

**Enabel**



**Programme d'Appui au Niveau Central**

**PANC**

RDC 14 19 311

## **Rapport de Résultats 2018**



*FEVRIER 2019*

# 1 Table des matières

<b>1</b>	<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>2</b>
	<b>ACRONYMES.....</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>APERÇU DE L'INTERVENTION.....</b>	<b>6</b>
2.1	FICHE D'INTERVENTION .....	6
2.2	EXECUTION BUDGETAIRE .....	8
2.3	AUTO-EVALUATION DE LA PERFORMANCE .....	9
2.3.1	<i>Pertinence.....</i>	<i>9</i>
2.3.2	<i>Efficience.....</i>	<i>10</i>
2.3.3	<i>Efficacité.....</i>	<i>10</i>
2.3.4	<i>Durabilité potentielle .....</i>	<i>11</i>
2.4	CONCLUSIONS.....	12
<b>3</b>	<b>MONITORING DES RESULTATS.....</b>	<b>15</b>
3.1	ÉVOLUTION DU CONTEXTE .....	15
3.1.1	<i>Contexte général.....</i>	<i>15</i>
3.1.2	<i>Contexte institutionnel.....</i>	<i>16</i>
3.1.3	<i>Contexte de gestion : modalités d'exécution .....</i>	<i>17</i>
3.1.4	<i>Contexte HARMO.....</i>	<i>18</i>
3.2	PERFORMANCE DE L'OUTCOME 1, 2 ET 3 .....	19
3.2.1	<i>Progrès des indicateurs .....</i>	<i>19</i>
3.2.2	<i>Analyse des progrès réalisés .....</i>	<i>25</i>
3.2.3	<i>Impact potentiel (impact + outcome 1 to 3).....</i>	<i>27</i>
3.3	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 1 .....	28
3.3.1	<i>Progrès des indicateurs .....</i>	<i>28</i>
3.3.2	<i>État d'avancement des principales activités.....</i>	<i>28</i>
3.3.3	<i>Analyse des progrès réalisés .....</i>	<i>28</i>
3.4	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 2 .....	29
3.4.1	<i>Progrès des indicateurs .....</i>	<i>29</i>
3.4.2	<i>État d'avancement des principales activités.....</i>	<i>30</i>
3.4.3	<i>Analyse des progrès réalisés .....</i>	<i>30</i>
3.5	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 3 .....	31
3.5.1	<i>Progrès des indicateurs .....</i>	<i>31</i>
3.5.2	<i>État d'avancement des principales activités.....</i>	<i>31</i>
3.5.3	<i>Analyse des progrès réalisés .....</i>	<i>31</i>
3.6	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 4 .....	31
3.6.1	<i>Progrès des indicateurs .....</i>	<i>31</i>
3.6.2	<i>État d'avancement des principales activités.....</i>	<i>32</i>
3.6.3	<i>Analyse des progrès réalisés .....</i>	<i>32</i>
3.7	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 5 .....	33
3.7.1	<i>Progrès des indicateurs .....</i>	<i>33</i>
3.7.2	<i>État d'avancement des principales activités.....</i>	<i>33</i>
3.7.3	<i>Analyse des progrès réalisés .....</i>	<i>33</i>
3.8	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 6 .....	34

3.8.1	<i>Progrès des indicateurs</i> .....	34
3.8.2	<i>État d'avancement des principales activités</i> .....	35
3.8.3	<i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	35
3.9	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 7 .....	36
3.9.1	<i>Progrès des indicateurs</i> .....	36
3.9.2	<i>État d'avancement des principales activités</i> .....	36
3.9.1	<i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	36
3.10	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 8.....	37
3.10.1	<i>Progrès des indicateurs</i> .....	37
3.10.2	<i>État d'avancement des principales activités</i> .....	37
3.10.3	<i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	37
3.11	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 9 .....	37
3.11.1	<i>Progrès des indicateurs</i> .....	37
3.11.2	<i>État d'avancement des principales activités</i> .....	38
3.11.1	<i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	38
3.12	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 10.....	38
3.12.1	<i>Progrès des indicateurs</i> .....	38
3.12.2	<i>État d'avancement des principales activités</i> .....	39
3.12.3	<i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	39
3.13	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 11 .....	40
3.13.1	<i>Progrès des indicateurs</i> .....	40
3.13.2	<i>État d'avancement des principales activités</i> .....	40
3.13.3	<i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	40
3.14	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 12.....	41
3.14.1	<i>Progrès des indicateurs</i> .....	41
3.14.2	<i>État d'avancement des principales activités</i> .....	41
3.14.3	<i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	41
3.15	THEMES TRANSVERSAUX.....	43
3.15.1	<i>Genre</i> .....	43
3.15.2	<i>Environnement</i> .....	45
3.15.3	<i>Une approche basée sur les droits de l'homme et la fragilité de la RDC</i>	46
3.16	GESTION DES RISQUES.....	48
<b>4</b>	<b>PILOTAGE ET APPRENTISSAGE.....</b>	<b>55</b>
4.1	REORIENTATIONS STRATEGIQUES.....	55
4.2	RECOMMANDATIONS .....	55
4.3	ENSEIGNEMENTS TIRES .....	55
<b>5</b>	<b>ANNEXES.....</b>	<b>57</b>
5.1	CRITERES DE QUALITE .....	57
5.2	DECISIONS PRISES PAR LE COMITE DE PILOTAGE ET SUIVI .....	61
5.3	CADRE LOGIQUE MIS A JOUR.....	63
5.4	APERÇU DES MORE RESULTS .....	65
5.5	RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS (Y – M) » .....	65
5.6	RESSOURCES EN TERMES DE COMMUNICATION .....	65

## 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	Digitalisation for health
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

## 2 Aperçu de l'intervention

### 2.1 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>	2018

## 2.2 Exécution budgétaire

EUR PANC (RDC1419311)	Budget	Dépenses		Solde au 31/12/2018	Taux de déboursement au 31/12/2018
		Années précédentes 2016 et 2017	Année couverte par le rapport 2018		
<b>Total activités</b>	<b>3 810 000</b>	<b>865 289,74</b>	<b>1 035 661,59</b>	<b>1 909 048,67</b>	<b>49,89%</b>
<b>OS 1</b>	<b>747 500</b>	<b>195 574,23</b>	<b>234 993,68</b>	<b>316 932,09</b>	<b>57,60%</b>
Output 1	165 500	32 501,20	42 503,40	90 495,40	45,32%
Output 2	185 500	792,26	6 006,88	178 700,86	3,67%
Output 3	31 500	633,27	-	30 866,73	2,01%
Output 4	42 000	4 329,50	3 493,08	34 177,42	18,63%
Output 5	323 000	157 318,00	182 990,32	17 308,32	105,36%
<b>OS 2</b>	<b>638 500</b>	<b>199 687,05</b>	<b>193 838,80</b>	<b>244 974,15</b>	<b>61,63%</b>
Output 1	38 500	-	35 008,53	3 491,47	90,93%
Output 2	27 000	-	1 506,08	25 493,92	5,58%
Output 3	15 000	-	10 066,79	4 933,21	67,11%
Output 4	558 000	199 687,05	147 257,40	211 055,55	62,18%
<b>OS 3</b>	<b>2 424 000</b>	<b>470 028,46</b>	<b>606 829,11</b>	<b>1 347 142,43</b>	<b>44,42%</b>
Output 1	1 504 000	171 875,31	323 989,84	1 008 134,85	32,97%
Output 2	693 000	252 037,40	243 231,73	197 730,87	71,47%
Output 3	227 000	46 115,75	39 607,54	141 276,71	37,76%
<b>Réserve</b>	<b>10 000</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>10 000,00</b>	<b>0,00%</b>
<b>Moyens généraux</b>	<b>1 180 000</b>	<b>310 165,39</b>	<b>291 952,06</b>	<b>577 882,55</b>	<b>51,03%</b>
				-	
<b>Grand total</b>	<b>5 000 000,00</b>	<b>1 175 455,13</b>	<b>1 327 613,65</b>	<b>2 496 931,22</b>	<b>50,06%</b>

L'exécution budgétaire accumulée jusqu'à fin 2018 est de 50%, plus bas qu'espéré. Le rythme ralenti d'exécution se note surtout dans la partie de l'objectif spécifique 3 du budget : pas plus que 44% des moyens opérationnels de cet objectif ont été exécutés. Le même constat se présente par rapport aux moyens généraux : 51% d'exécution jusqu'à fin 2018, ce qui ouvre une perspective de remettre des dépenses d'assistance technique sur les moyens généraux en cours de 2019.

Ce taux moyen de dépenses réalisées peut être expliqué par le retard accusé dans l'exécution de certains marchés publics du PANC, le contexte socio-politique en RDC en général et par rapport aux relations belgo-congolaises en particulier.

Le solde non-exécuté estimé à la fin de la programmation pour 2019 n'est que de 100.000 Euros. Ceci ne donne qu'un perspectif très modeste pour une possible prolongation en 2020 pour le PANC, dans le cadre d'une prolongation de l'ensemble du programme santé en RDC (voir plus loin). L'analyse par rapport à cette prolongation envisagée du programme de santé a commencé lors de 2018.



## 2.3 Auto-évaluation de la performance

### 2.3.1 Pertinence

	<b>Performance</b>
<b>Pertinence</b>	<b>A-</b>

Le PANC continue à être une intervention de la coopération belge clairement ancrée dans les structures de ses partenaires, qui en plus s'intègre et interagit avec eux et participe aux moments de réflexion critique intrinsèques aux réformes du secteur santé. La coopération Belge en santé est aussi reconnue pour son rôle important au niveau central, en étant désigné signataire global en 2018 pour la mise en œuvre des premiers contrats uniques à ce niveau (voir plus loin).

L'appui continu du PANC et de la coopération belge au développement institutionnel du niveau central en général et de la Direction d'Etudes et Planification (DEP) du MSP en particulier, a assuré que cette direction puisse maintenir sa logique organique dans le cadre de multiples profondes réformes institutionnelles en marche. Depuis 2016, coïncidant avec le début du PANC, la RDC traverse en plus l'une des périodes de crise la plus profonde et continue de ses institutions.

Le rôle fondamental du PANC dans le renforcement du Système National d'Approvisionnement de Médicaments Essentiels (SNAME) et son nouveau plan stratégique (depuis 2017) est également hors discussion sur le degré dans lequel il y a une cohérence avec les politiques et priorités, ainsi qu'avec les attentes des bénéficiaires.

Que les réformes organiques du système de santé provoquent pas mal de résistance n'est pas nouveau, qu'elles sont souvent menées avec des retards en dans un apparent chaos, c'est connu aussi. Le plus important est que la DEP en tienne la feuille de route et ne cesse de faire rappel sur toutes les plateformes possibles de la pertinence de continuer dans le sens de ces réformes.

Après tout, la réforme de décentralisation politique et administrative de la RDC est encore jeune. N'oublions pas que cette réforme au niveau national avait déjà son précurseur dans l'organisation du système de santé congolais qui – avec appui institutionnel de la même coopération belge – faisait déjà apparaître les districts de santé en RDC peu après les Conférences d'Alma Ata (1978) et Harare 1987).

Cette confiance assise dans le PANC par les partenaires et le fait de son ancrage particulier apporte encore d'autres avantages, déjà clairs en 2017 mais plus prononcés en 2018, par rapport effets synergiques de ressources modestes et flexibles :

- Le PANC étant apprécié comme un acteur clé au niveau central pour la mise en place du FBR,
- Le PANC étant apprécié comme un acteur clé dans la stratégie de renforcement du SNAME.

Ayant comme objectif dans sa logique d'intervention la continuité avec succès des processus de réformes du système de santé pour une meilleure santé du peuple congolais, la pertinence du PANC au niveau central (DEP) est devenu robuste, d'autant plus par sa connectivité programmatique avec des volets d'activités en trois provinces.

Cependant, le contraste avec les réformes dans la lutte contre la maladie est frappant. Le pas en avant donné au début de 2018 était la création de la structure organique de Direction Générale de la Lutte contre la Maladie, mais celle-ci s'est effondré complètement dans l'urgence de deux épidémies de Maladie de Virus Ebola (MVE) de suite, la dernière de taille historique. Nous y reviendrons plus loin dans le rapport.

En conclusion une très bonne pertinence concernant les volets d'appui à la DEP et au SNAME,

mais pas encore encourageant dans le cadre de la lutte contre la maladie : nous jugeons un performance d'A-.

### 2.3.2 Efficience

	<b>Performance</b>
<b>Efficience</b>	<b>B-</b>

L'exercice de plafonnement des capacités de décaissement par Enabel, communiqué au mois de mars 2018, ont eu – parmi d'autres facteurs - un impact négatif sur l'efficience du PANC, c'est-à-dire sur le degré dans lequel son budget financier a été converti en résultats de façon optimale par rapport à l'expertise et le temps disponible.

En premier lieu parce que par intérêt de pertinence le PANC planifie et programme dans les cycles nationaux du PAO du MSP. Ce cycle est censé de terminer au plus tard vers la fin de l'année antérieure, dans le cas de 2018 en décembre 2017. Limiter le plafond de trésorerie d'une intervention qui est déjà en cours d'exécution pendant un trimestre et qui s'aligne sur la planification nationale non seulement est contreproductif, il existe également un risque de perte de crédibilité. Si non, tous les budgets fixés à la fin de mars 2018 ont été disponibles sans problème.

En réduisant ainsi le rythme d'exécution pour le PANC, il faut également admettre que nous avons eu des durées très variables et imprévisibles pour la mise en place de certains marchés publics importants pour le niveau d'exécution en 2018. Cela nous a pris plus qu'une demie année pour nous mettre d'accord avec le responsable de réaliser un MP de trois constructions et réhabilitations d'infrastructures pour les centrales de distribution régionale de médicaments (CDR).

