RAPPORT DE RESULTATS 2017

PROGRAMME D'APPUI AUX DIVISIONS PROVINCIALES ET ZONES DE SANTE PADP / RDC1419411

Février 2018

ACRONYMES **4**

1 APERÇU DE L'INTERVENTION **6**

1.1 FICHE D'INTERVENTION 6
1.2 EXECUTION BUDGETAIRE 7
1.3 AUTOEVALUATION DE LA PERFORMANCE 8
1.3.1 Pertinence *8*
1.3.2 Efficacité *8*
1.3.3 Efficience *9*
1.3.4 Durabilité potentielle *10*
1.4 CONCLUSIONS 12

2 MONITORING DES RESULTATS **14**

2.1 ÉVOLUTION DU CONTEXTE 17
2.1.1 Contexte général *17*
2.1.2 Contexte institutionnel ..... ***Erreur ! Signet non défini.***
2.1.3 Contexte de gestion : modalités d'exécution *18*
2.1.4 Contexte HARMO *19*
2.2 PERFORMANCE DE L'OUTCOME 20
2.2.1 Progrès des indicateurs *20*
2.2.2 Analyse des progrès réalisés *20*
2.2.1 Impact potentiel *20*
2.3 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 1 24
2.3.1 Progrès des indicateurs *24*
2.3.2 État d'avancement des principales activités – Output 1 ..... *24*
2.3.3 Analyse des progrès réalisés *24*
2.4 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 2 30
2.4.1 Progrès des indicateurs *30*
2.4.2 État d'avancement des principales activités *30*
2.4.3 Analyse des progrès réalisés *30*
2.5 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 3 34
2.5.1 Progrès des indicateurs *34*
2.5.2 État d'avancement des principales activités *34*
2.5.3 Analyse des progrès réalisés *34*
2.6 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 4 41
2.6.1 Progrès des indicateurs – ZS KABONDO *41*
2.6.2 Progrès des indicateurs – ZS MAKISO-KISANGANI *41*
2.6.3 Progrès des indicateurs – ZS LUBUNGA *41*
2.6.4 État d'avancement des principales activités *42*
2.7 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 5 47
2.7.1 Progrès des indicateurs - KABONDO *47*
2.7.2 Progrès des indicateurs – MAKISO-KISANGANI *47*
2.7.3 Progrès des indicateurs - LUBUNGA *47*
2.7.4 État d'avancement des principales activités *48*
2.7.5 Analyse des progrès réalisés *48*
2.8 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 6 50
2.8.1 Progrès des indicateurs - KABONDO *50*
2.8.2 Progrès des indicateurs – MAKISO-KISANGANI *50*
2.8.3 Progrès des indicateurs - LUBUNGA *50*
2.8.4 État d'avancement des principales activités – LUBUNGA *51*
2.8.5 Analyse des progrès réalisés – Output 6 ..... *51*
2.9 THEMES TRANSVERSAUX 53
2.9.1 Genre *53*
2.9.2 Environnement ..... ***Erreur ! Signet non défini.***

2.9.3 Une approche basée sur les droits humains ***Erreur ! Signet non défini.***
2.10 GESTION DES RISQUES 59

3 PILOTAGE ET APPRENTISSAGE 68

3.1 REORIENTATIONS STRATEGIQUES 68
3.2 RECOMMANDATIONS 68
3.3 ENSEIGNEMENTS TIRES 70

4 ANNEXES 71

4.1 CRITERES DE QUALITE 71
4.2 DECISIONS PRISES PAR LE COMITE DE PILOTAGE ET SUIVI 75
4.3 CADRE LOGIQUE MIS A JOUR 75
4.4 APERÇU DES MORE RESULTS 75
4.5 RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS (2017 –12) » 76
4.6 RESSOURCES EN TERMES DE COMMUNICATION 78

