Nyunzu. Alors que, le Service EHA intégré au BCZ est chargé d'accompagner et de former les comités de gestion de point d'eau autour des bonnes pratiques d'EHA, telles que l'aménagement des points d'eau (eau potable), le lavage des mains, l'assainissement (latrines, hygiène, trous à ordures). Cependant, les comités ne s'occupent pas du fonctionnement des pompes (maintenance et réparation).

Par ailleurs, la satisfaction des quantités requises en eau potable constitue aussi un défi pour beaucoup de ménages des deux zones de santé. En moyenne, les ménages de Kabalo utilisent 49,5 litres d'eau

de boisson au quotidien contre 30.9 litres pour les ménages de Nyunzu. Mais, les nombres moyens de personnes consommant ces quantités diffèrent aussi entre ces 2 zones (environ 9 consommateurs par ménage à Kabalo, contre 7 à Nyunzu), ce qui correspondrait à environ 5,5 litres d'eau par personne par jour à Kabalo et 4,4 litres d'eau par personne et par jour à Nyunzu. Mais, pris séparément, seuls les ménages de 31% des enfants à Kabalo et 28% à Nyunzu disposent d'une couverture adéquate et suffisante en eau de boisson (en moyenne 2,5 litres, par personne, par jour).

III.7. Gouvernance locale et dynamique communautaire

Leadership local dans la mise en œuvre de la convergence

- Au niveau **provincial**, la convergence est perçue comme une opportunité pour ces zones de santé qui ont connu des épisodes de guerre, à savoir, la guerre de libération de 1996, la guerre du RCD de 1998-2004 et finalement le conflit intercommunautaire Twa-Bantous en 2016. Tous ces événements ont causé d'importants mouvements de population, de profondes destructions d'infrastructures sociales de base et des incendies systématiques de plusieurs villages. A Kabalo, certaines aires de santé ont été particulièrement affectées et leurs populations se sont réorientées vers les aires de santé voisines⁸ (UNICEF, 2019)⁹. Cette situation post-conflit exige des efforts supplémentaires en matière de protection de l'enfance et d'intensification de l'aide humanitaire.

Toutefois, selon la Division provinciale du Plan basée à Kalemie, la convergence est en fait un « vieux concept » qui a traversé la coopération entre la RDC et UNICEF depuis 2003 notamment à travers celui de « zone revitalisée »¹⁰. Mais, avec la nouvelle approche proposée par UNICEF, la clarification des critères de choix de la zone et l'accent mis sur la convergence interne / externe des interventions traceuses sont appréciés. Des préoccupations demeurent en termes d'accès à l'équité et d'appropriation de la démarche par le gouvernement tant au niveau national, provincial que décentralisé. En effet, la décentralisation, l'autonomie des provinces et le « régionalisme politique » constitueraient des obstacles. Par ailleurs, les représentants des entités territoriales décentralisées n'étant pas élus, l'appropriation institutionnelle de la convergence serait plus difficile. Pour un meilleur ancrage institutionnel, la division suggère que la convergence soit davantage publicisée au niveau des instances gouvernementales et que cela soit porté par la Conférence des gouverneurs et la vice-primature qui donne des orientations claires sur la gestion publique afin que *"tout le monde"* s'aligne.

Bien qu'il existe des cadres de régulation favorables à l'approche convergence au niveau macro (ex : cadre de planification commun UNDAF ; plateforme de gestion de l'aide non opérationnelle), l'application de ces cadres au niveau provincial n'est pas effective. De plus, les autorités provinciales ne sont pas toujours informées des nouveaux acteurs qui viennent intervenir dans les différentes zones ni des actions menées auprès de quelles populations. Il existerait un manque de redevabilité des interventions. Des efforts sont à faire en matière de gouvernance. La mise en place d'un Comité provincial de coordination et de suivi (CPCS) avec une représentation équitable de tous les acteurs concernés est primordiale. Dans l'idéal, tous les acteurs de la coopération internationale œuvrant dans le domaine de l'enfance devraient investir dans une même zone et se déployer dans d'autres

⁸ Il s'agit de l'aire de santé de Kamubangwa dont tous les 12 villages ont systématiquement été brûlés ; l'aire de santé de Kashale dont près de 10 sur 24 villages ont été brûlés ; l'aire de santé de Kasinge avec tous les 9 villages brûlés ; l'aire de santé de Lukundula avec 7 sur 18 villages brûlés ; et l'aire de santé de Lwala dont tous les 19 villages ont été systématiquement brûlés

⁹ Enquête de base des zones de convergence et zones témoins

¹⁰ Ciblant Kabalo et Moba

zones en cas de duplication des interventions. De plus, la faiblesse du monitoring des ministères sectoriels associée au manque de données administratives pose problèmes. Il faudrait mettre en place un diagnostic approfondi des capacités et favoriser le monitoring continu des données, renforcer les services étatiques à accomplir leurs responsabilités en termes de planification des interventions sociales. Des missions conjointes intersectorielles devraient être menées dans le cadre de la convergence.

- Au niveau du **territoire de Kabalo** spécifiquement, c'est l'administrateur du territoire (AT) qui coordonne les activités de développement de Kabalo visant à résoudre des problématiques multiples (santé, éducation, eau potable, gestion des conflits, etc). Plusieurs partenaires internationaux s'investissent à travers divers projets (CONCERN et OXFAM pour le volet EHA ; UNICEF pour l'enregistrement des naissances à travers la fourniture de vélos aux officiers d'état civil et un projet conjoint avec CONCERN pour la construction d'écoles mais de faible portée selon les acteurs locaux. Enfin, le projet « Achat pour le progrès », connu sous son acronyme anglais 'P4P' (*Purchase for progress*) est un programme de résilience mis en œuvre par le PAM et la FAO en collaboration avec plusieurs ONG internationales sous financement suédois. L'objectif est de lutter contre la faim en permettant à des milliers d'agriculteurs, notamment des femmes, d'augmenter leur production agricole et fournir un marché aux petits producteurs et les soutenir pour améliorer la qualité de leur récolte.

En matière de planification, le territoire fait des propositions dans le cadre du Plan de développement sociale au niveau provincial, qui intègre l'ensemble des propositions reçues, mais sans tenir compte systématiquement des besoins spécifiques du territoire.

L'AT collabore aussi avec plusieurs organisations communautaires : associations villageoises d'épargne et de crédit, les organisations paysannes et le centre d'alerte précoce qui effectue la surveillance des guerres ethniques, les confessions religieuses et le conseil villageois de paix, les représentants des mutualités, la ligue des femmes et des jeunes notamment. Ce type de collaboration entre les entités publiques et les organisations communautaires est d'autant plus important en l'absence des partenaires externes œuvrant dans la zone.

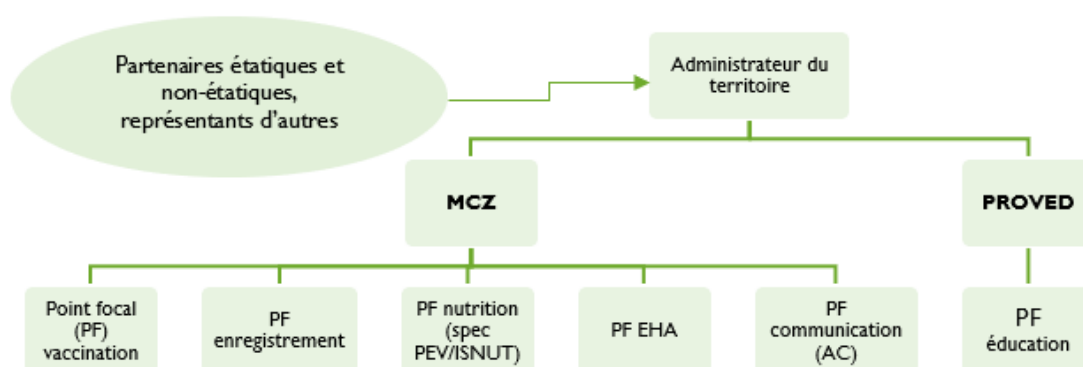


FIGURE 14 : ORGANISATION DU COMITE LOCAL DE CONVERGENCE DU TERRITOIRE DE KABALO

- Le **territoire de Nyunzu** dispose d'un Plan quinquennal de Développement social (qui s'inspire du plan provincial) et d'un Fonds social, contribution en argent pour résoudre certaines problématiques sociales vécues par les habitants et les organisations. L'AT organise 2 réunions par semaine (lundi et vendredi) afin de faire le suivi des activités. Le territoire entretient de bonnes relations avec la province. Les activités de santé et de mobilisation sociale sont coordonnées par la direction des affaires sociales (genre, famille et enfants). Toutefois, les administrés se plaignent de la

lourdeur administrative et des problèmes de gouvernance qui sévissent dans les services administratifs. En matière de convergence, la perception dominante est qu'elle serait l'apanage du secteur santé et n'intègre pas suffisamment les autres secteurs. Alors pour l'éducation il existe de bonnes relations de collaboration entre les différents niveaux de gouvernance (Présentation et suivi des interventions des partenaires techniques et financiers avec l'AT ; Collaboration avec l'ANAPECO, les COPA (APEC, APEP) au niveau des écoles notamment pour la mise en œuvre des campagnes de sensibilisation ; Collaboration avec le BCZ (Dénombrement de la vaccination et programme village assaini) ; Le médecin invité l'EPSP à collaborer à l'évaluation de l'état de santé du milieu, exercice auquel participe l'ANAPECO et la Direction des affaires sociales qui travaille avec le SP à la récupération des enfants qui ont raté l'école pendant une certaine période et organise des cours de rattrapage.