Nous avons constaté pendant ce processus un déficit d'expertise dans la matière d'infrastructure de santé, ce qui nous a mené à mettre en place un pool d'expertise d'ingénieurs, sur différentes localités et en partie ensemble avec une autre intervention d'Enabel, l'EDUMOSU. Tout est coordonné bien sûr avec l'ECT d'infrastructure d'Enabel.

En conséquence, surtout les constructions au niveau de ces 3 CDR sont sorties hors des délais prévus en 2018. Même retardées, les constructions se feront avant l'achèvement du PANC, laissant une marge d'un trimestre sur la durée du programme (jusqu'à fin Q1 2020) pour l'atteint des outputs par rapport à l'objectif spécifique 3.

Vu la bonne pertinence et le potentiel relatif de plus d'efficacité ; ainsi qu'en conséquence d'autres facteurs contextuels (voir ci-dessous) un scénario a commencé à circuler depuis le 2<sup>o</sup> semestre de 2018 qui envisage une prolongation de l'ensemble du programme santé, y inclus du PANC de courte durée (un trimestre). Une proposition a déjà été adoptée par la SMCL de prolonger le PADP et PLVS jusqu'à fin 2020, sans augmentation budgétaire, dans les mêmes provinces et avec la même équipe. Début 2019 la SMCL du PANC et la Structure de Supervision débâtiront sur le même sujet.

### 2.3.3 Efficacité

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

Par rapport à l'efficacité du PANC, 2018 a été une année relativement bonne. Même en souffrant un certain retard, il reste encourageant que l'outcome sera atteint, tel que prévu et avec quelques minimales restrictions seulement. Le PANC réussit assez souvent à s'adapter en fonction de

l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser ses objectifs, grâce à son positionnement particulier en proximité du partenaire. Les risques sont identifiés et connus et font l'objet d'un système de gestion de risque, sur lequel le PANC rapporte chaque trimestre.

Les activités et les outputs restent assez cohérents avec l'outcome, dans la mesure que le processus de planification annuelle de nos partenaires soit réaliste et permet d'atteindre les résultats escomptés pendant les revues annuelles. La programmation d'activités par le PANC suit en grande mesure ces objectifs du partenaire. Encore plus, un des objectifs du PANC est bel et bien que la planification stratégique nationale soit renforcée dans sa coordination et consensus. L'ensemble de volets du programme santé de la Coopération Belge accompagne le processus de planification stratégique à tous les niveaux du système de santé.

L'année 2018 en plus a vu la longue attendue entrée du Contrat Unique (CU) au niveau central. Le CU à ce moment-ci est encore un panier commun (basket fund) virtuel, qui a pour objet la mise en commun et la gestion rationnelle et transparente des ressources au sein des structures centrales du MSP, y inclus la DEP, DSE et PNAME. Le PANC a assuré le lead du côté des PTF dans les signatures des 9 premiers CU au niveau central et continuera à le faire en 2019. Ainsi, le financement des activités en synergie avec les autres PTF a été soutenu pour éviter la fragmentation de leurs subventions et pour susciter la transparence au sein des structures et l'harmonie au sein des PTF.

En 2018, il y enfin eu la consolidation comme politique nationale de santé par rapport à la mise en place de la Tarification Forfaitaire Subsidiée (TFS) dans les Hôpitaux Généraux de Référence (HGR) et formations sanitaires (FOSA). Cette nouvelle politique attend encore sa validation dans le Comité de Coordination Technique (CCT) du Comité National de Pilotage du Secteur Santé (CNP-SS). Les résultats évidents de cette TFS sont entre autres une nette augmentation de la fréquentation des services sanitaires, la réduction de la barrière financière pour des populations très pauvres, et une importante amélioration de la qualité des soins. Le PANC a accompagné de manière technique ce processus en consolidant toutes les expériences intéressantes mais fragmentées dans le pays.

Cependant, on constate qu'en 2018, le PANC a aussi été affectée par des facteurs contextuels qui ont eu pour effet de ralentir le rythme des activités. Nous avons dû revoir à la baisse les avances prétendues pour atteindre l'Outcome selon le cible à la fin de l'année. En octobre, nous avons analysé les mesures correctrices nécessaires, qui ont été mises en marche depuis Q4 2018 et continueront en 2019.

Après le cas de fraude important trouvé en 2017 à la CAMEKIS, la centrale de distribution régionale de la Tshopo, la situation juridique est tellement avancé en 2018 que le PANC a réussi à démarrer complètement ses stratégies 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.

### 2.3.4 Durabilité potentielle

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

Le degré de probabilité de préserver et reproduire les bénéfices que le PANC offre sur le long terme est potentiellement très haut, c'est-à-dire ces bénéfices iront au-delà de la période de mise en œuvre du PANC. Il existe trois motifs pour cette qualification de performance par rapport à la durabilité.

- 1) La durabilité financière et économique sera bonne, mais des problèmes peuvent survenir en raison notamment de l'évolution de facteurs économiques externes, surtout concernant la non-participation de l'Etat Congolais dans les dépenses de fonctionnement des structures centrales du MSP ;
- 2) Le Comité National de Pilotage (CNP-SS), tout comme les Comités Provinciaux de Pilotage (CPP-SS) sont bel et bien établis dans la RDC comme les autorités maximales du pilotage concerté entre MSP et PTF. La SMCL du PANC en effet vient à s'interposer à cette structure et devrait pouvoir s'éteindre dans un esprit véritable de soucis d'alignement.
- 3) En tant que mise en œuvre le PANC s'appuie en réalité plutôt sur une variante de cogestion technique de l'exécution en régie : les partenaires et structures locales pertinentes sont fortement impliqués à tous les stades de décision et s'engagent à continuer à produire et utiliser des résultats, car ils sont les mêmes que pour leurs propres structures ;
- 4) Le PANC et la Coopération belge (voir ci-dessus) ont 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. Le PANC, en faisant partie intégrale des structures institutionnelles, a contribué à l'amélioration de la capacité institutionnelle et de gestion, ce qui est un objectif implicite.

Une condition à cette durabilité reste toutefois moins encourageante : la capacité de l'Etat Congolais pour continuer à couvrir le renforcement de la capacité institutionnelle et de gestion.



Donc un « B » dû à la durée relativement courte du PANC et la complexité des mécanismes à mettre en place pour renforcer la performance institutionnelle de nos partenaires.

## 2.4 Conclusions

- Après une longue mise en réalité de l'actuel Programme santé en RDC, un démarrage non-raté et en profitant de la proximité de ses partenaires le PANC a élargi en 2018 la mise en œuvre de ces stratégies, qui sont alignées sur les stratégies nationales ;
- Cette stratégie nationale pour la santé, le plan national de développement sanitaire 2019 – 2022 a été recadrée en 2018, après une évaluation à mi-parcours du PNDS 2016 – 2020 ; activités ;
- Le recadrage du cadre logique du PANC de 2017 (enlever des résultats et activités du cadre ainsi que les indicateurs de monitoring et évaluation, en conséquence de la réduction budgétaire de 2016 a remis le PANC sur la voie de cohérence par rapport à l'atteinte de ces objectifs ;
- L'approche multi-bailleurs reste et se prononce encore plus fort en 2018 comme un atout dans le secteur, qui en effet organisé sur une stratégie institutionnelle de pilotage en consensus entre la GIBS et le MSP. Le GIBS sait mettre de la pression auprès de ses membres et le MSP ;
- Le rôle de la coordination sur l'ensemble du programme santé s'est consolidé en cours de l'année, avec l'introduction de SMCL regroupées pour le PADP et PLVS, des échanges continus formels et informels entre les volets du programme ;

- Le programme a démarré en 2018 avec une approche localisée (au niveau de la zone de santé) dans le domaine de la communication pour le développement (C4D), ainsi qu'avec la réflexion sur son approche spécifique vers la santé sexuelle et de la reproduction ;
- Dans l'ensemble, les activités se sont bien déroulées, et nous avons enregistré des progrès au niveau des indicateurs importants ;
- Les grands défis pour 2019 sont une amélioration significative de l'exécution budgétaire du PANC en garantissant la finalisation des travaux de construction et réhabilitation des CDR et la digitalisation (D4H) pour renforcer encore mieux la capacité de gestion ;

- L'approbation de la sollicitude de prolongation pour l'ensemble du programme santé, y inclus une prolongation modeste du PANC, jusqu'en 2020, adoptée par la SMCL

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

## 3 Monitoring des résultats

### 3.1 Évolution du contexte

#### 3.1.1 Contexte général

Située en Afrique centrale avec une superficie de 2.345.000 km<sup>2</sup>, la RDC reste confrontée à de nombreux conflits armés et crises depuis plus de deux décennies. Avec une population évaluée à 73.599.190 habitants (Source : banque mondiale) la RDC devrait avoir atteinte et dépassée 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 le 39.7 % en 2015. La population d'âge économiquement actif (20-64 ans) représente 44% de la population totale.

Pour assurer une stabilité durable et soutenir une croissance forte, la RDC a identifié quatre (4) piliers comportant chacun des axes stratégiques clairs et des actions prioritaires pour leur mise en œuvre. Il s'agit de : Pilier 1 : Renforcer la gouvernance et la paix ; Pilier 2 : Diversifier l'économie, accélérer la croissance et promouvoir l'emploi ; Pilier 3 : Améliorer l'accès aux services sociaux de base et renforcer le capital humain ; Pilier 4 : Protéger l'environnement et lutter contre les changements climatiques.

Malgré une baisse du taux de pauvreté de 71 % à 64 % entre 2005 et 2012 (Source : Banque Mondiale), la RDC compte encore parmi les pays les plus pauvres du monde et se situe au 176e rang (sur 187 pays) de l'indice de développement humain calculé par l'ONU. Selon le PNUD, sept ménages sur dix sont pauvres avec une disparité entre milieu rural où environ huit ménages sur dix sont pauvres est en milieu urbain où moins de sept ménages sur dix sont pauvres.

Son PIB par habitant, qui s'élevait à 442 dollars en 2015, figure parmi les plus bas du monde. L'ONU estime à environ 2,3 millions le nombre de personnes déplacées et de réfugiés en RDC, et à 323 000 le nombre de Congolais résidant dans des camps de réfugiés en dehors du pays. L'urgence humanitaire est toujours d'actualité dans les zones les plus instables de la RDC et la prévalence des violences sexuelles reste élevée.

L'année 2018 a été marquée par de nombreuses manifestations relatives à l'organisation des élections générales présidentielles, législatives et provinciales.

Après plusieurs reports depuis 2016 desdites élections, une nouvelle date a été fixée depuis 2017 par la Commission Electorale Nationale Indépendante au 23 décembre 2018. L'opposition et une partie de la société civile ont organisé plusieurs actions de protestation tout au long de l'année 2018 pour exiger la tenue effective des élections, le retrait de la machine à voter et en s'objectant à la candidature à un nouveau mandat du président. Ces manifestations ont été émaillées de violence entraînant des morts et des blessés dans différentes provinces.

Le contexte socio-politique en RDC est resté très agité jusqu'en décembre de 2018, avec un dernier report de la date des élections au 30 Décembre 2018 et le maintien de la machine à voter. Il va sans dire que le dernier trimestre a été dominé par la campagne électorale avec son cortège de violence. La tenue des élections a finalement eu lieu le 30 Décembre 2018 dans un climat plus ou moins apaisé.

Ce contexte socio-politique bouillant a affecté les relations entre la RDC et la communauté internationale, en particulier l'union européenne et la Belgique. Dès le mois de Janvier 2018, la dégradation des relations entre les deux pays partenaire s'est traduite par la fermeture de la maison Schengen à Kinshasa, la fermeture du consulat belge à Lubumbashi et le consulat congolais à

Anvers et un questionnement de la part du gouvernement congolais par rapport à la justification de l'Agence belge (bilatérale) de développement Enabel en RDC.

Cette dégradation a été marquée par une succession d'événements internes et externes qui ont grandement fragilisé le programme de coopération Enabel en RDC. Les collaborateurs d'Enabel n'étaient plus octroyés des visas tout le long de 2018, les ATI ne recevaient plus d'agrément de services. La tenue d'une nouvelle Commission Mixte Belgo-congolaise a été conditionnée par l'organisation des élections générales présidentielles, législatives et provinciales en RDC. En conséquence il est peu probable qu'il y en ait une avant début 2020. Dans ce scénario, la dernière revue du portefeuille Enabel en RDC réalisée en Q3 2018 a montré clairement que le scénario tendanciel amènerait à une quasi clôture du programme de coopération d'Enabel en 2020.

Sans espoir de démarrer un nouveau PIC, la représentation d'Enabel en RDC a décidé entre autre prolonger certaines interventions dont le potentiel de résultats et la performance sont jugés satisfaisants, en anticipant l'approche de gestion de portefeuille prévue dans le nouveau contrat de gestion et en adaptant les stratégies d'intervention. Ainsi, l'enjeu central pour 2019 et les années à venir est de dépasser la crise de 2018 et d'utiliser cette nouvelle période charnière pour redéployer Enabel en RDC en construisant la vision et les orientations stratégiques à venir. Les réorientations stratégiques mise en œuvre dans le cadre des prolongations d'interventions et de la prospection de marchés pour tiers pourront constituer les prémisses (ou les expérimentations) d'approches renouvelées, ciblées sur le développement économique local, l'intervention en contexte de fragilité et les approches basées sur les droits.

Toute cette situation a causé le ralentissement des activités d'Enabel au premier trimestre avec la suspension des marchés publics et des conventions de subsides non encore signés. On a pu aussi observé un ralentissement des activités au cours du dernier trimestre de l'année.