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-SS	Comité provincial de pilotage du secteur santé
CS	Centre de santé
CU	Contrat unique
DEP	Direction d'études et planification
D4H	Dévelopment for health – développement pour la santé
DGD	Direction générale de coopération au développement
DGLM	Direction général de la lutte contre la maladie
DLM	Direction de lutte contre la maladie
DPM	Direction de pharmacie et médicament
DPS	Division provincial de la santé
DTF	Document technique financier
ENABEL	Agence belge de développement
FBP	Financement basé sur la performance
FC	Franc congolais
FEDECAME	Fédération de centrales de distributions de médicaments essentiels
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization - Alliance Globale pour les Vaccins et l'Immunisation
MSP	Ministère de la santé publique
ODD	Objectifs de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non-gouvernementale
PANC	Programme d'appui au niveau central
PADP	Programme d'appui au DPS et ZS
PCA	Paquet complémentaire d'activités
PDSS	Projet de développement du système de santé
PEE	Programme d'études et expertise
PLVS	Programme de lutte contre les violences sexuelles
PMA	Paquet minimal d'activités
PNAM(E)	Programme national d'approvisionnement de médicaments (essentiels)
PNCNS	Programme nationale des comptes nationales de la santé
PNDS	Plan national de développement du secteur santé (2016-2020)
PRECOB	Programme de renforcement des capacités organisationnelles par l'octroi de bourses
PTF	Partenaires techniques financiers
RDC	République Démocratique du Congo
RIPSEC	Renforcement Institutionnel pour des Politiques de Santé basées sur l'Evidence en RDC
ROI	Règlement d'ordre intérieur

SDSR	Santé et les droits sexuels et reproductifs
SMCL	Structure mixte de coordination locale
SNAME	Système national d'approvisionnement de médicaments essentiels
SRSS	Stratégie de renforcement du système de santé
TFS	Tarification 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
AS	Aires de Santé
ASSNIP	Appui au Système de Santé du Niveau Intermédiaire et Périphérique
BONC	Besoins Obstétricaux non Couverts
CA	Conseil d'Administration
CODESA	Comité de Développement des Aires de Santé
DHIS2	District Health Informations Software 2
ECP	Equipe Cadre de la Province
EPP	Encadreurs Provinciaux Polyvalents
OHADA	Organisation pour l'Harmonisation en Afrique du Droit des Affaires
PAO	Plan Annuel Opérationnel
PPDS	Plan Provincial de Développement Sanitaire
RHS	Ressources Humaines Santé
SSP	Soins de Santé Primaires
SYSCOHODA	Système Comptable OHADA

1 Aperçu de l'intervention

1.1 Fiche d'intervention

Intitulé de l'intervention	PROGRAMME D'APPUI AUX DIVISIONS PROVINCIALES DE LA SANTÉ ET AUX ZONES DE SANTÉ (PADP)
Code de l'intervention	RDC1419411
Localisation	Provinces du KWILU, LA TSHOPO et LE SUD-UBANGI
Budget total	13,5 Millions
Institution partenaire	Ministère de la Santé Publique
Date de début de la Convention spécifique	22 décembre 2015
Date de démarrage de l'intervention/ Comité de pilotage d'ouverture	07 décembre 2016
Date prévue de fin d'exécution	2019
Date de fin de la Convention spécifique	07 décembre 2019
Groupes cibles	Population Congolaise, population des zones de santé, cadres au niveau intermédiaire et périphérique, cadres au niveau central
Impact	Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans le cadre global de lutte contre la pauvreté
Outcome	Les zones de santé ciblées montrent une meilleure performance en termes de qualité et accessibilité des soins de leurs services de santé à travers un accompagnement fonctionnel par les ECZS et les DPS
Outputs	Output 1 : Les performances de la DPS sont assurées en matière de planification, de coordination, de gestion de l'information et du contrôle de l'action sanitaire.
	Output 2 : L'appui technique aux ZS par la Division Appui Technique est assuré
	Output 3 : La Gestion au sein de la DPS est renforcée pour une mobilisation efficace des ressources disponibles, leur utilisation efficiente et une redevabilité permanente
	Output 4 : Les performances des ECZS sont assurées (en matière de planification, l'encadrement efficace des formations sanitaires et la gestion efficiente des ressources).
	Output 5 : L'hôpital général de référence (HGR) a amélioré sa capacité de fournir des soins de qualité et accessibles et de gérer rationnellement ses ressources.
	Output 6 : Les centres de santé ont amélioré la prise en charge en fournissant un paquet minimal d'activités complet par un personnel compétent et en interaction continue avec la communauté desservie.
Année couverte par le rapport	2017

