

# RAPPORT DES RESULTATS 2017

PROGRAMME D'APPUI AU NIVEAU  
CENTRAL – PANC / RDC 1419411



FEVRIER 2018

## TABLE DE CONTENU

ACRONYMES .....		5	
<b>1</b>	<b>APERÇU DE L'INTERVENTION.....</b>	<b>7</b>	
1.1	FICHE D'INTERVENTION	7	
1.2	EXECUTION BUDGETAIRE	9	
1.3	AUTOEVALUATION DE LA PERFORMANCE	10	
1.3.1	<i>Pertinence.....</i>	<i>10</i>	
1.3.2	<i>Efficienc.....</i>	<i>10</i>	
1.3.3	<i>Efficacit.....</i>	<i>11</i>	
1.3.4	<i>Durabilit.....</i>	<i>11</i>	
1.4	CONCLUSIONS	11	
<b>2</b>	<b>MONITORING DES RESULTATS.....</b>	<b>13</b>	
2.1	ÉVOLUTION DU CONTEXTE	13	
2.1.1	<i>Contexte g.....</i>	<i>13</i>	
2.1.2	<i>Contexte i.....</i>	<i>14</i>	
2.1.3	<i>Contexte de g.....</i>	<i>15</i>	
2.1.4	<i>Contexte HARMO.....</i>	<i>15</i>	
2.2	PERFORMANCE DE L'OUTCOME 1, 2 ET 3	17	
2.2.1	<i>Progr.....</i>	<i>17</i>	
2.2.2	<i>Analyse des progr.....</i>	<i>23</i>	
2.2.3	<i>Impact pot.....</i>	<i>25</i>	
2.3	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 1	27	
2.3.1	<i>Progr.....</i>	<i>27</i>	
2.3.2	<i>État d'avanc.....</i>	<i>27</i>	
2.3.3	<i>Analyse des progr.....</i>	<i>27</i>	
2.4	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 2	29	
2.4.1	<i>Progr.....</i>	<i>29</i>	
2.4.2	<i>État d'avanc.....</i>	<i>29</i>	
2.4.3	<i>Analyse des progr.....</i>	<i>30</i>	
2.5	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 3	34	
2.5.1	<i>Progr.....</i>	<i>34</i>	
2.5.2	<i>État d'avanc.....</i>	<i>34</i>	
2.5.3	<i>Analyse des progr.....</i>	<i>35</i>	
2.6	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 4	36	
2.6.1	<i>Progr.....</i>	<i>36</i>	
2.6.2	<i>État d'avanc.....</i>	<i>36</i>	
2.6.3	<i>Analyse des progr.....</i>	<i>37</i>	
2.7	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 5	38	
2.7.1	<i>Progr.....</i>	<i>38</i>	
2.7.2	<i>État d'avanc.....</i>	<i>38</i>	
2.7.3	<i>Analyse des progr.....</i>	<i>39</i>	
2.8	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 6	40	
2.8.1	<i>Progr.....</i>	<i>40</i>	

2.8.2	<i>État d'avancement des principales activités</i> .....	40	
2.8.3	<i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	40	
2.9	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 7		42
2.9.1	<i>Progrès des indicateurs</i> .....	42	
2.9.2	<i>État d'avancement des principales activités</i> .....	42	
2.9.1	<i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	42	
2.10	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 8		43
2.10.1	<i>Progrès des indicateurs</i> .....	43	
2.10.2	<i>État d'avancement des principales activités</i> .....	43	
2.10.3	<i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	43	
2.11	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 9		44
2.11.1	<i>Progrès des indicateurs</i> .....	44	
2.11.2	<i>État d'avancement des principales activités</i> .....	44	
2.11.1	<i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	45	
2.12	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 10		46
2.12.1	<i>Progrès des indicateurs</i> .....	46	
2.12.2	<i>État d'avancement des principales activités</i> .....	46	
2.12.3	<i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	46	
2.13	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 11		48
2.13.1	<i>Progrès des indicateurs</i> .....	48	
2.13.2	<i>État d'avancement des principales activités</i> .....	48	
2.13.3	<i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	48	
2.14	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 12		49
2.14.1	<i>Progrès des indicateurs</i> .....	49	
2.14.2	<i>État d'avancement des principales activités</i> .....	49	
2.14.3	<i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	49	
2.15	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 13		51
2.15.1	<i>Progrès des indicateurs</i> .....	51	
2.15.2	<i>État d'avancement des principales activités</i> .....	51	
2.15.3	<i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	51	
2.16	THEMES TRANSVERSAUX		52
2.16.1	<i>Genre</i> .....	52	
2.16.2	<i>Environnement</i> .....	55	
2.16.3	<i>Une approche basée sur les droits de l'homme et la fragilité de la RDC</i> .....	56	
2.17	GESTION DES RISQUES		57
3	PILOTAGE ET APPRENTISSAGE .....	61	
3.1	REORIENTATIONS STRATEGIQUES		61
3.2	RECOMMANDATIONS		61
3.3	ENSEIGNEMENTS TIRES		62
4	ANNEXES.....	63	
4.1	CRITERES DE QUALITE		63
4.2	DECISIONS PRISES PAR LE COMITE DE PILOTAGE ET SUIVI		66
4.3	CADRE LOGIQUE MIS A JOUR		67
4.4	APERÇU DES MORE RESULTS		72
4.5	RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS (Y – M) »		72

4.6	RESSOURCES EN TERMES DE COMMUNICATION	72
4.7	INDICATEURS SUR LA SITUATION DE LA SANTE EN RDC	72

## Acronymes

AMBABEL	Ambassade de Belgique en RDC
ATI	Assistant Technique International
ATN	Assistant Technique National
BCAF	Bureau Central d'Achats de la FEDECAME
ECZS	Equipe Cadre de la Zone de Santé
BM	Banque Mondiale
ESP	Ecole de santé publique
HGR	Hôpital général de référence
CCT	Comité de Coordination Technique
CCSC	Centre de Connaissances Santé au Congo
CDR	Central de distribution régional
CNP-SS	Comité national de pilotage du secteur santé
COMPAR	Comité des partenaires
CPP	Comité provincial de pilotage
CS	Centre de santé
CU	Contrat unique
DEP	Direction d'études et planification
D4H	Développement for health – développement pour la santé
DGD	Direction générale de coopération au développement
DGLM	Direction général de la lutte contre la maladie
DLM	Direction de lutte contre la maladie
DPM	Direction de pharmacie et médicament
DPS	Division provincial de la santé
DTF	Document technique financier
ENABEL	Agence belge de développement
FBP	Financement basé sur la performance
FC	Franc congolais
FEDECAME	Fédération de centrales de distributions de médicaments essentiels
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization - Alliance Globale pour les Vaccins et l'Immunisation
MSP	Ministère de la santé publique
ODD	Objectifs de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non-gouvernementale
PANC	Programme d'appui au niveau central
PADP	Programme d'appui au DPS et ZS
PCA	Paquet complémentaire d'activités
PDSS	Projet de développement du système de santé
PEE	Programme d'études et expertise
PLVS	Programme de lutte contre les violences sexuelles
PMA	Paquet minimal d'activités
PNAM(E)	Programme national d'approvisionnement de médicaments (essentiels)
PNCNS	Programme nationale des comptes nationales de la santé
PNDS	Plan national de développement du secteur santé (2016-2020)
PRECOB	Programme de renforcement des capacités organisationnelles par l'octroi de bourses
PTF	Partenaires techniques financiers
RDC	République Démocratique du Congo
RIPSEC	Renforcement Institutionnel pour des Politiques de Santé basées sur l'Evidence en RDC

ROI	Règlement d'ordre intérieur
SDSR	Santé et les droits sexuels et reproductifs
SMCL	Structure mixte de coordination locale
SNAME	Système national d'approvisionnement de médicaments essentiels
SRSS	Stratégie de renforcement du système de santé
TFS	Tarifcation forfaitaire subsidiée
ULB	Université Libre de Bruxelles
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
USAID	United States Agency for International Development
ZS	Zone de santé

# 1 Aperçu de l'intervention

## 1.1 Fiche d'intervention

<b>Nom de l'intervention</b>	Programme d'Appui au Niveau Central (PANC)
<b>Code de l'intervention</b>	RDC 1419411
<b>Emplacement</b>	Kinshasa, République Démocratique du Congo (RDC)
<b>Budget total</b>	Document technique financier: 9.500.000 EUR Décision comité des partenaires (COMPAR) 03/2016: 5.000.000 EUR
<b>Institution partenaire</b>	Ministère de la Santé Publique (MSP)
<b>Durée du projet</b>	36 mois à partir de la réunion de la Structure Mixte de Coordination Locale (SMCL) de mise en place (SMCL 0)
<b>Date prévue de fin d'exécution</b>	7 décembre 2019
<b>Groupes cibles</b>	La population Congolaise des zones de santé (ZS) dans les provinces de concentration éligibles de l'appui de cette intervention Les populations en général dans les autres ZS dans les provinces ciblées à travers l'appui aux divisions provinciales de la santé (DPS) Les cadres du MSP tant au niveau intermédiaire que périphérique, et, en particulier, les prestataires, actuels et futurs, au sein des structures bénéficiaires de cet appui Les cadres du MSP du niveau central à travers son alimentation en informations stratégiques et bonnes pratiques
<b>Objectif général (Impact)</b>	Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans le cadre global de lutte contre la pauvreté
<b>Objectif spécifique (Outcome)</b>	OS 1. Les capacités managériales de la direction d'études et planification (DEP) sont renforcées pour assurer ses missions dans la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du plan national de développement du secteur santé (PNDS) en priorité dans les aspects de réforme du secteur et du développement des ZS. OS 2. Les capacités managériales de la direction de lutte contre la maladie (DLM) sont renforcées pour assurer son leadership de gestion multi-bailleurs des maladies endémo-épidémiques et des maladies non transmissibles. OS 3. L'approvisionnement régulier et pérenne en médicaments, dispositifs médicaux et produits de diagnostic essentiels de qualité à un prix accessible, mission prioritaire du système national d'approvisionnement de médicaments essentiels (SNAME), est assuré par la fédération de centrales de médicaments essentiels (FEDECAME), régulé par la direction de la pharmacie et le médicament (DPM), suivi par le programme national d'approvisionnement de

	médicaments (PNAM), et destiné à toutes les formations sanitaires des ZS ciblées, via les centrales de distribution régionales (CDR) de Kisangani (CAMEKIS), de Bwamanda (CAMENE) et de Kikwit (CAMEBASU).
<b>Résultats (Outputs) après modification du cadre logique de 2017</b>	Résultat 1 : Une planification coordonnée est assurée à tous les niveaux, afin de permettre le renforcement du système de santé et en particulier le développement des ZS.
	Résultat 2 : La coordination des appuis des différentes partenaires techniques et financiers du secteur de la santé –en termes de synergie, de complémentarité et de cohérence avec la stratégie sectorielle –est assurée à tous les niveaux.
	Résultat 3 : Le suivi du développement du secteur est assuré à travers la gestion de l'information stratégique –provenant de tous les niveaux du système de santé –sous forme de capitalisation d'expériences ou d'études et de bases de données pour l'analyse sectorielle et macro-économique.
	Résultat 4 : L'élaboration des politiques, des normes et des stratégies du secteur est basée sur la recherche en système de santé à tous les niveaux, en particulier au niveau opérationnel.
	Résultat 5 : Le management interne de la DEP est renforcé dans la vision de la réforme du système de santé.
	Résultat 6 : Le fonctionnement des programmes spécialisés prioritaires est coordonné et progressivement intégré dans le cadre des activités courantes de la DLM.
	<del>Résultat 7 : La surveillance épidémiologique et la réponse contre les épidémies sont renforcées dans une vision multidisciplinaire et multi-bailleurs.</del>
	<del>Résultat 8 : Le fonctionnement du réseau des laboratoires est renforcé en appui à la lutte contre les épidémies et endémies prioritaires.</del>
	Résultat 9 : Le management interne de la DLM est renforcé dans la vision de la réforme du système de santé.
	Résultat 10 : L'appui aux trois CDR de Kisangani, Bwamanda et Kikwit permet d'assurer la disponibilité des médicaments FEDECAME de qualité et à prix accessible depuis la CDR jusqu'au zones de santé.
	Résultat 11 : Le rôle du Programme National d'Approvisionnements en Médicaments (PNAM) dans la coordination et supervision du SNAME est renforcé.
	Résultat 12 : Le fonctionnement de la FEDECAME et du BCAF Ouest est renforcé afin d'assurer une disponibilité continue des médicaments dans les CDR.
	<del>Résultat 13 : Les principales fonctions réglementaires de la DPM (D3) sont renforcées dont en particulier, l'enregistrement et l'inspection.</del>
<b>Année couverte par le rapport</b>	2017



## 1.2 Exécution budgétaire

EUR	Budget (post- réduction COMPAR 2016)	Dépenses		Solde	Taux de déboursement à la fin de l'année 2017
PANC (RDC1419311)		Années précédentes 2016	Année couverte par le rapport 2017		
<b>Total activités</b>	<b>3 810 000</b>	<b>74 885</b>	<b>786 056</b>	<b>2 949 060</b>	<b>23%</b>
<b>OS 1</b>	<b>747 500</b>	<b>19 063</b>	<b>174 973</b>	<b>553 464</b>	<b>26%</b>
Output 1	165 500	-	32 096	133 404	19%
Output 2	185 500	-	792	184 708	0%
Output 3	31 500	-	633	30 867	2%
Output 4	42 000	-	4 011	37 989	10%
Output 5	323 000	19 063	137 440	166 497	48%
<b>OS 2</b>	<b>638 500</b>	<b>14 554</b>	<b>185 133</b>	<b>438 813</b>	<b>31%</b>
Output 1	38 500	-	-	38 500	0%
Output 2	27 000	-	-	27 000	0%
Output 3	15 000	-	-	15 000	0%
Output 4	558 000	14 554	185 133	358 313	36%
<b>OS 3</b>	<b>2 424 000</b>	<b>41 267</b>	<b>425 950</b>	<b>1 956 783</b>	<b>19%</b>
Output 1	1 504 000	-	169 067	1 334 933	11%
Output 2	693 000	41 267	210 767	440 965	36%
Output 3	227 000	-	46 116	180 884	20%
Réserve	10 000	-	-	10 000	0%
Moyens généraux	1 180 000	69 785	240 354	869 861	26%
<b>Grand total</b>	<b>5 000 000</b>	<b>144 669</b>	<b>1 026 410</b>	<b>3 828 921</b>	<b>23%</b>

## 1.3 Auto-évaluation de la performance

### 1.3.1 Pertinence

	<b>Performance</b>
<b>Pertinence</b>	<b>B</b>

Le résultat de la checklist de l'annexe 4.1 a donné à l'origine clairement un score « A ». Cependant nous décidons de réduire ce score à un « B » suite à la réduction budgétaire qui s'est effectué à peine quelques mois ou semaines avant le début du Programme en 2016.

Le PANC reste clairement ancré dans les politiques nationales de la RDC. Il a tout le potentiel de satisfaire aux engagements en matière d'efficacité de l'aide. Il continue à être très pertinent par rapport aux besoins du groupe cible, la population ou les cadres soignants du système de la santé. Sa logique d'intervention était claire et bien structurée avec une logique verticale des objectifs réalisable et cohérente, des indicateurs appropriés et des risques et hypothèses clairement identifiés et gérés.

Cependant en conséquence de la réduction budgétaire une grande partie de cette cohérence s'était perdue et l'équipe d'exécution a dû chercher en 2017 de mettre en place des alternatifs. On devra voir en cours de 2018 si ces nouvelles stratégies tiendront le coup. En plus, conséquente à la réduction budgétaire et le temps investi dans les nouvelles stratégies, la durée du programme semble très courte afin de mettre en place les garanties pour l'accompagnement d'une bonne sortie d'intervention.

### 1.3.2 Efficience

	<b>Performance</b>
<b>Efficience</b>	<b>C</b>

Le résultat de la checklist de l'annexe 4.1 a donné à l'origine clairement un score « B ». Cependant, nous décidons de réduire ce score à un « C » suite aux réductions supplémentaires obligatoires en 2017 concernant le plafond maximal de décaissement.

Alors que cette influence était encore relative en 2017, année de démarrage et d'ajustements continus vis-à-vis nos ambitions originales, cet exercice de plafonnage des capacités de décaissement tombera aussi plus lourd en 2018, l'année où le programme atteint sa vitesse croisière.

En conséquence, nous devons chercher des nouvelles stratégies pour garantir que tous les moyens soient disponibles à temps et dans les limites budgétaires pour les besoins réels du Programme. Le résultat en sera presque certainement que les activités auront du mal à se mettre en œuvre dans les délais originalement prétendus.

En réduisant ainsi le rythme de l'exécution, il est plausible qu'à cause de la durée invariable des marchés publics tous les outputs ne seront livrés pas dans les temps. Il est clair que ceci mettra en risque les contributions des outcomes planifiés.

### 1.3.3 Efficacité

	<b>Performance</b>
<b>Efficacité</b>	<b>B</b>

La situation juridique à la CAMEKIS, la centrale de distribution régionale de la Tshopo, n'a pas été très claire pendant les trois premiers trimestres de 2017, à cause d'un cas de fraude important. Le PANC réussit néanmoins à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome 3. Une bonne gestion de risques et hypothèses nous aide à avancer de manière proactive dans la réalisation totale de l'outcome 3.

Bien qu'en situation de risque, il est probable de l'atteindre en termes de qualité et de couverture.

### 1.3.4 Durabilité potentielle

	<b>Performance</b>
<b>Durabilité potentielle</b>	<b>B</b>

Le partenaire congolais, la direction d'études et planification et le programme d'approvisionnement de médicaments plus que tout, sont bien impliqués à tous les stades de la mise en œuvre du PANC. Leur engagement est claire vis-à-vis de la production et de l'utilisation des résultats. L'intervention bénéficie surtout de l'appui intégral de la politique et des institutions, et cet appui se poursuivra.

Le PANC s'appuie lui-même en plus sur les performances des structures locales comme objectif intégré de ses efforts, comme un choix par sa formulation. Donc une condition importante pour la durabilité financière est potentiellement très bonne. Mais il faudra attendre la capacité de l'Etat Congolais pour continuer à couvrir après une durée courte (trois années) du Programme. Le pays étant dans l'état où il est à fin 2017, on ne peut pas dire que les facteurs externes n'auront aucune incidence sur celle-ci. Le renforcement de la capacité institutionnelle et de gestion, d'ailleurs comme objectif explicite, reste au centre de notre attention.

Donc un « B » en lieu d'un « A », à cause de la durée assez courte de ce Programme et la complexité des mécanismes à mettre en place pour renforcer la performance institutionnelle de nos partenaires.

## 1.4 Conclusions

- Après une longue mise en réalité de l'actuel Programme santé en RDC, le PANC n'a pas raté son démarrage et profite de la proximité de ses partenaires pour mettre en œuvre les stratégies et les activités ;
- La réduction budgétaire de 2016 a impacté de manière profonde aux ambitions et même la cohérence de l'ensemble de ses activités vis-à-vis les objectifs et l'impact attendu ;
- L'équipe d'exécution a su s'adapter convenablement à cette nouvelle réalité budgétaire sans trop perdre du temps, avec une approche pragmatique ;
- L'approche multi-bailleurs est un atout dans un secteur comme la santé qui est regroupé autour d'une attitude institutionnelle du GIBS de pilotage ensemble avec le MSP. Le GIBS sait mettre de la pression auprès de ses membres (quelques cas en exception) ;
- Le rôle de la coordination sur l'ensemble du programme santé a peut-être été sous-estimé dans la formulation du PANC en tant que moyens et effort à investir.

- Le programme santé laisse encore un chantier à développer dans le domaine de la communication pour le développement (C4D) et de son approche spécifique vers la santé sexuelle et de la reproduction

<p>Dr. Patrick Van Dessel ATI – coordinateur Programma Santé ENABEL</p>	<p>Dr. Alain Iyeti Directeur d'Etudes et Planification Ministère de la Santé Publique</p>
	

## 2 Monitoring des résultats

### 2.1 Évolution du contexte

#### 2.1.1 Contexte général

Située en Afrique centrale avec une superficie de 2.345.000 km<sup>2</sup> la RDC a été et reste confrontée à de nombreux conflits armés et crises depuis plus de deux décennies.

Sur le plan politique, le pays doit faire face à plusieurs défis majeurs, comme la restauration de son intégrité territoriale, le désarmement des groupes rebelles, la réinsertion sociale et le développement du pays en vue de sa modernisation.

Le contexte socio-politique de la RDC de ces deux dernières années est marqué par la question de l'organisation d'élections présidentielles, législatives et provinciales, dues depuis fin 2016, et la résurgence des conflits armés dans plusieurs localités du territoire.

Les forces politiques, opposition et majorité présidentielle, ont signé le 31 décembre 2016 un compromis de la dernière minute sous l'accompagnement de la Conférence Episcopale du Congo pour la gestion du pays jusqu'à la mise en place d'une transition politique, en attendant l'organisation d'élections avant la fin de l'année 2017. Cette échéance n'a pu être tenue et l'accord, dite de la saint Sylvestre, n'a pas été mis en œuvre en 2017 dans sa totalité, donnant lieu à des interprétations diverses.

Le 5 novembre 2017 la Commissions Electoral National Indépendante a publié la feuille de route fixant la nouvelle échéance pour la tenue des élections le 23 décembre 2018. Cette date ne fait pas l'unanimité au sein de la classe politique, de la société civile et de la communauté internationale, en résultant une tension politique caractérisée de plus en plus par des manifestations entraînant des pertes en vie humaine et des dégâts matériels. Pour 2018 on craint une multiplication des manifestations et une dégradation du contexte socio-politique.

Ce climat politique a été alourdi en 2017 par des attaques armées notamment dans le Kasai et à l'Est du pays provoquant le déplacement de la population, plus 4 millions d'habitants, vers des zones plus sécurisées ou vers les pays voisins.