Au plan économique, on observe une stabilisation de la dépréciation de la monnaie congolaise par rapport au dollar. Le taux de change, qui a presque doublé de fin 2016 en fin 2017 passant d'un dollar pour 900 FC à un dollar pour 1.600 FC, et resté en 2018 aux alentours de ce taux de change. En contradiction avec cette situation l'augmentation du niveau d'inflation a persisté, ainsi que la hausse 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.

### **3.1.2 Contexte institutionnel**

Le PANC fait partie intégrante du programme santé dont l'objectif global est l'amélioration de l'état de santé de la population dans le cadre global de la lutte contre la pauvreté.

Son ancrage institutionnel est le MSP. Comme tel il s'inscrit dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). Le MSP a décidé en cours de 2018, après une évaluation à mi-parcours du PNDS 2016-2020, de recadrer le PNDS vers des stratégies et activités de haut impact dans la cadre de la santé de la mère, le nouveau-né et l'adolescent ; ainsi que de la lutte contre les grandes épidémies qui secouent le pays. Ce nouveau PNDS 2019-2022 a été validé par le CNP-SS au mois d'octobre 2018. Ce dernier PNDS s'inscrit également dans le cadre de la réalisation des Objectifs de développement durable (ODD) relatif à la santé, notamment la Couverture Sanitaire Universelle (CSU).

De manière opérationnelle, le PANC est ancré au niveau de le DEP, DES et le PNAM et interagit avec les différents bureaux qui composent ces structures. Comme déjà indiqué dans le rapport de l'année dernière, cet ancrage a l'avantage de faciliter l'appropriation de l'intervention par le partenaire. Mené avec une approche multisectorielle et multi-bailleurs, l'ancrage institutionnel du PANC est perçu comme un privilège par les autres acteurs et partenaires techniques financiers



(PTF).

Le PNDS 2019 – 2022 constitue donc le seul plan de mise en œuvre des priorités du Gouvernement dans le secteur de la santé. L'objectif général poursuivi par le dernier PNDS reste 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. Tout comme l'avant-dernier PNDS il reste un défi très important de rassurer la bonne divulgation de ce document au niveau opérationnelle et des soins de santé.

Pour le PNDS 2019-2022, le cadre de suivi et évaluation a été prévu et adapté de l'antérieure version. Le rythme de suivi et des évaluations des performances du secteur santé reste inchangé, avec une revue annuelle d'activités, pour chaque niveau du système de santé (MSP, DPS et ZS) et deux évaluations (à mi-parcours et finale) pour vérifier le niveau d'atteinte des résultats attendus.

Au niveau central il s'est consolidé un dialogue local et on a pu organiser une nouvelle SMCL de mise en œuvre avec les représentants du MSP. Ceci a facilité la continuité du partenariat, même pendant la période de turbulences entre les deux pays. Les présentations d'activités, d'explication des modes de gestion partagée du programme et de rappel des engagements des autorités ont été réalisées. La direction de la DEP a joui d'une stabilité fonctionnelle en conséquence de leur processus de sélection. La DSE a connu un changement dans sa direction, en conséquence à une phase de réforme du niveau central.

Dans le contexte du DTF du PAN, le choix du FBR, comme stratégie d'amélioration des prestations des services de santé, ainsi que le CU comme modalité d'harmonisation et de coordination des interventions sectorielles, sont des choix qui ont été validés par le MSP et qui sont soutenus par les PTF.

Trois grands processus de réformes du Ministère de la Santé Publique ont connu des avancées en 2018, 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 dépendait largement de la mise en œuvre de la nouvelle structure organique du niveau central, la Direction Générale de Lutte contre la Maladie (DGLM). Cette DGLM a été bel et bien mis en place mais l'impact de cette réforme reste tout à fait nul en conséquence de la démobilisation quasi-complète de la DGLM et DSE à cause de 2 épidémies de suite de la Maladie du Virus Ebola et à cause du fait que le nouveau directeur de la DGLM n s'est jamais intégré physiquement dans ses bureaux.

### **3.1.3 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. Tant FBR que le CU ont été mis en place dès le début de 2018.

Pour le PANC, l'exécution en régie mais avec une approche centrée sur la prise de décision en commun avec nos partenaires, se consolide comme suffisante pour garantir un bon déroulement des activités. La mise en place du contrat unique (CU) avec la DEP, DLM et PNAM offre en fait un bon encadrement, en plus géré par l'ensemble des partenaires, pour mettre en œuvre le suivi à la performance des institutions appuyées. Les CSUB d'Enabel sont ainsi considérés comme moins pertinentes.

La SMCL du PANC fonctionne convenablement avec une 2<sup>e</sup> réunion de mise en œuvre au mois d'avril 2018. Une 3<sup>e</sup> réunion de la SMCL était prévue pour le Q4 2018, mais a été rapportée en jugement commun de la situation politique de fin d'année.

La gestion administrative et financière du PANC et du programme santé a été encore renforcée avec l'intégration de son 3<sup>e</sup> RAFI et un contrôleur de gestion, basé à Kisangani. Le cycle de rapportage s'est réalisé comme attendu, consolidant le MONOP au niveau de la coordination. L'introduction du système Pilot et le logiciel UBW se sont fait attendre.

L'amélioration du rapportage en vue de l'ensemble du programme santé continue à se donner comme point d'attention dans les aspects du respect pour les délais et la qualité du rapportage reçu des volets provinciaux. La coordination a effectué en 2018 plusieurs missions de terrain en appui aux volets provinciaux.

### **3.1.4 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 l'attachés dans le domaine de la santé de l'Ambassade de la Belgique (AMBABEL).

La participation du PANC / Enabel se présente tant au niveau des sous-groupes de financement, de gouvernance et de médicament du GIBS. Au niveau du pays, le programme 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, la coordination a maintenu sa coordination proche avec l'attaché de santé de l'AMBABEL (réunions presque hebdomadaires), sauf pendant le Q3 quand cette attache était absent. Il y a eu aussi des avances par rapport à la plateforme belge d'acteurs dans le secteur santé, qui est devenu en 2018 un « hub santé ». Le programme santé compte à devenir membre (payant) de ce hub au début 2019. De plus, plusieurs contacts bilatéraux avec des ONG et autres institutions belges se sont produits pendant 2018.

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, la coordination du programme santé d'ENABEL a réalisé une mission à Bruxelles en février 2018 pour développer un 'plan d'activités 2018'. Ce plan 2018 aurait dû accompagner un accord spécifique entre l'IMT d'Anvers et Enabel 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. Toutefois, depuis le mois de février il n'y a pas eu de progrès.

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



### 3.2.1 Progrès des indicateurs

#### Introduction

Le programme santé en général et le PANC en particulier, ont 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). Ces systèmes nationaux utilisent entre autres des indicateurs qui déclenchent du système de suivi et évaluation du PNDS 2016-2020. Seulement, ce système de suivi et évaluation du PNDS n'avait jamais été validé par le CNP-SS, jusqu'en 2018 (voir ci-dessous).

En 2018, le MSP et ses PTF ont doté le secteur santé d'un nouveau PNDS pour la période 2019-2022. Le recadrage de l'antérieur PNDS s'inscrit dans la ligne droite de recommandations des revues de performance du PNDS en 2016 et 2017, ainsi que d'une évaluation à mi-parcours du PNDS 2016-2020. Ces revues ont affiché certains résultats rassurants, bien que dans l'ensemble le niveau des réalisations avait été jugé modeste, s'expliquant en grande partie par le sous-financement observé notamment en ce qui concerne la contribution de l'Etat, mais aussi par des insuffisances dans l'utilisation de ressources.

Une quantité d'indicateurs pour le nouveau pour PNDS 2019-2022 ont été mis en place et sont intégrés dans le mécanisme de M&E du plan. Ils ont été et seront revus pendant les revues sectorielles annuelles de 2018 et des années qui suivent au niveau des ZS, DPS et le niveau central. Pour le suivi de l'impact et les outcomes du PANC, nous en avons sélectionné 50 pour la PNDS 2016-2020 et nous en retenons 37 pour le PNDS 2019-2022. La source de ces données dans leur grande majorité provient soit du (SNIS) soit des programmes spécialisés, soit d'autres source de données.

Nous faisons 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).

En dernier, certaines cibles pour les années comprises dans le PNDS 2019-2022 ont été revues en bas. Nous avons donc aussi adapté les cibles dans notre monitoring.

#### L'impact

Résultat indicateur	Valeur Baseline 2016	Valeurs 2017	Cibles 2017	Valeurs 2018	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	37	37	37	37	Nombre d'indicateurs
Pourcentage du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé	6,6	6,7	9	7,6	11	15	15	% du budget
Taux d'exécution du budget (santé) de l'Etat	96	97,2 vs 52,2	75	53,6	80	85	90	% du budget

Résultat indicateur	Valeur Baseline 2016	Valeurs 2017	Cibles 2017	Valeurs 2018	Cibles 2018	Cibles 2019	Cibles finale	Unité de mesure
Ratio de mortalité maternelle	846	ND	ND	ND	ND	827	827	Nbre décès maternel pour 100 000 NV
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	104	56,9	ND	ND	ND	101	101	Nbre décès infanto-juvénile pour 1000 NV
Taux de mortalité infantile	54	ND	42	ND	ND	56	56	Nbre décès infantile pour 1000 NV
Taux de mortalité néonatale	28	31,2	20	ND	ND	ND	60	Nbre décès néo natal pour 1000 NV
Proportion des femmes enceintes qui ont utilisé la CPN 4 lors de la dernière grossesse	48	44	ND	59	53	55	55	%
Proportion d'enfants souffrant de la malnutrition aiguë pris en charge dans les structures de santé conformément à la politique nationale	15	56	20	ND	30	50	50	%

Les valeurs du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé et le taux d'exécution de ce budget nécessitent la précision que la source de ces données est le programme national des comptes nationaux de la santé (PNCNS). Il existe des écarts entre les données du PNCNS et le Ministère du Budget.

Les dépenses totales de santé par habitant en RDC restent très limitées, passant de 15 USD en 2008 à 23 USD en 2016, mais largement en dessous des dépenses prévues pour garantir un paquet de services essentiels, de 85 USD par habitant. Là-dedans, la contribution de l'Etat en dépenses n'est que de 3,2 USD par habitant en 2016 et cette contribution est stagnée autour de 15% depuis 2008. Plus alarmant est le fait que la contribution des bailleurs dans les dépenses totales de santé, augmentant de 34% en 2008 à 43% en 2016, très probablement diminuera vers 15 ou 20% dans quelques années. Sachant que les ménages participent déjà de manière excessive à ces dépenses, même si cela a diminué de de 43% en 2008 à 34% en 2018, la question reste qui va remplacer la contribution des bailleurs ?

Le budget de l'Etat alloué à la santé reste de toute façon en dessous du seuil minimal budgétaire de 15% du budget d'Etat agréé par la déclaration d'Abuja en 2000. Ce qui est encourageant est de constater que le budget annoncé à la santé pour l'année 2019 serait de plus de 10%, ce qui doit être encore confirmé par le nouveau gouvernement.

L'exécution de ce budget de l'Etat à la santé se présente de manière très incohérente d'une année à l'autre. 96% en 2016, cette exécution se devait à des dépassements de crédits liés au fonctionnement du MSP même, au dépenses dites sociales et le paiement de rémunérations.

En 2017 et 2018, elle reste autour de 50% et est dirigé comme toutes les années sur ces mêmes 3 grandes rubriques. Une étude de l'inspecteur générale de la santé (IGS) sur 24 des 26 provinces, publié fin 2018, a dévoilé avec préoccupation que dans environs 60% des cas ces paiements ne sont pas destinés à des agents qui existent en réalité. Donc, il s'agit de détournement. Dans le PNDS 2019-2022 le MSP s'est mis la cible d'augmenter cette exécution avec 5% chaque année.

Nous avons arrêté de consulter les bases de données du SNIS en ce qui concerne la mortalité maternelle et d'enfants. Les résultats de ces bases de données sont trop aberrants. Nous avons repris la valeur ligne de base de l'ESD 2013-14 comme référence parce que celui-ci est censé de se réaliser chaque 5 ans. Cependant en 2018 il n'y a pas eu d'EDS pour mettre à jour cette valeur.

En absence de l'ESD, les projections d'estimation de la mortalité maternelle dans le PNDS 2019-

2022 sont décourageantes car elles confirment qu'en cours de 2018 nous sommes à 693 mortes maternelles par 100.000 nouvelles naissances, ce qui situe la RDC en tant que santé maternelle dans les pires conditions du continent et de toutes façons beaucoup plus préoccupante que dans les pays voisins de la RDC.

La même observation par rapport à la base de données du SNIS s'applique à l'indicateur par rapport à la santé de l'enfant. Nous nous basons au diagnostic situationnel du PNDS 2019-2022 : selon les EDS les tendances des mortalités d'enfants nous constatons le suivant pour le période entre 2007 et 2013 :

- Entre 0 et 28 jours de vie (mortalité néonatale : de 42 à 28,
- Avant leur premier anniversaire (mortalité infantile) : 92 à 58,
- Enfants morts avant leur 5<sup>e</sup> anniversaire : 148 à 104.

Même en constatant la baisse de ces mortalités, les derniers valeurs d'indicateurs disponibles (2013) démontrent des valeurs au-dessus des cibles formulées pour les ODM en 2015 et en dessus des valeurs dans les pays voisins de la RDC.

En tant que l'indicateur par rapport à la situation de malnutrition, nous présentons les résultats du diagnostic dans le cadre du PNDS 2019-2022 :

- 22,5% d'enfants moins de 5 ans présentent insuffisance pondérale, dont 7% la forme sévère,
- 43% d'enfants moins de 5 ans souffrent de malnutrition chronique (retard de croissance),
- 7,9% d'enfants moins de 5 ans souffrent de malnutrition aiguë sévère,
- 5% d'enfants moins de 5 ans présentent surcharge pondérale.