Leadership du secteur sanitaire

- La BCZ de **Kabalo** s'assure qu'un paquet de soins primaires (curatif et préventifs, et de la promotion) soit offert au niveau de toutes les institutions de santé avec l'appui de plusieurs partenaires (OMS, UNICEF, GAVI, CORDAID, SOLIDARITÉS, ACTION D'AMIENS, CONCERN/OXFAM, etc.). La collaboration existe entre ces différents acteurs qui ont signé un *protocole d'accord* avec la ZS. Des *réunions de coordination mensuelles* sont organisées autour des thématiques principales suivantes : 1) Interventions / difficultés rencontrées ; 2) Monitoring des activités et 3) Conciliation des interventions. Lors de ces réunions, aucun acteur étatique n'est représenté. Ils participent à la *réunion mensuelle* du comité de gestion (AT, sous-proved, officiers d'état civil, société civile, etc.), présidé par le médecin chef de zone. La relation entre la ZS et le niveau communautaire se concrétise à travers la collaboration entre le CODESA et l'IT. Ces derniers organisent des réunions mensuelles et consolident les informations sanitaires qu'ils transmettent au MCZ. Le CODESA est la structurel opérationnelle de mise en œuvre des interventions sanitaires.

Sur la *gouvernance*, la relation entre les différents niveaux est basée sur une relation hiérarchique verticale. Des supervisions trimestrielles diligentées pas la DPS sont organisées pour effectuer un contrôle de la bonne gestion des structures de santé et tous les rapports de la ZS lui sont transmis. Deux fois par an, le *conseil d'administration* se réunit sous la présidence du chef de division en présence de l'AT, des représentants de l'ESPS, la société civile, des confessions religieuses, des IT, des CODESA et de l'équipe cadre de la ZS. La première rencontre vise l'adoption du plan opérationnel annuel alors que la seconde consiste à évaluer ce plan et à préparer le plan de l'année suivante. Il faut noter que ce plan opérationnel ne concerne que les interventions de santé. Mais, le MCZ participe tous les mois au *comité de gestion* organisé au niveau du territoire. Ce comité a pour mandat de veiller à la mise en œuvre du PAO alors que la réunion du Conseil d'administration a une visée plus stratégique. La ZS effectue une *planification annuelle* de ses activités. Ce processus mise en œuvre par l'équipe cadre (médecin chef de zone, employés) et auquel contribuent les partenaires en partageant leurs orientations discutées lors de la réunion de coordination conduit à plusieurs livrables : 1) plan d'action opérationnelle de la zone de santé ; 2) plan de travail trimestriel, mensuel, hebdomadaire. Malgré une structure de gouvernance et des processus relativement fonctionnels, la ZS fait face à des *défis importants* qui constituent des obstacles à la mise en œuvre fluide de ses activités :

Défis généraux	Défis liés à l'offre de services	Défis opérationnels et financiers
<ul style="list-style-type: none"> - Manque de moyens pour effectuer la supervision mensuelle de toutes les aires (carburant, manque d'accessibilité, transport) - Ressources humaines et notamment infirmiers insuffisants¹¹ - Faible dynamique communautaire - Beaucoup de cas de décès maternels - Faible couverture sanitaire et manque d'accessibilité (surtout zones éloignées) - Défis de sensibilisation 	<ul style="list-style-type: none"> - Non application de la Loi sur la vaccination - Dysfonctionnements dans l'approvisionnement en médicaments et vaccins, rupture de stocks - Seulement 2 aires / 24 mettent en œuvre l'ANJE - Difficultés liées au suivi adéquat de la malnutrition sévère¹² basé sur un circuit aller-retour entre unité thérapeutique et unité de supplémentation. Or aujourd'hui, seule la supplémentation est prise en charge par le PAM, les autres sont pris en charge par UNICEF (seul appui en février). 	<ul style="list-style-type: none"> - Retards de financements et de décaissements (par ex : le partenaire signe le protocole en janvier mais ne démarre les activités qu'en avril) → pas de rattrapage offert - Fin des contrats du partenaire au bout de 2 mois pour des délais contractuels moyens de 6 mois, voire 9-12 mois - Manque d'harmonisation entre les différents contrats signés par les partenaires (par ex : UNICEF signe des contrats de 6 mois avec leurs partenaires qui à leur tour, signent des contrats de 3 mois avec le bureau de santé) - Difficultés de collecte des données : imprimante, laptop, panneaux électriques défectueux, faiblesse du réseau internet entraîne des difficultés de rapportage

TABLEAU 7 : SYNTHÈSE DES DÉFIS DU SECTEUR DE LA SANTÉ À KABALO

Dans le cadre de ses activités et en cohérence avec le *principe d'équité*, le bureau central prend en compte la *situation des indigents*. En effet, plusieurs enfants vivent dans des familles particulièrement défavorisées qui ne disposent pas du minimum de ressources pour se procurer une seringue par exemple. Selon les estimations de l'équipe cadre, *près de 50% de la population est indigente*. Pour répondre à cette situation et en contexte de manque de ressources, il arrive qu'une cotisation soit organisée par l'équipe pour sauver la vie d'un enfant.

- **La ZS de Nyunzu** compte 25 aires de santé dont 20 opérationnelles et 5 particulièrement vulnérables. Il s'agit d'aires de santé confrontées à un manque d'accessibilité géographique pour atteindre les enfants vivant dans certains villages dispersés et difficiles à rejoindre.

Les *principaux partenaires* œuvrant dans la zone sont le FNUAP, ADRA, TIPO, principalement en matière de santé de la reproduction, sensibilisation, santé des adolescents, santé des femmes, etc. Au niveau du secteur santé, des réunions inter-agences se tiennent 1 fois / semaine afin que tous les acteurs soient informés de l'évolution des épidémies. Ces réunions remplacent les clusters Nutrition, Santé et EHA qui existaient auparavant.

Le Bureau central (MCZ) coordonne les *réunions de coordination* et les interventions (1 fois / mois). Avec l'équipe-cadre, il est chargé de la collecte et de l'analyse des données ; du suivi des indicateurs afin d'identifier les faiblesses éventuelles. Des supervisions conjointes sont également organisées sur le terrain afin d'identifier les aires de santé à faible performance et proposer des pistes d'amélioration. En tant que technicien en matière de santé, le MCZ est aussi en charge de la planification et rend compte à l'AT. La *planification et la mise en œuvre* des interventions de santé intègrent l'apport de plusieurs intervenants. Toutefois, on constate des duplications de certaines activités dans les mêmes aires de santé et des retards dans la mise en œuvre pouvant aller jusqu'à 2-4 mois.

¹¹ AO licencié, AI gradué, AC diplômé, A3 breveté

¹² Suivi normal en Unité nutritionnelle thérapeutique ambulatoire pour la malnutrition aiguë sévère sans complication; suivi normal en Centre de santé pour la malnutrition sévère (Unité de supplémentation); Unité nutritionnelle thérapeutique intensive (hôpital)

En matière de *gouvernance*, le comité local de coordination se rencontre au préalable pour discuter de chaque problématique de santé. Lors de ces rencontres, l'AT est représenté par le chef de localité. Par ailleurs, un Conseil de sécurité se rencontre 1 fois / semaine et compte des membres permanents (Police / Forces armées / Migration / Parquet, etc.) et des invitations ad hoc peuvent être ajoutées.

Globalement à Nyunzu, le secteur santé est bien organisé. Tout intervenant passe par le bureau central de la zone de santé qui oriente le ciblage des zones, contribue au diagnostic pré-intervention. Certains partenaires sont flexibles et acceptent de délocaliser leurs activités mais d'autres sont contraints par leurs bailleurs. Une fois que l'intervention est validée par le BCZ, la DPS (niveau provincial) et donne son accord. Lorsque le budget de l'intervention ne passe par le BCZ, il existe un problème de traçabilité des intrants et des produits et les activités n'apparaissent pas dans le POA. La norme en la matière est que la DPS reçoit les financements puis distribue au niveau des ZS. Mais depuis 2 ans, le financement est directement donné aux intervenants.

Comme c'est le cas dans les autres ZS, au niveau du BCZ, un ACom supervise les *activités communautaires* du CODESA qui œuvre au niveau des aires de santé.