Au plan économique, on observe une dépréciation de la monnaie congolaise par rapport au dollar. Le taux de change a presque doublé de fin 2016 en fin 2017, passant d'un dollar pour 900 FC à un dollar pour 1.600 FC. Le corolaire de cette situation est une augmentation du niveau d'inflation, la cherté du coût de la vie et une baisse du pouvoir d'achat de la population y compris pour les soins de santé, qui sont fréquemment chargé à la prestation à tarif non-fixé, menant à des dépenses catastrophiques pour les familles.

#### **Situation socio –démographique**

Avec une population évaluée à 73.599.190 habitants (Source : banque mondiale) la RDC devrait avoir atteinte et surpassée une population de 83,8 millions en 2015 et une densité moyenne de 36 habitants par km<sup>2</sup> (Source : Nations Unies, Division de la Population).

La moitié de cette population est à moins de 25 ans, avec une proportion urbaine qui représenterait 39.7 % en 2015. La population d'âge économiquement actif (20-64 ans) représente 44% de la population totale.

## Situation de la santé

L'annexe 4.6 plus loin présente un résumé d'indicateurs sur la situation de la santé en RDC (Source <https://www.unicef.org>).

### 2.1.2 Contexte institutionnel

Le MSP est entré dans la deuxième année d'exécution du PNDS 2016-2020, qui lui-même est axé sur la SRSS en RDC. Le PNDS 2016-2020 s'inscrit dans le cadre de la réalisation des Objectifs de développement durable (ODD) relatif à la santé, notamment la couverture sanitaire universelle. Il constitue aussi le plan de mise en œuvre des priorités du Gouvernement dans le secteur de la santé. L'objectif général poursuivi par le PNDS 2016-2020 est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population, de façon à permettre à tous, de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge dans le cadre de la couverture sanitaire universelle.

Bien que le PNDS soit bel et bien établi, la connaissance de ce document stratégique au niveau opérationnel laisse encore à désirer, surtout au niveau des ZS.

En vue de s'assurer de la mise en œuvre effective de ce plan stratégique, un cadre de suivi et évaluation a été adopté en 2016. A travers ce cadre de suivi et évaluation se trouvent indiqués le rythme de suivi et des évaluations des performances du secteur santé. Une revue annuelle d'activités doit être organisée chaque année, pour chaque niveau du système de santé (MSP, DPS et ZS) et deux évaluations (à mi-parcours et finale) doivent être organisées au cours de la période couverte par le PNDS 2016-2020 pour vérifier le niveau d'atteinte des résultats attendus.

Le PANC a pour ancrage institutionnel le MSP à travers la DEP, la DLM et le PNAM. L'équipe d'exécution, technique et administrative-financière du PANC est d'ailleurs basée dans les locaux de ces directions centrales en vue de renforcer la proximité et l'implication effective du partenaire institutionnel. Cette proximité contribue au bon déroulement de l'intervention.

Les orientations stratégiques sont définies de concert avec le partenaire et s'alignent sur la politique nationale et l'approche multi-bailleurs. Cet ancrage institutionnel permet donc de faciliter (« *to enable* – *ENABEL* ») le rôle du niveau central dans le secteur de la santé dans l'alignement au PNDS 2016-2020 et la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS).

Mené avec une approche multisectorielle et multi-bailleurs, l'ancrage institutionnel est de plus en plus perçu comme un privilège par les autres acteurs et partenaires techniques financiers (PTF). La stabilité relative des directions appuyées aide au succès de l'ancrage. En 2017, seulement le PNAM a connu un changement de direction, dû à la mise à la retraite de l'ancien directeur. En cours de 2018 d'autres changements seront prévus pour la DLM, en concordance avec le début du processus de mise à la retraite de fonctionnaires éligibles par le MSP, appuyé par le projet de développement du système de santé (PDSS) de la Banque Mondiale.

Trois grands processus de réformes du Ministère de la Santé Publique ont connu des avancées en 2017, mais souffrent en général beaucoup de retard sur les feuilles de route. Le premier, la réforme de décentralisation vers les structures décentralisées dans les Provinces a atteint sa maturité, bien qu'en terme de résultat avec des situations encore très hétérogènes. Le besoin se situe dans l'accompagnement de ces DPS pour l'atteinte et la consolidation de leur missions et fonctions, surtout dans leur domaine de responsabilité envers les zones de santé d'un leadership technique et stratégique. La deuxième, la réforme d'intégration des programmes spécialisés aux DPS et au niveau central est également en cours mais aussi avec beaucoup de retard. La réussite de cette réforme dépend largement de la mise en œuvre de la nouvelle structure organique du niveau central, qui en soit constitue la 3<sup>o</sup> grande réforme du système de santé. Le MSP a mis en place une procédure de mise à la retraite de fonctionnaires éligibles et de sélection de leurs remplaçants. Ce

processus a commencé avec les directions standards comme la DEP, direction générale de lutte contre la maladie (DGLM), direction administrative financière (DAF) et la nouvelle direction générale d'organisation de services (DGOS). Le groupe inter-bailleurs de fonds du secteur santé (GIBS) a demandé à être impliqué pour veiller ensemble avec le MSP sur la transparence et le respect de procédures de ce processus.

### 2.1.3 Contexte de gestion : modalités d'exécution

L'intervention PANC est une composante du programme santé de la coopération Belgo-Congolaise, qui dans son ensemble vaut 20 500 000 Euros. Cet appui s'inscrit dans la dynamique de l'accompagnement par le niveau central dans le sens de la décentralisation en RDC avec la création d'un système de santé en multiples niveaux avec des rôles et responsabilités spécifiques à chacun. L'intervention est prévue pour une durée de 3 ans et compte sur un budget de 5.000.000 Euros.

Dans le contexte du DTF du PANC, le choix du financement basé sur la performance (FBP) comme stratégie d'amélioration des prestations des services de santé, ainsi que le contrat unique (CU) comme modalité d'harmonisation et de coordination des interventions sectorielles, continuent à être la priorité pour le MSP et ils seront mise en place dès le début de 2018.

Le fait que les activités de la DEP, DLM et PNAM se déroulent chaque fois plus de manière ordonnée et planifiée, a remis en cause le besoin de l'exécution moyennant des conventions de subsides. En général, cet instrument d'ENABEL est apprécié avec précaution de par sa lourdeur administrative. L'exécution en régie, avec une approche centrée sur la prise de décision en commun avec nos partenaires, semble plus que suffisante pour garantir un bon déroulement du PANC.

La mise en place du contrat unique (CU) avec la DEP, DLM et PNAM dès 2018 offrira le bon encadrement, en plus géré par l'ensemble des partenaires, pour mettre en œuvre le suivi à la performance des institutions appuyées.

La SMCL du PANC fonctionne convenablement avec sa réunion de mise en œuvre (SMCL 1) le 22 juin 2017. La deuxième réunion de la SMCL est prévue pendant le Q1 2018. En gros, les marchés publics prévus dans la programmation opérationnelle et financière du PANC pour 2017 ont été exécutés. La gestion administrative et financière a été développée et a pu garantir tous les aspects logiques attendus, tant pour le niveau central à Kinshasa comme pour les volets provinciaux (PADP et PLVS). Le cycle de rapportage s'est réalisé comme attendu, consolidant le MONOP au niveau de la coordination.

Cette consolidation du rapportage par contre a été vécu en 2017 comme plus lourde de l'attendu vis-à-vis du respect pour les délais et même la qualité du rapportage reçu des volets provinciaux. Ceci continuera à être un point d'attention continu pour la gestion de 2018, tout comme 2017. La coordination a effectué en 2017 8 missions de terrain par le RAFi et 9 missions par le coordinateur.

Comme prévu, le rapport de ligne de base du PANC a été présenté et approuvé pendant la SMCL 1 du mois de juin 2017. Depuis le système de M&E a été élargi avec l'inclusion de plus d'indicateurs sensible au genre, s'alignant à la stratégie *she decides*.

### 2.1.4 Contexte HARMO

Le GIBS continue les efforts de renforcer l'organisation d'harmonisation entre bailleurs de fonds et de l'alignement avec les stratégies du pays partenaire, la RDC. Le Programme Santé d'ENABEL participe pleinement aux structures du GIBS, ensemble avec les attachés dans le domaine de la santé de l'Ambassade de la Belgique (AMBABEL) en RDC. Sa proactivité se

centre plus que tout sur le travail des sous-groupes de financement, de gouvernance et de médicament. La participation des sous-groupes de ressources humaines et prestations s'organise « à l'appel » autour de dossiers comme les primes de motivation payées au personnel du niveau central, L'implantation du plan national de développement de l'information sanitaire (PNDIS) et autres. Cependant, la distribution de l'aide des PTF au niveau central persiste à produire des déséquilibre par faute de véritable approche coordonnée, résultant dans des directions ou programmes gâtées et d'autres orphelins, tout comme des provinces d'hyper- et de basse concentration de PTF.

Au niveau du pays, le programma santé d'ENABEL contribue au mapping des interventions des PTF dans le secteur santé et aux instruments de contrôle de certains éléments de cette aide : les primes payées suivant le respect aux barèmes du GIBS, et d'autres.

En tant que dynamique entre acteurs belges, le coordinateur a maintenu une coordination proche avec l'attaché de santé de l'AMBABEL (réunions presque hebdomadaires) et avec la plateforme belge d'acteurs dans le secteur santé. De plus, plusieurs contacts bilatéraux avec des ONG et autres institutions belges se sont produits pendant 2017.

Dans le dossier de l'intervention de la Belgique, dans le cadre d'une coalition internationale, pour l'élimination de la maladie de sommeil au RDC, le programme santé d'ENABEL a participé à plusieurs missions et réunions de dialogue au programme national de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine (PNLTHA), le MSP, l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers (IMTA) et d'autres acteurs. Pendant le mois de septembre 2017, l'accord de financement a été donné par le ministre belge à la coopération à l'IMTA. Entre IMTA et ENABEL une convention de collaboration sera signé début 2018 pour mettre en œuvre la stratégie décentralisée de détection et traitement de la maladie de sommeil dans le pays, par engagement du programme santé d'ENABEL en collaboration avec des partenaires.



## 2.2 Performance de l'outcome 1, 2 et 3



### 2.2.1 Progrès des indicateurs

La programme santé en général et le PANC en particulier, a choisi une stratégie qui aligne son système de M&E sur les systèmes existants du partenaire, le MSP et le système national d'information sanitaire (SNIS).

50 indicateurs pour le PNDS 2016-2020 ont été mis en place et sont intégrés dans le mécanisme de M&E du plan. Ils ont été revus pendant les revues sectorielles de 2017 au niveau des ZS, DPS et le niveau central. Pour le suivi de l'impact et les outcomes, nous en avons sélectionné quelques-uns (en couleur gris dans les tableaux ci-dessous). La source de ces données dans leur grande majorité provient soit du (SNIS) soit les programmes spécialisés. On fait référence aux faiblesses connues du SNIS en ce qui concerne leur complétude (des données rapportées), amplitude (des formations sanitaires qui rapportent) et leur qualité ou fiabilité (chiffres corrects rapportés). Une conséquence en reste que nous n'avons pas pu obtenir tous les cibles de ces indicateurs pour les années suivantes.

Résultat indicateur	Valeur Baseline 2016	Valeurs 2017	Cibles 2017	Cibles 2018	Cibles 2019	Cibles finale	Unité de mesure
<b>Impact: contribuer à l'état à l'amélioration de l'état de santé de la population dans le cadre globale de la lutte contre la pauvreté</b>							
Indicateurs nationaux liés au monitoring du PNDS 2016-2020	50	50	50	50	50	50	Nombre d'indicateurs
Pourcentage du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé	7	7,1	9	11	15	15	% du budget
Taux d'exécution du budget (santé) de l'Etat	70	97,2	75	80	85	90	% du budget
Ratio de mortalité maternelle	846	2818	ND	ND	ND	548	Nbre décès maternel pour 100 000 NV
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	104	56,9	ND	ND	ND	60	Nbre décès infanto-juvénile pour 1000 NV
Taux de mortalité infantile	*100	ND	ND	ND	ND	60	Nbre décès infantile pour 1000 NV
Taux de mortalité néonatale	ND	31,2	ND	ND	ND	60	Nbre décès néo natal pour 1000 NV
Mortalité liée au cancer du col, du sein et de la prostate	ND	1,5	ND	ND	ND	Nbre x 1/3	%
Proportion des femmes enceintes qui ont utilisé la CPN 4 lors de la dernière grossesse	48	44	ND	ND	ND	90	%
Proportion d'enfants souffrant de la malnutrition aigüe pris en charge dans les structures de santé conformément à la politique nationale	15	56	20	30	40	50	%

Les valeurs du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé et le taux d'exécution de ce budget nécessitent d'une précision. Bien que la source de ces données (programme national des comptes

nationaux de la santé - PNCNS) confirme ces valeurs, la méthodologie de voie d'allocation à la santé en proportion du PIB, propose une 2,1% (source : UNICEF, 2012). Il est de toute façon loin du seuil minimal budgétaire de 15% du budget d'Etat conseillé par la déclaration d'Abuja, 2000.

Ce qui en reste d'ailleurs clair est que l'exécution de ce budget à la santé (97% en 2017) s'est dirigé cette année dans sa grande majorité au paiement des agents salariés du secteur et ce qui reste ne s'est pas exécuté fréquemment sur les axes d'activités programmés dans le POA 2017.

Le taux de mortalité maternelle donne des résultats surprenants. En se basant sur les données du SNIS, les taux de 2016 (baseline, 846) et 2017 (2.818) paraissent très hauts. On peut les comparer avec des données d'UNICEF (voir section Annexes 5.4) sur la santé maternelle :

Soins prénatals (%) 2008-2012*, Au moins une visite	88.8
Soins prénatals (%) 2008-2012*, Au moins quatre visites	44.7
Soins à l'accouchement (%) 2008-2012*, Personnel soignant qualifié	80.4
Soins à l'accouchement (%) 2008-2012*, Accouchements en institution	74.9
Soins à l'accouchement (%) 2008-2012*, Césarienne	7.2
Taux de mortalité maternelle , 2008-2012*, déclaré	550
Taux de mortalité maternelle , 2010, ajusté	540
Taux de mortalité maternelle , 2010, risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur:)	30

Il est dorénavant plus acceptable que les taux s'approchent plutôt aux valeurs estimées par la source d'UNICEF. Bien entendu, même ces taux signifient pour la RDC que la santé maternelle se trouve dans les pires conditions du continent et qu'elle est de toutes façons beaucoup plus faible que dans les pays voisins de la RDC.

Du même pour les valeurs trouvées pour la santé des enfants, il y a motif à nuancer. La même source d'UNICEF nous donne les données ci-dessous :

Taux de mortalité des moins de 5 ans, 1990	171
Taux de mortalité des moins de 5 ans, 2012	146
TMM5 par sexe 2012, garçons	154
TMM5 par sexe 2012, filles	137
Taux de mortalité infantile (moins de 1 an), 1990	112
Taux de mortalité infantile (moins de 1 an), 2012	100
Taux de mortalité néonatale 2012	44

Il est très peu probable que les taux de mortalité des moins de 5 ans (de 146 en 2012 à 57 en 2017), de 1 an et des nouveau-nés (de 44 en 2012 à 32 en 2017) se soient améliorés de cette façon.

Résultat indicateur	Valeur Baseline 2016	Valeurs 2017	Cibles 2017	Cibles 2018	Cibles 2019	Cibles finale	Unité de mesure
<b>Outcome: OS1 les capacités managériales de la DEP sont renforcées pour assurer ses missions dans la mise en œuvre, le suivi évaluation du PNDS</b>							
Indicateurs nationaux liés au monitoring du PNDS	ND	6	6	6	6	6	Nbre d'indicateurs sélectionnés du PNDS 2016-2020
Appréciation du bilan annuel des activités du PNDS	9	57/110	70/110	80/110	90/110	100/110	Nbre d'activités réalisées/activités programmées x an
Evolution des indicateurs nationaux	ND	50	50	50	50	50	Nbre d'indicateurs de suivi du PNDS 2016-2020
Taux de mortalité due aux ATR dans les Etablissements de soins	ND	3	1,5	ND	ND	valeur x 1/2	%
Proportion de la population couverte par des centres de santé offrant un paquet minimum d'activités (PMA) conforme aux normes	ND	50	ND	ND	ND	50	%
Proportion de la population couverte par HGR offrant un paquet complémentaire d'activités (PCA) conforme aux normes	ND	100	ND	ND	ND	50	%
Taux d'utilisation des services de santé	ND	40,4	ND	ND	ND	50	%
Proportion de la population couverte par un mécanisme de partage du risque maladie	1,5	ND	ND	ND	ND	10	%
Proportion de Hôpitaux généraux de référence (HGR) & centres de santé (CS) appliquant la tarification forfaitaire	1,5	ND	ND	ND	ND	10	%

Le PNDS 2016 – 2020 est bel et bien installé comme référence stratégique et nationale pour tout le secteur santé et ses partenaires dans leurs efforts de planification, exécution et évaluation. L'évaluation du PNDS en 2017 a connu des succès divergents. Il est attendu que chaque DPS et le niveau central organisent des revues du PNDS chaque trimestre, donc la cible est de 110 activités d'appréciation de bilan (26 DPS x 4 et niveau central x 6).

Le niveau central (MSP) a réussi organiser sa revue sectorielle annuelle pendant le mois de juillet, avec une méthodologie et des résultats acceptables. La liste de recommandations de la revue a fourni un sens stratégique pour les priorités du secteur pendant le reste de 2017. Aux niveaux des DPS des grands efforts ont été fournis pour la tenue des revues sectorielles. Plus ou moins la moitié des revues attendues se sont organisées. C'est un processus en cours et il faudra encore accompagner cet exercice pour en assurer la fréquence et la qualité attendues, menant à une meilleure prise de décision.

La priorité en 2018 sera en plus d'organiser l'évaluation à mi-parcours du PNDIS 2016-2020. Il faudra à tout prix éviter que des priorités contextuelles de nouvelles autorités sanitaires cassent le rythme de la mise en œuvre du PNDS, retournant vers des longs cycles de discussions sur des aspects de contenu du document. Pour cela un point de travail reste la gestion de la connaissance et de l'information stratégique. La dynamique entre le centre de veille envisagé du secteur santé et le centre de connaissance connaît un malaise qui met en péril l'accumulation systématisée de la somme des connaissances acquises dans le secteur par les PTF et l'Etat.

Les valeurs trouvés dans le SNIS pour la population couverte par des centres de santé offrant un PMA (50%) et des HGR (100%) offrant un PCA conforme aux normes, est aussi de nouveau à mettre en relief. Le MSP même a conclu en 2017 que dans une majorité de formations sanitaires les PMA et PCA restent incomplets, surtout avec références aux paquet de prise en charge du VIH, le planning familial et les tests de laboratoire. En plus, une faible disponibilité des soins de référence secondaire et tertiaire a été constatée, tout comme la réalisation des stratégies avancées, l'utilisation des ordigrammes et protocoles thérapeutiques.

Il suffit de comparer avec un indicateur de la base de données d'UNICEF, sur le comportement en cas de pneumonie, quand une consultation avec un médecin ou personnel soignant est indispensable. Dans moins de la moitié des cas il y a recours à une consultation (voir ci-dessous) :

Pneumonie (%) 2008-2012*, Consultation médicale en cas de pneumonie présumée (%)	40.3
Pneumonie (%) 2008-2012*, Traitement par antibiotiques en cas de pneumonie présumée (%)	42.2

Autre indicateur de la source d'UNICEF qui fait constater qu'il y a un problème au niveau des PMA et PCA des formations sanitaires se trouve dans le prise en charge de la santé maternelle. Même en réalisant pas mal d'accouchements avec personnel qualifié (80%) ou dans une formation sanitaire (75%), le taux de mortalité maternelle reste parmi les plus haut du monde, comme analysé ci-dessus.

Soins à l'accouchement (%) 2008-2012*, Personnel soignant qualifié	80.4
Soins à l'accouchement (%) 2008-2012*, Accouchements en institution	74.9
Soins à l'accouchement (%) 2008-2012*, Césarienne	7.2

Aussi le taux d'accouchements en césarienne (7%) en général reste assez bas pour un pays comme la RDC.

Résultat indicateur	Valeur Baseline 2016	Valeurs 2017	Cibles 2017	Cibles 2018	Cibles 2019	Cibles finale	Unité de mesure
<b>Outcome: OS2 les capacités managériales de la DLM sont renforcées pour assurer son leadership de gestion multi-bailleurs des maladies endémo-épidémiques et des maladies non transmissibles</b>							
Appréciation du bilan annuel des activités du PNDS 2016-2020	65	69/105	105	105	105	105	Nbre d'activités/an / Nbre d'activités programmées
Evolution des indicateurs nationaux	50	50	50	50	50	50	Nbre d'indicateurs du PNDS 2016-2020
Taux d'incidence du VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans et taux de mortalité lié au VIH/Sida	ND	3,7	ND	ND	ND	ND	%
	ND	1,66	ND	ND	ND	ND	%
Taux de Prévalence et Taux de Mortalité Lié Au Paludisme	ND	45,6	ND	ND	ND	ND	%
	ND	20,8	ND	ND	ND	ND	%
Taux d'incidence de la tuberculose et la mortalité liée à la tuberculose	ND	0,09	ND	ND	ND	ND	%
	ND	1,64	ND	ND	ND	ND	%
La prévalence des maladies tropicales négligées	ND	ND	ND	ND	ND	ND	Nbre des maladies
La prévalence des hépatites virales B & C	ND	0,026	ND	ND	ND	ND	Nbre des maladies
L'incidence des maladies transmises par	ND	ND	ND	ND	ND	ND	Nbre des maladies

Résultat indicateur	Valeur Baseline 2016	Valeurs 2017	Cibles 2017	Cibles 2018	Cibles 2019	Cibles finale	Unité de mesure
l'eau							
Mortalité liée à l'hypertension artérielle chez les personnes adultes	ND	1,28	ND	ND	ND	Nbre x 1/3	Nbre de décès pour 100 habitants
Mortalité liée au diabète chez les personnes adultes	ND	7,2	ND	ND	ND	Nbre x 1/3	Nbre de décès pour 100 habitants
Mortalité liée au cancer du col, du sein et de la prostate	ND	1,5	ND	ND	ND	Nbre x 1/3	%
Proportion des femmes enceintes dépistées au VIH	ND	1,04	ND	ND	ND	ND	% gestantes dépistées

Le suivi des activités dans le PNDS 2016-2020 concernant la lutte contre les maladies est mis en œuvre au niveau des ZS, DPS et niveau central, comme nous constatons : environ 65% de ces activités ont été accomplies et les indicateurs sont connus et consensuels.