1.2 Exécution budgétaire

EUR		Dépenses			
PADP (RDC1419411)	Budget (3 volets)	Années précédentes 2016	Année couverte par le rapport 2017	Solde	Taux de déboursement à la fin de l'année 2017
Total activités	**10 374 338**	**19 060**	**1 560 613**	**8 794 664**	**15%**
Output 1	2 656 188	10 081	567 727	2 078 381	22%
Output 2	223 650	395	60 515	162 740	27%
Output 3	910 500	496	154 177	755 827	17%
Output 4	1 948 000	1 039	402 479	1 544 482	21%
Output 5	3 723 000	7 050	310 603	3 405 347	9%
Output 6	913 000	-	65 113	847 887	7%
Réserve	179 512	-	-	179 512	0%
Moyens généraux	2 946 150	367 047	913 079	1 666 024	43%
Grand total	**13 500 000**	**386 107**	**2 473 692**	**10 640 201**	**21%**

On ne parvient pas encore à fournir des états budgétaires fin 2017 pour les trois volets individuels du PADP pour la simple raison que le FIT ne nous fournis pas ce modèle de rapport.

1.3 Autoévaluation de la performance

1.3.1 Pertinence

	Performance
Pertinence	**B**

Le PADP vise le renforcement institutionnel global des niveaux intermédiaire et opérationnel du système de santé en RDC. Il s'inscrit dans la dynamique de décentralisation et de réforme. Les objectifs du PADP ont été formulés de manière à s'aligner parfaitement au plan national de développement du secteur de la santé (PNDS 2016-2020) et la stratégie de renforcement du système de santé (SRSS), le modèle de santé pour la RDC.

En fournissant un appui global à la DPS et aux Zones de Santé ciblées, le programme développe dans la Tshopo des activités qui touchent pratiquement tous les aspects inhérents au fonctionnement desdites entités. Il devrait permettre au niveau intermédiaire d'exercer ses fonctions régaliennes, dont l'encadrement et le pilotage des zones de santé et, à ces dernières de superviser et de réaliser les monitorages dans les aires de santé. Ainsi, on pourrait s'attendre à une amélioration de la qualité de l'offre de soins à la population au niveau des formations sanitaires de la province.

Le PADP s'adapte au contexte de fragilité et donne une attention particulière au renforcement des services de la Division Provinciale de Santé pour leur permettre de mieux jouer son rôle d'encadrement de Zones de santé. Une Conventions de Subsides (CS) a été mise en œuvre avec les trois DPS.

L'intervention demeure tout à fait pertinente car elle répond directement à des problèmes qui sont toujours d'actualité dans la province. Entre autres, on peut citer :

-Les infrastructures vétustes et conditions de travail inappropriées
-Les Zones de Santé insuffisamment encadrées
-La gestion des ressources non orthodoxe et aux méthodes peu adaptées à tous les niveaux
-Les soins financièrement inaccessibles pour l'ensemble de la population
-La qualité des soins loin d'être optimale
-Le niveau insuffisant de participation/interaction communautaire.

La logique de l'intervention est bien en phase avec les réalités du système de santé en RDC. Cependant, certains aspects semblent avoir été négligés ou sous-estimés. A titre d'exemple, on peut évoquer le niveau d'implication des différentes parties prenantes en ce qui a trait au contrat unique, un élément crucial de la réforme en cours.