Ces indicateurs n'ont presque pas progressé pendant les dernières quinze années.

### L'outcome 1

Résultat indicateur	Valeur Baseline 2016	Valeurs 2017	Cibles 2017	Valeurs 2018	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>								
Evolution des indicateurs nationaux	ND	50	50	37	37	37	37	Nbre d'indicateurs de suivi du PNDS 2016-2020
Indicateurs nationaux liés au monitoring du PNDS	ND	6	6	5	5	5	5	Nbre d'indicateurs sélectionnés du PNDS 2016-2020
Appréciation du bilan annuel des activités du PNDS	9	57/110	70/110	74/110	80/110	90/110	100/110	Nbre d'activités réalisées/activités programmées x an
Taux de mise en œuvre de recommandations du CNP-SS	30	ND	ND	ND	70	75	75	%
Nombre de DPS appliquant le CU	2	8	8	11	16	26	26	Nombre de DPS
Taux de réalisation des missions d'accompagnement des provinces (revues annuelles, PAO, CPP-SS, réformes, etc.)	24/72 (30%)	ND	ND	31/48 (65%)	75%	85%	48	Nombre de missions / Nombre de missions programmées
Nombre d'évaluations trimestrielles de la performance (contrat unique/ FBR) par année	0	0	0	3/3	3/3	4/4	4/4	Evaluations réalisées / évaluations programmées
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	ND	50	%

Résultat indicateur	Valeur Baseline 2016	Valeurs 2017	Cibles 2017	Valeurs 2018	Cibles 2018	Cibles 2019	Cibles finale	Unité de mesure
Proportion de la population couverte par HGR offrant un paquet complémentaire d'activités (PCA) conforme aux normes	ND	100	ND	ND	ND	ND	50	%
Taux d'utilisation des services de consultation curative de santé	39	33	ND	41,8	20	30	30	%
Proportion de la population couverte par un mécanisme de partage du risque maladie	1,5	ND	ND	ND	ND	ND	10	%
Proportion de Hôpitaux généraux de référence (HGR) & centres de santé (CS) appliquant la tarification forfaitaire subsidiée	1,5	ND	ND		ND	ND	10	%

Le PNDS 2019-2022 a bel et bien été validé par le CNP-SS au mois d'octobre. 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, posant l'accent sur les résultats de l'évaluation à mi-parcours du PNDS 2016-2020. La liste de recommandations de cette revue a fourni la base d'un recadrage de ce PNDS. Ce recadrage s'est produit de manière participative et sous le lead d'un comité de rédaction entre août et septembre. Un premier draft a circulé au début d'octobre et les commentaires de structures centrales, DPS et PTF ont été intégrés.

Les DPS ont aussi fourni des grands efforts pour la tenue de leurs revues sectorielles. Plus ou moins 70% des revues attendues se sont organisées.

Selon le diagnostic établi pour le PNDS 2019 – 2022, il existe une grande variabilité de données sur la couverture sanitaire en RDC. En 2009 79% des aires de santé disposeraient d'un centre de santé (CS) offrant un paquet minimum d'activités (PMA) complet. Cependant 24% des zones de santé (ZS) ne disposeraient pas d'hôpital général de référence. En 2013, le bilan était bien différent : seuls 6% des CS disposeraient d'un PMA complet selon les normes et pas plus que 10% des HGR d'un PCA complet, avec des grandes disparités entre différentes provinces. La situation en 2018 est que 393 sur 516 ZS disposent d'un HGR, desquels 152 ont été réhabilités et 60 sont des nouvelles constructions.

Dans le PMA c'est souvent les éléments de nutrition planning familial, VIH et tuberculose qui manqueraient. Par rapport au PCA, c'est plutôt des services de réanimation, laboratoire et d'imagerie qui font le défaut. Aussi plus que 80% des hôpitaux provinciaux présenteraient des plateaux techniques incomplets. En 2017, les ordinogrammes avaient été révisés et diffusés.

Selon l'évaluation du PNDS 2016-2020, il y a eu en principe une amélioration depuis 2016 avec l'introduction du FBR, la TFS, le lancement des contrats de performance et les achats stratégiques de prestations dans le pays. Ainsi, en 2018, dans 12 DPS sur 26 ces contrats sont mis en œuvre établant un appui intégral pour 333 sur 516 ZS (63%) en conséquence d'interventions du MSP et des PTF, comme le PDSS, PROSANI, ASSP, PRODES, Enabel, etc. Dans les FOSA de toutes ces ZS les PMA seraient en principe complets.

En ce qui concerne le taux d'utilisation des différents services de santé, il est clair qu'il existe une disparité de données du SNIS et l'EDS de 2013-2014. Le taux pour la consultation curative en 2017 est connu, d'autres taux, comme la couverture en 4<sup>o</sup> consultation prénatale serait de 48% et de VAT2 66%. 69% des femmes en ville et 75% en milieu rural auraient rencontré des obstacles

financiers pour se faire soigner convenablement. Pour 48% des femmes en zone rural la distance pose un obstacle pour atteindre un centre de santé, même que pour encore 25% des femmes en ville.

Sur les 8.405 aires de santé planifiées en RDC, 238 (3%) n'ont pas de CS, mais seulement 12% de ces CS sont construits de matériaux durables. 671 (8%) de ces CS sont très délabrés et devraient être réhabilités de manière prioritaire.

## L'outcome 2

Résultat indicateur	Valeur Baseline 2016	Valeurs 2017	Cibles 2017	Valeurs 2018	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	ND	105	65	105	Nbre d'activités/an / Nbre d'activités programmées
Evolution des indicateurs nationaux	50	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	0,03	0,03	ND	0,03	0,02	ND	ND	%
	ND	1,66	ND	ND	ND	ND	ND	%
Taux de Prévalence et Taux de Mortalité Lié Au Paludisme	60	45,6	ND	ND	ND	ND	ND	%
	ND	20,8	ND	ND	ND	ND	ND	%
Taux d'incidence de la tuberculose et la mortalité liée à la tuberculose	ND	322	ND	ND	ND	ND	ND	Nbre cas/100.000 hab
	ND	60	ND	ND	ND	ND	ND	Nbre décès/100.000 hab
Mortalité liée à l'hypertension artérielle chez les personnes adultes	ND	1,28	ND	ND	ND	ND	Nbre x 1/3	Nbre de décès pour 100 habitants
Proportion des femmes enceintes dépistées au VIH	ND	1,04	ND	ND	ND	ND	ND	% gestantes dépistées

La RDC se caractérise par un profil épidémiologique marqué par l'émergence et réémergence de plusieurs épidémies de maladies transmissibles. En même temps le pays connaît une transition épidémiologique avec une augmentation de maladies non-transmissibles. En 2018, le pays a été touché par des épidémies de choléra, de maladie du virus Ebola, de poliomyélite, et de rougeole.

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 paludisme demeure la première cause de morbidité et mortalité de la RDC. Elle représente 40% des causes de mortalité infantile dans le pays et est responsable de 10% de tous les cas et 11% des décès provoqué par le paludisme sur le continent africain. La distribution de MILD est basée à 100% sur un système substitutif qui a été introduit par les PTF et qui reste souvent incohérent avec les véritables besoins ressentis localement et avec plusieurs ruptures de stock en conséquence.

La prévalence du VIH a fortement évolué passant de 5% en 1990 à 1,3% en 2007 et 1,2% en 2013 pour l'ensemble du pays, mais avec des disparités entre hommes (0,6%) et femmes (1,6%). L'incidence du VIH entre adultes est passée de 0,042% en 2010 à en 2017, soit une diminution de 50%. Le pays compte en 2018 plus qu'un demi-million de personnes vivant avec le VIH. Les

décès à cause du SIDA chez les adultes ont également diminué de 62.961 en 2010 à 31.114 en 2016.

Tandis que la propagation du VIH/SIDA a évolué bien, presque pour toutes les catégories de la population, la prise en charge laisse à désirer. 4382 sites de prise en charge distribués sur 389 ZS ont intégré le paquet de services minimal. Plus de 5 millions de personnes ont été dépistées sur les 3,5 millions attendues (131%), 13.939 de femmes ont été mis sur traitement sur 16.588 attendues (84%).

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 selon l'OMS estimaient une incidence de 322 cas de TB et de 25 cas de VIH/TB par 100.000 habitants. La RDC figure ainsi parmi les 30 pays à forte charge de TB dans le monde et au 2° rang en Afrique. En RDC on trouve simultanément les défis de la TB, le VIH/TB, et la pharmaco-résistance.

### L'outcome 3

Résultat indicateur	Valeur Baseline 2016	Valeurs 2018	Cibles 2017	Cibles 2018	Cibles Finale	Unité de mesure
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).						
Chiffre d'Affaires des 3 CDR du programme						
CAMEBASU	1.526.986	1.370.381	1.680.000	1.850.000	2.300.000	Dollars US
CAMENE	1 255.461	1.221.828	1.250.000	1.300.000	1.350.000	Dollars US
CAMEKIS	167.725	713.310	200.000	250.000	300.000	Dollars US
Taux d'autonomie financière atteint par les 3 CDR du programme						
CAMEBASU	100	76	100	100	100	% du taux d'autonomie sur le chiffre d'affaires
CAMENE	70	79	75	85	100	% du taux d'autonomie sur le chiffre d'affaires
CAMEKIS	ND	111	?	?	?	% du taux d'autonomie sur le chiffre d'affaires
Proportion de produits pré-qualifiés par la FEDECAME présents dans les 3 CDR						
CAMEBASU	88	74	91	94	97	% du stock disponible



CAMENE	57	42	70	80	90	% du stock disponible
CAMEKIS	ND	99	90	92	95	% du stock disponible
Taux de disponibilité d'un panier de médicaments traceurs (62) dans les 3 CDR						
CAMEBASU	91	93	93	95	97	% du panier (/62)
CAMENE	81	82	85	90	95	% du panier (/62)
CAMEKIS	ND	77	80	85	90	% du panier (/62)

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 étagères ;
- La FEDECAME (BCAF + secrétariat général) puisse d'avantage se développer pour devenir plus efficace 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.

### 3.2.2 Analyse des progrès réalisés

#### L'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.

L'atteinte de l'outcome 1 a été relativement réduite par l'ajustement du cadre logique du PANC en 2017. L'accent est mis surtout sur les activités de la DEP concernant l'accompagnement des DPS.

Comme en 2017, les capacités managériales presque pour l'ensemble de l'équipe de la DEP sont présentes. Encore plus qu'en 2017, la charge de travail en 2018 a été extrêmement lourde à cause du recadrage du PNDS 2019 – 2022. L'encadrement de cette performance par un système de FBR aurait dû canaliser la motivation vers l'excellence. Toutefois, la DEP souffre en 2018 encore plus d'un manque de personnel avec expertise technique. A la fin de 2018 une espèce de démotivation s'est installée, en grande partie pour la non-atteinte des accords de FBR avec le PDSS.

Surchargée par leur travail d'expertise, à sollicitude expresse souvent du cabinet du ministre directement, le temps qui reste pour l'application de la recherche action est très limité.

Il est attendu pourtant que les outputs mentionnés dans le PANC aboutiront à un processus de changement envisagé pour la DEP. Le changement même, les réformes du secteur santé, 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.

## **L'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.

Comme pour la DEP, l'atteinte de l'outcome 2 a été relativement réduite à cause de l'ajustement du cadre logique du PANC en 2017. L'accent est mis surtout sur les activités de la DSE concernant l'accompagnement des DPS.

Malgré les sollicitudes de participation, l'ATI coordinateur n'arrive pas à s'intégrer dans la gestion de la DES. Des invitations pour les réunions de la commission nationale de la lutte contre la maladie du CNP-SS sont arrivées, mais la tenue de cette commission a été très erratique en 2018. Il est clair que l'impact de quasi une année de riposte contre deux épidémies de suite de la MVE ont épuisé les capacités managériales de la DES. La non-intégration de la DGLM et des frictions institutionnelles entre les deux n'ont pas aidé à la performance de cette DSE.

## **L'outcome 3**

La mise en œuvre du Plan Stratégique du SNAME a effectivement démarré en 2018, notamment en servant de référence pour le Plan Opérationnel Annuel 2018 du PNAM, mais aussi celui de certains PTF. En effet, suite aux échanges au sein du GIBS que l'ATI Gestion Pharma du PANC a régulièrement animé, l'alignement sur ce Plan Stratégique a été accepté par les PTF impliqués dans le SNAME et un appui aux acteurs étatiques a été planifié : toutes les 18 CDR du pays ont été incluses dans des actions d'appui des uns ou des autres. Également, des activités du niveau central ont été prises en compte. La plupart des financements annoncés dans ces POA ont été engagés au cours de l'année. Même si la mise en œuvre de ce Plan Stratégique a pris du retard, l'implication de tous produit déjà des résultats sur le plan structurel. Néanmoins, une mise à jour de ce Plan est nécessaire, notamment pour le mettre en concordance avec le PNDS recadré (2016-2022).

Bien qu'il soit 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 national de médicaments essentiels retenus. En effet, malgré les appuis des PTF au BCAF et aux CDR, la faiblesse des acteurs nationaux n'a permis au SNAME d'alimenter le système public de santé de la RDC de façon satisfaisante. Tant les produits destinés aux programmes spécialisés (VIH, malaria, santé de la reproduction, etc.) que les autres médicaments essentiels ont encore un taux de disponibilité très insuffisant.

Les difficultés de mise en œuvre du PDSS, programme phare du MSP, ont limité les performances attendues dans ses zones de couverture, notamment dans le Kwilu et le Sud Ubangi, ce qui n'a pas permis aux 2 CDR (CAMENE et CAMEBASU) qui y sont implantées d'améliorer leurs résultats malgré l'appui du programme Santé d'Enabel.