La prévalence du VIH/SIDA a fortement évolué passant de 5% en 1990 à 1,2% en 2012 pour l'ensemble du pays. La propagation est presque stoppée pour toutes les catégories de la population et la tendance est inversée depuis 2010. Cependant, la proportion de personnes infectées par le VIH/SIDA et soumises au traitement Antirétroviraux reste très faible. Elle est de 12,3% en 2011, loin des 60% ciblés en 2013. En revanche, la distribution de préservatifs a été très importante entre 2010 et 2012, soit 82% de l'ensemble des préservatifs distribués en 9 ans. La quasi-totalité des femmes déclarent avoir entendu parler du SIDA en 2013-2014 (94%) contre 10% en 2001.

Quand la prévalence du paludisme restait encore importante en 2011 (60%), elle a une tendance à la baisse avec 46% en 2017. D'ailleurs, le nombre d'enfants qui dorment sous moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) s'est accru en passant à 55,9% en 2013-2014 contre 10,9% en 2007.

La prévalence de la tuberculose était en baisse depuis 1990. Il en était de même pour la mortalité provoquée par cette maladie, qui se situait en-dessous de 100 pour 100.000 en 2011 contre 150 pour 100.000 en 1990. Les valeurs pour 2017 sont moins rassurantes, avec une prévalence en accroissement surtout une tendance inversée en tant que mortalité avec 164 pour 100.000.

Pour l'autre séquence de données exigées pour le M&E du PNDS 2016-2020, on a constaté que le SNIS ne donne pas la nécessaire ségrégation de données pour suivre les tendances.

Résultat indicateur	Valeur Baseline 2016	Valeurs 2017	Cibles 2017	Cibles 2018	Cibles 2019	Cibles finale	Unité de mesure
<b>Outcome S3.: L'approvisionnement régulier et pérenne en médicaments, dispositifs médicaux et produits de diagnostic essentiels de qualité à un prix accessible, mission prioritaire du SNAME, est assuré par la FEDECAME, régulé par la DPM, suivi par le PNAM, et destiné à toutes les Formations sanitaires des ZS ciblées, via les CDR de Kisangani (CAMEKIS), de Bwamanda (CAMENE) et de Kikwit (CAMEBASU).</b>							
Chiffre d'Affaires des 3 CDR du programme							
<i>CAMEBASU</i>	1.526.986	1.201.364	1.680.000	1.850.000	2.300.000		Dollars Américaines
<i>CAMENE</i>	255.461	ND	1.250.000	1.300.000	1.350.000		Dollars Américaines
<i>CAMEKIS</i>	167.725	487.777	200.000	250.000	300.000		Dollars Américaines
Taux d'autonomie financière atteint par les 3 CDR du programme							
<i>CAMEBASU</i>	100	79	100	100	100		% du taux d'autonomie sur la chiffre d'affaires
<i>CAMENE</i>	70	ND	75	85	100		% du taux d'autonomie sur la chiffre d'affaires
<i>CAMEKIS</i>	ND	100	?	?	?		% du taux d'autonomie sur la chiffre d'affaires
Proportion de produits pré-qualifiés par la FEDECAME présents dans les 3 CDR							
<i>CAMEBASU</i>	88	64	91	94	97		% du stock disponible
<i>CAMENE</i>	57	ND	70	80	90		% du stock disponible
<i>CAMEKIS</i>	ND	100	90	92	95		% du stock disponible
Taux de disponibilité d'un panier de médicaments traceurs (62) dans les 3 CDR							
<i>CAMEBASU</i>	91	90	93	95	97		% du stock disponible
<i>CAMENE</i>	81	ND	85	90	95		% du stock disponible
<i>CAMEKIS</i>	ND	63	80	85	90		% du stock disponible

L'hypothèse principale de faisabilité est qu'il n'y ait pas de rupture de la coopération due au contexte politico-militaire.

Le Plan Stratégique du SNAME a été finalisé à la fin du Q2 2017 avec notamment l'appui de l'ATI en Gestion Pharmaceutique du PANC puis approuvé par la Commission Nationale du Médicament et le CNP-SS. Les activités et actions prévues dans ce Plan Stratégique ont déjà commencé à être mise en œuvre. Les acteurs du SNAME doivent le prendre en compte dans l'élaboration de leur PAO 2018.

Il est admis actuellement en RDC que le circuit FEDECAME (BCAF + CDR) constitue le seul qui garantit la traçabilité et la qualité des médicaments qu'il commercialise. Cependant, ce circuit n'est pas encore arrivé à offrir aux formations sanitaires de façon continue les médicaments de la liste nationale de médicaments essentiels retenus (médicaments essentiels + dispositifs médicaux + produits de diagnostic essentiels).

Pour rendre la disponibilité permanente des médicaments effective dans les formations sanitaires, l'intervention voudrait à l'instar des projets antérieurs s'assurer que :

- Les trois CDR ciblées par le programme puissent disposer d'un patrimoine technique (locaux – équipements de stockage–chaîne de froid –moyens logistiques adéquats au transport des médicaments) en bon état, ainsi qu'un personnel bien formé et des procédures conformes aux bonnes pratiques de distribution et que le rayonnement de leur clientèle s'accroisse pour que les formations sanitaires aient des médicaments essentiels de qualité sur leurs étages ;
- La FEDECAME (BCAF + secrétariat général) puisse d'avantage se développer pour devenir plus efficiente en termes de mise à disposition de produits pharmaceutiques ;
- Le PNAM puisse améliorer ses prestations en se focalisant plus sur la coordination du SNAME par le suivi des achats des médicaments essentiels (au BCAF) et de leur distribution dans les CDR ;
- La DPM puisse assurer la réglementation du secteur pharmaceutique et l'enregistrement des médicaments.

## 2.2.2 Analyse des progrès réalisés

### Outcome 1

Le changement qui est souhaité via l'outcome 1 est le renforcement des capacités de management de la DEP concernant son rôle défini pour le système de santé dans le cadre de la nouvelle structure organique en réforme du MSP. Le changement sera obtenu en travaillant pour une planification coordonnée dans le secteur santé, meilleure complémentarité et cohérence des appuis des PTF avec une stratégie sectorielle déterminée avec l'aide de la gestion de l'information stratégique et finalement vers l'élaboration des politiques, des normes et des stratégies du secteur basé sur la recherche en système de santé.

Cependant, la réduction budgétaire du 2016 a fortement affecté le PANC pour la mise en œuvre des activités pour atteindre cet outcome 1. Seules les activités qui renforcent le rôle de la DEP concernant l'accompagnement des DPS ont été retenues. Des activités au niveau central cherchant l'intégration des programmes spécialisés dans les activités courantes de la DEP ont été complètement amputées. Dans ce sens il est acceptable d'argumenter que les moyens n'existent plus pour prétendre que les résultats seront accomplis. L'atteinte même de cet outcome 1 est donc fortement hypothéqué.

Cette précaution est plus que tout pertinente pour le résultat 3 (développement & gestion de l'information stratégique) et le résultat 4 (production des documents stratégiques du secteur).

Les capacités managériales de l'ensemble de l'équipe de la DEP sont en phase de maturité et consolidation. Bien que la charge de travail en 2017 ait été particulièrement lourde à cause des dynamiques compliquées des processus de réforme qui sont en cours, l'équipe a démontré sa qualité et ses performances. Même si à l'intérieur de la DEP persistent certains obstacles vers une performance encore plus efficace cela concerne plutôt le domaine des relations interpersonnelles que la capacité intrinsèque d'atteindre sa mission et les fonctions.

En 2017, une dynamique encore timide dans le domaine de l'application de la recherche action a commencé entre des PTF, entre autres la Belgique, les Ecoles de santé publique (ESP) et la DEP. Il sera nécessaire de relancer cette initiative pour créer un fil rouge de réflexion continue parmi toutes les activités du 2018.

Il est attendu avec une haute probabilité que les outputs mentionnés aboutiront à ce processus de changement envisagé pour le secteur santé. Le changement même, bien qu'avec du retard concernant la feuille de route sera probablement atteint et confortera la DEP dans ses missions de mise en œuvre et de suivi et évaluation du PNDS.

La mise en place et le démarrage du volet central du PANC a été menée de manière positive, avec une présence physique de toute l'équipe d'ATI et administrative-financière à partir du mois d'octobre 2016. L'intégration et l'appropriation avec les partenaires nationaux et des autres PTF sont consolidées et fonctionnent selon souhaitées.

L'ATI coordinateur participe des réunions de staff hebdomadaires de la DEP, des réunions extraordinaires selon le besoin et aussi des réunions de la Commission de Gouvernance dans le cadre du Comité National de Pilotage du secteur santé.

#### Outcome 2

Le changement qui est souhaité dans le cadre de l'outcome 2 est le renforcement des capacités managériales de la DLM concernant le renforcement de son leadership de gestion multi-bailleurs des maladies endémo-épidémiques et des maladies non transmissibles. Le changement sera obtenu à travers l'intégration coordonnée des programmes spécialisés prioritaires dans le cadre des activités courantes de la DLM ; le renforcement de la surveillance épidémiologique et la réponse contre les épidémies et le renforcement du fonctionnement du réseau des laboratoires.

Cependant, la réduction budgétaire de 2016 a fortement affecté le PANC au sujet des activités pour atteindre cet outcome 2. Seules les activités qui renforcent le rôle de la DLM concernant l'accompagnement des DPS ont été retenues. Des activités au niveau central cherchant l'intégration des programmes spécialisés dans les activités courantes de la DLM ont été complètement amputées. Dans ce sens il est acceptable d'argumenter que les moyens n'existent plus pour prétendre que les résultats seront accomplis. L'atteinte même de cet outcome 2 est donc fortement hypothéqué

Cette précaution est plus que tout valide pour le cas du renforcement de la surveillance épidémiologique et la réponse contre les épidémies et pour le renforcement du réseau des laboratoires provinciaux.

A partir de 2018, l'ATI coordinateur participera aux réunions hebdomadaires de coordination et de staff et de la commission national de la lutte contre la maladie du CNP-SS.

#### Outcome 3

Le changement qui est souhaité dans la cadre de l'outcome 3 est que l'approvisionnement régulier et pérenne en médicaments, dispositifs médicaux et produits de diagnostic essentiels de qualité soit mise en place à un prix accessible, comme mission prioritaire du SNAME et assuré par la FEDECAME. Ensuite que les CDR jouent un rôle efficient dans la distribution des produits à toutes les formations sanitaires des ZS ciblées.

Bien que les activités de l'outcome 3 soient aussi touchées par la réduction budgétaire de 2016, on peut prévoir que l'appui sera encore suffisant aux trois CDR de Kisangani, Bwamanda et Kikwit pour permettre l'assurance de la disponibilité des médicaments par la FEDECAME de qualité et à prix accessible en tant que le rôle du PNAM soit renforcé.

L'appui à 2 des CDR a pu commencer : la CAMEBASU, la CDR de Kikwit, et la CAMENE, la CDR de Bwamanda dont le siège a été transféré à Gemena. Bien que le mode de gestion par



Convention de Subsidés n'intéresse pas ces 2 CDR, les activités de renforcement de capacités ont démarré : petites réhabilitations fonctionnelles des entrepôts ou des bureaux, fournitures d'équipement (informatique, mobilier, groupe électrogène, matériel de manutention et de stockage, motos) et formation. Le fonds de roulement en médicament de la CAMENE a été augmenté d'environ 70 000 EUR en respectant le mécanisme d'approvisionnement public national (SNAME/FEDECAME) pour lui permettre de faire face à l'augmentation de la demande consécutive à la mise en œuvre du PDSS. D'autre part, le processus de construction/réhabilitation de leur entrepôt a démarré avec le recrutement d'un bureau d'études en charge de mener les études, d'aider à l'élaboration de l'Appel d'Offres pour la sélection des entreprises de construction et assurer le suivi des chantiers.

Cependant, l'appui à la CAMEKIS n'a pas pu démarrer de par la situation dans laquelle se trouve cette CDR de Kisangani ; suite aux détournements de fonds et aux malversations commises par une partie de l'équipe gérant la CDR, nous devons attendre que la situation soit remise au net (nouvelle équipe de gestion, nouveaux statuts ASBL et nouveau Conseil d'Administration) et qu'une action judiciaire soit initiée. Ceci n'a pu démarrer qu'en toute fin 2017. Seules des actions ponctuelles de renforcement de compétences ont pu se réaliser.

D'autre part, l'important retard dans la commande de médicaments essentiels fournis dans le cadre du PDSS n'a pas permis à ce projet du MSP, dans lequel s'intègre les projets du Programme Santé d'ENABEL, de se mettre en œuvre de façon satisfaisante. Si l'impact est certainement légèrement positif au Sud Ubangi et donc sur les performances de la CAMENE, il en va différemment pour la CAMEBASU qui a vu le nombre de commandes augmenté du fait des achats fait directement par les formations sanitaires, et non plus par les équipes cadre des zones de santé (ECZS), mais son Chiffre d'Affaire diminué (- 325.000 USD) car les montants alloués par le PDSS sont nettement insuffisants, et son approvisionnement sérieusement perturbé. En conséquence toutes ses performances en sont affectées.

La FEDECAME, n'ayant commencé à réceptionner les produits qu'à partir du mois de décembre 2017, n'a pu les mettre à disposition des CDR couvertes par le projet PDSS qu'à partir de janvier 2018. Et son stock tampon ne sera pas constitué avant le 2<sup>ème</sup> semestre 2018.

Les appuis à la FEDECAME et au PNAM sont limités du fait des montants des lignes budgétaires du PANC qui leur sont alloués. De ce fait, le mode de gestion par Convention de Subsidés ne les intéresse pas non plus. La FEDECAME a reçu l'appui technique et les conseils de l'ATI sur plusieurs dossiers pour lui permettre de reprendre sa place dans le leadership du réseau SNAME/FEDECAME. Quelques achats et financement d'activités lui ont permis d'améliorer ces capacités (réunion inter-CDR, formation, petite réhabilitation des bureaux) et ses conditions de travail.

Il en va de même avec le PNAM pour lequel un budget de fonctionnement trimestriel permet l'entretien des locaux, l'achat de fournitures de bureau, et le paiement de primes de motivation salariale suivant le barème du MSP et du GIBS. Lui aussi a reçu l'appui technique et les conseils de l'ATI sur de nombreux dossiers pour lui permettre de reprendre sa place dans la coordination et l'encadrement du SNAME. Des missions de suivi des CDR ont été financées par le PANC et ont permis d'élaborer un nouveau canevas de supervision qui sera applicable à chaque supervision de CDR.

### 2.2.3 Impact potentiel

Les indicateurs qui cherchent à illustrer l'influence des outcomes 1, 2 et 3 sur l'impact potentiel ont été définis dans le DTF et validés dans la Baseline. Ils sont représentés dans le tableau sous la section 2.2.2.

A fin 2017, il est très plausible de supposer que l'ensemble des 3 outcomes devrait contribuer à l'impact recherché et que cette partie de la logique du PANC est encore valable. Cette probabilité sera analysée au regard des données de la Baseline. Cependant, la réduction budgétaire de 2016 de plus de 50% affectant les 3 outcomes à induit un ajustement du cadre logique où en grandes lignes les activités et résultats qui sont restés sans budget ou sous-budgétés ont été évacués du cadre logique du PANC.

Même si la relation entre outcomes et impact potentiel reste pertinente, il est donc accepté que la réduction de l'ensemble d'activités du PANC ne permettra plus d'atteindre complètement les objectifs et l'impact souhaitée.

## 2.3 Performance de l'output 1



### 2.3.1 Progrès des indicateurs

Une planification coordonnée est assurée à tous les niveaux, afin de permettre le renforcement du système de santé et en particulier le développement des ZS.	Valeur Baseline (2016)	Valeur année N (2017)	Cible année N (2017)	Cible finale (2019)
Nombre de missions de supervisions pour appréciation de la disponibilité de PAO produits avant l'année d'exécution alignés sur un PNDS actualisé (2016-2020), priorisés et budgétisés	9	8	9	13*
PAO unique à financement multi-bailleurs pour le MSP élaboré et approuvé avant l'année d'exécution	0	0	1	1
Nombre d'ateliers d'échanges par année pour affiner les différents processus sectoriels et intersectoriels qui répondent aux TDR de ces ateliers.	9/52	9/52	52/52	52/52

\* 1x par an dans 50% des provinces

### 2.3.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1. Poursuivre les appuis aux processus de planification		X		
2. Développer les outils de planification		X		

En 2017, la DEP s'est chargée de donner l'appui et l'accompagnement au suivi du processus de la réalisation des différents PAO 2018 aux différents niveaux du système de santé (DPS, directions centrales et programmes spécialisés). Cet exercice a commencé en réalité en septembre 2017, deux mois après le début souhaité dans la feuille de route. L'exercice du PAO 2018 commençait avec un exercice de suivi et évaluation des réalisations du PAO 2017.

Au 27 décembre 2017, le MSP a reçu un draft de son PAO unique 2018. La validation par le MSP et par les PTF n'a pas pu être abouti en 2017, mais sera réalisée début 2018.

Comme déclencheur du cadre de suivi et évaluation du PNDS 2016-2020, la revue sectorielle annuelle des résultats de la gestion 2016 s'est déroulé mais pas avant le mois de juillet 2017, beaucoup en retard sur sa programmation vers la fin du Q3 2017.

### 2.3.3 Analyse des progrès réalisés

Une avancée importante a été atteinte du point de vue des mécanismes de planification opérationnelle. Même si les outils de planification sont encore jugés lourds, au moins ils ont été validés par le CCT et ont été assimilés par les DPS. Le rôle des encadreurs polyvalents au niveau central a été mieux centré sur les besoins des provinces. Le constat d'avoir accompli le cycle de planification du PAO 2018 presque dans les délais est une grande avance comparée avec ce qui s'est passé avec le PAO 2017.

Pour 2018, la grande priorité reste sur la réalisation de l'évaluation à mi-parcours du PNDS 2016-2020. Vers la fin de 2017, la DEP a commencé d'en élaborer les TDR. L'évaluation à mi-parcours doit se réaliser en cours de 2018.

L'atteinte de cet output est donc sur la bonne voie. Un grand progrès s'est produit au cours de 2017. Même si le processus reste perfectible, les expériences s'accumulent permettant d'être optimiste pour qu'en 2018 ce sera encore mieux qu'en 2017. En plus, il se confirme que les activités du DTF aboutiront à s'approcher de l'output envisagé. Il n'est donc pas nécessaire de changer les stratégies.

Il est cependant clair qu'au sein de la DEP persiste déjà depuis des années un conflit structurel entre les éléments chargés du suivi au processus cyclique de planification (direction adjointe) et l'ensemble du staff de la DEP. L'application trop rigide de mécanismes et d'outils ne contribue pas suffisamment au succès de cet output.

## 2.4 Performance de l'output 2

### 2.4.1 Progrès des indicateurs

La coordination des appuis des différentes partenaires techniques et financiers du secteur de la santé –en termes de synergie, de complémentarité et de cohérence avec la stratégie sectorielle –est assurée à tous les niveaux.	Valeur de la <i>Baseline</i> (2016)	Valeur année N (2017)	Cible année N (2017)	Cible finale (2019)
Nombre de réunions du CNP et de CCT (avec participation multi-bailleur) tenues avec rapport écrit décrivant l'inventaire des (outputs) recommandations apportées (cible: 2x/an)	1 CNP et 3 CCT	1 CNP et 5 CCT	2 CNP et 4 CCT	2 CNP et 4 CCT
Nombre (Pool) d'experts polyvalents mis en place pour accompagner les provinces	10*	31**	26***	26
<del>Inventaires des outputs pertinents dans le processus d'évolution de la CAG-F vers la DAF</del>				

\* moins d'un expert par province : 26 en total

\*\* plus d'un expert/prov/an

\*\*\* plus d'un expert/prov/an

### 2.4.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :			
	A	B	C	D
Appui aux organes et mécanismes de coordination	X			
Appui technique mise en œuvre stratégie sectorielle	X			
<del>Appui à la mise en œuvre de la DAF</del>				

La coordination des appuis des différentes PTF du secteur santé se fait à travers le comité national de pilotage du secteur santé (CNP-SS) au niveau central, qui est présidé par le MSP ou le Secrétaire Général à la santé. Il est censé selon son règlement d'ordre intérieur (ROI) de se réunir au moins deux fois par an. En 2017 il s'est réuni en plénière une seule fois et la deuxième réunion a été revalorisée comme une réunion extraordinaire de son Comité de Coordination Technique (CCT). C'est en effet ce CCT qui est institué pour rendre les validations de politiques et recherches, avant de les renvoyer au CNP-SS. Ceci n'est pas nécessaire dans tous les cas. Ce CCT s'est réuni 5 fois en 2017, respectant les normes de son propre ROI.

Ces 2 comités, le CNP et le CCT du secteur santé, sont indispensables en termes de synergie, de complémentarité et de cohérence avec la stratégie sectorielle. Cinq commissions poursuivent cette cohérence : de la gouvernance, des finances, de la lutte contre la maladie, du médicament, de ressources humaines et de prestations des soins. Le PANC est représenté et participe aux réunions de 3 commissions : de la gouvernance, de la lutte contre la maladie et du médicament. Plus que participer, les ATI donnent de l'assistance technique à ces plateformes de pilotage, en synergie avec des ATI de l'OMS et d'autres PTF. Une fois par année le CNP-SS doit organiser sa revue

annuelle sectorielle, ce qui a été déroulée en 2017 pendant le mois de juillet comme décrit ci-dessus.