Deux volets ont donné la notation « B », le PADP Tshopo a donné « A ». La moyenne se fait un « B+ »

1.3.2 Efficacité

	Performance
Efficacité	**B**

L'intervention telle que formulée et mise en œuvre actuellement suggère une grande probabilité de réalisation de l'Outcome. Au regard du rythme croissant des activités entreprises jusqu'ici, nous pouvons estimer cette probabilité à plus de 80%.

A la Tshopo, ceci est dû au fait que l'outcome se rapporte en premier lieu aux 3 zones de santé ciblées. Il s'agit des zones de santé urbaines qui, par le passé par ont reçu l'appui de la CTB/ASSNIP, dont ils ont gardé certains acquis (la tarification forfaitaire, les lignes de crédit pour les médicaments, les notions de gestion multi bailleurs). Elles bénéficient actuellement d'un appui technique, matériel et financier, répondant à

certains problèmes spécifiques, qui semblent liés en grande partie aux réalités contextuelles.

A ce titre, nous croyons qu'il est possible que les résultats de l'intervention s'étendent dans une certaine mesure à l'ensemble des zones de santé de la province, car le PADP contribue indirectement à leur encadrement par la DPS. Les activités et les outputs demeurent tout à fait adaptés à la perspective de réalisation de l'outcome.

L'intervention est efficace car les activités prévues concourent à l'atteinte des objectifs assignés. L'intervention est à son début, mais au regard des activités et stratégies déclinées, on ne peut être qu'efficace à la fin de l'intervention. Pour l'impact, avec un recul nous pourrons apprécier la tendance.

Au Kwilu, déjà au niveau de certains résultats, on note que les structures de soins appliquent la tarification forfaitaire qui est une stratégie d'accessibilité des soins à la population. Les formations prévus et administrés aux personnels de santé et l'octroi en matériels médico techniques améliorent également la qualité et l'offre de soins.

Les activités et les outputs sont cohérents avec l'outcome. Une attention toute particulière a été donné au système de financement de la mission de la DPS Sud-Ubangi qui consiste à la mise en œuvre du Contrat Unique : un panier commun virtuel qui a pour objet la mise en commun et la gestion rationnelle des ressources au sein de la DPS en tant que structure chargée de la coordination, de l'encadrement et de l'accompagnement technique des zones de santé en vue d'améliorer la qualité de l'offre des soins et les conditions sanitaires de la population de la province. Le PADP a assuré le Lead de la coordination des appuis de la DPS en synergie avec les autres Partenaires Technique et Financiers.

Le financement des activités en synergie avec les autres PTF a été soutenu pour éviter la fragmentation des subventions des PTF et susciter la transparence au sein de la DPS et l'harmonie au sein des PTF. Ceci a permis au PADP d'identifié les besoins réels de la DPS et les ZS en termes d'accessibilité et qualité de prestations et de gouvernance.
En ce qui concerne les synergies et complémentarités avec d'autres programmes/projets de l'ENABEL, le PADP a développé une bonne synergie avec les projets PRECOB et PEE de la CTB par l'octroi des bourses en santé publique et les formations qui aident au renforcement des capacités des équipes de la DPS et des ZS appuyées par le PADP. Aussi il y a une intéressante synergie avec le Programme EDUMOSU (secteur éducation) de la CTB dans le Sud Ubangi pour la fabrication de sièges inclinables pour les motos ambulances déployées dans les ZS.

Cependant, il faut se méfier que les conséquences des restrictions répétitives données au cours de 2017 au rythme de décaissement du PADP n'aient pas des effets plus perverses en 2018. Ceci pourrait mettre une hypothèque sur les avances du PADP dans la future.

Les trois volets ont coïncidé à donner la notation « B ».

1.3.3 Efficience

	Performance
Efficience	**B**

Jusqu'ici le programme a été géré en régie. La notion d'efficience a encore tout son sens avec ce mode de fonctionnement où le PADP gère tous les cycles d'achat en respectant toutes les procédures en vigueur. Mais avec la signature des conventions de subsides, allant dans le sens de renforcement des capacités du partenaire, les mesures de suivi devront être renforcées afin de préserver cette efficience et éviter le gaspillage.