Leadership du secteur éducatif

A Kabalo, les sous-proved sont chargés de la planification des infrastructures / construction et suivi des travaux et responsable du service d'inspection du cours primaire qui forme les inspecteurs et les enseignants. Ils collaborent avec différentes entités pour la campagne de sensibilisation aux inscriptions. Bien que la collaboration opérationnelle existe entre le sous-Proved et l'AT, il faut noter que la collaboration politique est plus sensible à cause des élections. La collaboration entre le sous-Proved et l'AT demeure faible. Le sous-proved collabore aussi avec le *Comité le développement social* qui analyse et prend en charge des doléances sous l'autorité de l'AT. Toutefois, ce comité a géré le fonds social sans la participation des OSC. Or, l'utilisation du fonds social, exige la création "du comité de développement local" pour faire participer les communautés. Plusieurs OSC soumettent des projets au fonds social qui met en place le comité pour la sélection. Mais une fois le financement obtenu, l'organisation ne fait plus le suivi avec le sous-Proved, ce qui constitue un vice de procédure. Enfin, la collaboration s'effectue avec les *comités de gestion* dans les écoles qui rapportent au comité sous provincial constitué du sous-Proved (président), des inspecteurs, des gestionnaires des écoles, mais également des associations (ANAPECO – APECatho – APEProt – un représentant de l'école privée). Cette collaboration se concrétise davantage à travers le Programme Écoles Assainies mis en œuvre sous la coordination du sous-Proved. Des rencontres régulières et ad hoc sont organisées avec les parents d'élèves (brigadiers scolaires) et les enseignants. Le sous-proved collabore aussi avec le médecin chef de zone pour le suivi des activités mises en œuvre dans le cadre du programme.

Dynamique communautaire

- La structure de la *dynamique communautaire* à **Kabalo** est similaire à celle d'autres zones avec l'implication des RECO, des CAC, etc. Au niveau des villages, les RECO élus pour 3 ans voire 5 ans, sont regroupés en CAC (3 RECO par village sont membres des CAC). Le CODESA organise des réunions chaque mois auxquelles participent les présidents de CAC. Leurs rapports sont transmis à l'IT qui fait le suivi à l'ACom du BCZ. Les CAC sont perçues comme "théoriquement" multisectorielle en intégrant les activités de sensibilisation relatives à l'enregistrement des naissances, genre, etc. Depuis 5-10 ans, la santé communautaire est une réussite et a été bénéfique pour la zone, notamment grâce au travail bénévole des RECO. Le soutien financier des RECO est à encourager.

En effet, les défis rencontrés sont les mêmes : travail bénévole sans incitatifs, manque des ressources et de fournitures malgré des appuis ponctuels de certains programmes (GAVI, REMED et IRC, International Medical corps, UNICEF). Ils ont soulevé des enjeux suivants : manque d'appropriation communautaire, poches de résistance pour le changement dans certaines familles, manque de moyens de déplacement, insuffisance des cotisations du CODESA, problèmes de maintenance de points d'eau dont le manque de pièces de rechange ...), manque d'initiatives d'auto-suffisance ou activités génératrices de revenus, faible investissement dans le changement de mentalités et de comportements : seul UNICEF fait le C4D. Et enfin, manque d'harmonisation des messages véhiculés en raison des formations dispensées aux RECO par différents intervenants (différents messages, différents partenaires) d'où l'importance de développer des outils et documents de collecte de données intégrées. Parmi ces défis, la différence entre les partenaires dans les politiques d'octroi des incitatifs des RECO est un obstacle important : certains RECO sont rémunérés d'autres non¹³, ce qui détruit l'esprit de solidarité de la dynamique communautaire.

Bien que la dynamique communautaire soit perçue comme centrale à la convergence par les participants, nous avons observé une certaine faiblesse dans le leadership des groupes communautaires comparativement à d'autres zones de convergence et noté l'expression d'un besoin d'accompagnement des structures et organismes à assise communautaire.

- **A Nyunzu**, on note une participation importante et diversifiée des acteurs communautaires ainsi qu'une bonne inclusion des différentes ethnies qui constituent la communauté (par ex : une représentation égalitaire des Twa / Bantou au sein de certains CAC). On compte à Nyunzu, 153 RECO dont 99 RECO actifs et 45 CAC. Les CAC sont composées de 4 à 5 RECO et se rencontrent 1 fois par quinzaine pour la planification des activités, la compilation des rapports à transmettre au CODESA.

Le CODESA compte 11 membres élus en 2018 pour 3 ans et comme dans d'autres zones, il effectue de façon régulière les tâches qui lui incombent (suivi des vaccinations, référencement et accompagnement des malades, travaux de réhabilitation, propreté de l'environnement des centres de santé, entretien et maintien des ouvrages d'eau, réunions mensuelles et les assemblées générales, consolidation des rapports reçus des CAC et des RECO et soumission au BCZ). Les membres ont des rôles bien définis : président, vice-secrétaire, secrétaire adjoint, trésorier, trésorier adjoint, chargé communication, chargé malnutrition, 3 conseillers du chef de quartier (communication interne, malnutrition sévère-surveillance et dépistage, chargé de problèmes post-injection). De plus, un des membres est aussi brigadier EHA au niveau de l'aire de santé et à ce titre, est membre du COVILA (Comité villageois, gardien des points d'eau).

Il faut souligner que le chargé de développement du CODESA œuvre pour le développement des activités visant la pérennisation de la structure (cotisation, travailleuses journalières, élevage des porcs). Grâce aux revenus générés, les membres peuvent bénéficier d'un prêt de 10 000 Francs congolais à taux 0%. Des cotisations CAC sont collectées (environ 500 f/mois). De façon générale, les RECO disposent de plusieurs ressources (boîtes à images / savon / outils pour la sensibilisation, aide ponctuelle, certains membres ont des motos) même si celles-ci sont insuffisantes. Les motivations exprimées à s'investir dans les activités communautaires sont le volontariat, le service à la communauté, la protection de la communauté, etc. Cela malgré les difficultés rencontrées au sein

¹³ 505 CAC dont 400 fonctionnelles (300 IMC (GAVI) et 100 REMED (appuyés par UNICEF))

de la communauté : résistances de certains ménages au changement de comportement, à la fréquentation des centres de santé (consultations prénatales au centre de santé conduisent automatiquement à la césarienne et préfèrent le suivi par des tradipraticiens) et à la vaccination. Dans ce cas particulier, l'IT, le MCZ ou même l'AT font parfois des descentes au sein de la communauté pour appuyer le plaidoyer.

EN RESUME

- A l'exception de la vaccination pour laquelle les couvertures de l'ensemble des déterminants sont un peu plus élevées à Nyunzu, les couvertures de tous les autres interventions prioritaires du paquet minimum de la convergence se présentent relativement mieux à Kabalo. Mais, même à Kabalo, on note globalement des gaps sur les couvertures de toutes les interventions prioritaires.
- A Kabalo et à Nyunzu, le concept de convergence est compris par les acteurs qui ont mentionné sa pertinence pour améliorer de façon efficiente et efficace la situation des enfants.
- Toutefois à Kabalo, les enjeux de collaboration et de gouvernance ainsi que la faible dynamique communautaire semblent constituer des obstacles à son opérationnalisation. Bien qu'un comité local de convergence¹⁴ ait été créé, aucune réunion n'avait eu lieu au moment de l'enquête. Les acteurs rapportent que l'opérationnalisation à Kabalo est fortement impactée par la situation post- conflit. La convergence doit être opérationnalisée sur le terrain à travers des réunions avec les secteurs concernés, des ateliers d'information, des activités de plaidoyer auprès des autorités administratives et politiques.
- A Nyunzu en revanche, la collaboration étroite entre les secteurs de la Santé et de l'Éducation notamment dans la sous-commission des communications, les écoles et les comités des parents d'élèves constituent un terreau fertile à sa mise en œuvre. La dynamique communautaire s'est avérée plus structurée et proactive qu'à Kabalo. Néanmoins, il existerait un risque de centralisation du leadership par le secteur de la santé. Tous les acteurs rencontrés reconnaissent la pertinence du caractère multisectorielle des CAC dans la coordination opérationnelle de la convergence. L'intégration des volets Éducation primaire et enregistrement des naissances est partiellement couverte par les RECO. Toutefois, ils suggèrent le développement d'un cadre formel et fédérateur qui permettra l'effectivité de l'intersectorialité de leurs actions.

¹⁴ Composé de l'AT, médecin assistant, proved, équipe-cadre du BCZ, les représentants des services genre et famille et de l'AC

KIPUSHI ET RUASHI

I. FAITS SAILLANTS A KIPUSHI ET RUASHI

Le tableau ci-dessous présente une vue synoptique des faits saillants de l'enquête au niveau de Kipushi (zone convergence) et Ruashi (zone témoin).