Au niveau décentralisé l'organisation du pilotage du secteur santé s'est organisé de la même façon. Un comité provincial de pilotage (CPP), présidé par le gouverneur, se réunit au moins 2 fois par année. Il contient des sous-groupes de travail sur les mêmes 5 axes du PNDS 2016-2020. Bien que pour l'ensemble du pays la performance de ces CPP est très variable, au moins dans les provinces appuyées par le Programma Santé d'ENABEL ces structures semblent fonctionner convenablement et les revues annuelles de la santé s'organisent comme attendu au niveau de la DPS et les ZS appuyées. Du côté du PANC, l'appui se donne au niveau central (DEP, DLM et PNAM) mais aussi en assistant à des réunions cruciales pour les province d'intervention des CPP, des assemblées (par exemple des conseils de gestion des CDR.) et des revues annuelles. Les encadreurs polyvalents du niveau central reçoivent aussi de l'aide du PANC afin de se mobiliser pour l'accompagnement des DPS d'intervention. En 2017, au moins 1 visite par DPS appuyée s'est organisée, plus des contacts téléphoniques ou en téléconférence.

En outre, les appuis suivants ont été réalisés par la DEP auprès des DPS dans le pays :

- Appui à la mise en œuvre de la feuille de route sur la réorganisation des programmes
- Appui à la mise en conformité des directions centrales par rapport au nouveau cadre organique
- Appui à la production des normes et directives d'organisation et de fonctionnement des DPS
- Appui à l'actualisation des normes d'organisation et de fonctionnement des Zones de Santé

Le pool d'experts polyvalents au niveau central pour l'accompagnement des DPS dans le pays a été élargi de 10 à 31 personnes, qui ont été formées en synergie avec le PDSS.

### 2.4.3 Analyse des progrès réalisés

Bien que le fonctionnement des commissions du CNP-SS ai encore beaucoup de marge pour s'améliorer en vue de l'efficience et de la pertinence dans leur prise de décisions, des avances ont été faites en 2017. Dans le dialogue entre le GIBS et le MSP ces commissions ont été une thématique continue de débat et de suivi. A la fin le MSP a pris sa responsabilité et concernant le secrétariat général à la santé a instruit le suivi et évaluation des travaux de ces commissions.

Le lancement du PNDS 2016-2020 en 2016, avec un an de retard en fait dans sa mise en œuvre en réalité à partir de 2017 s'est affirmé cette année comme le phare pour la collaboration dans le secteur. A partir de la planification, la réalisation d'activités et le suivi, tout se centre sur les axes stratégiques du PNDS.

Comme illustration, on reprend ci-dessus dans la table N° 2 une analyse faite par la DEP des problèmes du système de santé suivant les axes du PNDS 2016-2020. Le tableau résume le diagnostic des problèmes des piliers du système de santé en 2017.

**Tableau N° 2 : Analyse en 2017 par la DEP de problèmes du système de santé selon les axes stratégiques du PNDS 2016-2020**

Stratégies du PNDS 2016-20	Problèmes prioritaires
<b>Axe 1 : Développement de la ZS et continuité des soins</b>	
Amélioration de la couverture sanitaire	1. PMA&PCA incomplets (paquet VIH, PF, PCIMA)

	2. Faible disponibilité des soins de référence secondaire et tertiaire
	3. Faible réalisation des stratégies avancées
Amélioration de la qualité des soins	1. Faible utilisation des ordinogrammes et protocoles thérapeutiques
	2. Faible application des mesures d'Hygiène dans les milieux des soins (HGR et CS) ;
	3. Insuffisance des actions d'amélioration de la qualité des services et soins
Rationalisation de fonctionnement de Fosa	1. Faible application des procédures de gestion
	2. Affectation non rationnel des ressources humaines dans les FOSA
	3. Insuffisance des moyens de transports pour évacuation des urgences (malades) vers l'HGR ;
Amélioration de la résilience des structures et services de santé aux épidémies, urgences et catastrophes	1. Insuffisance de mise en œuvre du plan de préparation et riposte aux épidémies, catastrophes et situations d'urgences
	2. Retard dans les investigations et riposte contre les épidémies ;
	3. Faible réalisation des étapes de la surveillance intégrée des maladies et riposte ;
	4. Insuffisance dans le pré-positionnement des kits d'urgence et matériels de protection
Amélioration de l'utilisation des services de santé (la dynamique communautaire et la)	1. Faible promotion des services de santé
	2. Faible couverture des mécanismes de partage des risques maladies dans la DPS
	2. Application non systématique de la tarification forfaitaire
<b>Axe 2 : Appui au développement des Zones de Santé</b>	
<b>Sous-axe 2 : Ressources humaines pour la santé</b>	
Amélioration de la disponibilité des ressources humaines compétentes	1. Absence d'un plan de développement des RH au niveau de la DPS ;
	2. Faible motivation du personnel
2. Formation de base des personnels de santé	1. Faible qualité de l'enseignement
	2. Déséquilibre des filières organisées dans
Développement des compétences du personnel de santé	Faible réalisation des formations planifiées
<b>Sos-axe 2 : Infrastructures, équipements et maintenance</b>	
Construction, réhabilitation des infrastructures et équipements	1. Déficit d'infrastructures et d'équipements répondant aux normes pour des prestations des soins et services de santé de qualité
	2. Absence de titre de propriété dans les FOSA dans l'arrière-pays

Maintenance des infrastructures et équipements	Retard dans le déploiement des unités de maintenance des matériels et équipements dans les provinces
<b>Sous-axe 2 : Médicaments essentiels et intrants spécifiques</b>	
Maitrise des besoins et la gestion des médicaments, vaccins, contraceptifs & intrants spécifiques dans les fosa	1. Faible Maîtrise des besoins et niveau des stocks des FOSA (MEGs +consommables) ; 2.Faible disponibilité de certains intrants spécifiques
Amélioration de la qualité des médicaments et intrants spécifiques	1. Absence des laboratoires autonomes de contrôle de qualité des médicaments et intrants médicaux en circulation dans le pays 2. Circulation des produits et intrants médicaux contrefaits et falsifiés dans le pays
Renforcement de circuit d'approvisionnement en médicaments, vaccins et autres intrants	1. Approvisionnement des ZS dans plusieurs circuits non qualifiés en MEG dans la DPS 2. Faible taux de satisfaction de commandes des FOSA par les CDR ; 3. Faible suivi des conditions et capacités de stockage/conservation selon normes
Financement des médicaments et leur accessibilité par la population	1. Faible niveau de recouvrement du capital MEG ; 2. Faible financement des CDR et leur fédération
<b>Sous-axe 2.3 : Financement du système local de santé</b>	
Mobilisation des ressources, mise en commun et rationalisation de leur affectation :	1. Insuffisance de financement des PAO à tous les niveaux ; 2. Faible décaissement des ressources domestiques en faveur des services du Ministère de la Santé Publique
Développement des mécanismes de partage de risque et de financement de la santé	1. Insuffisance des mécanismes de partage de risque et de protection financière de la population ; 2. Faible suivi de l'application des tarifs forfaitaires négociés en vigueur
Amélioration de la gestion des ressources financières dans les services et fosa	1. Faible utilisation des procédures de gestion des ressources dans les ZS ; 2. Faible organisation des audits et contrôle de gestion des ressources 3. Retard de justification des fonds par les services et formations sanitaires
<b>Sous-axe 2.5 : Gestion de l'information sanitaire</b>	
Amélioration de la complétude, promptitude et de la qualité des données collectées et transmises à différents niveaux	1. Faible promptitude et complétude des données ; 2. Faible disponibilité de la connexion internet pour la transmission en temps réel des données
Amélioration de l'analyse et de la production de l'information sanitaire	1. Insuffisance de réunions et faible capacité d'analyse des données sanitaires 2. Faiblesses dans la documentation des expériences 3. Insuffisance de l'utilisation des informations pour la prise de décisions basées sur les évidences



Amélioration de la diffusion de l'information sanitaire	1. Faible autonomie de reproduction d'outils de gestion et de support de rapportage de l'information sanitaire à tous les niveaux ;
	2. Faible autonomie de reproduction d'outils de gestion et de support de rapportage de l'information sanitaire à tous les niveaux
	3. Faible autonomie de reproduction d'outils de gestion et de support de rapportage de l'information sanitaire à tous les niveaux
<b>Axe 3 : Renforcement de la Gouvernance et du leadership</b>	
Renforcement des capacités institutionnelles du MSP à tous les niveaux	1. Déficit de régulation/normalisation du secteur de la santé
Renforcement des mécanismes de suivi de l'application des textes législatifs, réglementaires, normes, directives et standards (inspection & contrôle)	1. Vulgarisation insuffisante des textes, règlements, normes et directives ;
	2. Faible niveau de suivi de l'application des textes, règlements, normes et directives ;
Mise en œuvre des réformes structurelles (intégration fonctionnelle et structurelle des coordinations des Programmes spécialisés dans les DPS) :	1. Faible organisation des actions conjointes DPS- Programmes dans le sens de transfert de compétences ;
	2. Faible participation des coordonnateurs des programmes aux réunions/prises de décisions au niveau du bureau de la DPS
Coordination des partenaires et des interventions en province (organes de pilotage, partenariat y compris public-privé, planification, suivi et évaluation, gestion et lutte contre la corruption :	1. Faible fonctionnalité des structures de coordination et pilotage des du système de santé à différents niveaux :
Renforcement de la collaboration intersectorielle	1. Insuffisance et inefficacité de la collaboration intra et intersectorielle

## 2.5 Performance de l'output 3

### 2.5.1 Progrès des indicateurs

Développement du secteur assuré à travers la gestion de l'information stratégique du système de santé	Valeur de la Baseline (2016)	Valeur année N (2017)	Cible année N (2017)	Cible finale (2019)
Inventaire de nombre d'études, recherches et dossiers de capitalisation d'expériences de terrain produits et validés par le CCT	5	0	1	1
<del>Portail PAO/FBR articulés avec les données de l'information sanitaire (portail SNIS) d'ici fin 2016</del>				
<del>Nombre d'analyses et de synthèses diffusées par le centre de veille stratégique en 2016 (cible: 3x/an)</del>				

### 2.5.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :			
	A	B	C	D
Renforcement de la collecte des données			X	
<del>Développement d'un outil "centre de veille stratégique"</del>				

Beaucoup de documents d'analyse stratégique, de recherches, d'enquêtes ou de capitalisation d'expériences ont été produits ou ont été en cours de production pendant 2017. La collecte systématique de ces documents et de leurs données ne s'organise pas de manière cohérente ni complète. Aucune de ces études a été jusqu'à la validation par le CCT, avec quelques exceptions, par exemple des documents représentant les nouveaux ordinogrammes de prise en charge de certaines maladies ou problèmes de santé.

L'appui du PANC annulé en 2016 à l'installation au centre de veille stratégique en est une des causes. Trop de PTF encore s'engagent et réalisent des études sans coordonner convenablement avec la DEP. Le centre de connaissance de santé au Congo, avec de l'aide du Projet RIPSEC, a été lancé mais n'a pas été sollicité pour la réalisation d'études par le niveau central et/ou des PTF et se trouve temporellement en suspension. Les publications d'études réalisées se fait en dialogue bilatéral ou des fois à travers le GIBS et ses groupes de travail, mais rarement dans les commissions du CNP-SS où cela devrait arriver.

Le PANC a appuyé la rédaction et publication du rapport annuel 2016 du MSP, qui a été distribué avec beaucoup de retard fin 2017. En juillet 2017 une mission par l'ULB (Prof. Frank Verbeke) sur l'état de lieux au sujet de la digitalisation de la santé (D4H) s'est réalisée au niveau central et dans les provinces. L'objectif de la mission était d'identifier les priorités en matière de D4H et lancer les initiatives prioritaires dans le domaine de la digitalisation pour les volets PANC et PADP avec une attention particulière à la mise en place et/ou la consolidation de la tarification forfaitaire subsidiée (TFS), le FBP, le CU et son approche multi-bailleurs, la planification conjointe, l'information sanitaire et l'amélioration de la gestion/gouvernance.

Au niveau central, on constate que le PNDIS, développé et validé par le niveau central à l'initiative de la DEP, reste mal connu aux niveaux intermédiaire et périphérique. Un nombre d'outils informatiques centraux essentiels pour un bon fonctionnement de la gestion numérisée des informations sanitaires manquent encore :

- Une messagerie professionnelle avec des adresses e-mail dans un domaine dédié au MSP,
- Une solution (web) de gestion de documents et de connaissances
- Un outil métier de gestion financière standardisée (comme TOMPRO)
- Un outil de gestion des ressources humaines (comme iHRIS en expérimentation au Nord Ubangi et au Kasai).

La solution nationale de connectivité internet à travers des connexions VSAT est une bonne option, mais il est absolument nécessaire de pouvoir garantir le paiement de l'abonnement à court et moyen terme, à défaut duquel tout le système de rapportage SNIS de routine tombe à l'eau.

La gestion de la création et de la disparition des formations sanitaires est actuellement confiée au niveau de la D5/SNIS. Les longs délais pour l'encodage de ces modifications dans le DHIS2 et les difficultés pour le niveau central pour vérifier la véracité des nouvelles données font que la pyramide sanitaire réelle n'est pas toujours correctement reflétée dans le DHIS2. Il est souhaitable que ce genre de corrections puissent être confiées aux DPS.

Pendant le mois d'octobre 2017 le directeur de la DEP a participé d'une session scientifique sur le financement stratégique pendant le 10<sup>e</sup> « European Congress on Tropical Medicine and International Health » à Anvers, ensemble avec des participants du PADP d'ENABEL de Gemena, d'EST Santé ENABEL et d'autres interventions d'ENABEL dans le continent africain.

### 2.5.3 Analyse des progrès réalisés

Nous avons maintenant une idée plus claire de l'approche souhaitée et les investissements nécessaires pour la D4H au niveau central. La production de données et connaissance scientifique sur la santé en RDC est abondante. Il manque l'appui concret des PTF auprès de la DEP pour en réaliser la systématisation souhaitée et l'archivage digitalisée moyennant un site portail web. Le PANC ne peut plus se charger du lead dans ce dossier.

Même si les activités sont jugées pertinentes pour atteindre cet output, la réduction budgétaire est telle que le lead de ce dossier n'est plus dans les capacités du PANC. Dorénavant cet élément n'est plus donné comme priorité dans le contrat unique avec la DEP qui sera signé début 2018.

## 2.6 Performance de l'output 4

### 2.6.1 Progrès des indicateurs

L'élaboration des politiques, des normes et des stratégies du secteur est basée sur la recherche en système de santé à tous les niveaux, en particulier au niveau opérationnel.	Valeur de la <i>Baseline</i> (2016)	Valeur année N (2017)	Cible année N (2017)	Cible finale (2019)
Nombre de documents politiques élaborés ou adaptés.	9	1	1	11
Nombre de documents politiques élaborés ou adaptés sur la base des résultats de recherche ou des données probantes (centre de veille stratégique et du centre de connaissance en santé en RDC)	0	0	1	1
Document sur la stratégie de gestion des connaissances et la communication élaboré, validé et diffusé à tous les niveaux du MSP	0	0	1	1
Document stratégique de financement du secteur et de CSU cohérent élaboré sur base des différentes expériences dans le pays	0	0	1	1

### 2.6.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1 Appui à la mobilisation des expertises en recherche	X			
2 Appui à l'élaboration des politiques et des réformes		X		

Le PANC s'est mis en contact à plusieurs reprises avec les délégations du Projet RIPSEC en recherchant une forte interconnexion. Dans le cadre du lancement du CCSC pendant le mois de février il y a eu des réunions de coordination en vue de l'installation des zones de santé d'apprentissage et de recherche et des possibles interactions avec les ZS d'intervention du programme santé. Pendant le mois de juin 2017 l'ATI coordinateur a participé à Lubumbashi à une session d'apprentissage avec ces zones d'apprentissage et de recherche autour de la recherche action. Cet atelier se déroulait ensemble avec l'école de santé publique de l'Université de Lubumbashi, l'IMTA, le projet RIPSEC et la DPS de la ville de Lubumbashi.

Suite à cette démarche, des réunions techniques se sont tenues à Kinshasa sous le lead de la DEP avec l'ESP de Lubumbashi et de Kinshasa, l'AMBABEL, et RIPSEC pour évoluer vers une note conceptuelle sur la recherche action comme une stratégie au niveau national d'installation d'une attitude de gestion de la santé avec des réflexions critiques et continues sous la forme de la recherche action. Ces réunions devraient avoir leur suite au début 2018 avec un atelier stratégique

à Kinshasa. Il est clair que dans le sens de cette collaboration une interconnexion entre les zones de santé de RIPSEC et d'ENABEL se produira.

En plus, comme exemple de connexion avec les institutions de recherche, le PANC a avancé sur un dossier de financement via le PEE de 32 professionnels du secteur public de la santé à la maîtrise en santé publique de l'ESP de Kinshasa et via le PRECOB de 7 professionnels de santé des ZS d'intervention du programme santé d'ENABEL à la maîtrise en santé publique de l'ESP de Lubumbashi. Encore 10 professionnels de nos ZS et DPS d'intervention auront participé jusqu'en juillet 2018 au cours international de l'ULB en recherche de systèmes de santé.

Finalement, le PANC appui à la réalisation de documents clés du secteur santé, soit en assistance technique et en tant que membre de la DEP et DLM, soit en finançant la publication de ces documents clés. Exemples : les normes et directives au niveau national de la TFS, la stratégie de financement du secteur, les directives pour le cycle du PAO 2017, etc. Ces documents sont dans le pipeline, mais jusqu'à maintenant le seul validé par le CCT sont les directives de planification.

### **2.6.3 Analyse des progrès réalisés**

Cet output s'est aussi vu affecté par la réduction budgétaire du 2016. Cependant, les activités dépendant plus d'une volonté technique elles sont réalisées. On peut donc supposer que ces activités mèneront à l'atteinte de l'output avant la fin du PANC. L'hypothèse en est que le RIPSEC continue à être financé et que le DEP continue à jouer son rôle comme direction d'études.

## 2.7 Performance de l'output 5

### 2.7.1 Progrès des indicateurs

Management interne de la DEP renforcé dans la vision de la réforme	Valeur de la <i>Baseline</i> (2016)	Valeur année N (2017)	Cible année N (2017)	Cible finale (2019)
Ressources humaines (recrutées par appel à candidature) ; 2) présente avec description de postes et 3) évaluées régulièrement /cadre organique rationalisé	10/24	10/24	10	15
Evaluation positive de la cellule d'audit interne de la DEP sur les développements de ses compétences (administratives et organisationnelles, compétences financières et comptables)	0	0	1	1
Nombre de restitutions systématiques à l'équipe élargie de la DEP après participations à des missions, conférences ou réunions	11	1	24	1 restitution /par réunion : 48

### 2.7.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1 Appui aux budget de fonctionnement courant	X			
2 Appui au paiement de primes au personnel	X			

Les seules activités qui ont été retenues après la réduction budgétaire en 2016 sont l'appui au budget de fonctionnement courant de la DEP et au paiement de primes au personnel. Les paiements se font sous la forme de marchés publics ou sur la base de la liste de distribution des primes. Pour le paiement des primes nous faisons référence aux barèmes du GIBS sur le sujet.

A partir de début 2018 l'appui direct au fonctionnement de la DEP s'encadrera dans le contrat unique, comme instrument du FBP. Le PANC d'ENABEL a été élu comme chef de file pour représenter l'ensemble des PTF dans la signature des contrats uniques au niveau central et comme le PTF avec lead pour le processus de leur mise en place dans tout le niveau central.

Il n'y a pas eu de nouvelle sélection de ressources humaines à la DEP en 2017, ce qui veut dire que le taux de ressources humaines recrutées par appel à candidature, présentées avec description de poste et évaluées régulièrement reste sans changement dans le cadre organique rationalisé.

Dans le cadre de la réforme du niveau central, cependant, un comité de sélection pour la DGLM, DOGS et DEP a été mis en place moyennant un arrêt ministériel, présidé par le Ministre lui-même, depuis décembre 2017. Il est composé de 6 membres du cabinet et des experts de la Fonction

Publique et du MSP. Il a reçu 39 candidatures et s'est déjà réuni deux fois. Faute de financement, le processus de mise à la retraite des agents éligibles est au ralenti pour la province de Kinshasa. La BM appuie le processus de rajeunissement des agents du MSP dans les DPS de son projet PDSS mais pour le reste des structures du MSP, le gouvernement est à la recherche de financement.

La direction DEP organise ses réunions hebdomadaires de staff, avec invitation, ordre du jour et compte rendu distribué dans les délais. Pendant ses réunions se produisent des restitutions à l'équipe de la DEP après participations à des missions, conférences ou réunions, mais pas de façon systématique. Jusqu'à ce jour la DEP ne compte pas sur sa cellule d'audit interne et la (future) DAF ne l'a pas encore installée non plus.

### **2.7.3 Analyse des progrès réalisés**

Même avec moins d'appui du PANC que prévu, la DEP réalise des avancées dans son organisation interne. Les dynamiques avec d'autres PTF autour de son CU en est la cause. Les activités incluses dans le CU entre des PTF et la DEP veilleront à ce que la capacité interne de la DEP concorde avec sa mission dans la réforme. Cet output reste pour le moment pertinent et valide.

## 2.8 Performance de l'output 6

### 2.8.1 Progrès des indicateurs

Le fonctionnement des programmes spécialisés prioritaires est coordonné et progressivement intégré dans le cadre des activités courantes de la DLM.	Valeur de la <i>Baseline</i> (2016)	Valeur année N (2017)	Cible année N (2017)	Cible finale (2019)
Nombre de programmes spécialisés effectivement "coordonnés" par la DLM/nombre de programmes spécialisés existant en début de la présente intervention	29/52	27/50	08/11	11/11
Nombre de textes réglementaires et juridiques produits et adoptés/nombre de textes programmés dans le PAO des différents niveaux	7/9	1	1	7
Plan stratégique des MNT (avec intégration au niveau des DPS) réalisé et validé par le MSP	0	0	1	1

### 2.8.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1 Structuration des programmes spécialisés			X	
2 Intégration programmes spécialisés dans les DPS				X

De toutes les activités qui étaient prévues pour l'atteinte de cet output, seulement l'appui au fonctionnement de la commission de lutte contre la maladie (DLM + direction de labos + direction d'hygiène) a été maintenu, ensemble avec l'appui à ses sous-commission spécifique. En 2017, la DLM n'a formulé aucune demande formelle de cet appui. En conséquence, il a été constaté que cette commission souffre de sous-performance en méthodologie, prise de décision et globalement en efficacité. A partir de 2018 l'ATI coordinateur participera aux réunions de cette commission et le PANC commencer à réaliser cet appui.