Dans le cadre de la mise en œuvre du programme, certaines pratiques relativement opportunes méritent d'être encouragées. On peut citer, les missions d'encadrement groupées au niveau des axes géographiques mais aussi les missions conjointes, qui participent dans une certaine mutualisation des ressources.

Avec l'avènement prochain du contrat unique, on devrait logiquement s'attendre à plus d'efficience à tous les niveaux du système. La conjugaison de ses efforts fait que les couts de l'intervention sont réels et non dupliqués. L'atteinte des objectifs va refléter réellement les fonds attribués, et nous pouvons dire que l'intervention aura un effet à un cout raisonnable.
Dans le cas du Sud Ubangi, l'équipe internationale et nationale prévue pour la mise en œuvre du projet est au complet seulement depuis juillet 2017. Le bureau de PADP Gemena est fonctionnel mais l'arrivée tardive de l'équipe d'appoint (ATN en gestion, Logisticien et Comptable vérificateur) en juin 2017, n'a pas permis au programme d'exécuter au début les activités de grande envergure (achats des équipements, constructions/réhabilitations des établissements ciblés). Néanmoins une attention toute particulière est mise sur la stratégie à développer pour surmonter ces retards qui à ce jour restent maîtrisables. Plusieurs formules sont étudiées comme l'ajout d'un ingénieur au bureau de PADP Gemena.

Dans le contexte d'enclavement du Sud Ubangi, le transport du matériel et des ressources humaines oblige le programme à recourir à des moyens de transport aérien qui ont un coût de mise en œuvre plus élevé que le transport par voie fluviale ou routière.

En général, l'intégration de PADP dans le bureau de la DPS et sa localisation opérationnelle dans la province, garantissent également une meilleure efficience dans la mise en œuvre des activités.

Les trois volets coïncident dans la notation « B ».

1.3.4 Durabilité potentielle

	Performance
Durabilité potentielle	B

L'ancrage principal du Programme se trouve au Ministère en charge de la Santé au niveau de la province en ce qui concerne son mandat politique, et au niveau de la Division Provinciale de Santé pour ce qui a trait au mandat opérationnel. C'est sous leur autorité respective, et en appui aux fonctions respectives, que le programme réalise ses activités au niveau de la DPS et des Zones de santé ciblées.

Cet ancrage permet une appropriation correcte par les parties prenantes. Des rencontres formelles/informelles entre le Programme et ces services sont régulièrement organisées. De plus, dans un souci de durabilité, le Programme recherche des alternatives, comme le soutien aux mutuels de santé dans les Formations sanitaires, les formations de courte durée des professionnels de santé dans le cadre de recyclage et la mise en œuvre de la Tarification forfaitaire subsidié dans les Hôpitaux Généraux de référence ciblés pour leur permettre d'améliorer la qualité de leurs prestations.

Les partenaires du PADP participent pleinement à la mise en œuvre de l'intervention. Ils sont impliqués dans toutes les démarches de prise de décision et se trouvent en première ligne des activités programmées. L'alignement parfait de l'intervention au Plan National de Développement Sanitaire et partant, aux différents plans provinciaux dont les PAO, semble soutenir l'appropriation par lesdits partenaires. Les exercices de planification ascendante, auxquelles prennent part les différents niveaux du système de santé, ne seraient pas étrangères à ce niveau d'appropriation constatée.

Pendant la première année de mise en œuvre, le PADP a eu des rapports relativement fructueux avec le niveau politique, par le biais du Ministère Provincial de la Santé, dont le titulaire était un habitué des interventions de la CTB, pour avoir travaillé pendant longtemps à la DPS. A plusieurs reprises il est intervenu pour prôner de concert avec les dirigeants de la DPS, que l'intervention était la leur et qu'ils étaient non seulement ses bénéficiaires mais également ses garants, qui avaient pris part à sa conception.