CATÉGORIES DE VARIABLES	Indicateur/Information	KIPUSHI (Zone convergence)	RUASHI (Zone témoin)
CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION DE L'ENQUÊTE	Population totale de la zone de santé	229831	486142
	Nombre total des ménages de la zone de santé	44198	93489
	Nombre de ménages enquêtés	401	407
	Effectif total des Enfants vivant dans les ménages enquêtés	1366	1380
	Effectif des Enfants Garçons vivant dans les ménages enquêtés	673	701
	Effectif des Enfants Filles vivant dans les ménages enquêtés	693	679
	Effectif des Enfants vivant avec les deux parents	1182	1155
	Effectif des Enfants vivant avec un seul parent	100	163
	Effectif des Enfants ne vivant avec aucun des deux parents	84	62
	Effectif des Enfants sans handicap	1342	1367
	Effectif des Enfants avec handicap	24	13
ENREGISTREMENT DES NAISSANCES	Disponibilité : Proportion d'enfants de 0 à 6 mois qui sont couverts par un bureau d'Etat civil opérationnel	94%	100%
	Accessibilité : Proportion d'enfants de 0 à 6 mois ayant accès à un bureau d'Etat civil opérationnel dans un rayon de 5 km ou en une 1/2 journée	53%	51%
	Utilisation : Proportion d'enfants de 0 à 6 mois enregistrés à l'état civil	28%	62%
	Couverture adéquate : Proportion d'enfants de 0 à 6 mois enregistrés à l'état civil et ayant un acte de naissance	20%	60%
	Couverture effective : Proportion d'enfants de 0 à 6 mois enregistrés à l'état civil avant le délai de 3 mois et disposant d'un acte de naissance	20%	60%
VACCINATION DES ENFANTS	Disponibilité : Proportion d'enfants de 0 à 11 mois dont les besoins en vaccins recommandés sont couverts	94%	100%
	Accessibilité : Proportion d'enfants de 0 à 23 mois couverts par les services de vaccination accessibles	71%	70%
	Utilisation : Proportion d'enfants de 0 à 23 mois ayant reçu leur première dose de Pentavalent.	29%	45%

CATÉGORIES DE VARIABLES	Indicateur/Information	KIPUSHI (Zone convergence)	RUASHI (Zone témoin)
	Couverture adéquate : Proportion d'enfants de 0-23 mois ayant reçu leur 3ème dose de Pentavalent	23%	34%
	Couverture effective : Proportion d'enfants de 0-23 mois complètement vaccinés (ayant reçu le VAR et/ou le VAA)	17%	21%
ALIMENTATION DE COMPLÉMENT	Disponibilité : Proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois couverts par un CS équipé et disposant d'au moins 2 agents de sante formés en CPS et conseil en ANJE	96%	100%
	Accessibilité : Proportion d'enfants de 6 à 23 mois dont les mères/gardiennes d'enfants ont été conseillées en ANJE et autres pratiques familiales essentielles	78%	51%
	Utilisation : Proportion d'enfants de 6 à 23 mois ayant consommé au moins 3 repas par jour		
	Couverture adéquate : Proportion des enfants de 6 à 23 mois ayant consommé des aliments appartenant au moins à 4 groupes alimentaires distincts	22%	6%
	Couverture effective : Proportion des enfants de 6 à 23 mois ayant consommé un aliment de complément adéquat [au moins 3 repas par jour + au moins à 4 groupes alimentaires distincts]	Non renseigné	Non renseigné
ÉDUCATION PRIMAIRE DE QUALITÉ	Disponibilité : Proportion d'enfants de la population scolarisable couverts par des enseignants qualifiés ou formés	32%	Non renseigné
	Accessibilité : Proportion d'élèves inscrits dans les classes disposant d'enseignants qualifiés ou formés	89%	77%
	Utilisation : Proportion d'élèves inscrits dans les classes disposant d'enseignants qualifiés ou formés ayant obtenu une moyenne minimale de 10/20 au 1 ^{er} trimestre	59%	56%
	Couverture adéquate : Proportion d'élèves inscrits dans les classes disposant d'enseignants qualifiés/formés ayant obtenu une moyenne minimale de 10/20 au 3 ^{ème} trimestre	63%	57%
	Couverture effective : Proportion d'élèves inscrits dans les classes disposant d'enseignants qualifiés/formés ayant obtenu une moyenne des trois trimestres supérieure ou égale à 10/20	60%	56%
ACCÈS À L'EAU POTABLE	Disponibilité : Proportion des ménages ayant accès à un point d'eau amélioré et fonctionnel	98%	99%
	Accessibilité : Proportion des ménages ayant accès à un point d'eau amélioré et fonctionnel à moins de 30 minutes	72%	79%

CATÉGORIES DE VARIABLES	Indicateur/Information	KIPUSHI (Zone convergence)	RUASHI (Zone témoin)
	Utilisation : Proportion des ménages utilisant une source d'eau fonctionnelle à moins de 30 minutes	69%	73%
	Couverture adéquate : Proportion des ménages utilisant une source d'eau fonctionnelle située à moins de 30 minutes et disponible toute l'année	58%	55%
	Couverture effective : Ménages avec couverture adéquate et suffisante d'eau de boisson (au moins 2,5l/personne/jour)	22%	21%
FACTEURS FACILITANTS LA CONVERGENCE A KIPUSHI	<ul style="list-style-type: none"> - Leadership provincial - Leadership du secteur santé - Diversité des partenaires et projets UNICEF en cours - Equipes de travail polyvalentes existantes - Première expérience de convergence en 2004-2005 (financement belge) - Perception favorable de la convergence, approche plus holistique - Existence de plans de développement - Bonne coordination des activités de sensibilisation - SNIS fonctionnel 		
CONTRAINTES A LA CONVERGENCE A KIPUSHI	<ul style="list-style-type: none"> - Défi de coopération entre les autorités politico-administratives - Manque d'appropriation de l'approche par les autorités locales - Manque de suivi des plans de développement - Défis de collecte des données - Faible dynamique communautaire 		

TABLEAU 8 : SYNOPSIS DES RESULTATS DE L'ENQUETE A KIPUSHI ET RUASHI

II. CONTEXTE

La zone de santé de Kipushi est située dans le territoire de Kipushi qui compte deux zones de santé : Kipushi et Kafubu. Elle est située à une distance de 30 Km de Lubumbashi. Sa population est estimée en 2018 à 248 029 et sa densité est de 33 habitants/km².

Elle couvre une superficie de 6 059 Km² et est limitée :

- Au nord par les zones de santé de Kilela balanda et de Kapolowe ;
- Au sud par la République zambienne et la zone de santé de Sakania ;
- À l'Est, par les zones de santé de Kafubu, de Kisanga, de Katuba, Kenya et Lubumbashi ;
- Et à l'ouest par la République zambienne et la zone de santé de Kilela-balanda.

La zone de santé de Kipushi est répartie en 16 AS, dont les plus éloignées du bureau central



FIGURE 15 : DISTANCE KIPUSCHI-RUACHI

et difficiles d'accès en saison de pluie sont Mwawa (152 Km) et Mushoshi (92 Km). Cette zone comporte la cité minière de Kipushi avec 6 AS autour du BCZS et 10 autres AS réparties sur 2 axes connectés à la cité de Kipushi au travers de la ville de Lubumbashi.

III. SITUATION DE REFERENCE DES INTERVENTIONS PRIORITAIRES

L'ensemble des ménages dans les zones de santé ont consenti à répondre aux questions qui leur ont été posées. Toutefois, seul 1 ménage sur 4 dans ces deux zones avait en sa possession les documents requis (les certificats de naissance, carte/carnet de vaccination, bulletins scolaires ou tout autre document relatifs aux enfants vivant dans le ménage) dans le cadre de cette enquête. Ainsi, le recours à la mémoire fut aussi fréquent au cours des entretiens dans ces deux zones.

III.1. Caractéristiques des enfants du ménage

Sur les 1336 enfants identifiés dans les 401 ménages enquêtés à Kipushi la majorité sont des filles (51%), contrairement à Ruashi où 51% des 1380 enfants identifiés au niveau des 407 ménages enquêtés sont des garçons.

Les ménages aussi bien de Kipushi que de Ruashi comptent en moyenne 5 enfants, dont la majorité ont entre 6 et 11 ans (35,7% à Kipushi contre 35,9% à Ruashi).

La plupart des enfants vivent au moins avec un de leurs parents (93,5% à Kipushi contre 95,1% à Ruashi), dont 7,7% vivant avec un seul parent à Kipushi et 12,2% à Ruashi. Même si la majorité des enfants vivant dans les ménages sont sans handicap, 1 voire 2 enfants sur 100 vivent avec un handicap (1,8% à Kipushi contre 1% à Ruashi).

III.2. Enregistrement des naissances

Les couvertures des services d'enregistrement des naissances pour les différents déterminants se présentent comme suit à Kipushi et Ruashi.