Au niveau des provinces seulement l'appui au coaching des DPS pour le transfert de compétences aux encadreurs polyvalents provinciaux et pour l'analyse des besoins en services logistiques spécifiques est maintenu.

### 2.8.3 Analyse des progrès réalisés

Les conséquences de la réduction budgétaire sur cet output se font sentir. L'objectif restreint sera de renforcer la commission de lutte contre la maladie en 2018 et de suivre le processus de renforcement à la DGLM qui devrait normalement aboutir en 2018 aussi (mise à la retraite de la direction actuelle et mise en œuvre de la nouvelle structure organique de la réforme).

La réforme prévoit une nouvelle structure organique pour les programmes spécialisés, avec 11 programmes prioritaires qui continueront à exister comme des programmes et le reste des



programmes historiques qui seront absorbés dans la nouvelle DGLM. Il paraît que la DGLM n'est pas prête à poursuivre ou assimiler cette absorption, sa nouvelle structure organique n'étant pas encore produite. Mais il y a aussi beaucoup de résistance au sein des programmes actuels, par peur de perdre leurs privilèges et libertés une fois absorbés dans le DGLM.

Avec une commission qui reste faible, le MSP qui ne fait rien pour mettre en place le comité de suivi des réformes et les programmes qui résistent, la rationalisation des programmes verticaux pourrait encore se faire attendre. Il faudra une véritable implication de la DLM et une étroite collaboration avec le PANC (son seul PTF significatif) pour s'en sortir.

A suivre cette évolution en 2018 pour en conclure si les activités restantes seront suffisantes pour atteindre cet output.

## 2.9 Performance de l'output 7

### 2.9.1 Progrès des indicateurs

Indicateurs Résultat 7 : La surveillance épidémiologique et la réponse contre les épidémies sont renforcées dans une vision multidisciplinaire et multi-bailleurs.	Valeur de la Baseline 2016	Valeur année N 2017	Cible année N 2017	Cible finale 2019
Plan national de contingence actualisé, validé et disponible au niveau des DPS	1	0	1	1
Nombre d'épidémies détectées et gérées selon la normatif et protocoles de prise en charge existants (correctement) / total épidémie enregistrée / an***	7/7	9/9	0	100%
Fonds de réserve pour mobilisation des équipes du niveau central et des DPS effectivement disponible	0	0	4	4

### 2.9.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :			
	A	B	C	D
Appui technique au niveau des DPS			X	

### 2.9.1 Analyse des progrès réalisés

Tout l'appui à l'activité d'investigations et ripostes au niveau central vis-à-vis a été annulée. En conséquence, le plan de contingence tardera dans sa réalisation, y inclus l'actualisation des modules de prise en charge, la définition les kits d'intervention et la stratégie de mise en place des Equipes d'Intervention Rapide.

L'appui à la mise en place des équipes d'intervention rapide dans les DPS et le pré positionnement des kits d'urgence dans les DPS sera analysé en 2018, faute de demande d'appui en 2017.

## 2.10 Performance de l'output 8

### 2.10.1 Progrès des indicateurs

Le fonctionnement du réseau des laboratoires est renforcé en appui à la lutte contre les épidémies et endémies prioritaires.	Valeur de la <i>Baseline</i> 2016	Valeur année N 2017	Cible année N 2017	Cible finale 2019
Missions de supervision formative réalisées par l'INRB/missions programmées dans le PAO de la DLM	15/55	10/72		

### 2.10.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1 Soutien au réseau périphérique de laboratoire de santé			X	

### 2.10.3 Analyse des progrès réalisés

En 2018 l'analyse des besoins de fourniture d'intrants spécifiques par l'INRB sera faite.

## 2.11 Performance de l'output 9

### 2.11.1 Progrès des indicateurs

Le management interne de la DLM est renforcé dans la vision de la réforme du système de santé.	Valeur de la Baseline	Valeur année N	Cible année N	Cible finale
Ressources humaines (recrutées par appel à candidature) présente avec description de postes et évaluées régulièrement /cadre organique rationalisé	7/54	7/54	9	10
Existence de procédures écrites conformes au manuel de procédure national	1	1	1	1
Existence de rapports systématiques/tous ateliers et missions gérés par la DLM	65	29		65

### 2.11.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1 Appui aux budget de fonctionnement courant	X			
2 Appui au paiement de primes au personnel	X			

Les seules activités qui ont été retenues après la réduction budgétaire en 2016 sont l'appui au budget de fonctionnement courant de la DLM et au paiement de primes au personnel. Les paiements se font sous la forme de marchés publics ou sur la base de la liste de distribution des primes selon l'objet. Pour le paiement des primes nous faisons référence aux barèmes du GIBS sur le sujet.

A partir de début 2018 l'appui direct au fonctionnement de la DLM sera encadré dans le contrat unique, comme instrument du FBP. Le PANC d'ENABEL a été élu comme chef de file pour représenter l'ensemble des PTF dans la signature des contrats uniques au niveau central et comme le PTF avec lead pour le processus de leur mise en place dans tout le niveau central.

Il n'y a pas eu de nouvelles sélection de ressources humaines à la DLM en 2017, ce qui veut dire que le taux de ressources humaines recrutées par appel à candidature, présentées avec description de poste et évaluées régulièrement reste sans changement dans le cadre organique rationalisé.

Dans la cadre de la réforme du niveau central, cependant, un comité de sélection pour la DGLM, DOGS et DEP a été mis en place moyennant un arrêt ministériel, présidé par le Ministre lui-même, depuis décembre 2017. Il est composé de 6 membres du cabinet et des experts de la Fonction Publique et du MSP. Il a reçu 39 candidatures et s'est déjà réuni deux fois. Faute de financement, le processus de mise à la retraite des agents éligibles est au ralenti pour la province de Kinshasa.

La BM appuie le processus de rajeunissement des agents du MSP dans les DPS de son projet PDSS mais pour le reste des structures du MSP, le gouvernement est à la recherche de financement.

La direction de la DLM organise ses réunions hebdomadaires de staff, avec invitation, ordre du jour et compte rendu distribué dans les délais. L'ATI coordinateur n'a pas encore participé de manière régulière de ces réunions par faute d'invitation.

### **2.11.1 Analyse des progrès réalisés**

La DLM ne peut pas manquer le rendez-vous avec l'histoire pendant sa transformation organique vers la DGLM. Le PANC insistera sur la collaboration comme PTF, dans un cadre de suivi de la performance, en signant un CU avec la DLM au début de 2018.

## 2.12 Performance de l'output 10

### 2.12.1 Progrès des indicateurs

L'appui aux trois CDR de Kisangani, Bwamanda et Kikwit permet d'assurer la disponibilité des médicaments FEDECAME de qualité et à prix accessible depuis la CDR jusqu'au zones de santé.	Valeur de la <i>Baseline</i> (2016)	Valeur année 2016	Valeur année 2017	Cible année 2018	Cible finale 2019
Locaux de stockage effectivement disponibles et équipés, Sources de vérification : PV de réception des locaux, rapport d'inventaire d'équipement et matériel	0%	0%	11%	80%	100%
Niveau de stock de sécurité dans les 3 CDR, Sources de vérification : Outils de gestion de stock des CDR	74/ND/ ND	74/ND/ ND	30/ND /ND	82/70/7 5	86/80/8 0
Prix de cession dans les 3 CDR pour les produits traceurs / prix d'achat BCAF, Sources de vérification : PV de réception et facture d'achat BCAF, Catalogue produits et prix de cession des CDR	NA	NA	NA	NA	NA

### 2.12.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :			
	A	B	C	D
Activité C.01.01 : Appuyer la CDR KISANGANI (CAMEKIS)				X
Activité C.01.02 : Appuyer la CDR BWAMANDA (CAMENE)		X		
Activité C.01.03 : Appuyer la CDR KIKWIT (CAMEBASU)		X		
Activité C.01.04 : Appuyer le fonctionnement pour l'autonomie des CDR			X	

### 2.12.3 Analyse des progrès réalisés

Concernant la CAMEKIS, les besoins en construction de magasins et l'équipement de cette CDR doivent être réévalués car d'autres partenaires l'appuient. Le budget USAID/OMS est périmé, mais GAVI a construit un bâtiment comprenant un entrepôt de 420m<sup>2</sup> et 4 bureaux. De plus, un hub pharmaceutique est bien prévu à Kisangani (budget GAVI Alliance, UNICEF), mais son rôle, son mode de gestion et son fonctionnement ne sont pas encore déterminés.

Pour la reconstitution des capitaux médicament, les modalités du stock sécurité et des lignes de crédit pour les ZS de la Tshopo sont à déterminer pour garantir leur efficacité. L'harmonisation avec le PDSS et la coordination avec les autres acteurs de la santé se font concernant les modalités de gestion, d'approvisionnement et de distribution/mise à disposition de ces produits pharmaceutiques.

Suite au déménagement du siège de la CAMENE de Bwamanda à Gemena dans le bâtiment qu'elle a acquis et qui a été réhabilité à 50% par le projet GAVI, le PANC s'est engagé à réhabiliter l'autre partie de ce bâtiment. Des pré-études ont permis de délimiter le champ potentiel des travaux et des équipements nécessaires. Le processus est lancé pour ces travaux qui incluront un équipement en production d'énergie électrique photovoltaïque. De l'équipement et du matériel est prévu tant pour le siège de la CAMENE à Gemena que pour ses dépôts secondaires de Gbadolite et Lisala.

Pour la CAMEBASU (Kikwit), la construction par GAVI d'un bâtiment avec entrepôt et bureaux sur un nouveau terrain appartenant à l'Etat, bien que proche des anciens bâtiments appartenant à l'Evêché, a permis d'augmenter ses capacités de stockage et de se mettre en conformité avec les normes et directives nationales du domaine. Le PANC a ainsi pu financer de petites réhabilitation urgentes sur les anciens locaux et l'équipement du nouvel bâtiment. Ce nouveau bâtiment n'étant pas encore suffisant en capacités, des pré-études ont permis de délimiter le champ potentiel des travaux et des équipements nécessaires pour que ses capacités répondent aux besoins. Le processus de construction a été lancé en même temps que celui pour la CAMENE. Le bâtiment construit à Kengé (Kwango) par GAVI a pu après négociations être repris par la CAMEBASU pour en faire un dépôt relais et l'objectif d'en faire un dépôt secondaire, et la CDR de Bandundu-ville, en faillite et dissoute par le MSP, est en cours de négociations pour être reprise par la CAMEBASU pour en faire aussi un dépôt secondaire. Le dépôt secondaire d'Idiofa continue son développement. La CAMEBASU et ses 3 dépôts sert de modèle pour la nouvelle approche de déploiement du réseau SNAME/FEDECAME.

Le choix fait en accord avec les 3 CDR est de limiter les allocations budgétaires aux investissements et au renforcement de capacités. L'appui au fonctionnement quotidien des CDR n'a pas semblé opportun. L'ensemble des budgets alloués aux CDR sera donc destiné à des travaux, des achats d'équipements et de matériel, d'augmentation du stock de sécurité et de renforcement des capacités. L'élaboration d'un Business Plan pour chacune d'elles est prévu en se basant sur les calculs de coûts de fonctionnement issus d'une comptabilité analytique.

Pour encadrer une gestion saine et améliorer la bonne gouvernance, l'audit comptable sur les comptes de 2016 a été mené, ainsi que l'appui la participation des 3 CDR à la table ronde de l'inter CDR.

## 2.13 Performance de l'output 11

### 2.13.1 Progrès des indicateurs

Le rôle du Programme National d'Approvisionnements en Médicaments (PNAM) dans la coordination et supervision du SNAME est renforcé.	Valeur de la <i>Baseline</i> 2016	Valeur année 2017	Cible année 2018	Cible finale 2019
Nb de CDR évaluées / 6 CDR par an Sources de vérification : Rapport d'évaluation PNAM, Rapport activités AT au PNAM	6	3	9	9
Nb de CDR sous FBP-Contrat Unique / 16 CDR, Sources de vérification : Rapport d'évaluation PNAM, Rapport activités AT au PNAM	0	3	6	15
Nb de réunions sous-commissions d'approvisionnement (MEG/PPP) / nb prévu, sources de vérification : Compte Rendu de réunion, Rapport activités AT au PNAM	6	9	7	9

### 2.13.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :			
	A	B	C	D
Activité C.02.01 : Appuyer le développement de l'environnement de travail		X		
Activité C.02.02 : Appuyer la coordination et à la supervision du SNAME		X		

### 2.13.3 Analyse des progrès réalisés

Depuis sa création, le PNAM n'aurait jamais bénéficié d'un budget du gouvernement (hors RH fonction publique). La réorganisation du MSP est en cours, mais le statut du PNAM ne devrait pas changer de façon substantielle.

D'autre part, l'appui au PNAM ne peut pas se faire dans le cadre d'une convention de subsides pour des motifs légaux et à cause du manque de capacités de son équipe de gestion et du manque d'intérêt au regard des montants alloués. Les appuis se font donc de façon ad hoc, ainsi que par la fourniture des intrants permettant le fonctionnement quotidien des bureaux et le versement de primes de motivation salariale chaque trimestre. Cet appui s'aligne avec la stratégie FBP et intègre le contexte du Contrat Unique.

Le Plan Stratégique du SNAME, condition préalable aux activités de coordination et supervision du PNAM, a été élaboré, finalisé puis validé ; il est en cours de dissémination. L'ATI apporte au quotidien ses conseils et son savoir-faire technique pour permettre au PNAM de remplir son rôle de coordination et de supervision du SNAME.

La conception d'outils d'élaboration et de modèle de Business Plan pour les CDR est en cours en se basant sur les 3 CDR soutenu par le PANC. L'appui à la mise à jour du Guide des CDR se fera avec le financement d'autres partenaires et avec l'appui de l'ATI PANC. La Sous-Commission Approvisionnement et Distribution travaille avec les moyens mis à disposition par le PANC pour le fonctionnement quotidien du PNAM. L'appui à la rédaction des outils techniques se fait de même, et les ressources pour cofinancer ces différentes réalisations sont recherchées auprès d'autres partenaires.

Voir remarque à la section 2.2.2.



## 2.14 Performance de l'output 12

### 2.14.1 Progrès des indicateurs

Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i> 2016	Valeur année 2017	Cible année 2018	Cible finale 2019
Le fonctionnement de la FEDECAME et du BCAF Ouest est renforcé afin d'assurer une disponibilité continue des médicaments dans les CDR.				
CA du BCAF Ouest, source de vérification : Compte d'exploitation BCAF (en USD)	434 493	271 154	4,5 M	5,0 M
Nombre correct de produits et de fournisseurs pré-qualifiés, Sources de vérification : Rapport d'analyse des appels d'offres, Bons de livraison	ND	ND	ND	ND
1. Prix de cession acceptable du BCAF pour les produits traceurs (prix référence Afrique Centrale et catalogue IDA) 2. Sources de vérification : Rapport d'analyse des appels d'offres, Factures, Listing prix de cession BCAF	ND	ND	ND	ND

### 2.14.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :			
	A	B	C	D
Activité C.03.01 : Appuyer le BCAF		X		
Activité C.03.02 : Appuyer le secrétariat de la FEDECAME		X		

### 2.14.3 Analyse des progrès réalisés

L'appui aux ressources matérielles a été déprogrammé aussi pour la FEDECAME. Cependant, suite à l'incendie de ses locaux en 2011, la FEDECAME ne dispose plus actuellement de bureaux, elle est donc hébergée par le PNAM, et pour l'entreposage elle utilise un petit entrepôt de 250 m<sup>2</sup> en location. Elle doit donc trouver une solution pour avoir de nouveaux locaux. Plusieurs pistes sont envisagées : actuellement la piste d'une entente avec GAVI et le PEV pour la gestion du ou des hubs en construction (Kinshasa 4 500m<sup>2</sup>, Lubumbashi, Kisangani) est celle qui cadre le mieux avec le Plan Stratégique du SNAME, l'autre piste est la construction par plusieurs partenaires, dont l'USAID, d'un nouvel entrepôt à l'emplacement de celui qui a brûlé pour une capacité de 1 000m<sup>2</sup>. En attendant, et pour stocker les produits en transit pour le PDSS, la FEDECAME continue à louer des entrepôts, en partie avec l'appui du PANC.

Dans le cadre du PDSS, outre les 6 M. USD prévu pour les FOSA et pour les 6 CDR de la zone de couverture du projet (qui inclut donc la CAMENE et la CAMEBASU), la Banque Mondiale a proposé la constitution d'un stock tampon pouvant aller jusqu'à 10 M. USD. D'autre part, le PRODES, projet similaire au PDSS mais financé par l'UE, envisage un fonds de roulement (stock tampon) de 2 M. USD logé à la FEDECAME.

Le BCAF de la FEDECAME, en plus des commandes des Médicaments Essentiels classiques pour le PDSS, exécute un achat rapide de produits du Planning Familial (1,1 M. USD).

Son Chiffre d'Affaire annuel est en forte baisse en 2017 principalement à cause du retard dans les activités du projet PDSS. Du fait de l'épuisement de son petit stock tampon, les ventes aux CDR ont été très faibles (< 50 000 USD), et, comme les commandes pour le PDSS ont presque 1 an de

retard, les prestations du BCAF pour ce projet (valeur > 400 000 USD) n'ont pu être que partiellement émises en 2017 et tardivement (11/2017).

L'appui du PANC consiste pour l'instant dans les conseils et le savoir-faire technique de l'ATI en gestion pharmaceutique, en particulier dans ce qui touche aux aspects de distribution et mise à disposition des produits aux populations, ainsi que dans le financement ad hoc d'achat de fournitures et petit matériel de bureau et quelques activités permettant le renforcement des capacités.

Dans ce contexte (recours du PDSS à la FEDECAME, appui d'ENABEL), la FEDECAME reprend peu à peu son rôle au sein du réseau SNAME/FEDECAME : la mise à jour de la base de données couples produits/site de fabrication a permis d'actualisée la liste des fournisseurs pré qualifiés. La collaboration avec ASRAMES sur ces dossiers s'est faite en bonne intelligence, notamment suite à l'organisation de la réunion Inter-CDR à Goma.

Pour l'appui à l'organisation de la table ronde annuelle inter-CDR, bien que cet appui soit déprogrammé, l'activité restant essentielle, le PANC en a appuyé l'organisation et la FEDECAME a trouvé des subventions complémentaires pour la réaliser.

Bien que le Business Plan de la FEDECAME soit dans les termes de référence de l'ATI du Banque Mondiale qui y est positionné, cette activité manque de pertinence tant qu'un Plan Stratégique et son plan opérationnel n'auront pas d'abord été élaborés et validés pour la FEDECAME avec l'implication du MSP. Le PANC a sollicité le PEE d'ENABEL pour financer l'élaboration du Plan Stratégique de la FEDECAME.

Voir remarque à la section 2.2.2.

## 2.15 Performance de l'output 13

### 2.15.1 Progrès des indicateurs

<del>Les principales fonctions réglementaires de la DPM (D3) sont renforcées dont en particulier, l'enregistrement et l'inspection.</del>	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeur année 2016	Valeur année 2017	Cible année 2018	Cible finale
	NA				
	NA				
	NA				

### 2.15.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :			
	A	B	C	D
Activité C.04.01 : Appuyer le volet réglementaire				
Activité C.04.02 : Appuyer l'enregistrement des médicaments et l'inspection				

### 2.15.3 Analyse des progrès réalisés

L'appui à LA DPM a été déprogrammé. Même si aucun budget n'est prévu, des activités de renforcement de la DPM sont envisageables, notamment par l'intermédiaire d'autres budgets CTB ou d'autres partenaires. De plus, une ATI de la BM via le projet PRSDHU appuie déjà la DPM pour le renforcement de ses capacités en matière réglementaire (homologation des produits, enregistrement des importations, textes légaux de régulation du secteur pharmaceutiques, pharmacovigilance, etc.).

L'élaboration de texte légaux encadrant le secteur pharmaceutique et l'exercice des fonctions pharmaceutiques a bien progressée, mais leur validation par des lois n'a pas encore pu avoir lieu, et seuls quels arrêtés ont donné une force légale à certains d'entre eux.

La commission d'homologation est déjà en train de se mettre en place pour l'appui à l'enregistrement. Des formations d'inspecteurs ont été faites, mais en nombre insuffisant. Des solutions sont envisagées pour augmenter le nombre et la qualité des inspecteurs. L'assermentation des inspecteurs doit aussi être envisagée.

Voir remarque à la section 2.2.2.

## 2.16 Thèmes transversaux

### 2.16.1 Genre

Nous entendons le genre comme thème transversal du point de vue de la note stratégique « genre » de la direction générale de la coopération au développement (DGD) et les objectifs de développement durables (ODD) :

« La coopération belge promeut l'égalité des femmes et des hommes et intègre la dimension d'égalité de genre dans son travail quotidien. Elle contribue, en ce sens, à la réalisation de l'ensemble des *Objectifs de Développement Durable* (ODD) en faveur des hommes et des femmes. Une attention particulière est portée à l'ODD numéro 5 : « *Réaliser l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles* ».

Cette stratégie s'appuie sur une triple approche : 1) l'approche basée sur les droits humains, 2) l'approche à deux voies en matière de genre, qui mixe le *gender mainstreaming* et des actions spécifiques, et enfin 3) la contextualisation aux priorités nationales et locales.

Son cadre normatif s'inscrit dans le contexte des ODD du Programme de développement durable à l'horizon 2030 des Nations Unies, du plan d'action Genre de l'Union européenne, et du cadre normatif belge et international, notamment au travers de la Loi sur la coopération au développement de 2013 et de la Loi sur le *gender mainstreaming* de 2007.

La stratégie transversale du genre est basée sur 4 priorités, notamment : la santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR) ; la sécurité alimentaire, l'accès aux ressources naturelles et *empowerment* économique ; et la protection des droits et lutte contre les violences (sous toutes ses formes) basées sur le genre, avec notamment une attention particulière portée à la communauté de Lesbien(ne)s, Gay, Bisexuel(le)s, Transgenre(ne)s et Intersexuel(le)s.