Pour améliorer le potentiel de durabilité, il nous faudra très certainement, en plus de l'interaction transparente de tous les jours avec le partenaire, développer un plan de communication efficace pour induire une évolution positive des modes de pensée favorables à la pérennité des acquis.

Dans le cadre de notre intervention qui cible le niveau intermédiaire, le niveau périphérique ainsi que les populations, un accent est mis à tous les niveaux sus cités pour une appropriation des activités et de l'intervention.

La planification des activités est participative de bas en haut, impliquant tous les acteurs concernés jusqu'à la population. Cette prise en compte des bénéficiaires dans la décision, avec en plus le pouvoir de décision donné au comité de pilotage sont des dispositions qui renforcement l'appropriation de l'intervention par les acteurs.

L'intervention n'est autre qu'un accompagnement des différents niveaux dans la mise en œuvre de la SRSS qui est une stratégie nationale. Ce qui veut qu'on pourrait espérer sur une durabilité des activités à la fin du programme.

Le PADP a appuyé la mise en œuvre des Comités Provinciaux de Pilotage. Ce cadre de concertation permet aux acteurs du système de santé (acteurs étatiques ou gouvernementaux, PTF actifs dans la Province, Secteur privé, monde associatif et communautés locales) d'être en interrelation constante. Ce comité contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une stratégie provinciale et le recadrage des activités de la DPS et des Zones de santé.

Les trois volets coïncident dans la notation « B ».

1.4 Conclusions PADP Tshopo

L'année 2017 représente l'année de début de l'exécution de l'intervention proprement dite. Elle a été caractérisée par l'installation de l'équipe du PADP dans les locaux de la DPS où elle se trouve immergée. L'instauration progressive d'un climat de confiance devrait être renforcée au premier trimestre 2018, quand l'intégralité de l'équipe sera logée aux bureaux de la DPS, où il y a eu une extension du bâtiment réalisée en fin d'année.

L'année 2017, a été marquée par les activités et réalisations clés suivantes, entre autres :

- L'octroi de compléments de rémunération aux agents des bureaux de la DPS et des 3 ECZS ciblées. Ces compléments communément appelés primes devraient en principe être tributaires des performances individuelles et institutionnelles. Cela suggère l'intervention d'une grille d'évaluation des performances individuelles, ayant une incidence sur le montant des compléments de salaires. Elle répond à un besoin exprimé de la DPS et, il existe un consensus autour de sa mise en place. La grille et sa méthode d'application font encore l'objet de discussions internes au niveau des différents bureaux de la DPS ; mais sa validation et mise à l'épreuve seraient imminentes (Q1 2018).

- L'interaction avec l'ensemble partenaires techniques et financiers dans la province s'est avérée relativement fructueux. Le PADP prend part régulièrement aux réunions mensuelles des PTF, qui échangent sur leurs différentes préoccupations et planifications respectives sous la coordination du bureau régional de l'OMS. La CTB assume le rôle non encore officiel de chef de file et représentant des PTF pour tout ce qui concerne le contrat unique. Cette dynamique de collaboration parait essentielle à l'atteinte de certains outputs de l'intervention.

- La mise à disposition de matériel roulant aux bureaux de la DPS et des zones de santé ciblées. Il s'agit d'une action visible dans le cadre de l'intervention, qui se veut de nature « soft » dans l'ensemble. Les véhicules devraient contribuer en effet à l'atteinte de tous les résultats, en ce sens qu'ils augmentent les capacités d'encadrement et améliorent les conditions de travail de la DPS et des ECZS. Chaque HGR ciblé a reçu une ambulance, améliorant leur mobilité et capacité à mieux répondre à certaines situations d'urgence et de référence. Ces dotations présentent également une réelle opportunité de renforcement de capacités de gestion.