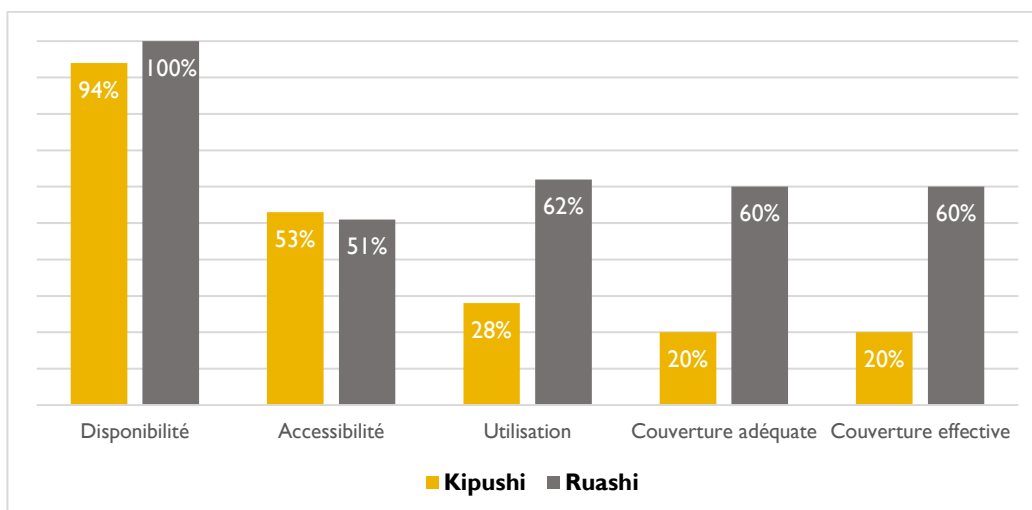


FIGURE 16 : COUVERTURE DES SERVICES D'ENREGISTREMENT DES NAISSANCES PAR DETERMINANT A KIPUSHI ET RUASHI

Les zones de santé de Kipushi et Ruashi présentent de très bonnes couvertures en termes de disponibilités de services d'enregistrement des naissances. 94% des enfants de Kipushi et 100% des enfants de Ruashi sont couverts par des bureaux d'état civils opérationnels.

Cependant, ces bureaux ne sont pas accessibles pour près de la moitié des enfants de ces zones. En effet, le lieu le plus proche où un enfant peut être enregistré serait accessible à moins de 5 km du domicile pour seulement 53% des enfants de Kipushi et 51% des enfants de Ruashi.

Mais, dans ces deux zones, il ressort que l'accessibilité des bureaux d'état civil n'est pas le critère le plus déterminant pour l'enregistrement des naissances. Bien qu'ayant des taux d'accessibilité relativement similaires (et même un peu plus élevée à Kipushi), Ruashi présentent des meilleures performances sur l'enregistrement des naissances. Probablement pour leur proximité avec la ville, les parents à Ruashi semblent plus conscients des enjeux et utilisent plus et de façon adéquate et effective les services de l'enregistrement des naissances. Ainsi, 62% des enfants de 0 à 6 mois y sont enregistrés à l'état civil, dont 60% dans le délai légal de 90 jours et avec un retrait effectif de leurs actes de naissance. Cela en dépit de l'inaccessibilité (dont la couverture est même moindre). Alors qu'à Kipushi, au-delà de ceux qui ont des problèmes d'accessibilité, plus de la moitié des enfants pour qui des bureaux opérationnels sont accessibles (53%) ne sont pas enregistrés. En effet, seuls 28% des enfants de 0 à 6 mois sont enregistrés à l'état civil, dont seulement 20% dans le délai légal de 90 jours et avec retrait effectif de leurs actes de naissance.

Toutefois, il faut souligner que bien qu'encore faibles les taux de couverture pour l'enregistrement des naissances à Kipushi connaissent actuellement d'importantes améliorations. En effet, 1202 enfants (648 filles et 554 garçons) ont été enregistrés à l'état civil entre janvier et juin 2019, contre seulement 221 enfants dont 115 filles et 106 garçons en 2018.

Cela grâce notamment à des séries d'actions concertées pilotées par la Division provinciale de l'Intérieur et ses partenaires pour amplifier les stratégies d'enregistrement des naissances : 1) UNICEF au niveau des centres d'état civil et des maternités avec le système des procurations, sensibilisation des membres de comité des parents sur l'importance de l'enregistrement des enfants à l'état civil (1 enfant 1 acte de naissance), identification des enfants non enregistrés à l'état civil par les enseignants ; 2) Vision mondiale, pour l'enregistrement des enfants parrainés (environ 2900 enfants en seulement 2 ans et un total d'environ 6000 enfants enregistrés depuis le début du programme), en dépit des difficultés rencontrées avec le secteur de la justice, notamment les lenteurs dans le traitement des dossiers de jugements supplétifs.

III.3. Vaccination des enfants

La situation de la vaccination des enfants de 0 à 11 mois à Kipushi et Ruashi est présentée dans le graphique ci-dessous.

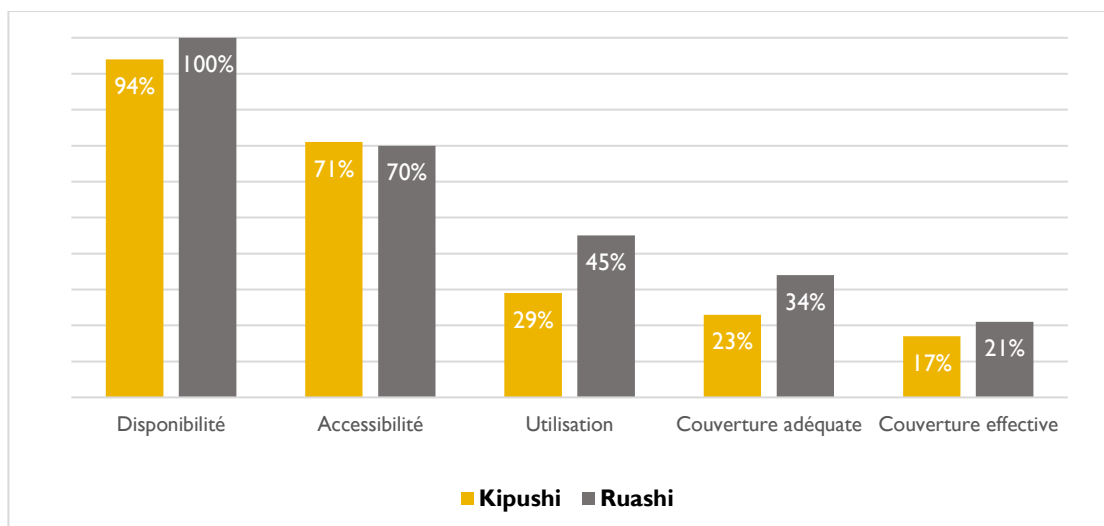


FIGURE 17 : COUVERTURES DES SERVICES DE VACCINATION PAR DÉTERMINANT À KIPUSHI ET RUASHI

Dans ces deux zones de santé aussi, les informations sur la vaccination proviennent majoritairement du recours aux mémoires des répondants. En effet, près de 64,5% des ménages de Kipushi n'avaient à portée de main ni carnets, ni documents de vaccination, parmi lesquels 45,4% rapportent que leurs carnets sont retenus au centre de santé. Pareil à Ruashi où 51,5% de ménages ne disposaient pas de carnets ou autres documents de vaccination.

A Kipushi, les besoins en doses de vaccins et autres intrants sont couverts pour 94% des enfants de 0 à 11 mois, contre 100% à Ruashi. A Kipushi, 7 aires de santé sur 16 connaissent des défis de disponibilité. Il s'agit de Lumwana, Lumata, Kinsevere, Kawama, Kipopo, Sapin et Betty.

Mais, ces doses disponibles ne sont pas accessibles pour tous enfants de ces zones. Les structures de santé et les sites de stratégie avancée et mobile pour la vaccination sont accessibles pour 29% et 30% des enfants de 0 à 11 mois respectivement à Kipushi et à Ruashi. En fait, 71% des ménages à Kipushi et 70% des ménages à Ruashi déclarent que le lieu le plus proche où un enfant peut être vacciné est situé à une distance de plus de 5km ou à plus d'une heure de marche. A Kipushi, la vaccination est organisée dans 25 structures à travers les 16 aires de santé en vue de résorber ce gap.

Mais, les couvertures du service chutent davantage progressivement pour les 3 déterminants qui suivent. Seuls 29% des enfants éligibles ont reçu leur première dose de Pentavalent (Penta) à Kipushi, et 45% à Ruashi.

Aussi, une proportion d'enfants encore plus faible a bénéficié d'une couverture adéquate des services de vaccination. A Kipushi et à Ruashi, respectivement 23% et 34% des enfants de 0 à 11 mois ont continué à utiliser les services jusqu'à recevoir leur troisième dose de Penta.

Et une proportion encore moindre d'enfants de 0 à 11 mois a bénéficié d'une couverture effective pour la vaccination : seuls 17% à Kipushi et 21% à Ruashi sont complètement vaccinés.

Toutefois, il faut aussi relever que bien qu'encore faibles les taux de couverture pour des services de la vaccination à Kipushi s'améliorent considérablement, avec le début de mise en œuvre de l'approche de convergence. En effet, selon les données administratives, en fin 2019, 99% des enfants éligibles auraient bénéficié du Penta 3, contre 87% en 2018. De même, en fin 2019, 98% des enfants éligibles auraient reçu le VAR, contre 75% en 2018.

III.4. Alimentation de complément

Les taux de couverture de l'alimentation de complément pour les différents déterminants à Kipushi et Ruashi sont présentés ci-dessous.