Ce que le Programme Santé veut atteindre est le *gender mainstreaming* ou approche intégrée de la dimension de genre dans l'ensemble de ces activités. C'est-à-dire (définition du Conseil de l'Europe) : « *la (ré)organisation, l'amélioration, l'évolution et l'évaluation des processus de prise de décision, aux fins d'incorporer la perspective de l'égalité entre les femmes et les hommes dans tous les domaines et à tous les niveaux, par les acteurs généralement impliqués dans la mise en place des politiques* ».

En ce qui concerne l'approche basée sur les droits humains, la représentation résidente d'ENABEL avec l'expert sectoriel de gouvernance et le siège, ont organisé pendant le mois de novembre un atelier pour l'ensemble des secteurs et programmes d'ENABEL en RDC sur cette approche et sur la situation de fragilité de la RDC et son effet sur nos interventions. L'ATI coordinateur a participé de cet atelier et le contenu sera discuté et reproduit avec l'équipe d'ATI et ATN pendant une semaine d'échange au cours du Q1 2018.

En ce qui concerne l'approche à deux voies en matière de genre, le programme santé a entrepris une action spécifique dans l'octroi de bourses d'études du PRECOB à 32 professionnels de santé pour une maîtrise en santé publique à l'école de santé publique de l'université de Kinshasa en 2018, en s'assurant qu'il y ait une représentation biaisée vers les femmes dans les participants avec financement du PRECOB. L'ESP de Kinshasa connaissait depuis des années un déficit de femmes parmi les candidats à des maîtrises et en conséquence aussi parmi les participants de la maîtrise.

Dans nos efforts de formation au niveau communautaire, qui sont prévus dans le cadre de la participation voire cogestion de la population dans la gestion de leur santé au centre de santé, à l'hôpital, nous allons prendre des actions spécifiques sur la participation des femmes. Nous serons

inclusifs vers des thématiques d'intérêt pour les femmes et nous ferons ces choix ensemble avec les interventions d'ENABEL dans le secteur éducation. Il n'est pas exclu par exemple que nous incluons des cours d'alphabétisation pour les femmes et jeunes filles où cela est pertinent.

Il nous faudra certainement beaucoup plus pour une véritable promotion de l'égalité de genre et pour créer des droits égaux et des opportunités égales, mais nous considérons que c'est un tout premier pas sur la voie vers plus d'intégration systématique et transversale du genre. Il nous faudra plus de temps concernant les formations et les recherches ; plus d'implications des services publics, et surtout plus de coordination. Mais l'équipe santé est prête à s'y engager.

#### **2.16.1.1 SDSR : Tarification forfaitaire subsidiée (TFS)**

Avec la tarification forfaitaire nous voulons introduire dans les hôpitaux des tarifs fixes pour les soins de santé. Suite à un manque de participation de l'Etat dans le financement des formations sanitaires, beaucoup d'hôpitaux sont glissés vers un mode de survie où ils appliquent des tarifs « variables » selon leur besoin et la charge de nourrir la pléthore de personnel soignant qui demeure des fois avec des attentes irrationnelles dans les hôpitaux. En plus ces tarifs sont payables « à l'acte » ce qui permet de l'irrationalité dans les soins fournis par les soignants, en incluant des prestations qui ne sont pas indispensables. La tarification forfaitaire introduit le paiement par le patient d'un tarif fixe, qui couvre toute un épisode de maladie. Le patient sait donc plus ou moins combien un épisode de maladie lui va coûter.

Ceci renforce l'accessibilité financière aux soins de santé, en RDC sans doute encore la barrière principale à l'exercice du droit à la santé. Une meilleure utilisation de l'hôpital en sera une conséquence quasi immédiate et donc une meilleure prise en charge de la santé d'une population.

Mais nous faisons plus. Pour garantir que des paquets de soins, par exemple l'accouchement, le planning familial, les soins au nouveau-né et de l'enfant, la césarienne, soient encore plus accessible, nous allons subventionner la formation sanitaire. Mais nous les subventionnons après vérification sur l'output – des soins de santé fournis avec qualité et égalité – et nous orientons les subventions vers les soins de santé pour le bien-être la santé de la femme, la mère et l'enfant.

En mettant en œuvre le cadre de la TFS il est important d'impliquer la population, surtout les femmes, dans les négociations pour qu'elles se rendent compte de l'opportunité que le TFS leur donne de prendre en charge leur propre santé en renforçant leur participation communautaire dans l'ensemble de la gestion de l'hôpital. Nous accompagnons cet exercice avec de la communication pour le développement (C4D).

#### **2.16.1.2 Protection des droits et lutte contre les violences : PLVS**

Le Projet d'appui ce la lutte contre les violences sexuelles et les violences basées sur le genre est centré sur l'approche du gender mainstreaming. Encore plus, le PLVS cherche à fournir des meilleures connaissances en RDC pour construire des approches correctes et informées dans le domaine de la prévention et promotion et de la prise en charge holistique des victimes 'clinique, psychologique, juridique et socio-économique.

#### **2.16.1.3 Système de monitoring et suivi spécifique**

Pendant le démarrage, nous nous sommes rendu compte que les choix faits pour le design du système de M&E pendant la formulation du programme santé d'ENABEL n'étaient pas tout à fait inclusifs pour les indicateurs spécifiquement sensibles à la question du genre. Dans le cadre de l'exercice de la mise en œuvre de la ligne de base des différents composants du Programme, nous avons réalisé un effort de mettre un accent supplémentaire sur la recherche de ces indicateurs et leur degré de disponibilité en RDC.

Nos enquêteurs ont sollicité explicitement dans toutes les institutions qui nous fournissent des données soit pour la ligne de base (valeurs 2016) soit pour le monitoring de l'année N+1 (valeurs

2017) de nous transmettre aussi tous les indicateurs qu'elles gèrent concernant la sensibilité au genre. Cette collecte d'indicateurs a été croisée avec le système de M&E qui est validé au Ministère du Genre.

En voici le résultat ci-dessous. Nous comptons mener les discussions nécessaires, dans le cadre d'un « evolving M&E » pour en arriver à en consensus vis-à-vis les choix à faire.

Résultat indicateur	Valeur Baseline (2017)	Valeurs cibles 2018	Valeurs cibles 2019	Valeurs cibles finale	Unité de mesure	Sources de vérification	Fréquence de collecte de données
<b>INDICATEURS SPECIFIQUES SENSIBLES AU GENRE</b>							
<b>Indicateurs d'autonomisation de la femme</b>							
Proportion des femmes chef de ménage	24,9			?	%	EDS, MICS Enquête 1-2-3	Tous les 5ans
Taux de pauvreté des femmes chef de ménage				?	%	EDS, MICS Enquête 1-2-3	Tous les 5ans
Pourcentage des femmes travailleuses	67,2			?	%	EDS, MICS Enquête 1-2-3	Tous les 5ans
Nombre des femmes évoluant dans le secteur informel					%	EDS, MICS Enquête 1-2-3	Tous les 5ans
<b>Indicateurs mesurant les effets éventuellement négatifs (surcharge de travail des femmes, violences conjugales, exclusion)</b>							
Proportion des fistules urogénitales post viol traitées	71,6				%	Rapport annuel PNSR et SNIS	1X/an, à la fin
Nombre des dossiers des cas de viols qui ont obtenu un jugement prononcé					Nbre des cas de viols	Rapports Ministère Genre et Famille et Justice	1X/an, à la fin
Nombre des survivantes ayant accès à une assistance médicale, psychologique, judiciaire, socio-économique et scolaire					Nbre des survivants	Rapports Ministère Genre et Famille	1X/an, à la fin
Pourcentage des femmes victimes des violences domestiques	36,2				%	EDS, INS	Tous les 5ans
Taux des femmes ayant subi des violences sexuelles	27				%	EDS	Tous les 5ans
Proportion des Survivants de Violences Sexuelles prises en charge avec PEP Kit dans les 72 h	82,4 (31)				%	Rapport annuel PNSR et SNIS	1X/an, à la fin
<b>Indicateurs qui permettent de mesurer les résultats pour les groupes vulnérables</b>							
Taux de prévalence du VIH chez le jeunes 15-24 ans par le sexe	0,4 (Féminin)			0,7	%	EDS, PNLS, PNMLS	1X/an, à la fin
	1 (masculin)			0,7	%	EDS, PNLS, PNMLS	
Ratio d'infection entre les femmes et les hommes	2,6			?		EDS, PNLS, PNMLS	1X/an, à la fin
<b>Indicateurs de la santé sexuelle et reproductive de la mère et de la jeune fille</b>							
Taux d'utilisation de service prénatals (CPN1), quel que soit l'âge de la grossesse	87,1(91%)			?	%	Données SNIS (rapport PNSR)	1X/an, à la fin

Résultat indicateur	Valeur Baseline (2017)	Valeurs cibles 2018	Valeurs cibles 2019	Valeurs cibles finale	Unité de mesure	Sources de vérification	Fréquence de collecte de données
Taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié/formé	67,5 (70%)			?	%	Données SNIS (rapport PNSR)	1X/an, à la fin
Taux des décès maternels intra hospitaliers	2799 (soit 0,03) (0,001)			?	Nbre de décès pour 100 000 nces vvtes	Données SNIS	1X/an, à la fin
Proportion CPoN 3*	52,4 (64%)			?	%	Données SNIS	1X/an, à la fin
Taux de femmes ayant une complication après accouchement	2,53			?	%	Données SNIS	1X/an, à la fin
Proportion des Fistules vésico-vaginales traitées	?			?	%	Données SNIS	1X/an, à la fin
Taux des nouvelles acceptantes sous méthodes contraceptives modernes	8,3			?	%	Données SNIS	1X/an, à la fin
Indice synthétique de fécondité	6,6			?	Nbre moyen d'enfants/femme	EDS (2013-2014)	Tous les 5ans
Proportion des femmes (15-19 ans) qui ont donné naissance	21,32			?	%	EDS (2013-2014)	Tous les 5ans
Proportion des besoins insatisfaits en matière de planification familiale (PF)	22,4			?	%	Rapport annuel OMS	1X/an, à la fin

## 2.16.2 Environnement

Dans le domaine de l'environnement et nos interventions au niveau central comme thématique transversale nous n'avons pas beaucoup de marge de manœuvre. Comme équipe d'exécution PANC, nous essayons de limiter nos déplacements sur le terrain aux visites strictement indispensables. Où relevant, nous nous déplaçons en voiture plutôt qu'en avion.

Avec le budget d'appui au fonctionnement nous investissons dans l'entretien préventif et correctif des véhicules officielles et nous essayons d'en éviter l'utilisation inapte. Au sein du bâtiment de la DEP, DLM et la DAF, le PANC prendra l'initiative d'installer un « syndique » qui prend en charge l'organisation des entretiens du bâtiment.

Pour nos constructions (dans les CDR), nous prenons soin de faire des choix écologiques et d'investir dans les installations d'énergie solaire où relevant. Pour l'ensemble du programma santé en 2018, avec le lancement de plusieurs chantiers de constructions dans les hôpitaux et des projets de forage d'eau potable, nous allons certainement inclure des thèmes environnementaux dans les cahiers spéciaux de charge. Comme tout programme d'ENABEL, Santé prendra en compte les risques environnementaux et formera les partenaires impliqués à l'identification et à la gestion de ces risques.

Dans les centres de santé le PADP prévoit réaliser des projets de forage d'eau potable et des installations d'énergie solaire avec kit de radiocommunication. Ceci devrait avoir un impact, bien qu'indirect, sur l'impact environnemental du fonctionnement des services de santé.

On fera la répliation dans d'autres provinces de l'habilitation, au Sud Ubangi, de motocyclettes-ambulances qui peuvent transporter convenablement et économiquement des patients à une formation sanitaire, en lieu de devoir mobiliser à toute reprise des ambulances à diesel 4x4.

Avec le secteur infrastructure d'ENABEL nous analyserons bientôt la faisabilité et possibilité d'utiliser des drones pour le transport d'échantillons de labo, vaccins et peut-être des médicaments, évitant des déplacements en moto pour le faire.

### 2.16.3 Une approche basée sur les droits de l'homme et la fragilité de la RDC

Comme une première étape d'un processus interne d'amélioration de la qualité, ENABEL a organisé pendant le mois de novembre 2017, un atelier sur l'approche basé sur les droits humains et la fragilité. L'objectif de cette démarche était de renforcer l'appropriation et l'utilisation des approches Droits Humains et Fragilité dans les interventions en RDC afin d'en améliorer la qualité (en particulier sur l'impact et la durabilité). Pour ce faire, on a travaillé sur 3 axes :

- La formation des équipes- programme sur les approches « fragilités » et « Droits Humains » ENABEL
- La formalisation d'une stratégie de diffusion/appropriation par les équipes de terrain, et ses modalités de mise en œuvre
- L'opérationnalisation de cette stratégie : programmation, mise en œuvre, suivi des résultats...

La démarche se structure en 5 étapes :

Étape	Contenu
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation de personnes relais dans les programmes,</li> <li>- Coproduction d'une stratégie et d'outils,</li> <li>- Identification d'objectifs concrets pour mieux prendre en compte les approches fragilités / DH par les interventions</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en œuvre dans chaque intervention des objectifs et actions ciblés</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suivre et appuyer le travail des relais dans les interventions</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mesurer les résultats sur les impacts et la durabilité des changements accompagnés par les programmes</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capitaliser sur l'expérience (si pertinent)</li> </ul>

L'atelier « fragilité et Droits Humains qui s'est tenu à Kinshasa du 13 au 16 novembre 2017 est la première étape de ce processus. Il visait trois objectifs :

- Informer et former les ATI et ATN gouvernance et RC, ainsi que les membres des équipes programmes concernés sur les approches Droits Humains et Fragilités ;
- Identifier les pratiques existantes sur le terrain ;
- Coproduire la stratégie et les modalités de son opérationnalisation : fixer des objectifs concrets d'amélioration de la prise en compte des approches fragilités / DH par les interventions ; planifier des actions d'amélioration ; identifier les indicateurs de suivi et de mesure de l'amélioration...

28 personnes y ont participé, ATI et ATN, venant de l'ensemble des programmes et interventions en RDC. Deux experts EST (Gouvernance, Infrastructure), avec l'appui de l'ECT Gouvernance, ont contribué à son animation.

Les programmes vont se mettre en réseau pour se partager des informations sur l'avancement de chaque processus de changement et des étapes déjà franchies, les difficultés et les succès obtenus. L'ATI coordinateur Santé est le point focal pour la secteur santé. L'atelier sera retro-alimenté au Q1 2018 à l'équipe santé.

Un atelier de partage des expériences mises en œuvre sera organisé en milieu d'année 2018.



## 2.17 Gestion des risques

Identification du risque ou problème			Analyse du risque ou problème			Traitement du risque ou problème			Suivi du risque ou problème	
Description du Risque	Période d'identification	Catégorie	Probabilité	Impact Potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Deadline	Progress	Statu
La situation de sécurité du pays est stable actuellement, mais peut connaître une instabilité	01/12/2016	DEV	Medium	Medium	Medium Risk	Aucune action ne peut être menée pour ce risque.	RR, AMBABEL	Elections en RDC	On suit l'actualité sur la situation de sécurité dans le pays.	En cours
						<i>Insérer une ligne ici</i>				
La situation politique du pays est stable actuellement, mais elle n'est pas très claire vis-à-vis les engagements du gouvernement installé.	Décembre	DEV	Medium	Medium	Medium Risk	Aucune action ne peut être menée pour ce risque.	RR, AMBABEL	Elections en RDC	On suit la situation politique dans le pays. Les relations bilatérales entre Belgique et RDC continuent à se détériorer.	En cours
						<i>Insérer une ligne ici</i>				
Suite à la réduction budgétaire du PANC (2016) la mise en œuvre de certains actions du cadre logique ont été réduites. En conséquence, il est confirmé que le PANC ne saura plus atteindre que partiellement ses objectifs.	dec 2016	FIN	High	High	Very High Risk	Une adaptation au cadre logique du PANC, en réduisant le nombre d'actions à affecter.	ATI, MPS, CTB (SMCL)	juil-17	Le cadre logique du PANC a été modifié par approbation de la SMCL. Toutes les activités sans budgétisation ont été enlevées.	Terminé
						Recherche d'autres PTF disponible à remplacer le financement du PANC.	ATI, MSP, GIBS	Continu	Au niveau du OS1 et OS3 des alliances se sont présentées avec des autres PTF. Au niveau des actions avec la DLM, la situation reste précaire.	
Les PTF n'honorent pas leurs engagements décrits dans la chartre d'accord au sein du GIBS	dec 2016	OPS	Low	Medium	Low Risk	Concertation forte et permanente des PTF, au sein du CNP-SS et ses commissions, du GIBS et ses sous-groupes et avec la DEP/DLM/PNAM, mais moins avec le Cabinet du MSP. L'ATI joue un rôle actif dans cette concertation. La mise en place de CU est crucial.	CTB, AMBABEL, Programme	Continu	La mise en œuvre des contrats unique pour 8 DPS de première vague est accomplie. Pour le Programme Santé, les CU ont été signés et évalués (Q3 et Q4) en Kwilu et Sud Ubangi. La DPS de Sud Ubangi en sortait comme une DPS performante. En 2018, les CU des DPS de la 2 <sup>e</sup> vague seront réalisés, y inclus la TSHOPO. L'ATI coordinateur a été demandé de jouer un rôle central dans la mise en œuvre des CU au niveau central. Les deux ATI du PANC participent et donnent de l'appui technique direct aux commissions du CNP-SS (gouvernance, lutte contre la maladie, médicaments) et au CCT.	En cours
						Les SMCL du Programme sont un important instrument pour faciliter les CU des DPS, comptant sur leur flexibilité à s'adapter au contexte local.	CTB, MSP	Continu	Les SMCL sont opérationnels. Leur tenue sera utilisé pour une mobilisation d'apprentissage et d'échange sectorielle pour le Programme à partir du 2018.	
						La mise en place d'un plan stratégique du PNAM facilite la cohésion et harmonisation des PTF autour de la politique nationale des médicaments.	Programme, PNAM, MSP	A partir du 2018	Les PTF s'alignent sur une stratégie d'achat, distribution et stockage des médicaments essentiels et génériques centrée sur la FEDECAME et les CDR.	

Identification du risque ou problème			Analyse du risque ou problème			Traitement du risque ou problème			Suivi du risque ou problème	
Description du Risque	Période d'identification	Catégorie	Probabilité	Impact Potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Deadline	Progress	Statu
La fragmentation persiste dans la capitalisation des expériences entre provinces, entre provinces et niveau central, entre PTF. Le budget du PANC dans ce sens a été minimisé.	dec 2016	OPS	Medium	Medium	Medium Risk	La recherche action est l'instrument de 1° choix. PANC cherche activement de la collaboration avec les ESP et RIPSEC, sous leadership de la DEP. A la recherche d'une collaboration conceptuelle au niveau des ZAR du RIPSEC.	Programme	janvier à juillet 2018	RIPSEC, PANC, DEP et autres PTF se sont mis d'accord sur un dossier confédérateur autour de la recherche action. Il paraît que le PEE ne sera plus en condition pour le financement pendant 2018. Début 2018, les acteurs intéressés se joindront à Kinshasa pour un atelier de révision et mise en place d'un note conceptuel et d'une stratégie de démarrage. PANC en collaboration avec PRECOB a réalisé des cours de recherche en santé publique (RSS Belgique, Maîtrise en santé publique a ESPL et ESPK) avec le but de former une masse critique de 40 professionnels de la santé en RDC (jusqu'à fin 2018)	En cours
						Leadership du MSP dans l'encadrement des DPS. Il existe des manques et faiblesses dans le rôle d'encadrement du niveau central aux DPS.	MSP	Continu	Au sein des commissions du CNP-SS se fait le suivi aux recommandations de la revue annuelle de 2017, spécifiquement en vue de l'encadrement des DPS. Le cycle pour atteindre un PAO 2018 unique pour le MSP a beaucoup amélioré en comparaison avec 2017, bien qu'il ne soit pas encore parfait.	
						<i>Insérer une ligne ici</i>				
L'insuffisance de financement et de RH adéquates pour le fonctionnement des DPS (Tshopo, Kwilu, Sud Ubangi) laisse des gaps de moyens nécessaires pour les besoins identifiés.	dec 2016	OPS	Low	Medium	Low Risk	Les DPS seront prévus de leur RH selon le cadre organique de la réforme des niveaux décentralisés, déjà en rigueur.	Programme, DEP, DLM	An 2017	Les gouvernements provinciaux donnent suite à la contraction de ces RH pour les DPS, mais avec du retard. Dans le cadre des planifications pour les CU, les gaps existants deviennent visibles et gérables. L'intention est d'avoir zéro gap.	En cours
						Signatures des contrats uniques au niveau des DPS	Programme, DEP, DPS, GIBS	An 2017	8 CU ont été signés des DPS de la 1° vague, 6 ont accomplis leur évaluation. DPS de la 2° vague en préparation, inclus la Tshopo. On essaye de résoudre les gaps de financements.	
						<i>Insérer une ligne ici</i>				
La résistance aux changements persiste chez les directeurs des programmes spécialisés.	dec 2016	OPS	High	Medium	High Risk	Concertation régulière avec le bureau du Secrétariat General à la Santé sur le suivi du décret suprême de rationalisation des programmes spécialisés.	ATI, DLM	Continu	La revue annuelle a recommandé des améliorations au fonctionnement du comité ad hoc. La DEP et le SG à la santé feront le suivi à la réalisation de ces recommandations pendant Q4. Fin 2017 cette situation n'a pas vraiment avancée.	En cours
						Appui au bureau du Secrétariat General à la Santé. ATI appui à la DEP et DLM pour la suite de la réforme.	ATI, DLM	An 2018	ATI appui à la DEP et DLM pour la suite de la réforme. Début 2018, une actualisation sera réalisée sur le contenu et ses implications du décret suprême aux directions des Programmes.	
						<i>Insérer une ligne ici</i>				

Identification du risque ou problème			Analyse du risque ou problème			Traitement du risque ou problème			Suivi du risque ou problème			
Description du Risque	Période d'identification	Catégorie	Probabilité	Impact Potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Deadline	Progress	Statu		
Le PANC ne peut pas garantir le renforcement de l'INRB afin de conduire des missions de supervision formative.	dec 2016	OPS	High	High	Very High Risk	Plaidoyer des PTF pour assurer un financement correct de l'INRB avec un engagement progressif de l'état. - mais il y a peu de PTF en appui a l'INRB.	Programme, DLM	Continu	La modification au cadre logique, approuvée par la SMCL 1 de 07/2017 a été formalisée. Les activités au sein de l'INRB ont été effacées.	Terminé		
						Enlever cette activité du cadre logique.			Au niveau du OS1 et OS3 des alliances se sont présentées avec des autres PTF. Au niveau de la DLM, la situation reste négative.			
						<i>Insérer une ligne ici</i>						
Sollicitation trop importante du personnel technique de la DEP, DLM, PNAM pour des missions pour répondre aux besoins de chaque PTF.	DTF	OPS	High	Medium	High Risk	Concertation forte et permanente avec le GIBS et l'état congolais/MSP/gouv. Provincial	CTB, AMBABEL	Continu	Cadrage des missions de la DEP, DLM et PNAM par FBP et CU, mise en place à partir du début 2018. Les PTF doivent encore intensifié les efforts entre eux de rationaliser les missions pendant l'année.	En cours		
						Plaidoyer pour que l'exécution du budget de l'Etat améiore.			ATI, DEP		Continu	Réunions de coordinations GIBS - Ministre de la Santé Publique
						<i>Insérer une ligne ici</i>						
Le suivi des CDR et FEDECAME reste insuffisant.	DTF	OPS	Medium	Medium	Medium Risk	Accompagnement technique de l'ATI	ATI	Continu	AT en cours. Renforcement de l'AT avec des inputs d'autres PTF: EU, BM, etc.	En cours		
						<i>Insérer une ligne ici</i>						
Le personnel est moins de 80% présent au PNAM et l'organigramme technique proposé fin 2014 n'est pas mis en place et appliqué (selon audit organisationnel)	DTF	OPS	High	Medium	High Risk	La mise en place du protocole d'accord et du FBP devrait inciter à plus de résultats au PNAM.	ATI, PNAM	Fin 2017	Cadrage des missions du PNAM par FBP et CU. Un CU sera signé avec le PNAM début 2018.	En cours		
						<i>Insérer une ligne ici</i>						
L'implication financière reste insuffisante des PTF (en particulier BCAF Ouest).	DTF	OPS	Medium	Medium	Medium Risk	Concertation forte et permanente des PTF au sein du GIBS	ATI, PNAM	Fin 2017	ATI participe de cette concertation	En cours		
						Plan Opérationnel du SNAME à élaborer						le PS SNAME a été validé par le CCT en octobre 2017 et est en circulation formelle. PS FEDECAME et son bussines plan seront fait en chevauchement entre fin 2017 et début 2018.