La CAMEKIS, qui n'a commencé à recevoir un appui du programme Enabel que depuis fin 2017, grâce aussi à une nouvelle équipe qui s'est impliquée sérieusement et qui a sollicité être renforcée dans ses compétences, a augmenté considérablement ses résultats : volume d'activité, capacités de distribution, et même sa zone de couverture (Bas Uélé).

### **3.2.3 Impact potentiel (impact + outcome 1 to 3)**

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 2018, il reste plausible de supposer que l'ensemble des 3 outcomes contribue 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, à près l'ajustement du cadre logique du PANC réalisé en 2017, qui a enlevé en grandes lignes les activités et résultats restés sans budget ou sous-budgétés, le degré de cet impact serait limité.

Il en va de soi que, même avec une relation pertinente entre outcomes et impact potentiel, il est confirmé que la réduction de l'ensemble d'activités du PANC ne permettra plus d'atteindre complètement les objectifs et l'impact souhaitée.

### 3.3 Performance de l'output 1



#### 3.3.1 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-1 2017	Cible année N 2017	Valeur Année N 2018	Cible Année N 2018	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	10	23	13*
PAO unique à financement multi-bailleurs pour le MSP élaboré et approuvé avant l'année d'exécution	0	0	1	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	ND	52	52/52

\* 1x par an dans 50% des provinces

#### 3.3.2 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		

#### 3.3.3 Analyse des progrès réalisés

L'idéal est d'avoir une mission de supervision dans le cadre de l'appréciation de PAO par DPS par année, selon les critères du MSP (i.e. participer de l'atelier de défense du PAO et du CPP de validation du PAO). Par manque de financement dans l'ensemble des provinces, le nombre des missions avait été réduit à 9 pour l'année 2017.

Entre PDSS, Enabel et PRODS il y avait en 2018 le financement pour couvrir 23 provinces, ce qui devrait constituer la cible pour l'année 2018. Selon son rapport annuel 2018, la DÉP a accompagné 5 (63%) ateliers de défense de PAO sur 8 programmés, 12 (75%) revues provinciales sur 16 programmées et 14 (60%) réunions de CPP-SS sur 24 programmées.

A fin décembre 2017, le MSP n'avait pas encore un draft de PAO unique 2018. Le processus s'est bouclé au mois d'avril 2018. Cependant, sa validation par le MSP et le CNP-SS s'est fait attendre

jusqu'à juillet 2018.

Comme déclencheur du cadre de suivi et évaluation du PNDS 2016-2020, la revue sectorielle annuelle des résultats de la gestion 2017 s'est déroulée au mois de juillet 2017, beaucoup en retard sur sa programmation au mois d'avril.

Pour le PAO 2019, il y a eu une révision et consensus de simplifier les mécanismes de planification opérationnelle et les outils de planification. Le rôle des encadreurs polyvalents au niveau central a été limité à accompagner les DPS pendant les ateliers de défenses du PAO et la réunion du CPP-SS qui valide le PAO 2019.

La DEP a poursuivi la mise en œuvre de CU aux DPS, programmes spécialisés et directions centrales. En 2018, les CU ont été signés dans 12 sur 26 DPS et dans 7 structures au niveau central. Les évaluations trimestrielles se sont réalisées, bien que hors délais des fois, et se centrent sur le suivi du financement des engagements de PTF et de l'Etat aux activités, sur l'évaluation des performances des structures, et sur le paiement des subventions des performances. Cependant, on remarque des grandes irrégularités dans les délais de paiement des primes de performance, notamment de la part du PDSS, ce qui sape la motivation du personnel.

Ci-dessus nous avons déjà évoqué le processus d'évaluation et recadrage du PNDS 2016 – 2020 qui se sont réalisés sur la période de mai à octobre 2018.

En conclusion, l'atteinte de cet output reste sur la bonne voie, bien qu'avec la persistance de pas mal d'obstacles dans le processus de planification et avec des retards dans la mise en œuvre des CU.

### 3.4 Performance de l'output 2

#### 3.4.1 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-1 2017	Cible année N-1 2017	Valeurs Année N 2018	Cibles Année N 2018	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	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***	45	40	40
<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

### 3.4.2 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			
Appui à la mise en œuvre de la DAF				

### 3.4.3 Analyse des progrès réalisés

Toutes les activités de coordination sectorielle du CNP-SS et CCT programmées au niveau central se sont réalisées en 2018. En plus, 24 réunions se sont données des commissions nationales techniques sous la présidence de la DEP (Gouvernance et Financement / CSU).

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.

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. 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 aux polyvalents du niveau central qui reçoivent de l'aide afin de se mobiliser pour l'accompagnement des DPS d'intervention.

Le pool d'experts polyvalents au niveau central pour l'accompagnement des DPS dans le pays a été élargi de à 40 personnes, qui ont été formées en synergie avec le PDSS.

Le relatif dysfonctionnement de certaines commissions du CNP-SS reste un obstacle à la bonne coordination sectorielle. Comme résultat du dialogue continu entre le GIBS et le MSP à propos de ces commissions, une analyse et évaluation sera réalisée de la performance des commissions au début de 2019.

Parallèlement à toutes ces activités de pilotage sectoriel, la DEP s'est chargée aussi avec la réalisation de pas moins d'une douzaine de réunions de structures de pilotage liées à des projets et programmes qui interviennent au niveau central (Enabel, PRODS, GAVI-RSS, Tripartite EU, etc.).

### 3.5 Performance de l'output 3

#### 3.5.1 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-1 (2017)	Cible année N-1 (2017)	Valeur Année N 2018	Cible Année N 2018	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	5	4	1
<i>Portail PAO/FBR articulés avec les données de l'information sanitaire (portail SNIS) d'ici fin 2016</i>						
<i>Nombre d'analyses et de synthèses diffusées par le centre de veille stratégique en 2016 (cible: 3x/an)</i>						

#### 3.5.2 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		
Développement d'un outil "centre de veille stratégique"				

#### 3.5.3 Analyse des progrès réalisés

Bien que nous connaissons les investissements nécessaires pour la D4H au niveau central, en 2018 ce processus n'a pas démarré comme priorité.

Le rôle du CCSC est de plus en plus prioritaire dans la mise en perspective de l'élaboration de nouveaux documents d'importance sectorielle.

### 3.6 Performance de l'output 4

#### 3.6.1 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 Baseline (2016)	Valeur année N-1 (2017)	Cible année N-1 (2017)	Valeur Année N 2018	Cible Année N 2018	Cible finale (2019)
Nombre de documents politiques élaborés ou adaptés.	9	1	1	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	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	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	1	1
---	---	---	---	---	---	---

### 3.6.2 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		

### 3.6.3 Analyse des progrès réalisés

Par rapport à 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, le travail de la DEP s'est concentré plus que tout sur les dossiers suivants :

- L'examen de la Loi fixant les principes fondamentaux d'organisation de la santé publique, adoptée par les 2 chambres du Parlement et promulguée le 13/12/2018 ;
- La finalisation et l'adoption de la stratégie de financement de la santé, en intégrant les remarques levées par le Centre de Connaissance Santé en RDC, approuvée à l'assemblée générale du CNP-SS de juillet 2018 ;
- L'évaluation à mi-parcours du PNDS 2016 – 2022 ;
- Le recadrage du PNDS 2016 – 2020 vers le période 2019 – 2022 ;
- La préparation de la migration de l'approche budgétaire basée sur les moyens vers la budgétisation programmatique en élaborant la matrice du budget du PNDS 2019 – 2022.

Sur un total de 20 activités de développement du secteur programmées dans le PAO 2018, la DEP a réussi une réalisation de 80%.

Les documents et dossiers qui nécessitent maintenir le suivi et la réalisation en 2019 sont :

- Mise à jour du CDMT Sante 2019 – 2021 selon l'approche budget programme du PNDS 2019 – 2022 ;
- Documentation des mécanismes de subventionnement des soins dans les FOSA ;
- Documentation de l'organisation et fonctionnement des EUP ;
- Documentation pour l'institutionnalisation de l'achat stratégique ;
- Finalisation de la guide et directives de la TFS ;
- Documentation d'interventions retenues dans le cadre de la SRMNEA ;
- L'élaboration de la carte sanitaire, qui n'a pas encore démarrée.

De la liste des documents mentionnés sur la page 64 du DTF, il existe à fin 2018 10 réalisés (9 en 2016, 1 en 2018), donc encore 1 document reste en cours d'élaboration : la guide et directive sur la TFS. Le CCSC utilise un manuel de procédure diffusé en interne au lieu d'un document stratégique diffusé à tous les niveaux du MSP.

La démarche de 2017, qui se concentrait sur une note conceptuelle ou 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, n'a pas eu de succès en 2018. Les contacts avec le RIPSEC se sont diminué d'intensité et il n'y a pas eu d'atelier stratégique à Kinshasa pour instaurer une interconnexion entre les zones de santé de RIPSEC et d'ENABEL. Un des facteurs a été la pause dans s'est vu mis le PRECOB en cours de 2018.



32 professionnels du secteur public de la santé ont commencé leur participation en janvier 2018 à la maîtrise en santé publique de l'ESP de Kinshasa, mais malheureusement sans le financement du PEE, qui a été retiré sans trop d'explications en mars 2018. Le programme santé a dû se charger de financer cette formation avec des fonds mutuels entre PANC et PADP.

En plus, 7 professionnels de santé des ZS d'intervention du programme santé d'ENABEL ont terminé leur maîtrise en santé publique de l'ESP de Lubumbashi et sont retournés à leur postes de travail avec des protocoles de recherches actions sous leur bras. En 2018 aussi, le dernier lot de participants des DPS d'intervention du PADP a terminé le cours international de l'ULB en recherche de systèmes de santé, mettant le nombre de participants depuis 2017 à 10 professionnels.

Les activités de cet output dépendent en grande mesure d'une volonté technique plutôt que d'un budget pour leur réalisation. 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.

### 3.7 Performance de l'output 5

#### 3.7.1 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-1 (2017)	Cible année N-1 (2017)	Valeur Année N 2018	Cible Année N 2018	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	13/24	10/24	16/24	20/24
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	1	1
Nombre de restitutions systématiques à l'équipe élargie de la DEP après participations à des missions, conférences ou réunions	11	1	24	11	48	48

#### 3.7.2 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			

#### 3.7.3 Analyse des progrès réalisés

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. Il a été jugé utile pour la DEP de ne pas utiliser le mode d'exécution des CSUB, à cause de son lourdeur. Les

paiements se font sous la forme de marchés publics en régie, 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.

Depuis 2018 l'appui direct au fonctionnement de la DEP s'encadre maintenant dans le FBR du contrat unique. Le PANC d'ENABEL, comme chef de file en représentation du GIBS, a signé le CU avec la DEP et a participé aux évaluations trimestrielles de performance. Dans sa 1<sup>o</sup> évaluation la DEP a scoré une note modeste, mais il y a une claire tendance des résultats de s'améliorer.

Il n'y a pas eu de nouvelle sélection de ressources humaines à la DEP en 2018 non plus, ce qui rend sa situation de staff précaire au début 2019.

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. En 2018, la DEP a joui d'un audit de la cellule d'audit interne commandé par la CAGF et d'un audit externe du PANC de la part d'Enabel.

Même avec moins d'appui du PANC que prévu, la DEP réalise des avances dans son organisation interne. Les dynamiques avec d'autres PTF autour de son CU en est le motif. 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.

### 3.8 Performance de l'output 6

#### 3.8.1 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 <b>Baseline</b> (2016)	Valeur année N-1 (2017)	Cible année N-1 (2017)	Valeur Année N 2018	Cible Année N 2018	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	27/50	8/11	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	1	1	7
Plan stratégique des MNT (avec intégration au niveau des DPS) réalisé et validé par le MSP	0	0	1	0	1	1

### 3.8.2 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	

### 3.8.3 Analyse des progrès réalisés

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 2018, la DSE a formulé des demandes formelles pour cet appui.

Cependant, cette commission souffre d'une sous-performance persistante en méthodologie, prise de décision et globalement en efficacité. Nous avons participé que 2 fois aux réunions de cette commission car elles étaient rares et peu préparées.

En théorie, la réforme du niveau central par rapport à l'intégration des programmes spécialisés ne retient qu'11 programmes. De ces 11 programmes, le Programme National de Lutte contre les Maladies Tropicales négligées (PNLMTN) a repris 3 programmes originaux. 8 de ces 11 programmes ressortent sous la coordination directe de la nouvelle DGLM. Ceci dit, cette réforme n'avance plus depuis 2017. C'est la raison pour laquelle nous continuons à reporter nos valeurs sur un dénominateur de 50 programmes.

Selon le DTF, toute modification du cadre organique devrait avoir un soubassement juridique. En 2017, le seul texte juridique disponible est celui relatif à la création du Programme National des Maladies Tropicales Négligées.

L'ébauche du Plan Stratégique des MNT est en cours de réalisation par l'OMS et les ATI de la DLM.

Au niveau des provinces seulement l'appui du PANC au coaching des DPS a été donné pour l'évaluation de l'intégration des coordinateurs provinciaux dans les DPS et pour le suivi de qualité à la performance des laboratoires provinciaux.

Le but restreint de cet output reste de renforcer la commission de lutte contre la maladie en 2019 et de suivre le processus de renforcement à la DGLM qui devrait normalement avoir abouti en 2018.

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. Même avec sa nouvelle structure organique mise en place depuis mars 2018, la DGLM n'a pas réussi à poursuivre ou assimiler cette absorption. Les résistances persistent 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 2019 pour en conclure si les activités restantes seront suffisantes pour atteindre cet output.