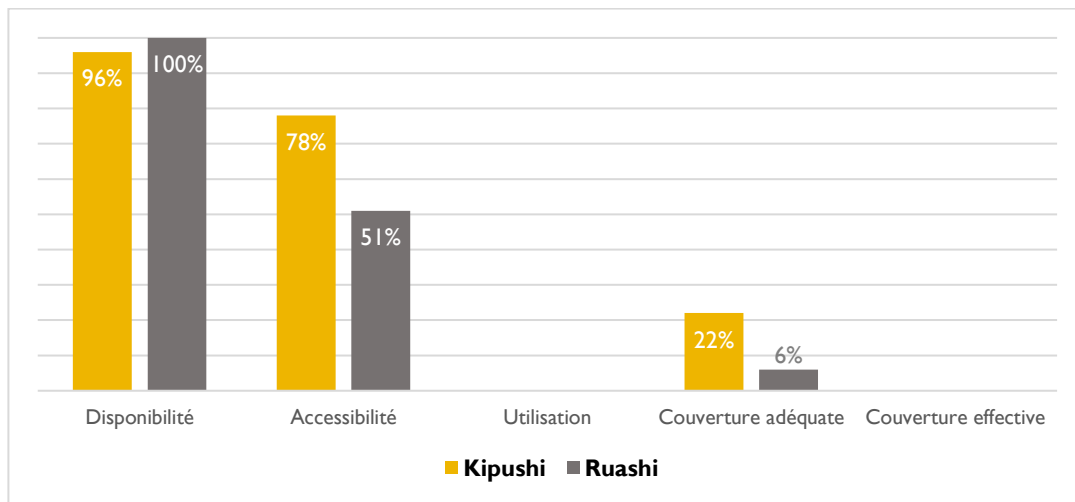


FIGURE 18 : COUVERTURES DES SERVICES D'ALIMENTATION DE COMPLEMENT PAR DETERMINANT A KIPUSHI ET RUASHI

La quasi-totalité des enfants (96%) de Kipushi et l'ensemble des enfants de Ruashi (100%) vivent dans des localités couvertes par des Formation sanitaires (FOSA) équipées et disposant chacune d'au moins 2 agents de sante formés en consultation préscolaire (CPS) et conseil en alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE).

Mais, les services d'alimentation disponibles dans ces structures de santé ne sont pas accessibles pour tous les enfants. Seuls 78% des enfants 6 à 23 mois à Kipushi et 51% à Ruashi sont gérés par des mères/gardiennes qui ont reçu des conseils en ANJE et autres pratiques familiales essentielles. Cette situation s'expliquerait essentiellement par la non-fréquentation des structures de santé par certaines mère/gardiennes d'enfants, mais aussi par l'ineffectivité de l'offre de service dans des FOSA disposant théorique du personnel formé à cet effet. En effet, la majorité des ménages de Kipushi et de Ruashi déclarent fréquenter une structure de santé (86,5% à Kipushi contre 62,5% à Ruashi), mais les proportions qui ont reçu des conseils en ANJE et autres pratiques familiales essentielles est moindre (76,3% à Kipushi et 53,8% à Ruashi).

Le taux d'utilisation de l'alimentation de complément (proportion d'enfants ayant consommé au moins 3 repas par jour) n'a pu être renseigné faute d'une question spécifique sur le nombre de repas consommés par l'enfant au-delà de la composition de son alimentation. Et l'absence de cette question a causé la même situation pour la couverture effective, qui intègre aussi le nombre de repas consommés.

Seule la couverture adéquate a pu être convenablement renseignée. La majorité des ménages dans les deux zones ont pu décrire ce que chaque enfant de 6 à 23 mois a consommé la veille de l'enquête, du réveil au coucher. A ce niveau, seuls 22% des enfants de 6 à 23 mois à Kipsuhi et 14% à Ruashi ont consommé des aliments appartenant au moins à 4 groupes alimentaires distincts (produit animal, céréales, légumineuses et fruits /légumes).

Pour une amélioration de ces couvertures l'approche de la convergence s'attèle à renforcer les capacités de conseil et de prise en charge des structures sanitaires et des communautés à travers la Nutrition à assise communautaire (NAC).

III.5. Education primaire de qualité

Le graphique ci-dessous présente la situation sur l'éducation de primaire de qualité pour les enfants de Kipushi et Ruashi.

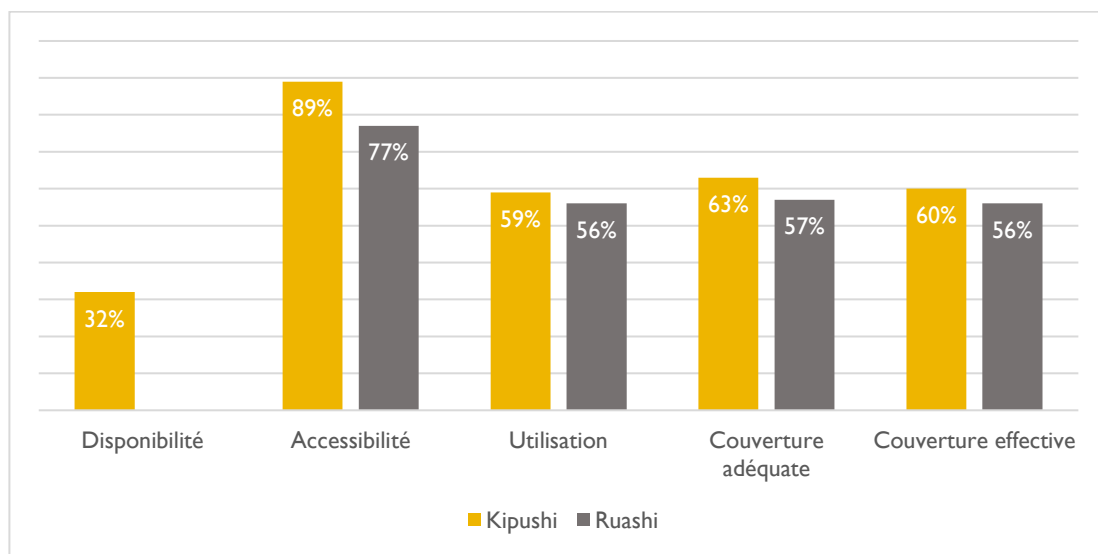


FIGURE 19 : COUVERTURES DE L'ÉDUCATION PRIMAIRE DE QUALITÉ PAR DETERMINANT A KIPUSHI ET RUASHI

Comme pour les cartes ou carnets de vaccination, la grande majorité des ménages n'ont pas pu présenter les bulletins des enfants scolarisés dans les deux zones. Ils déclarent que ces documents sont retenus par les établissements scolaire, mais ont pu toutefois communiquer les notes des enfants de mémoire.

La proportion d'enfants de la population scolarisable couverts par des enseignants qualifiés ou formés n'a pu être estimée qu'à Kipushi. Elle est de 32% pour la sous division éducationnelle couvrant la zone de santé. Pour Ruashi, nous n'avons pu disposer de cet effectif des enseignants qualifiés ou formés.

Les proportions d'élèves inscrits dans des classes disposant d'enseignants qualifiés ou formés sont de 89% et 77% respectivement à Kipushi et Ruashi. Mais, le fait que cette accessibilité dépasse de 57 points le taux de disponibilité à Kipushi, relève que les enseignants qualifiés ou formés de cette zone gèrent des classes pléthoriques, dépassant de loin la norme théorique de 55 élèves maximum par enseignant.

Mais, les couvertures baissent à partir de l'utilisation et cela jusqu'aux couvertures adéquate et effective, qui apprécient la qualité même des apprentissages : seuls 59% des élèves du primaire à Kipushi et 56% à Ruashi ont eu des moyennes supérieures ou égales à 10/20 ou 50% au 1^{er} trimestre de l'année précédente. Au 3^{ème} trimestre, ces proportions sont de 63% et 57% respectivement à Kipushi et à Ruashi. Ainsi, 60% des élèves du primaire à Kipushi et 56% à Ruashi ont une des moyennes des trimestres supérieures ou égales à 10/20 ou 50% durant l'année scolaire 2018. Il faut noter que pour Kipushi, cette situation, reflétant les notes de 529 élèves identifiés par l'enquête, diffèrent quelque peu des données administratives collectées auprès de la sous division éducationnelle, selon

lesquelles 93% et 83% des élèves auraient des moyennes supérieures ou égales à 10/20 (50%) respectivement au 1er et au 3ème trimestres de l'année 2018.

Néanmoins, la source fait état d'un taux de redoublement de 6%, nécessitant ainsi des efforts additionnels pour améliorer la qualité de l'éducation dans le cadre de la mise en œuvre de convergence à Kipushi.

III.6. Accès à l'eau potable

Le graphique qui suit présente les couvertures des services de l'accès à l'eau potable à Kipushi et Ruashi.