Identification du risque ou problème			Analyse du risque ou problème			Traitement du risque ou problème			Suivi du risque ou problème	
Description du Risque	Période d'identification	Catégorie	Probabilité	Impact Potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Deadline	Progress	Statu
Des achats de médicaments persistent hors du système FEDECAME (BCAF) par des PTF.	DTF	OPS	Medium	Medium	Medium Risk	Concertation forte et permanente des PTF au GIBS et lors des CPN	ATI	Fin 2018	ATI participe de cette concertation	En cours
						Plan Opérationnel du SNAME à élaborer			Le PAO 2018 du PNAM prend en compte le Plan Stratégique du SNAME pour sa mise en œuvre	
						<i>Insérer une ligne ici</i>				
Le business plan du FEDECAME, financé par la BM, ne débouche pas sur une réorganisation de la FEDECAME et des BCAF afin de renforcer la chaîne d'achat et de distribution.	DTF	OPS	Medium	Medium	Medium Risk	L'élaboration d'un Plan Stratégique puis d'un Business Plan de la FEDECAME s'inscrivant dans la perspective du Plan Stratégique du SNAME permettrait de crédibiliser la	ATI	Projet	La collaboration entre BM et CTB devrait permettre l'aboutissement du dossier. Un sous-groupe de PTF en appuie à la FEDECAME a été conformé.	En cours
									Coordination est en cours	
						<i>Insérer une ligne ici</i>				
Courte durée de la CS au regard des restrictions budgétaires qui poussent à reporter d'une année à l'autre l'atteinte des résultats	janv-18	OPS	High	High	High Risk	<i>Négocier une prolongation de la durée de la convention spécifique qui se décale de trois semaines avec la période de mise en oeuvre</i>	RR, AMBABEL	juin-18	concertation en cours	En cours
Pas d'initiatives de l'état pour graduellement assurer le paiement des compléments de salaire du personnel des directions bénéficiées	dec 2016	FIN	High	Medium	High Risk	Concertation forte et permanente avec le GIBS et l'état congolais/MSP/gouv. Provincial	CTB, AMBABEL	Continu	L'exécution du budget de l'Etat reste faible et le budget même est insuffisant.	En cours
									CU en place dès le début de 2018	
						<i>Insérer une ligne ici</i>				

## 3 Pilotage et apprentissage

### 3.1 Réorientations stratégiques

Après la modification du cadre logique effectuée et approuvée en 2017 en conséquence de la réduction budgétaire de 2016, le PANC est relancé dans des nouvelles orientations stratégiques concernant les activités et résultats qui ont été enlevées. Sans doute, des synergies se dessineront avec des nouveaux PTF pour en prendre la suite et dans certains domaines ces collaborations se sont déjà produites.

Au niveau de la DLM, le PANC s'impliquera beaucoup plus concrètement, vu le rôle capital de cette direction dans le succès de la réforme des programmes spécialisés. La dynamique avec les PTF actifs au niveau central dans ce domaine se coordonne au sein du GIBS et la rationalisation des programmes est retenue comme priorité du GIBS. Ensemble avec l'OMS et le Banque Mondiale nous prendrons le lead dans ce dossier.

En cours de 2018 débutera la nouvelle intervention de l'élimination de la maladie de sommeil en RDC. L'exécution du résultat attendu sur l'approche décentralisée et intégrée de la détection, traitement et control de vecteur sera confiée aux volets PADP et PANC du Programme Santé.

### 3.2 Recommandations

Recommandations	Acteur	Date limite
<i>La durée prévue du programme santé 2016-2019 s'annonce courte en vue des enjeux et les défis qui restent. Ceci n'est pas le cas pour l'ensemble du programme, mais comme le rôle de la coordination de ce programme est confié au PANC, il en reste le besoin de lancer en cours de 2018 une analyse sur une durée plus correcte vu les ambitions accumulées.</i>	Equipe d'exécution donnera une proposition via la RR au siège d'ENABEL	Jusqu'à fin Q2 2018
<i>En vue d'une possible prolongation de la durée de certains volets du Programme Santé, il faudra organiser une évaluation à mi-parcours adaptée à la situation de chaque volet et le programme comme ensemble.</i>	Equipe d'exécution lancera une proposition de TDR d'évaluation spécifique.	Jusqu'à fin Q1 2018
<i>La mise en œuvre de limitations budgétaires sur les capacités de décaissement du programme santé influencent le rythme d'exécution opérationnelle de chaque volet. Il est recommandé de veiller sur ce rythme de chaque intervention dans l'exercice de la distribution des « toits » budgétaires.</i>	La représentation résidente avec le siège ENABEL	Pendant Q1 2018
<i>Une volonté politique maintenue est nécessaire pour rendre efficiente et efficace les processus de réforme au sein du secteur santé de la RDC. Nous recommandons reprendre avec vigueur ces réformes dès le début de 2018</i>	MSP	Toute 2018

### 3.3 Enseignements tirés

Enseignements tirés	Public cible
<p>Une réduction budgétaire de l'importance de celle effectuée sur le PANC quelques mois avant son démarrage opérationnel peut avoir un effet très grand sur les ambitions de l'équipe d'exécution et les PTF. Il était impossible de ne pas réaliser une modification d'égale importance de son cadre logique pour remettre ces ambitions dans un cadre correct de suivi et évaluation.</p>	<p>ENABEL, la coopération belge</p>
<p>La collaboration continue avec les attachés de santé de l'AMBABEL est appréciée comme enrichissante pour les deux parties.</p>	<p>Représentation résident ENABEL, AMBABEL</p>
<p>L'approche multi-bailleurs est réalisable dans un secteur comme le secteur de la santé à cause des grands efforts d'harmonisation et d'alignement qui existent chez les bailleurs de fonds. On n'est cependant pas encore convaincu de cette volonté au niveau des partenaires avec qui nous travaillons au niveau des provinces.</p>	<p>MSP, Représentation résident ENABEL, AMBABEL, autres secteurs ENABEL en RDC</p>
<p>L'approche basée sur une interaction véritable de « partenariat » par l'immersion dans le contexte de nos partenaires congolais est un atout pour le programme santé. Il n'est néanmoins peu compris par nos collègues d'ENABEL.</p>	<p>MSP, Représentation résident ENABEL, AMBABEL, autres secteurs ENABEL en RDC</p>

## 4 Annexes

### 4.1 Critères de qualité

<b>1. PERTINENCE : le degré dans lequel l'intervention est cohérente avec les politiques et priorités locales et nationales ainsi qu'avec les attentes des bénéficiaires.</b>				
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins un 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i>				
Évaluation de la PERTINENCE : note totale	A	B	C	D
		X		
<b>1.1 Quel est le degré de pertinence actuel de l'intervention ?</b>				
...	A	Clairement toujours ancré dans les politiques nationales et la stratégie belge, satisfait aux engagements en matière d'efficacité de l'aide, extrêmement pertinent par rapport aux besoins du groupe cible.		
X	B	S'inscrit toujours bien dans les politiques nationales et la stratégie belge (sans être toujours explicite), relativement compatible avec les engagements en matière d'efficacité de l'aide, pertinent par rapport aux besoins du groupe cible.		
...	C	Quelques questions par rapport à la cohérence avec les politiques nationales et la stratégie belge, l'efficacité de l'aide ou la pertinence.		
...	D	Contradictions avec les politiques nationales et la stratégie belge, les engagements en matière d'efficacité de l'aide ; la pertinence vis-à-vis des besoins est mise en doute. Des changements majeurs sont requis.		
<b>1.2 La logique d'intervention, telle qu'elle est conçue actuellement, est-elle toujours la bonne ?</b>				
	A	Logique d'intervention claire et bien structurée ; logique verticale des objectifs réalisable et cohérente ; indicateurs appropriés ; risques et hypothèses clairement identifiés et gérés ; accompagnement de sortie d'intervention mis en place (si cela est applicable).		
X	B	Logique d'intervention appropriée bien qu'elle puisse avoir besoin de certaines améliorations en termes de hiérarchie d'objectifs, d'indicateurs, de risques et hypothèses.		
	C	Les problèmes par rapport à la logique d'intervention peuvent affecter la performance d'une intervention et sa capacité à contrôler et évaluer les progrès ; améliorations requises.		
	D	La logique d'intervention est erronée et nécessite une révision en profondeur pour que l'intervention puisse espérer aboutir.		
<b>2. EFFICIENCE DE LA MISE EN ŒUVRE JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel les ressources de l'intervention (fonds, expertise, temps, etc.) ont été converties en résultats de façon économe.</b>				
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins deux 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A; Deux fois un 'B', pas de 'C' ni de 'D' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i>				
Évaluation de l'EFFICIENCE : note totale	A	B	C	D
			X	
<b>2.1 Dans quelle mesure les inputs (finances, RH, biens &amp; équipements) sont-ils correctement gérés ?</b>				
	A	Tous les inputs sont disponibles à temps et dans les limites budgétaires.		
	B	La plupart des inputs sont disponibles dans des délais raisonnables et ne nécessitent pas d'ajustements budgétaires considérables. Une certaine marge d'amélioration est cependant possible.		
X	C	La disponibilité et l'utilisation des inputs posent des problèmes qui doivent être résolus, sans quoi les résultats pourraient courir certains risques.		

	<b>D</b>	La disponibilité et la gestion des inputs comportent de sérieuses lacunes qui menacent l'atteinte des résultats. Des changements considérables sont nécessaires.
<b>2.2 Dans quelle mesure la mise en œuvre des activités est-elle correctement gérée ?</b>		
	<b>A</b>	Les activités sont mises en œuvre dans les délais.
	<b>B</b>	La plupart des activités sont dans les délais. Certaines sont retardées, mais cela n'a pas d'incidence sur la fourniture des outputs.
X	<b>C</b>	Les activités sont retardées. Des mesures correctives sont nécessaires pour permettre la fourniture sans trop de retard.
	<b>D</b>	Les activités ont pris un sérieux retard. Des outputs ne pourront être fournis que moyennant des changements majeurs dans la planification.
<b>2.3 Dans quelle mesure les outputs sont-ils correctement atteints ?</b>		
	<b>A</b>	Tous les outputs ont été et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps et de bonne qualité, ce qui contribuera aux outcomes planifiés.
X	<b>B</b>	Les outputs sont et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps, mais une certaine marge d'amélioration est possible en termes de qualité, de couverture et de timing.
	<b>C</b>	Certains outputs ne s(er)ont pas livrés à temps ou de bonne qualité. Des ajustements sont nécessaires.
	<b>D</b>	La qualité et la livraison des outputs comportent et comporteront plus que vraisemblablement de sérieuses lacunes. Des ajustements considérables sont nécessaires pour garantir au minimum que les outputs clés seront livrés à temps.

**3. EFFICACITÉ JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel l'outcome (objectif spécifique) est atteint, tel que prévu à la fin de l'année N**

*Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins un 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A; Deux fois un 'B' = B; Au moins un 'C, pas de 'D' = C; Au moins un 'D' = D*

Évaluation de l'EFFICACITÉ : note totale	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
		X		

**3.1 Tel qu'il est mis en œuvre actuellement, quelle est la probabilité que l'outcome soit réalisé ?**

	<b>A</b>	La réalisation totale de l'outcome est vraisemblable en termes de qualité et de couverture. Les résultats négatifs (s'il y en a) ont été atténués.
X	<b>B</b>	L'outcome sera atteint avec quelques minimales restrictions ; les effets négatifs (s'il y en a) n'ont pas causé beaucoup de tort.
	<b>C</b>	L'outcome ne sera atteint que partiellement, entre autres en raison d'effets négatifs auxquels le management n'est pas parvenu à s'adapter entièrement. Des mesures correctives doivent être prises pour améliorer la probabilité de la réalisation de l'outcome.
	<b>D</b>	L'intervention n'atteindra pas son outcome, à moins que d'importantes mesures fondamentales soient prises.

**3.2 Les activités et les outputs sont-ils adaptés (le cas échéant) dans l'optique de réaliser l'outcome ?**

X	<b>A</b>	L'intervention réussit à adapter ses stratégies/activités et outputs en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. Les risques et hypothèses sont gérés de manière proactive.
	<b>B</b>	L'intervention réussit relativement bien à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. La gestion des risques est relativement passive.
	<b>C</b>	L'intervention n'est pas totalement parvenue à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes de façon appropriée ou dans les temps. La gestion des risques a été plutôt statique. Une modification importante des stratégies s'avère nécessaire pour garantir à l'intervention la réalisation de son outcome.
	<b>D</b>	L'intervention n'est pas parvenue à réagir à l'évolution des circonstances externes ; la gestion des risques a été insuffisante. Des changements considérables sont nécessaires pour réaliser l'outcome.



<b>4. DURABILITÉ POTENTIELLE : le degré de probabilité de préserver et reproduire les bénéfices d'une intervention sur le long terme (au-delà de la période de mise en œuvre de l'intervention).</b>				
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins 3 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A; Maximum 2 'C', pas de 'D' = B ; Au moins 3 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i>				
Évaluation de la DURABILITÉ POTENTIELLE : note totale	A	B	C	D
		X		
<b>4.1 Durabilité financière/économique ?</b>				
	A	La durabilité financière/économique est potentiellement très bonne : les frais liés aux services et à la maintenance sont couverts ou raisonnables ; les facteurs externes n'auront aucune incidence sur celle-ci.		
X	B	La durabilité financière/économique sera vraisemblablement bonne, mais des problèmes peuvent survenir en raison notamment de l'évolution de facteurs économiques externes.		
	C	Les problèmes doivent être traités en ce qui concerne la durabilité financière soit en termes de frais institutionnels ou liés aux groupes cibles, ou encore d'évolution du contexte économique.		
	D	La durabilité financière/économique est très discutable, à moins que n'interviennent des changements majeurs.		
<b>4.2 Quel est le degré d'appropriation de l'intervention par les groupes cibles et persistera-t-il au terme de l'assistance externe ?</b>				
X	A	Le Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes sont fortement impliqués à tous les stades de la mise en œuvre et s'engagent à continuer à produire et utiliser des résultats.		
	B	La mise en œuvre se base en grande partie sur le Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes impliqués eux aussi, dans une certaine mesure, dans le processus décisionnel. La probabilité d'atteindre la durabilité est bonne, mais une certaine marge d'amélioration est possible.		
	C	L'intervention recourt principalement à des arrangements ponctuels et au Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes en vue de garantir la durabilité. La continuité des résultats n'est pas garantie. Des mesures correctives sont requises.		
	D	L'intervention dépend totalement des structures ponctuelles n'offrant aucune perspective de durabilité. Des changements fondamentaux sont requis pour garantir la durabilité.		
<b>4.3 Quels sont le niveau d'appui politique fourni et le degré d'interaction entre l'intervention et le niveau politique ?</b>				
	A	L'intervention bénéficie de l'appui intégral de la politique et des institutions, et cet appui se poursuivra.		
X	B	L'intervention a bénéficié, en général, de l'appui de la politique et des institutions chargées de la mettre en œuvre, ou à tout le moins n'a pas été gêné par ceux-ci, et cet appui se poursuivra vraisemblablement.		
	C	La durabilité de l'intervention est limitée par l'absence d'appui politique. Des mesures correctives sont requises.		
	D	Les politiques ont été et seront vraisemblablement en contradiction avec l'intervention. Des changements fondamentaux s'avèrent nécessaires pour garantir la durabilité de l'intervention.		
<b>4.4 Dans quelle mesure l'intervention contribue-t-elle à la capacité institutionnelle et de gestion ?</b>				
X	A	L'intervention est intégrée aux structures institutionnelles et a contribué à l'amélioration de la capacité institutionnelle et de gestion (même si ce n'est pas là un objectif explicite).		
	B	La gestion de l'intervention est bien intégrée aux structures institutionnelles et a contribué d'une certaine manière au renforcement des capacités. Une expertise supplémentaire peut s'avérer requise. Des améliorations sont possibles en vue de garantir la durabilité.		
	C	L'intervention repose trop sur des structures ponctuelles plutôt que sur des institutions ; le renforcement des capacités n'a pas suffi à garantir pleinement la durabilité. Des mesures correctives sont requises.		
	D	L'intervention repose sur des structures ponctuelles et un transfert de compétences vers des institutions existantes, qui permettrait de garantir la durabilité, est improbable à moins que des changements fondamentaux n'interviennent.		

## 4.2 Décisions prises par le Comité de pilotage et suivi

Décision				Action			Suivi		
N°	Décision	Période d'identification (mmm.aa)	Source*	Acteur	Action(s)	Resp.	Deadline	Avancement	Statu
1	SMCL de mise en place "0" 07/12/2016: Approbation du draft ROI; Présentation du plan de démarrage; de l'organigramme; validation du Plan Baseline, de la planification initiale 2017.	déc-16	PV Réunion	SMCL, CTB, MSP, Programme	Distribuer les éléments pour approbation et validation de la SMCL "0" à tous les membres de la SMCL	ATI, DLM, DEP, PNAM	30/11/2016	Les documents ont été remis aux membres de la SMCL.	CLOSED
					Faire signer et distribuer copies du PV de réunion et du ROI.	ATI	10/01/2017	PV et ROI signés et distribués selon ROI.	
					Mettre en œuvre la plan de baseline, exécuter la planification financière 2017.	ATI/DEP/DLM/PNAM	30/06/2017	Avancement Baseline a été présenté à SMCL "1" pour adoption, état de lieu exécution financière 2017 a été présenté à la SMCL "1".	
					<i>Insérer une ligne ici</i>				
2	SMCL première de mise en œuvre "1" 22/06/2017: 1) Présentation et adoption de l'état d'avancement du PANC, 2) Présentation et validation du cadre de monitoring et autorisation pour la rédaction du rapport de ligne de base, 3) présentation du manuel de procédures, 4) approbation d'une modification budgétaire de l'ATI - coordinateur sur le budget sous OS1 (25% DEP) et OS2 (25% DLM); 5) approbation d'une modification du cadre logique du PANC.	juin-17	PV Réunion	SMCL, CTB, MSP, Programme	Distribuer les éléments pour approbation et validation de la SMCL "1" à tous les membres de la SMCL selon ROI.	ATI	12/06/2017	Les documents ont été remis aux membres de la SMCL.	CLOSED
					Rédacter rapport de ligne de base; prévoir modification budgétaire ATI pour le MONOP Q2-Q3; formaliser modification cadre logique	ATI/DEP/DLM/PNAM	31/08/2017	Le rapport final LdB a été réalisé, mais il attend l'inclusion d'une section concentré sur le M&E de l'état de santé de la femme et de ses droits à la Santé sexuelle et reproductive. Modification budgétaire "ATI" est mise en place. La modification du cadre logique a été réalisée.	
					<i>Insérer une ligne ici</i>				
3	Prochaine SMCL : février 2018. Puis, éventuellement SMCL extraordinaire pour recommandations MTR en octobre-novembre 2018	déc-17			Invitations seront envoyées selon le R.O.I. de la SMCL.			La SMCL du Programme se réalisera probablement vers fin du mois de janvier 2018.	OPEN
					<i>Insérer une ligne ici</i>				

### 4.3 Cadre logique mis à jour

Au niveau du cadre logique du PANC des ajustements ont été effectués en 2017 en tant que les conséquences de la réduction budgétaire décidée pendant la réunion du COMPAR du mois de mars 2016. En gros, les activités qui ont été privées de financement dans le nouveau budget, ont été effacées du cadre logique, ainsi que l'ensemble d'indicateurs de M&E qui avait été proposé dans le DTF. Cette proposition a été présentée à la réunion de la SMCL (SMCL 1) du 22 juin 2017, et approuvé.