## 3.9 Performance de l'output 7

### 3.9.1 Progrès des indicateurs

La surveillance épidémiologique et la réponse contre les épidémies sont renforcées dans une vision multidisciplinaire et multi-bailleurs.	Valeur de la <i>Baseline</i> 2016	Valeur année N-1 2017	Cible année N-1 2017	Valeur Année N 2018	Cible Année N 2018	Cible finale 2019
Plan national de contingence actualisé, validé et disponible au niveau des DPS	1	0	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	56/61	61/61	100%
Fonds de réserve pour mobilisation des équipes du niveau central et des DPS effectivement disponible						

### 3.9.2 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	

### 3.9.1 Analyse des progrès réalisés

Tout l'appui du PANC à l'activité d'investigations et ripostes au niveau central 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 des kits d'intervention et la stratégie de mise en place des Equipes d'Intervention Rapide.

En 2018, le plan de contingence national d'épidémie de MVE a été élaboré. Par contre le plan de contingence national "global" lui est en cours d'élaboration. De ce fait, il n'est ni validé, ni disponible au niveau des DPS.

Le rapport administratif pour 2018 n'étant pas encore prêt, les résultats sur les épidémies détectées et gérées selon la normatif et protocoles de prise en charge existants sont illustratifs et purement basés sur la connaissance de l'épidémiologie du pays.

En 2018, le PANC a appuyé seulement à la mise en place de deux kits d'urgence pour la riposte de l'épidémie de choléra dans la province de Kongo Central, à être livrés début 2019.

### 3.10 Performance de l'output 8

#### 3.10.1 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-1 2017	Cible année N-1 2017	Valeur Année N 2018	Cible Année N 2018	Cible finale 2019
Missions de supervision formative réalisées par l'INRB/missions programmées dans le PAO de la DLM	15/52	10/52	52/52	19/52	52/52	52/52

#### 3.10.2 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	

#### 3.10.3 Analyse des progrès réalisés

En 2018 l'analyse a permis de transformer l'appui aux besoins de fourniture d'intrants spécifiques de l'INRB. La DSE n'a pas non plus en 2018 repris dans son PAO les missions de l'INRB. Avec le financement de 15,000 EUR du PANC pour l'INRB, le PANC a appuyé avec des missions de suivi et contrôle de qualité des laboratoires provinciaux des provinces Sud Ubangi, Tshopo et Kwilu, ainsi que dans les Kasai.

### 3.11 Performance de l'output 9

#### 3.11.1 Progrès des indicateurs

Le management interne de la DLM est renforcé dans la vision de la réforme du système de santé.	Valeur de la <i>Baseline</i> 2016	Valeur année N-1 2017	Cible année N-1 2017	Valeur Année N 2018	Cible Année N 2018	Cible finale 2019
Ressources humaines (recrutées par appel à candidature) présente avec description de postes et évaluées régulièrement /cadre organique rationalisé	7/54	7/54	54/54	7/54	9/54	10/54
Existence de procédures écrites conformes au manuel de procédure national	1	1	4	1	3	5
Existence de rapports systématiques/tous ateliers et missions gérés par la DLM	65	29	ND	35	96	65

### 3.11.2 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		

### 3.11.1 Analyse des progrès réalisés

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.

Sur les 54 agents de la DSE seulement 7 PV de sélection étaient disponibles. La stratégie de rationalisation de la DSE n'est pas encore mise en réalisation à la fin de 2018. Nous avons uniquement tenu compte des ressources humaines présentes à la DESE et sélectionnées par appel à candidature et ayant une description des postes.

Il n'y a pas de manuel de procédures national, le seul disponible actuellement est le manuel des procédures des ressources humaines.

Au jour de la rédaction de ce rapport, le rapport administratif de la DSE n'étant pas prêt le nombre définitif des rapports de missions et ateliers n'est pas encore connu. Néanmoins nous avons répertorié 29 rapports d'activités du premier au troisième trimestre de 2018.

Depuis 2018 l'appui direct au fonctionnement de la DLM a été encadré dans le contrat unique, comme instrument du FBP. Le PANC d'ENABEL a signé ce CU et a participé à son évaluation trimestrielle.

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.

## 3.12 Performance de l'output 10

### 3.12.1 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 2017	Valeur année 2018	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%	11%	30%	80%	100%
Niveau de stock de sécurité dans les 3 CDR, Sources de vérification : Outils de gestion de stock des CDR	74/ND /ND	30/ND /ND	39/ND /33	82/70/75	86/80/80
Prix de cession dans les 3 CDR pour les produits traceurs /	NA	NA	NA	NA	NA

prix d'achat BCAF, Sources de vérification : PV de réception et facture d'achat BCAF, Catalogue produits et prix de cession des CDR					
---	--	--	--	--	--

### 3.12.2 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	

### 3.12.3 Analyse des progrès réalisés

Concernant la CAMEKIS (CDR de Kisangani), l'appui a pu démarrer suite au changement de Conseil d'Administration et de l'équipe exécutive. De nouveaux statuts ont été aussi adoptés. Les besoins en construction de magasins et équipement de cette CDR ont été évalués. Un plan d'appui a été élaboré, incluant non seulement la construction d'un entrepôt et de bureaux supplémentaires et de l'équipement stockage et manutention, mais aussi de la formation pour la totalité de l'équipe. La plupart de ces formations sont déjà réalisées. De l'équipement de sécurité et de bureautique et quelques travaux d'amélioration des entrepôts existants ont aussi contribué à renforcer les capacités.

La reconstitution du Fonds de Roulement de la CDR est en cours, et celle des lignes de crédit pour les 3 ZS de la Tshopo appuyées par le programme Santé Enabel a été réalisée.

Concernant la CAMENE (CDR de Gemena/ Bwamanda), le processus devant aboutir à la réhabilitation de ses locaux de Gemena a avancé en 2018, en prenant un retard conséquent. Le bureau d'études sélectionné en fin 2017 a produit les études et spécifications techniques attendues pour les 2 CDR (CAMENE et CAMEBASU), mais du retard a été pris dans le processus au niveau d'Enabel. Ce retard a permis finalement d'inclure les besoins de construction de la CAMEKIS dans l'Appel d'Offre. Fin 2018, l'AO avait été conclu pour les 3 CDR, mais la notification n'avait pas encore été faite aux entreprises sélectionnées. Les études pour un équipement en production d'énergie électrique photovoltaïque ont été réalisées pour la CAMENE et serviront de support pour les 2 autres CDR. De l'équipement et du matériel a été fourni tant pour le siège de la CAMENE à Gemena que pour ses dépôts secondaires de Gbadolite et Lisala.

La CAMEBASU (Kikwit), n'a pas reçu d'appui spécifique en 2018. Cependant, elle a été une des 1<sup>ères</sup> CDR du réseau FEDECAME a participé au nouveau Système d'Information en Gestion Logistique (SIGL) permettant de produire en temps réel les données sur la gestion des stocks et des flux de produits et finances et de les analyser.

L'élaboration d'un Business Plan prévue pour chacune d'elles en se basant sur les calculs de coûts de fonctionnement issus d'une comptabilité analytique n'a pas pu se faire. La formation sur les nouvelles procédures de comptabilité analytique a bien été réalisée pour l'ensemble des CDR du pays. Cependant, pour la CAMEKIS, les bases financières antérieures (2016, 2017) ne sont pas correctes. Et pour la CAMENE et la CAMEBASU, les difficultés générées par la mise en œuvre du PDSS et celles du BCAF à les approvisionner ne leur ont pas permis d'être dans une situation sur laquelle il serait correct de baser un Business Plan.

### 3.13 Performance de l'output 11

#### 3.13.1 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	Valeur année 2018	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	13	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	12	6	15
Nb de réunions sous-commissions d'approvisionnement (MEG/ CPP) / nb prévu, sources de vérification : Compte Rendu de réunion, Rapport activités AT au PNAM	6	9	10	7	9

#### 3.13.2 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		

#### 3.13.3 Analyse des progrès réalisés

Le PNAM n'a encore pas bénéficié d'un budget de fonctionnement du MSP en 2018, ce qui implique que ses capacités en ont été forcément limitées. Cependant, suite à l'affectation d'un nouveau directeur et à l'appui des PTF, en particulier d'Enabel, de nombreux aspects se sont nettement améliorés. La réorganisation du MSP n'a pas encore affecté le PNAM, pourtant la nouvelle Loi Cadre sur la Santé du 13/12/2018 a formalisé le statut du PNAM et ses missions.

L'appui de l'ATI Gestion Pharmaceutique du PANC a permis au PNAM de progresser sur plusieurs dossiers techniques : normes d'implantation et de fonctionnement des CDR, organisation du réseau, suivi et évaluation des CDR, Système d'Information en Gestion Logistique, processus de quantification national principalement. D'autre part, l'appui au PNAM a permis aussi d'améliorer son organisation et son fonctionnement : nouvel organigramme et profils de poste, élaboration du Contrat Unique, du Plan Opérationnel Annuel et des Plans de Travail Trimestriels, des Termes de Référence des missions notamment.

Grâce aux appuis des PTF et au dynamisme du nouveau directeur, le PNAM a repris sa place de leadership dans l'encadrement et la supervision du SNAME. Les nombreuses activités qui lui sont dévolues dans le Plan Stratégique du SNAME sont pour la plupart engagées ou en préparation, même si l'exécution en prend du retard.

Suite aux difficultés de mise en œuvre du PDSS, à la réorganisation du réseau des CDR et à l'élaboration en cours du Plan Stratégique de la FEDECAME et de son Business Plan, l'élaboration du modèle de Business Plan pour les CDR n'est plus une priorité. Par contre,



l'élaboration puis l'implantation d'un Système d'Information en Gestion Logistique (SIGL) permettant de produire en temps réel les données sur la gestion des stocks et des flux de produits et finances et de les analyser sont devenues une priorité. Fin 2018, la phase pilote a été conclue et 5 CDR alimentent déjà ce SIGL.

### 3.14 Performance de l'output 12

#### 3.14.1 Progrès des indicateurs

Indicateurs	Valeur de la Baseline 2016	Valeur année 2017	Valeur année 2018	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	828 232	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	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	ND

#### 3.14.2 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	

#### 3.14.3 Analyse des progrès réalisés

Le Bilan 2018 de la FEDECAME n'est pas du tout positif, et les nombreux déboires auxquels elle a dû faire face ont laissé des séquelles.

Sur le plan institutionnel, le Plan Stratégique de la FEDECAME n'a toujours pas été élaboré car le financement sollicité au PEE d'Enabel n'a pas abouti (difficultés de procédures et calendriers). Des propositions stratégiques et un draft ont été rédigés par l'ATI en Gestion Pharma d'Enabel et soumis au Conseil d'Administration, mais le dossier n'a pas beaucoup avancé malgré les engagements. Le Business Plan lui-même connaît des difficultés d'élaboration, les consultants mandatés ont du mal à s'y retrouver entre les orientations des différentes parties prenantes. La restructuration de l'organigramme est prévue, mais non finalisée, et fin 2018 le processus de recrutement de nouveaux personnels avait juste démarré.

Sur le plan fonctionnel, l'année 2018 a démarré par un drame avec l'incendie d'un des 2 entrepôts loués et des pertes conséquentes : près d'1 M. USD de médicaments (stock PDSS) et tout le matériel de manutention acheté avec le financement du PANC. L'assurance risque de ne pas

couvrir ce sinistre une fois de plus. Peu de temps après, une forte pluie a envahi les locaux du PNAM, et la partie où est hébergée la FEDECAME a été sérieusement inondée avec comme conséquence principale la perte de matériel informatique et électrique. Le PANC a investi en urgence dans le remplacement de ce matériel.

Heureusement, une entente a fini par être trouvée suite aux pressions de plusieurs PTF entre l'USAID et le Fonds Mondial pour la construction d'un entrepôt préfabriqué (1 000m<sup>2</sup>) sur le site de celui qui avait brûlé en 2011. Le processus est lancé et une commission de suivi gère le dossier. Malheureusement, le dossier de la gestion des entrepôts nationaux (Hub pharma) situés à Kinkolé n'a pas abouti, le MSP n'ayant pas réussi à se décider sur un mode de gestion définitif ; la FEDECAME semble désormais en mauvaise posture pour en prendre le contrôle. Fin 2018, la FEDECAME n'a plus d'entrepôts ni en propre ni en location, et donc plus de stock, et reste hébergé dans les bureaux du PNAM.

Dans le cadre du PDSS, la Banque Mondiale avait proposé la constitution d'un stock tampon pouvant aller jusqu'à 10 M. USD pour le BCAF de la FEDECAME, 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). Mais un changement de stratégie de la Banque Mondiale en fin 2017 a totalement déstabilisé le PDSS et le SNAME. Les stocks des CDR ont été distribués directement aux FOSA et une partie du stock tampon de la FEDECAME réparti dans les 6 CDR, mais aucune modalité logistique et financière n'avait été prévue. De plus, dans le cadre de la lutte contre les épidémies de virus Ebola, dans la province de l'Equateur premièrement, puis au Nord Kivu et Ituri ensuite pour la 2<sup>nd</sup>e, le MSP a réquisitionné une partie des stocks restant. Enfin, suite à des difficultés d'approvisionnement pour ses propres commandes dans le cadre de ses projets de santé, l'USAID a sollicité le MSP pour une avance en médicaments. Cette avance a aussi été prise dans le stock tampon de la FEDECAME.

Il faut reconnaître que l'équipe de la FEDECAME n'a pas géré au mieux tous ces événements, mais les circonstances ne lui étaient pas favorables. Les changements de mode opératoire dans le PDSS et le non-respect des termes du contrat le liant à la FEDECAME ont rendu la collaboration difficile, avec en apogée l'arrivée simultanée de la commande des CDR et de celle du stock tampon. L'assistance technique de la Banque Mondiale n'a pas été à la hauteur des résultats attendus. Malheureusement, au final, la Banque Mondiale a suspendu sa collaboration avec la FEDECAME, malgré les protestations des autres PTF. La commande de produits du Planning Familial pour 1,1 M. USD a même été annulée.