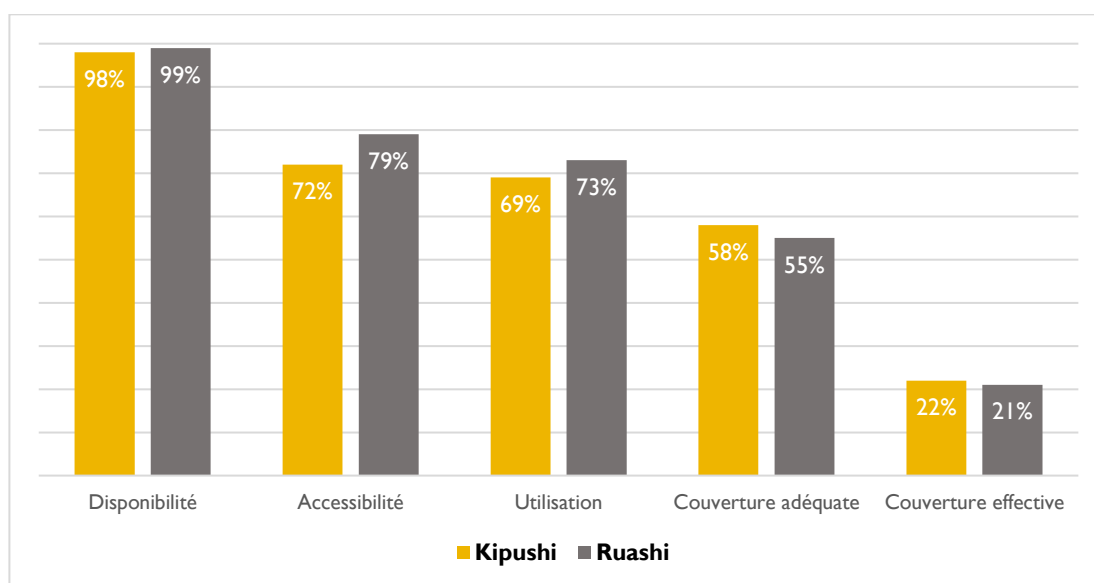


FIGURE 20 : COUVERTURES DE L'ÉDUCATION PRIMAIRE DE QUALITÉ PAR DÉTERMINANT À KIPUSHI ET RUASHI

La quasi-totalité des enfants de Kipushi (98%) et de Ruashi (99%) vivent dans des ménages disposant d'une source d'eau potable fonctionnelle.

Mais, bien que disponibles, l'accès à ces points d'eau est un défi pour certains de ces ménages. En effet, seuls 72% des enfants à Kipushi et 79% à Ruashi vivent dans des ménages abritant un point d'eau potable ou pouvant y accéder à moins de 30 minutes.

Ainsi, certains de ces ménages préfèrent utiliser d'autres sources d'eau non potable, mais probablement plus accessibles. En fait, la proportion de ménages qui utilisent effectivement une source d'eau potable fonctionnelle est encore moindre. Seulement 69% des enfants à Kipushi et 73% à Ruashi vivent dans des ménages utilisant fréquemment une source d'eau potable.

En plus même pour certains de ces ménages, les sources d'eau potable ne sont pas fonctionnelles toute l'année, due à des pannes ou des baisses de débit. Cela concerne les ménages de 42% des enfants à Kipushi et 55% à Ruashi. En fait, seuls 58% des enfants vivent dans des ménages qui utilisent une source d'eau potable toute l'année à Kipushi et 55% à Ruashi.

Au-delà de la couverture adéquate, la satisfaction des besoins minimums en eau potable constitue un autre défi dans ces deux zones de santé. En moyenne, les ménages de Kipushi utilisent 22,3 litres d'eau de boisson au quotidien contre 16 litres pour les ménages de Ruashi. En moyenne 7 personnes

consomment ces quantités par ménage, ce qui correspondrait à environ 2,8 litres d'eau par personne par jour à Kipushi contre 2,4 litres d'eau par personne et par jour à Ruashi. Mais, pris séparément, seuls les ménages de 22% des enfants à Kipushi et 21% à Ruashi disposent d'une couverture adéquate et suffisante en eau de boisson (au moins 2,5 litres, par personne, par jour).

III.7. Gouvernance et leadership local

Leadership local dans la mise en œuvre de la convergence

Au niveau **provincial** : Une approche similaire à la Convergence en 2004-2005 a été menée à Kipushi à partir de la province sur financement du fonds de suivi belge, lorsque l'usine Gécamines a eu des difficultés. L'objectif était de réorienter les travailleurs des mines vers d'autres activités de développement. L'approche holistique de la convergence telle que conceptualisée par l'UNICEF apporte une valeur ajoutée selon la Division provinciale du Plan. Cette Division basée à Lubumbashi est chargée de superviser les processus de planification au niveau de la province et des Entités Territoriales Décentralisées (ETD) relevant de la province et de coordonner les activités des différents acteurs de développement. Elle est impliquée dans la planification et la mise en œuvre de la Convergence à Kipushi. Et l'approche de la Convergence constitue pour elle une opportunité pour appuyer la planification au niveau local. En effet, bien qu'il existe des plans de développement au niveau national et provincial, ils ne sont pas systématiquement disponibles au niveau des ETA. Le choix de la zone de santé comme entité d'opérationnalisation de la convergence est très pertinent, car elle est plus gérable et plus proche des populations que les territoires. L'implication de la Division provinciale visent donc à soutenir les ETA dans la conception de ces plans.

La Division Provinciale de la Santé (DPS) de Lubumbashi est également fortement impliquée dans la mise en œuvre de la convergence à Kipushi. Cela en lien avec sa mission d'encadrement et accompagnement des Bureaux centraux des Zones de Santé de la province à travers des équipes polyvalentes (pools d'encadreurs provinciaux polyvalents), mixtes et intégrant des médecins, infirmiers licenciés, des gestionnaires. Pour améliorer les performances sanitaires et en particulier l'amélioration de l'état de santé des enfants, la province collabore avec plusieurs partenaires dans différents secteurs : 1) UNICEF qui appuie le Programme de vaccination à travers des Fiches techniques pour l'encadrement des acteurs impliqués, le Plan Machako de santé, les activités PTME, l'approche All in, les Urgences Santé (choléra et rougeole) et la dynamique communautaire, la Nutrition et le WASH avec les centres de santé assainis ; 2) Autres partenaires : GAVI avec la Vaccination ; PROSANI de l'USAID avec la dynamique communautaire ; PEPFAR de USAID avec la PTME ; Caritas Congo et Vision mondiale pour la Nutrition ; Banque Mondiale avec des programmes PDCS dans 8 zones de santé (financements basés sur la performance) ; IKAP ; CDC.

En matière de coordination de ces différentes interventions, une première expérience de planification intégrée avec tous les partenaires est initiée sous le leadership de l'UNICEF et de la DPS. Une telle approche vise à canaliser les interventions et les appuis vers les priorités de la province, favoriser la transparence et éviter les duplications. Des réunions régulières du comité de pilotage ont lieu au niveau provincial mais la mise en œuvre relève du niveau local. Un premier contrat a été signé au mois d'août et une évaluation de cette initiative est prévue en octobre.

La DPS participe aux réunions de revue mensuelle organisées au niveau des zones et aux réunions de Conseil d'Administration des Bureaux centraux des ZS présidées par les Administrateurs de Territoire ou les Bourgmestres. Elle consolide les informations transmises par les zones pour les différents enjeux de santé à travers divers mécanismes de suivi des données sanitaires (données sanitaires mises sur le logiciel DHS2 et rapports d'activités ; données sur la vaccination, notamment la gestion des vaccins via le logiciel DVD-MT, etc.). Le défi principal identifié en matière de données est le manque de maîtrise des dénominateurs (population des différentes tranches d'âge), qui doivent être partagés par l'Institut National de Statistique pour permettre notamment une meilleure planification des besoins. Pour pallier cette situation, ce sont les données des dénombrements réalisés par acteurs communautaires et les FOSA qui sont prises en considération.

La Division provinciale de l'Intérieur (DIVINTER), dont la mission est d'assurer le suivi de la population à travers l'état civil (enregistrement des naissances, des décès, des mariages...), est aussi impliquée dans la convergence à Kipushi. Elle appuie le territoire et ses bureaux d'état civil dans la mise en œuvre et le suivi des activités de promotion de l'enregistrement des naissances. Selon, elle la mise en œuvre de la convergence, qui a apporté plus de régularité et une meilleure coordination des activités de sensibilisation, commence à influencer positivement les performances de l'enregistrement des naissances aussi bien pour les activités de routine que pour les jugements supplétifs à Kipushi. Toutefois, la division relève quelques défis qu'il faudra prendre en charge : 1) accroître l'appropriation et la coopération effective des autorités politiques notamment judiciaires pour signer les décrets de mise en place des bureaux additionnels ; 2) accélérer le traitement des dossiers de jugements supplétifs ; 3) renforcer la coordination et le suivi des projets ; 4) améliorer l'accès aux zones défavorisées et éloignées ; 5) renforcer les mécanismes de remontée des données.

Au niveau **territorial** : La planification et la mise en œuvre de l'approche de convergence à Kipushi est portée par l'Administrateur du territoire (AT), qui fédère et suit régulièrement les différentes interventions menées par tous acteurs impliqués. Il assure cette coordination à travers le Comité local de Développement (CLD) du territoire qui regroupe chaque mois l'ensemble des services techniques, les partenaires de mise en œuvre, les représentants des compagnies minières et ceux de la communauté. Cette instance vise à assurer une gestion transparente et responsabilisante des interventions de la convergence.