Pendant une mission d'appui conseil d'ENABEL EST Santé pendant le mois d'août, la proposition a été encore affinée. Le nouveau cadre logique du PANC se trouve ci-dessous, en deux parties : la structure des résultats et activités principales (et le budget alloué) et la structure de la matrice de monitoring correspondante.

ITYPE	BUDGET CODE	LIBELLE	Budget
<b>OS 1</b>		<b>Objectif spécifique 1 : Les capacités managériales de la DEP sont renforcées</b>	€ 747 500
<b>Résultat 1</b>		<b>Planification Coordonnée</b>	165 500
Activité	A0101	Poursuivre les appuis aux processus de planification	97 500
		<i>Appui au suivi des différents PAO aux différents niveaux</i>	31 500
		<i>Appui aux mécanismes de suivi / évaluation</i>	45 000
		<i>Appui élaboration PAO unique central pour le MSP</i>	7 500
		<i>Appui élaboration des plans multisectoriels</i>	13 500
Activité	A0102	Développer les outils de planification	68 000
		<i>Evaluation &amp; actualisation des processus actuels</i>	30 000
		<i>Développer les outils de "suivi des performances"</i>	18 000
		<i>Interaction Portails Internet PAO et FBR</i>	20 000
<b>Résultat 2</b>		<b>Coordination &amp; renforcement sectoriel</b>	<b>185 500</b>
Activité	A0201	Appui aux organes et mécanismes de coordination	72 000
		<i>Appui aux structures centrales</i>	9 000
		<i>Appui aux structures décentralisées</i>	63 000
Activité	A0202	Appui technique mise en œuvre stratégie sectorielle	113 500
		<i>Coordination &amp; suivi formulations programmes sectoriels</i>	10 500
		<i>Soutien aux directions centrales (experts polyvalents)</i>	40 000
		<i>Soutien au niveau décentralisé (coaching des DPS)</i>	63 000
<b>Résultat 3</b>		<b>Développement &amp; gestion de l'information stratégique</b>	<b>31 500</b>
Activité	A0301	Renforcement de la collecte des données	31 500
		<i>Analyse /synthèse études, enquêtes, expérience</i>	31 500
<b>Résultat 4</b>		<b>Production des documents stratégiques du secteur</b>	<b>42 000</b>
Activité	A0401	Appui à la mobilisation des expertises en recherche	30 000
		<i>Connexion avec les institutions de recherche</i>	10 000
		<i>Diffusion des différents documents</i>	20 000
Activité	A0402	Appui à l'élaboration des politiques et des réformes	12 000

		<i>Réalisation des documents clés du secteur</i>	12 000
<b>Résultat 5</b>		<b>Renforcement du Management de la DEP</b>	<b>323 000</b>
Activité	A0502	Développement de l'environnement de travail	107 000
		<i>Compléter besoins en matériel roulant</i>	35 000
		<i>Appui au budget de fonctionnement courant</i>	72 000
Activité	A0503	Développement de la dynamique de travail (dont 46.5% pour l'appui aux salaires)	216 000
		<i>Participation paiement primes personnel</i>	216 000

TYPE	BUDGET CODE	LIBELLE	Budget
<b>OS 2</b>		<b>Objectif spécifique 2 : Les capacités managériales de la DLM sont renforcées</b>	<b>638 500</b>
<b>Résultat 1</b>		<b>Coordination &amp; intégration des programmes spécialisés</b>	<b>38 500</b>
Activité	B 0102	Intégration programmes spécialisés dans les DPS	38 500
		<i>Coaching DPS pour transfert de compétences aux EPP</i>	31 500
		<i>Analyse besoins en services logistiques spécifiques</i>	7 000
<b>Résultat 2</b>	-	<del><b>Renforcement surveillance &amp; réponse contre les épidémies</b></del>	<del><b>27 000</b></del>
Activité	B 0202	Appui technique au niveau des DPS	20 000
		<i>Pré positionnement des kits d'urgence dans les DPS</i>	20 000
Activité	B 0203	Renforcement des outils d'information sanitaire spécifique	7 000
		<i>Intégration données DPS dans base de données DLM</i>	7 000
<b>Résultat 3</b>	-	<del><b>Renforcement du réseau des laboratoires provinciaux</b></del>	<del><b>15 000</b></del>
Activité	B 0302	Soutien au réseau périphérique de laboratoire de santé	15 000
		<i>Fourniture d'intrants spécifiques par l'INRB</i>	15 000
<b>Résultat 4</b>		<b>Renforcement du Management de la DLM</b>	<b>558 000</b>
Activité	B 0402	Développement de l'environnement de travail	72 000
		<i>Appui au budget de fonctionnement courant</i>	72 000
Activité	B 0403	Développement de la dynamique de travail (dont 60.6 % pour l'appui aux salaires)	486 000
		<i>Participation paiement primes personnel</i>	216 000

TYPE	BUDGET CODE	LIBELLE	Budget
<b>OS 3</b>		<b>Objectif spécifique 3 : Approvisionnement régulier en MED par SNAME</b>	<b>2 424 000</b>
<b>Résultat 1</b>		<b>Appui aux CDR de Kisangani, Bwamanda et Kikwit</b>	<b>1 504 000</b>
Activité	C0101	CDR Kisangani viable avec disponibilité MED	524 000
		<i>Equipement bâtiments</i>	100 000

TYPE	BUDGET CODE	LIBELLE	Budget
		<i>Equipements informatiques/ CDR</i>	8 000
		<i>Construction bâtiment (stockage) à la CDR</i>	150 000
		<i>Moyen de locomotion (Véhicule 4x4)</i>	35 000
		<i>Stock sécurité selon procédures d'achat BCAF</i>	150 000
		<i>Mission d'échange d'expérience (surtout apisoft)</i>	15 000
		<i>Licence annuelle Apisoft</i>	15 000
		<i>Contribution à la participation à l'inter CDR</i>	6 000
		<i>Stock démarrage (achat CDR) pour Zones de santé ciblées</i>	45 000
Activité	C0102	CDR Bwamanda viable avec disponibilité MED	369 000
		<i>Equipement bâtiments</i>	60 000
		<i>Equipements informatiques/ CDR CAMENE</i>	8 000
		<i>Construction bâtiment (stockage) /CDR CAMENE</i>	200 000
		<i>Stock sécurité selon procédures d'achat BCAF</i>	80 000
		<i>Licence annuelle Apisoft (5000 euros/an)</i>	15 000
		<i>Contribution à la participation à l'inter CDR</i>	6 000
Activité	C0103	CDR Kikwit viable avec disponibilité MED	363 500
		<i>Equipement bâtiments</i>	50 000
		<i>Equipements informatiques</i>	7 500
		<i>Construction bâtiment (stockage) , en contribution autres PTF</i>	200 000
		<i>Moyen de locomotion (moto Yamaha DT 125)</i>	5 000
		<i>Stock sécurité selon procédures d'achat BCAF</i>	80 000
		<i>Licence annuelle Apisoft</i>	15 000
		<i>Contribution à la participation à l'inter CDR</i>	6 000
Activité	C0104	Appui commun pour l'autonomie des CDR	247 500
		<i>Subvention CDR CAMENE avec dépôts Karawa Gemena Gbadolite</i>	105 000
		<i>Subvention CDR CAMEBASU y compris le Dépôt relais d'Idiofa</i>	70 000
		<i>Subvention CDR CAMEKIS</i>	50 000
		<i>Audit comptable des CDR</i>	22 500
<b>Résultat 2</b>		<b>Appui au PNAM</b>	<b>693 000</b>
Activité	C0201	Développement de l'environnement de travail (dont 14.3% pour l'appui aux salaires)	648 000
		<i>Fonctionnement</i>	72 000
		<i>Complément de salaire cadres et agents PNAM: 20 personnes</i>	36 000
		<i>ATI Appui à la SNAME</i>	540 000
Activité	C0202	PNAM coordonne et supervise le SNAME	45 000
		<i>Evaluation CDR 18 CDR , 12 par an</i>	45 000

TYPE	BUDGET CODE	LIBELLE	Budget
<b>Résultat 3</b>		<b>Appui à la FEDECAME (renforcement structures centrales)</b>	<b>227 000</b>
Activité	C0301	Appui BCAF Kinshasa	152 000
		Stock sécurité selon procédures d'achat BCAF	80 000
		Fonctionnement	36 000
		Salaires personnel complémentaire	36 000
Activité	C0302	Appui au secrétariat FEDECAME	75 000
		Fonctionnement secrétariat	6 000
		Communication réunions partenaires	2 000
		Suivi assurance qualité Quamed 5000/an	48 000
		Audit comptable annuelle	9 000
		Organisation atelier d'appui AT PNAM et AT perlé	10 000

La matrice de monitoring avec la modification au cadre logique :

<b>Résultat indicateur</b>
<b>Objectif général: Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans le cadre global de lutte contre la pauvreté</b>
Indicateurs nationaux liés au monitoring du PNDS 2016-20
% du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé
Taux d'exécution du budget de l'Etat au secteur de la santé
<b>Outcome OS1: les capacités managériales de la DEP sont renforcées pour assurer ses missions dans la mise en œuvre, le suivi et évaluation du PNDS</b>
Indicateurs nationaux liés au monitoring du PNDS 2016-20
Appréciation du bilan annuel des activités du PNDS 2016-20
Evolution des indicateurs nationaux
<b>Outcome OS2: les capacités managériales de la DLM sont renforcées pour assurer son leadership de gestion multi-bailleurs des maladies endémo-épidémiques et des maladies non transmissibles</b>
Appréciation du bilan annuel des activités du PNDS 2016-20
Evolution des indicateurs nationaux
<b>Outcome OS3.:L'approvisionnement régulier et pérenne en médicaments, dispositifs médicaux et produits de diagnostic essentiels de qualité à un prix accessible, mission prioritaire du SNAME, est assuré par la FEDECAME, régulé par la DPM, suivi par le PNAM, et destiné à toutes les Formations sanitaires des ZS ciblées, via les CDR de Kisangani (CAMEKIS), de Bwamanda (CAMENE) et de Kikwit (CAMEBASU).</b>
Chiffre d'Affaires des 3 CDR du programme
CAMEBASU
CAMENE
CAMEKIS
Taux d'autonomie financière atteint par les 3 CDR du programme
CAMEBASU
CAMENE
CAMEKIS
Proportion de produits pré-qualifiés par la FEDECAME présents dans les 3 CDR

CAMEBASU
CAMENE
CAMEKIS
Taux de disponibilité d'un panier de médicaments traceurs (62) dans les 3 CDR
CAMEBASU
CAMENE
CAMEKIS
<b>Output: R1 Planification coordonnée pour le renforcement du système de santé</b>
Nombre de missions de supervision pour appréciation de la disponibilité de PAO produits avant l'année d'exécution alignés sur un PNDS 2016-20 actualisé, priorisés et budgétisés
PAO unique à financement multi-bailleurs pour le MSP élaboré et approuvé avant l'année d'exécution
Inventaire des outputs pertinents obtenus lors des ateliers d'échanges pour affiner les différents processus sectoriels et intersectoriels en cours
<b>Output: R2 Coordination, complémentarité et cohérence des appuis avec la stratégie sectorielle</b>
Nombre de réunions du CNP-SS et du CCT-SS (avec participation multi-bailleur) tenues avec rapport écrit décrivant l'inventaire des outputs apportés
Pool d'experts polyvalents mis en place pour accompagner les provinces
<b>Output: R3 Développement du secteur assuré à travers la gestion de l'information stratégique du système de santé</b>
Inventaire des études, recherches et dossiers de capitalisation d'expériences de terrain produits et validés par le CCT-SS
<b>Output: R4 Elaboration des politiques, des normes et des stratégies du secteur basée sur la recherche en système de santé</b>
Document stratégique de financement du secteur et de CSU cohérent élaboré sur base des différentes expériences dans le pays
<b>Output: R5 Management interne de la DEP renforcé dans la vision de la réforme</b>
Ressources humaines (recrutées par appel à candidature) présente avec description de postes et évaluées régulièrement /cadre organique rationalisé
Nombre de restitutions systématiques à l'équipe élargie de la DEP après participations à des missions, conférences ou réunions
<b>Output: R6 Coordination et intégration des programmes spécialisés</b>
Nombre de programmes spécialisés effectivement "coordonnés" par la DLM / nombre de programmes spécialisés existant en début de la présente intervention
Nombres de textes réglementaires et juridiques produits et adoptés/nombre de textes programmés dans le PAO des différents niveaux
Plans stratégique des MNT (avec intégration au niveau des DPS) réalisé et validé par le MSP
<b>Output: R7 Renforcement de la surveillance et réponse contre les épidémies</b>
Plan national de contingence actualisé, validé et disponible au niveau des DPS
<b>Output: R9 Management interne de la DLM renforcé dans la vision de la réforme</b>
Ressources humaines (recrutées par appel à candidature) présente avec description de postes et évaluées régulièrement /cadre organique rationalisé
<b>Output R10 : L'appui aux trois CDR de Kisangani, Bwamanda et Kikwit permet d'assurer la disponibilité des médicaments FEDECAME de qualité et à prix accessible depuis la CDR jusqu'au zones de santé.</b>
Niveau de stocks de sécurité dans les 3 CDR
CAMEBASU
CAMENE
CAMEKIS
<b>Output R11 : Le rôle du Programme National d'Approvisionnements en Médicaments (PNAM) dans la coordination et supervision du SNAME est renforcé.</b>
Nb de CDR évaluées
Nb de CDR sous FBP-Contrat Unique ou Business Plan / 15 CDR opérationnelles
Nb de réunions des Groupes « Médicament » des Comités de Pilotage Provinciaux du Secteur Santé

(MEG/CP) / nb prévu
<b>Output R12 : Le fonctionnement de la FEDECAME et du BCAF Ouest est renforcé afin d'assurer une disponibilité continue des médicaments dans les CDR.</b>
Chiffre d'Affaires du BCAF

#### 4.4 Aperçu des MoRe Results

Résultats ou indicateurs du cadre logique modifiés au cours des 12 derniers mois ?	Oui
Rapport <i>Baseline</i> enregistré dans PIT ?	Oui
Planning de la MTR (enregistrement du rapport)	10/2018 (estimation)
Planning de l'ETR (enregistrement du rapport)	12/2019 (estimation)
Missions d'appui conseil depuis le 01/01/2017	5 par EST Santé

#### 4.5 Rapport « Budget versus Actuels (y – m) »

Le document FIT Execution 2017 du PLVS accompagne ce document sous sa forme électronique.

#### 4.6 Ressources en termes de communication

Il n'y a eu en 2017 pas encore de la production de matériel disponible relatif aux effets de l'intervention sur les bénéficiaires, en ce compris des études, des rapports de capitalisation ou encore des publications (scientifiques).

#### 4.7 Indicateurs sur la situation de la santé en RDC

Indicateurs de base	
Classement de la RDC dans le classement des pays selon leur taux de mortalité des moins de 5 ans (TMM5)	*5 sur 187 pays
Taux de mortalité des moins de 5 ans, 1990	171
Taux de mortalité des moins de 5 ans, 2012	146
TMM5 par sexe 2012, garçons	154
TMM5 par sexe 2012, filles	137
Taux de mortalité infantile (moins de 1 an), 1990	112
Taux de mortalité infantile (moins de 1 an), 2012	100



Taux de mortalité néonatale 2012	44
Nombre annuel de naissances (milliers) 2012	2839.5
Nombre annuel de décès de moins de 5 ans (milliers) 2012	391
RNB par habitant (dollars É.-U.) 2012	220
Espérance de vie à la naissance (années) 2012	49.6
Taux total d'alphabétisation des adultes (%) 2008-2012*	61.2

<b>Indicateurs Nutrition</b>	
Insuffisance pondérale à la naissance (%) 2008-2012*	9.5
Initiation précoce de l'allaitement (%), 2008-2012*	42.5
Allaitement exclusivement au sein <6 mois (%), 2008-2012*	37
Introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous 6-8 mois %, 2008-2012*	51.5
Nourris au sein à l'âge de 2 ans (%), 2008-2012*	52.5
Insuffisance pondérale (%) 2008-2012*, modérée et grave	24.2
Insuffisance pondérale (%) 2008-2012*, grave	8.4
Émaciation (%) 2008-2012*, modérée et grave	43.4
Retard de croissance (%) 2008-2012*, modérée et grave	8.5
Surpoids (%) 2008-2012*, modérée et grave	4.9
Couverture totale par la supplémentation en vitamine A (%) 2012	84
Consommation de sel iodé (%) 2008-2012*	58.

<b>Indicateurs de santé</b>	
Utilisation de sources d'eau potable améliorées (%) 2011, total	46.2

Utilisation de sources d'eau potable améliorées (%) 2011, urbain	79.6
Utilisation de sources d'eau potable améliorées (%) 2011, rural	28.9
Utilisation d'installations sanitaires améliorées (%) 2011, total	30.7
Utilisation d'installations sanitaires améliorées (%) 2011, urbain	29.2
Utilisation d'installations sanitaires améliorées (%) 2011, rural	31.5
PEV de routine financé par l'État (%) 2012	10.6
Couverture vaccinale (%) 2012, BCG	78
Couverture vaccinale (%) 2012, DTC1	86
Couverture vaccinale (%) 2012, DTC3	72
Couverture vaccinale (%) 2012, Polio3	76
Couverture vaccinale (%) 2012, Rougeole	73
Couverture vaccinale (%) 2012, HepB3	72
Couverture vaccinale (%) 2012, Hib3	72
Couverture vaccinale (%) 2012, Nouveau-nés protégés contre le tétanos	70
Pneumonie (%) 2008-2012*, Consultation médicale en cas de pneumonie présumée (%)	40.3
Pneumonie (%) 2008-2012*, Traitement par antibiotiques en cas de pneumonie présumée (%)	42.2
Diarrhée 2008-2012*, Traitement par sels de réhydratation orale (SRO) (%)	26.6
Paludisme (%) 2008-2012*, Traitement antipaludique chez les enfants fiévreux +D43(%)	39.1
Paludisme (%) 2008-2012*, Enfants dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (%)	38.1
Paludisme (%) 2008-2012*, Ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (%)	51

<b>Indicateurs de VIH/SIDA</b>	
--------------------------------	--

Prévalence du VIH chez l'adulte (%) 2012	1.1
Personnes de tout âge vivant avec le VIH (milliers) 2012, estimation	480
Femmes vivant avec le VIH (milliers) 2012	230
Enfants vivant avec le VIH (milliers) 2012	88
Prévention chez les jeunes (âgés de 15 à 24 ans), Prévalence du VIH chez les jeunes (%) 2012, total	0.6
Prévention chez les jeunes (âgés de 15 à 24 ans), Prévalence du VIH chez les jeunes (%) 2012, hommes	0.4
Prévention chez les jeunes (âgés de 15 à 24 ans), Prévalence du VIH chez les jeunes (%) 2012, femmes	0.8
Prévention chez les jeunes (âgés de 15 à 24 ans), Connaissances d'ensemble sur le VIH (%) 2008-2012*, hommes	–
Prévention chez les jeunes (âgés de 15 à 24 ans), Connaissances d'ensemble sur le VIH (%) 2008-2012*, femmes	15.2
Prévention chez les jeunes (âgés de 15 à 24 ans), Utilisation de préservatifs chez les jeunes ayant des partenaires multiples (%) 2008-2012*, hommes	–
Prévention chez les jeunes (âgés de 15 à 24 ans), Utilisation de préservatifs chez les jeunes ayant des partenaires multiples (%) 2008-2012*, femmes	15.9
Orphelins, Enfants rendus orphelins par le SIDA (milliers) 2012	390
Orphelins, Enfants orphelins toutes causes confondues (milliers) 2012	5100
Orphelins, Taux de fréquentation scolaire des orphelins, 2008-2012*	74

<b>Indicateurs économiques</b>	
RNB par habitant 2012, dollars É.-U.	220
RNB par habitant 2012, PPA en dollars É.-U.	370
Taux de croissance annuelle moyenne du PIB par habitant (%), 1970-1990	-2.1
Taux de croissance annuelle moyenne du PIB par habitant (%), 1990-2012	-2.1

Population en dessous du seuil international de pauvreté de 1,25 dollar É.-U. par jour (%), 2007-2011*	87.7
Dépenses publiques en % du PIB (2007-2011*) affectées à: santé	2.1
Dépenses publiques en % du PIB (2008-2010*) affectées à: éducation	2.5
Dépenses publiques en % du PIB (2008-2010*) affectées à: armée	1.4
Apport d'APD en millions de dollars É.-U., 2010	5532.5
Apport d'APD en % du RNB du bénéficiaire , 2010	38.5
Service de la dette en % des exportations de biens et services, 2010	–
Part du revenu des ménages (% , 2007-2011*), 40% les plus pauvres	14
Part du revenu des ménages (% , 2007-2011*), 20% les plus riches	51

<b>Indicateurs de la situation des femmes</b>	
Espérance de vie des femmes en % de celle des hommes, 2012	107.3
Taux d'alphabétisation des adultes : femmes par rapport aux hommes (%) , 2008-2012*	59.9
Taux de scolarisation : filles par rapport aux garçons (%) 2008-2012* , Taux brut primaire	86.6
Taux de scolarisation : filles par rapport aux garçons (%) 2008-2012* , Taux brut secondaire	58.7
Taux de survie en dernière année primaire : filles par rapport aux garçons (%) , 2008-2012*	81.2
Prévalence des contraceptifs (%), 2008-2012*	17.3
Soins prénatals (%) 2008-2012* , Au moins une visite	88.8
Soins prénatals (%) 2008-2012* , Au moins quatre visites	44.7
Soins à l'accouchement (%) 2008-2012* , Personnel soignant qualifié	80.4
Soins à l'accouchement (%) 2008-2012* , Accouchements en institution	74.9
Soins à l'accouchement (%) 2008-2012* , Césarienne	7.2

Taux de mortalité maternelle , 2008-2012*, déclaré	550
Taux de mortalité maternelle , 2010, ajusté	540
Taux de mortalité maternelle , 2010, risque de décès maternel sur la vie entière (1 sur:)	30