S'il faut noter que la reprise de la collaboration avec ASRAMES comme pôle d'acquisition du BCAF peut être notée comme un point positif, cela n'a pas permis de beaucoup améliorer la disponibilité des produits dans le réseau FEDECAME car ASRAMES aussi a connu de grosses difficultés à s'approvisionner suite à la pénurie sur le marché mondial des Médicaments Essentiels génériques.

Parmi les aspects plus positifs, le PRODES, projet similaire au PDSS mais financé par l'UE, démarre peu à peu, malgré un certain retard, et le stock tampon de 2 M. USD logé à la FEDECAME est en cours de préparation à la commande. De plus, la construction des bureaux (300m<sup>2</sup>) sur le site des anciens entrepôts brûlés en 2011 est aussi planifiée.

En conséquence, le Chiffre d'Affaire annuel n'a guère augmenté, et les stocks des CDR sont en cours d'épuisement. Et c'est ainsi que l'année 2018 s'est finie sur une mise en cause assez lourde de l'équipe exécutive sur ses capacités à répondre à la mission dévolue par le MSP.

Heureusement, au 4<sup>ème</sup> trimestre, un consultant est venu appuyer la mise à jour des manuels de procédures de gestion administrative, financière et stock. Comme en 2017, le PANC a appuyé l'organisation de la table ronde annuelle inter-CDR, et la FEDECAME a trouvé des subventions complémentaires pour la réaliser. Le PANC a également appuyé la mise à niveau du BCAF et des

CDR en comptabilité pour atteindre un niveau de procédures et de gestion de comptabilité analytique dans l'optique de l'élaboration des Business Plans.

### **3.15 Thèmes transversaux**

#### **3.15.1 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 lesbiennes, Gay, Bisexuels, Transgenres et Intersexués.

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 (r)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 à deux voies en matière de genre, le programme santé a entrepris une action spécifique dans l'octroi de bourses d'études 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 prenons des actions spécifiques sur la participation des femmes. Nous cherchons à être inclusifs vers des thématiques d'intérêt pour les femmes et nous faisons ces choix ensemble avec les interventions d'ENABEL dans le secteur éducation.

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.

Au niveau de nos provinces respectives, en matière de santé la notion de genre n'est pas prise en compte de façon spécifique afin d'avoir un impact sur l'intervention. Mais des mesures sont prises afin que la considération de cet aspect n'influence sur les programmes que nous exécutons.

### **3.15.1.1 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).

### **3.15.1.2 SDSR : 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.

### **3.15.1.3 SDSR : 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.

Nom de l'indicateur	Valeur Baseline	Valeurs 2017	Valeurs cibles 2017	Valeurs 2018	Valeurs cibles 2018	Valeurs cibles 2019	Unité de mesure	Sources de vérification
<b>INDICATEURS SPECIFIQUES SENSIBLES AU GENRE</b>								
<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 (91)	87 (91)	ND	ND	ND	ND	%	Données SNIS (rapport PNSR)
Taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié/formé	68 (70)	68 (70)	ND	71	80	82	%	Données SNIS (rapport PNSR)
Taux des décès maternels intra hospitaliers	2799	68 (70)	ND	0,03			Nbre décès / 100 000	Données SNIS
Proportion CPoN 3*	52,4 (64%)	52,4 (64%)	ND	66,60%			%	Données SNIS
Taux de femmes ayant une complication après accouchement	2,53	2,53	ND				%	Données SNIS
Taux des nouvelles acceptantes sous méthodes contraceptives modernes	8,3	8,3	ND	8,1%			%	Données SNIS

### 3.15.2 Environnement

Selon l'OMS « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La santé est donc une sensation agréable procurée par la satisfaction de besoins physiques et l'absence de tensions psychologiques ».

Plusieurs déterminantes existent pour qu'une personne se sente en bonne ou mauvaise santé, les nommes déterminantes sociales de la santé :

- Les variables biologiques : l'hérédité, les prédispositions, l'âge, l'état de santé.
- Les facteurs comportementaux et le mode de vie : le tabagisme, l'hygiène, la nutrition, la pratique d'activités sportives, le rythme de vie et de travail, le fait de vivre en ville ou à la campagne, etc.
- Les facteurs socio-économiques : l'accès aux soins de santé, le niveau de l'éducation, de revenus, l'activité professionnelle, etc.
- L'état psychologique et émotionnel.
- La sensibilité particulière de chaque individu.
- Les facteurs environnementaux.

Le programme santé regarde à la santé d'une perspective de droit de l'homme, soulignant le concept des déterminantes sociales dans la prise en charge holistique des problèmes de santé publique au niveau communautaire, de la famille et personnel.

Un de ces déterminantes, l'environnement, influence la santé des personnes de diverses manières - par une exposition aux facteurs de risque physiques, chimiques et biologiques et par des changements de comportement en réaction à ces facteurs. Encore selon l'OMS, 13 millions de décès par an sont causés par des phénomènes environnementaux qui pourraient être évités. La prévention du risque environnemental pourrait sauver jusqu'à 4 millions de vie par an, ne serait-ce que parmi les enfants, la plupart dans les pays en voie de développement.

À cela s'ajoute le fait que nous ne sommes pas tous exposés de manière égale aux différents facteurs de l'environnement. Les différences de niveaux d'exposition (qui varient en fonction du cadre de vie, des habitudes de vie et de l'activité professionnelle) et les facteurs individuels (sexe, âge, facteurs génétiques, état nutritionnel, niveau socio-économique, état de santé psychique) créent des situations individuelles très diverses.

L'environnement n'agit donc pas de la même manière sur chaque individu. Une personne en bonne santé peut s'adapter plus facilement aux contraintes extérieures. Chez une personne malade, mal nourrie, soumise au stress, etc., la capacité d'adaptation est plus réduite et son état se dégradera plus rapidement que chez une autre personne.

Certains groupes de personnes sont également plus sensibles aux pollutions environnementales : il s'agit des enfants, des femmes enceintes, des personnes déjà malades et des personnes âgées. À même dose d'exposition, leur organisme se défend moins bien.

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.

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 programme 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.

### **3.15.3 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 basée 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 :

<b>Etape</b>	<b>Contenu</b>
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 en 2019.

### 3.16 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	High	Medium	High Risk	Aucune action ne peut être menée pour ce risque. En plus des problèmes de sécurité continus, le Q4 2018 a été marqué par des situations aigues de nécessité de surveillance spécifique et le conseil aux ATI du Programme (comme pour tous les ATI d'Enabel) de quitter Kinshasa avant la tenue des élections.	RR, AMBABEL	Elections en RDC 30/12/2018	On suit l'actualité sur la situation de sécurité dans le pays. La campagne électorale à partir du 23/11/2018 a été marquée par de la violence et la non-équité d'accès pour les candidats aux provinces. La tenue le 30/12 des élections a été marquée par un contexte relativement apaisé et le déploiement d'un dispositif de sécurité impressionnant. Enabel a augmenté, en coordination avec AMBABEL, les mesures de sécurité pour le staff expatrié et national.	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.	Q1 2018	DEV	High	Medium	High Risk	Aucune action ne peut être menée pour ce risque, sauf la tenue d'élections démocratiques en RDC. On doit attendre la proclamation par la CENI des résultats corrects, prévue pour début janvier 2019.	RR, AMBABEL	Elections en RDC	La campagne électorale a commencé à un mois avant la tenue des élections, prévues initialement pour le 23/12/018. La campagne a été marquée par de la violence et la non-équité d'accès pour les candidats aux provinces. Le 30/12 les élections ont finalement eu lieu en RDC (sauf dans certains territoires avec du retard (du 23 au 30/12), des problèmes logistiques et d'organisation mais dans une situation relativement apaisée. Entre autres la CENCO a mobilisé un dispositif de 40,000 observateurs dans les 26 provinces du pays.	En cours
						<i>Insérer une ligne ici</i>				
Les relations entre la RDC et la Belgique continuent à détériorer, rendant impossible les activités d'Enabel dans l'ensemble et au niveau central en particulier	Q1 2018	DEV	Medium	Medium	Medium Risk	Enabel Santé continue ses activités de manière technique, low profil mais sans limitations de visibilité ou pilotage.	RR, AMBABEL	Jusqu'à fin 2018	Les activités au niveau technique continuent sans trop de problèmes. Le nouveau ResRep d'Enabel en RDC a aidé normalisé les relations avec le gouvernement congolais, mais tout n'est pas encore apaisé. Les missions d'appui conseil du siège n'ont pas pu être reprises en Q4, à cause de ne pas obtenir les visas.	En cours
						Fréquente dialogue entre PANC, Programme Santé et RR.	Coord. Santé, RR	Jusqu'à fin 2020	Dialogue en place, formellement et informellement.	
						<i>Insérer une ligne ici</i>				

<p>Les PTF n'honorent pas leurs engagements décrits dans la chartre d'accord (2012) au sein du GIBS</p>	<p>déc. 2016</p>	<p>OPS</p>	<p>Medium</p>	<p>Medium</p>	<p>Medium Risk</p>	<p>Participation active dans les structures de pilotage entre MSP et multi-bailleurs (CNP-SS, CCT et commissions), dans le groupe GIBS et sous-groupes. (1 réunion plénière du GIBS par mois ; 3 réunions de sous-groupes du GIBS par mois, 3 réunions de commissions du CNP-SS par mois, 4 réunions du CCT par an, 1 réunion du CNP-SS par an). Coordination continue avec l'attaché de santé d'AMBABEL. Augmenter la pression sur la BM pour adhérer à ses engagements par rapport au Chartre entre PTF.</p>	<p>Enabel, AMBABEL, Programme</p>	<p>Continu</p>	<p>1) PANC participe activement dans les séances du CNP-SS, du CCT et de 3 sur 6 commissions existantes. Participation ad hoc dans d'autres commissions. PANC (ensemble avec AMBABEL) participent dans plus que 80% des séances du GIBS et sous-groupes. Enabel est considéré comme un membre clé, surtout au niveau central du MSP, vu son association permanente à des activités clés à tous les niveaux du secteur. 2) Dans le cadre des CU signés au niveau central par PANC (désigné comme représentant signataire des membres du GIBS), les évaluations trimestrielles de performance (FBR) ont réussi et ont déclenché des processus de changement petit à petit. Avec la consolidation des CU dans 7 institutions du niveau central, la stratégie de FBR est enfin en train d'être mise en œuvre. 3) La Banque Mondiale a annoncé de se retirer unilatéralement de certains de ses engagements formulés dans le Chartre, entre autres par sa décision de reprendre les achats de médicaments de manière parallèle au PNAME. Par contre, le Fonds Mondial a décidé de s'adhérer progressivement au SNAME.</p>	<p>En cours</p>
---	------------------	------------	---------------	---------------	--------------------	--	-----------------------------------	----------------	--	-----------------

						<p>Les SMCL du Programme sont un important instrument pour faciliter les CU des DPS, comptant sur leur flexibilité à s'adapter au contexte local.</p>	Enabel, MSP	Continu	La tenue des SMCL est devenu encore plus un instrument de mobilisation, d'apprentissage et d'échange sectorielle pour le Programme à partir du mois de mars 2018, lançant les semaines d'échange. La 2 <sup>e</sup> semaine de changé (et 2 <sup>e</sup> SMCL de 2018) a dû être reprogrammé à plusieurs reprises et se réalisera du 05 au 10 novembre à Bandundu.	
						Le PS SNAME de 2017 doit être mis en réalisation en 2018 et doit être distribué au niveau opérationnelle.	Programme, PNAM, MSP	A partir du 2018	La plupart des PTF s'alignent déjà sur une stratégie nationale d'achat, distribution et stockage des médicaments essentiels et génériques centrée sur la FEDECAME et les CDR. La stratégie de diffusion du PS SNAME avait été conceptualisée en Q2 2018, mais elle traîne dans sa mise en œuvre. Il existe des rumeurs que la Banque Mondiale a l'intention de se retirer de la FEDECAME, mais au même moment le Fonds Mondiale à l'intention d'y s'aligner.	
Le PDSS du MSP, avec financement de la Banque Mondiale, accumule trop de retard dans sa mise en œuvre, provoquant un impact négatif sur la réalisation des activités du Programme Santé, dans les domaines de la TFS et la gestion du médicament au niveau des CDR.	Q4 2017	DEV	Medium	High	High Risk	A travers le GIBS et le dialogue bilatéral avec le PDSS et la BM on cherche des aménagements des activités du PDSS. Enabel pressonné afin de se faire intégrer dans la plateforme de coordination du PDSS en Q1 2019	Programme, AMBABEL, PDSS	Jusqu'à fin 2019	L'intégration de Dominique Baabo comme coordinateur national a eu des résultats mais les retards administratifs du PDSS continuent à perturber des stratégies comme la TFS, le FBR, etc. Il a été confirmé que le BM se retire de la FEDECAME comme centre d'achat de produits pharmaceutiques. Le GIBS, la UE et la Belgique font le pressing auprès du BM pour reconsidérer.	En cours
						Attendre les résultats et recommandations des évaluations internes du PDSS.	GIBS, MSP	Q1 2019	Les résultats n'ont pas été partagés jusqu'à fin Q3.	