Leadership du secteur de la santé

Au niveau de la zone de santé de Kipushi, le Bureau central est chargé d'assurer, avec l'appui de la DPS, la coordination et la supervision de tous les services de santé à travers les 16 aires de santé de la Zone de santé. Cette coordination s'effectue maintenant dans le cadre de la convergence et intègre la santé, la nutrition, WASH, la Protection et l'Education. La convergence se concrétise à travers 3 portes d'entrée :

- Les écoles : prévention sanitaire, vaccination, promotion via la sensibilisation par les enseignants
- Les formations sanitaires (FOSA) : Service de santé, de Nutrition et WASH
- La communauté : à travers la dynamique communautaire présentée ci-dessous.

Il salue les changements majeurs apportés par la convergence, notamment le renforcement de l'appui technique, logistique et communicationnel de l'UNICEF. Au niveau de la santé, cela a amélioré la

prévention, avec l'atteinte de chaque village à travers les CAC et l'implication des autorités, même les chefs de village.

Seulement, la santé note quelques défis dans le pilotage des activités de la convergence, liés à un manque de clarté du rôle du représentant de la Division du Plan. Ce dernier n'a pas un statut défini au niveau territorial ou zonal. Le compromis trouvé au tour de l'AT est que le Médecin Chef de Zone (MCZ) est le Secrétaire du comité et le Représentant du Plan le Secrétaire adjoint.

Dynamique communautaire

A Kipushi, l'opérationnalisation de la convergence repose sur les organes de participation communautaire. A ce titre, leurs membres ont bénéficié de formations sur la dynamique communautaire et d'appui pour la réactivation/installation des CAC, qui sont devenues multisectorielles.

Elles sont constituées par des RECO qui mènent les activités de dénombrement, de sensibilisation et de référencement au niveau des villages. Et les Présidents des CAC se retrouvent au niveau des aires de santé au sein des CODEV, où ils analysent et compilent les informations de tous les CAC. Cela permet une prise en charge rapide des besoins de la communauté (par exemple, les cas de viol sont transmis systématiquement par le chargé du genre et sont pris en charge dans les 72h).

En plus, les informations compilées par les CODEV sont remontées au niveau des réunions mensuelles du CLD, présidées par l'AT et où ils ont aussi des représentants.

Toutefois, il y'a un défi à intégrer toutes les structures communautaires qui existaient avant (créées autour des entreprises minières). Mais, la cooptation de leurs présidents au niveau du CLD a permis de les impliquer.

Dans le domaine de l'EHA, des points d'eau sont réalisés par les partenaires tels que l'UNICEF, avec la mise en place de comités de gestion d'eau qui, au niveau communautaire disposent de comptes bancaires, gèrent les cotisations et s'assurent de la maintenance des ouvrages si nécessaire. Cette bonne gestion a attiré Vision mondiale et l'entreprise minière KIKICO (qui participent actuellement aux réunions du CLD), qui investissent aussi dans l'acquisition de points d'eau.

EN RESUME

- ❖ Présentement, les couvertures de l'enregistrement des naissances, vaccination et eau potable sont un peu plus élevées à Ruashi. Par contre, Kipushi présente des meilleures couvertures pour l'alimentation de complément et l'éducation primaire de qualité. Mais, pour toutes les interventions prioritaires du paquet minimum de la convergence, on note globalement des gaps sur les couvertures que l'approche de la convergence devrait chercher à combler.
- ❖ Déjà les acteurs reconnaissent des changements majeurs apportés par la convergence, avec notamment le renforcement de l'appui technique, logistique et communicationnel de l'UNICEF.
- ❖ La Convergence a permis de passer d'une organisation sectorielle vers des cadres transversaux et intersectoriels. Elle mobilise tous les acteurs autour de l'amélioration des performances et donc, des conditions de vie des enfants. Le Comité local de développement organise les actions

des différents PTF sous l'autorité de l'AT, y compris les entreprises minières, autour desquelles se créent des structures communautaires des travailleurs. Chaque secteur organise le suivi de ses interventions et le CLD réalise un suivi global à travers ses membres techniques (MCZ, Sous Proved, Protection...) lors des réunions.

- ❖ Au niveau local, la mise en œuvre de l'approche à travers les CAC et l'implication des autorités et des chefs de village a permis l'amélioration de la prévention notamment avec l'atteinte de chaque village. La dynamique communautaire au niveau des aires de santé s'est concrétisée grâce aux rencontres régulières des Présidents de CAC, qui remontent les informations sur tous les domaines vers le CODEV, puis de ceux-ci vers CLD. Il existe toutefois des défis d'intégration de toutes les structures communautaires qui existaient avant et créées autour des entreprises minières, mais les représentants de ces dernières sont impliqués dans les rencontres du CLD.

III. CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

Sur la base des résultats de cette enquête, les constats et recommandations suivantes visent à apporter des pistes de réflexion visant à améliorer la mise en œuvre future de l'approche dans les différentes zones ciblées.

Constat 1 : Les couvertures actuelles des interventions prioritaires du paquet minimum de la convergence sont relativement **similaires entre les zones de convergence pilotes et leurs zones témoins**, confirmant le choix pertinent de ces dernières. Elles diffèrent faiblement et présentent toutes **des gaps importants à couvrir pour le bien-être des enfants**.

Recommandation 1 :

Travailler avec les acteurs techniques et communautaires dans chaque zone de convergence pour réaliser des analyses causales des goulots d'étranglement des couvertures de toutes les interventions prioritaires différentes. Cela, en vue d'identifier des actions correctrices pertinentes à prioriser au niveau des plans d'action de la convergence dans ces zones pour améliorer les couvertures des interventions prioritaires.

Constat 2 : Le **leadership des autorités administratives et services techniques étatiques s'est révélé déterminant** pour une mise en œuvre intégrée de l'approche de la Convergence. Seulement, leurs compréhensions et niveaux d'implication dans l'opérationnalisation de l'approche diffèrent considérablement selon les zones et les secteurs d'intervention.

Recommandation 2 :

Réaliser des séances de sensibilisation/formation sur la théorie de changement de l'approche et des plaidoyers auprès des acteurs pertinents pour s'assurer de leur appropriation et de leur implication effective dans la mise en œuvre de la Convergence.

- Au niveau national, avec le Cabinet du Secrétariat Général du Ministère de la Coopération Internationale et des Ministères sectoriels partenaires clés de l'UNICEF.
- Au niveau provincial, ces activités devraient se faire sous le leadership de la Division provinciale du Plan, en présence de la DPS, DIVINTER, PROVED et des partenaires pertinents.
- Au niveau local, les réunions des CLD présidées par l'AT ou le Bourgmestre constitueraient les espaces les plus appropriées pour réaliser ces séances.
- Au niveau communautaire, bien que les CAC représentent l'unité opérationnelle idéale de la convergence notamment de par leur intersectorialité, plusieurs ne sont pas structurées ni fonctionnelles. Dans un premier temps, les membres du CODESA pourraient constituer les bénéficiaires de ces séances.
- Cette sensibilisation devrait également être organisée au niveau des différents bureaux de l'UNICEF.

Constat 3 : Si la conceptualisation de l'approche convergence a été réalisée, **la mise en œuvre dans les zones de convergence est variable** et se réalise selon les ressources disponibles au niveau de chaque zone de santé.

Recommandation 3 :

Développer des outils standardisés pour faciliter la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des interventions et de la dynamique de convergence.

Constat 4 : Les données révèlent que les CAC constituent l'unité opérationnelle la plus efficace pour mettre en œuvre et suivre les interventions mises en œuvre dans le cadre de la convergence. Néanmoins le **manque de ressources et d'activités de pérennisation** constituent des obstacles importants.

Recommandation 4 :

- Développer une stratégie claire de la dynamique communautaire intégrant les stratégies d'auto-suffisance et de pérennisation.
- Standardiser les modalités d'incitation des RECO pour éviter les différences de traitement et assurer leur rétention dans le cadre de la mise en œuvre des activités.
- Mobiliser les ressources nécessaires pour leur permettre de déployer efficacement leurs activités et de leur offrir de la visibilité sur le terrain.

Constat 5 : L'approche convergence intègre le suivi des conditions de vie des enfants à travers 5 interventions prioritaires traceuses. Les données de suivi sont collectées soit par des enquêtes ménages ou à travers des données administratives permettant **d'estimer des proportions pour les différentes catégories d'âge et selon les types d'interventions.**

Recommandation 5 :

Saisir l'opportunité de la convergence comme stratégie innovante pour tester la méthodologie du suivi nominal des enfants. Il s'agira d'identifier des cohortes d'enfants auxquels seraient attribués des identifiants spécifiques. Un devis de recherche prospective pourrait être envisagé afin de déterminer l'impact attribuable aux interventions traceuses sur l'amélioration des conditions de vie des enfants.

TABEAU 8 : SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS DE L'ENQUÊTE DE BASE DE LA CONVERGENCE

ANNEXES : Outils de collecte de données

[Introduction à l'enquête et formulaire de consentement](#)

[Questionnaire ménages](#)

[Guides d'entrevue avec les informateurs-clés](#)

[Fiche de collecte de données administratives](#)

[Plan d'analyse des données](#)