						<i>Insérer une ligne ici</i>				
L'Etat congolais ne sera pas en mesure (ou ne prendra pas la décision politique de) remédier l'insuffisance de financement et de RH adéquates pour le fonctionnement du niveau central, ce qui laisse trop de gaps pour les besoins identifiés.	déc. 2016	OPS	Low	Medium	Low Risk	Le niveau central sera prévu de leur RH selon le cadre organique de la réforme des niveaux décentralisés, déjà en rigueur.	Programme, DEP, DLM	Jusqu'à fin 2019	Le MSP donne suite partiellement à la contratación de ces RH et la mise en retraite d'autres, mais avec beaucoup de retard.	Terminé
						Signatures des contrats uniques au niveau du niveau central, suivi aux évaluations.	Programme, DEP, DPS, GIBS	jusqu'à fin 2019	Evaluations faites pour le T2 et T3, retard pour le T4. Suivi aux évaluations se fait partiellement et sans standardisation.	
						<i>Insérer une ligne ici</i>				
La résistance aux changements de la réforme de santé persiste chez les directeurs des programmes spécialisés et ne permet pas de mettre en œuvre efficacement la réforme du MSP.	déc. 2016	OPS	High	Medium	High Risk	La restructuration de la DLM, devenue Direction Générale de Lutte contre la Maladie, a déclenché en Q1 2018. Il faut appuyer à cette DGLM dans la mise en réalisation de la réforme.	ATI, DLM	Continu	PANC continue à appuyer la DSE (ex-DLM). La DGLM ne s'est pas mise en place réellement par des motifs que l'on n'arrive pas à bien comprendre - sauf que 2 épidémies consécutives d'Ebola ont surchargé et presque décime cette DGLM depuis le Q2. Le MSP et le SG à la Santé n'ont pas soutenu leurs priorités réelles par rapport à la mise en place complète de la réforme au niveau central.	En cours
						Intégrer l'évaluation de la réforme au niveau central à l'évaluation à mi-parcours du PNDS 2016-2020 (mai - juillet 2018)	MSP, GIBS	mai - juillet 2018	L'EMP du PNDS 2016-2020 a été réalisée et a fait intégrer des recommandations au secteur santé pendant la revue annuelle du MSP au début de juillet 2018. Ces recommandations ont guidé le recadrement du PNDS, qui court maintenant du 2019 au 2022. Ce nouveau PNDS a été validé par le CNP-SS pendant le mois de novembre.	
						<i>Insérer une ligne ici</i>				

Les achats par certains PTF de médicaments persistants hors du système FEDECAME (BCAF) seront contre-productifs à une réelle amélioration du SNAME.	DTF	OPS	High	Low	Medium Risk	Concertation forte et permanente des PTF au GIBS et lors des CPN	ATI	Fin 2018	ATI Gestion pharmaceutique participe de cette concertation dans la commission, le GIBS et au niveau central. Il existent des rumeurs que la BM à l'intention de se retirer de la FEDECAME.	En cours
						Plan Opérationnel du SNAME élaboré pour 2019			Le PAO 2019 du PNAM prend en compte le Plan Stratégique du SNAME pour sa mise en œuvre. La mise en œuvre de l'opérationnalisation du PS est en retard	
						<i>Insérer une ligne ici</i>				
Courte durée de la CS du PANC au regard des plafonds de trésorerie qui poussent à reporter d'une année à l'autre l'atteinte des résultats.	janv-18	OPS	Medium	Medium	Medium Risk	La RR lance un exercice de reconsidération stratégique du portefeuille des interventions d'Enabel en RDC avec perspective jusqu'à fin 2021, dans lequel est envisagé une prolongation des CS du Programme Santé jusqu'à fin 2020. Demander l'autorisation à la SMCL PANC et le SDS pour déclencher une sollicitude de prolongation pour le PANC : CS jusqu'à fin 2020, MEO jusqu'à fin juin 2020.	RR, AMBABEL	janvier à juillet 2019	La 2° SMCL d'exécution du PANC (11/04/2018), du PLVS et PADP (24/03/2018) s'est prononcée sur le sujet et a demandé aux équipes d'exécution de préparer des dossiers techniques et financiers prolongation de la CS jusqu'à fin 2020. Le dossier a été présenté pendant la réunion du 09/11/2018 des SMCL PADP/PLVS, qui a adapté son lancement. On envisage une prolongation du PADP jusqu'à fin 2020, du PLVS jusqu'à fin juin 2020 et du PANC jusqu'à avril 2020. Les premières réactions au niveau de la DGD ne seraient pas négatives.	En cours

Pas d'initiatives de l'état pour graduellement assurer le paiement des compléments de salaire du personnel des directions bénéficiées	déc. 2016	FIN	High	Medium	High Risk	Concertation forte et permanente avec le GIBS et l'état congolais/MSP/gouv. Provincial	CTB, AMBABEL	janvier - décembre 2019	L'exécution du budget de l'Etat reste faible et le budget même est insuffisant. Le GIBS fait des plaidoyers constants. Le budget de santé pour 2019 s'annonce à 10% du budget national, ce qui est encourageant. Il faut absolument influencer via le GIBS le degré d'exécution de ce budget, dans les activités et interventions pour lesquelles il est conçu.	En cours
						Visibilité les contributions de l'état congolais par rapport au secteur santé via les CU aux DPS et aux programmes spécialisés et directions centrales du MSP.			CU en place dès le début de 2018 dans 9 DPS au niveau provincial et à partir du Q2 2018 au niveau central dans 11 programmes et directions.	
						<i>Insérer une ligne ici</i>				

## 4 Pilotage et apprentissage

### 4.1 Réorientations stratégiques

Après la modification du cadre logique effectuée et approuvée en 2017 certaines synergies se sont présentées avec d'autres PTF dans certains domaines.

Pour s'impliquer beaucoup plus concrètement au niveau de la DSE, le PANC cherchera à appuyer encore plus à la Commission Technique Nationale de Lutte contre la Maladie.

La nouvelle intervention de l'élimination de la maladie de sommeil en RDC, qui n'a pas avancé en 2018, mettra l'accent sur l'approche décentralisée et intégrée de la détection, traitement et control de vecteur ? Cette intervention sera confiée aux volets PADP et PANC du Programme Santé.

### 4.2 Recommandations

Recommandations	Acteur	Date limite
<i>Poursuivre la proposition de prolongation de certains volets du programme santé en 2019.</i>	Coordination santé, RR, Enabel, DGD, MSP	Jusqu'à fin Q2 2019
<i>Organiser une évaluation à mi-parcours adaptée à la situation de chaque volet et le programme comme ensemble.</i>	Coordination santé, RR, Enabel.	Mai – juin 2019
<i>Donner toute la priorité à l'exécution des chantiers de construction dans les 3 CDR.</i>	Coordination santé	Tout 2019
<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	Tout 2019

### 4.3 Enseignements tirés

Enseignements tirés	Public cible
La collaboration continue avec les attachés de santé de l'AMBABEL est appréciée comme enrichissante pour les deux parties, ainsi que la participation des dialogues au niveau du GIBS et le CNP-SS	Représentation résident ENABEL, AMBABEL
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.	MSP, Représentation résident ENABEL, AMBABEL, autres secteurs ENABEL en RDC

<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>
---	--



## 5 Annexes

### 5.1 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>					
X	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.			
	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>					
X	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).			
	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>					
X	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.			

	<b>C</b>	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.
X	<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.
	<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>				
<b>Évaluation de la DURABILITÉ POTENTIELLE : note totale</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
		<b>X</b>		
<b>4.1 Durabilité financière/économique ?</b>				
	<b>A</b>	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>B</b>	La durabilité financière/économique sera vraisemblablement bonne, mais des problèmes peuvent survenir en raison notamment de l'évolution de facteurs économiques externes.		
	<b>C</b>	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.		
	<b>D</b>	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	<b>A</b>	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>B</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.		
	<b>C</b>	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.		
	<b>D</b>	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>				
	<b>A</b>	L'intervention bénéficie de l'appui intégral de la politique et des institutions, et cet appui se poursuivra.		
X	<b>B</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.		
	<b>C</b>	La durabilité de l'intervention est limitée par l'absence d'appui politique. Des mesures correctives sont requises.		
	<b>D</b>	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	<b>A</b>	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>B</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.		

<b>C</b>	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.
<b>D</b>	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.

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

Décision				Action			Suivi	
Décision	Période d'identification (mmm.aa)	Source*	Acteur	Action(s)	Resp.	Deadline	Avancement	Statu
2° SMCL de mise en œuvre 11/04/2018: 1) Présentation et approbation du rapport de la ligne de base, 2) Présentation et approbation du rapport de résultats 2017, 3) Présentation et approbation de la planification opérationnelle et financière 2018	avr-18	PV Réunion	SMCL, CTB, MSP, Programme	Distribuer les éléments pour approbation et validation de la 2° SMCL de mise en œuvre à tous les membres de la SMCL selon ROI.	ATI	01/04/2018	Les documents ont été remis aux membres de la SMCL.	CLOSED
				Rédacter version définitive du rapport de ligne de base; du rapport de résultats 2017, de la planification opérationnelle et financière 2018	ATI/DEP/DLM/PNAM	01/04/2018	Le rapport final LdB a été validé par la SMCL. Une nouvelle section concentrée sur le M&E de l'état de santé de la femme et de ses droits à la Santé sexuelle et reproductive sera présentée à la SDS du Programme Santé en 2° semestre 2018. Le rapport de résultats a été valide et a été distribué selon les procédures d'Enabel. La planification 2018 a été approuvée.	
				<i>Insérer une ligne ici</i>				

<p>La 2° SMCL s'est prononcé sur la possibilité de solliciter une prolongation a certains volets du Programme Santé. Les membres de la SMCL ont demandé à l'équipe d'exécution de préparer un dossier pour analyser la faisabilité de cette sollicitude.</p>	avr-18	PV Réunion	Programme	<p>Rassembler les données et réaliser les analyses pertinentes pour consolider un dossier de sollicitude de prolongation de la CS du Programme Santé. Revue stratégique du portefeuille des interventions d'Enabel en RDC entre RR et siège. Présentation du dossier de prolongations CS et MEO du Programme Santé aux SMCL.</p>	ATI/DEP/DLM/PNAM	09/11/2018	<p>Revue stratégique en cours du portefeuille des interventions d'Enabel en RDC entre RR et siège. Cette revue, partagée avec le siège début octobre, prévoit la prolongation des CS du Programme Santé jusqu'à fin 2020/2021. L'équipe a calculé les programmations Q4 2018 et 2019 avant le 15 octobre et ont défini un solde suffisant pour la prolongation. Le dossier prolongation a été présenté pendant la réunion des SMCL PADP/PLVS (09/11/2018), qui l'a adopté, et sera programmé pour présentation à la SMCL suivante du PANC (début Q1 2019) et le SDS.</p>	OPEN
<i>Insérer une ligne ici</i>								
<p>La 2° SMCL s'est prononcé sur la pertinence d'une évaluation à mi-parcours pour le programme santé de 36 mois. En cas de approbation et en attente des avances de cette procédure, il a été demandé à l'équipe de coordination du Programme de préparer et activer la procédure de tenir une EMP du Programme.</p>	avr-18	PV Réunion	SMCL	<p>Le dossier pour la tenue d'une EMP du Programme santé sera préparé au début 2019. Il est estimé de tenir l'EMP pendant le Q1/Q2 2019.</p>	ATI/DEP/DLM/PNAM	juillet 2018 - EMP Q4 2019	<p>L'audit externe a été réalisé pendant le mois de novembre 2018. L'EMP est prévue pour le Q1/Q2 2019.</p>	OPEN
<i>Insérer une ligne ici</i>								
<p>La 3° SMCL de MEO du PADP/PLVS du 09/11/2018 à instruit la réalisation d'un audit externe (déjà) programmé pour le mois de novembre 2018) et d'une EMP pour Q1Q2 2019.</p>	nov-18	PV Réunion	SMCL, Enabel, MSP, Programme	<i>Insérer une ligne ici</i>				

### 5.3 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. En 2018, il n'y a plus eu des modifications.

Le cadre logique modifié du PANC se trouve ci-dessous, avec la structure de la matrice de monitoring correspondante.

#### 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>
<i>Indicateurs nationaux liés au monitoring du PNDS 2016-20</i>
<i>% du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé</i>
<i>Taux d'exécution du budget de l'Etat au secteur de la santé</i>
<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>
<i>Indicateurs nationaux liés au monitoring du PNDS 2016-20</i>
<i>Appréciation du bilan annuel des activités du PNDS 2016-20</i>
<i>Evolution des indicateurs nationaux</i>
<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>
<i>Appréciation du bilan annuel des activités du PNDS 2016-20</i>
<i>Evolution des indicateurs nationaux</i>
<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
<i>CAMEBASU</i>
<i>CAMENE</i>
<i>CAMEKIS</i>
Taux d'autonomie financière atteint par les 3 CDR du programme
<i>CAMEBASU</i>
<i>CAMENE</i>
<i>CAMEKIS</i>
Proportion de produits pré-qualifiés par la FEDECAME présents dans les 3 CDR
<i>CAMEBASU</i>
<i>CAMENE</i>
<i>CAMEKIS</i>
Taux de disponibilité d'un panier de médicaments traceurs (62) dans les 3 CDR
<i>CAMEBASU</i>

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 règlementaires 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
<del><b>Output: R7 Renforcement de la surveillance et réponse contre les épidémies</b></del>
<del>Plan national de contingence actualisé, validé et disponible au niveau des DPS</del>
<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/ CPP) / 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>



## 5.4 Aperçu des MoRe Results

Résultats ou indicateurs du cadre logique modifiés au cours des 12 derniers mois ?	Non
Rapport <i>Baseline</i> enregistré dans PIT ?	Oui
Planning de la MTR (enregistrement du rapport)	06/2019 (estimation)
Planning de l'ETR (enregistrement du rapport)	Q3/2019 (estimation) ou Q3/2020 (en cas de prolongation)
Missions d’appui conseil depuis le 01/01/2018	Aucune (4 programmées, aucune réalisées)

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

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

## 5.6 Ressources en termes de communication

Il n’y a eu en 2018 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).