- L'appui aux systèmes de gestion, à l'encadrement technique des ZS et à la fonction Inspection et Contrôle de la DPS. Des états des lieux effectués en début d'année ont pu révéler de multiples déficiences au niveau de ces trois fonctions (outils, management, rapportage, feedback, justificatifs, etc.). Il faudrait mieux canaliser le renforcement de capacités et prioriser les actions de redressement ou d'amélioration des performances au niveau de ces domaines d'intervention. En 2018, il est question de « secouer » un peu plus l'habitus dans lequel se confortent les agents, qui pourtant en sont relativement conscients.

- Le processus des conventions de subsides : Sept conventions de subsides ont été identifiées dans le cadre de la mise en œuvre du PADP (3 pour les ZS, 3 pour les HGR, 1 pour la DPS). Leur préparation s'est révélé particulièrement laborieuse et frustrante pour certains. Avec l'arrivée d'un gestionnaire chargé exclusivement de mener à bien cette activité, des progrès certains ont pu être réalisés. A la fin de 2017, il ne restait plus que les conventions des HGR à finaliser. Pour les HGR, les conventions reposeront essentiellement sur un appui à la tarification forfaitaire. Il était donc important de se mettre d'accord sur les schémas tarifaires et les modalités de l'appui. Les préparatifs, caractérisés par un dialogue relativement intense avec les partenaires concernés, contribuent déjà au renforcement des capacités managériales chez ces derniers et à une meilleure compréhension des contextes par la CTB.

Fonctionnaire exécution nationale	Fonctionnaire exécution CTB
Dr. Francis BAELONGANDI Chef de Division, DPS - Tshopo	Dr. Ernest DENERVILLE Assistant Technique International

1.5 Conclusions PADP Kwilu

L'intervention du programme d'Appui au Divisons Provinciales et aux Zones de santé (PADP) est focalisée à trois niveaux.
Après la phase de mise en place qui a connu un long processus depuis 2013 au troisième trimestre 2016, nous avons pu faire ce qui suit :

- Organisation des SMCL au niveau central et au niveau des provinces. Ce qui nous a permis de mieux découvrir les autorités politiques et de leur faire connaitre le programme d'intervention.

- La mise en place de la tarification forfaitaire qui est une grande priorité dans notre intervention et celle des priorités du Ministère de la santé est salutaire car permettra à la population déjà pauvre d'avoir facilement accès aux services de santé. Il reste bien sûr à assurer une perfection au cours des mois à venir.

- Des ambulances motorisées ont été mises à la disposition des zones de santé ainsi que des véhicules ambulances. Cela améliorera les références /évacuations de malades vers les échelons supérieurs, surtout que certaines structures sont enclavées. Cette initiative vient combler en partie une insuffisance du système de santé au niveau périphérique quand bien même des améliorations sont toujours nécessaires.

- Des conventions de subsides sont octroyées aux structures, répondant aux principes de gestion Belge, sans oublier les contrats uniques signés et en vigueur actuellement.

- Les grands défis du moment resteront la digitalisation pour accompagner la gestion de tarification forfaitaire et le contrat unique, le DHIS2 qui est important pour la liaison entre les différents niveaux du système, et enfin la mise en œuvre des schémas directeurs au niveau des hôpitaux de référence.

1.6 Conclusions PADP Sud Ubangi

L'intervention du Programme d'Appui au Divisons Provinciales et aux Zones de santé (PADP) est focalisée à trois provinces.
Après une phase de mise en place qui a connu un long processus depuis 2013 jusqu' au troisième trimestre 2016, au niveau du Sud Ubangi le Programme a pu réaliser, entre autres, les activités suivantes :

- L'organisation des SMCL au niveau central et de la province. Ce qui nous a permis de mieux découvrir les autorités politiques et de leur faire connaitre le programme d'intervention.

- L'appui tant à la DPS comme aux 4 ZS ciblées pour qu'elles puissent assurer une meilleure coordination et le pilotage des activités (respectivement pour la province et les ZS).

- L'élaboration des Plan de Renforcement des capacités de la DPS et des 4 ECZS et le démarrage du processus d'élaboration du Plan Provincial de Développement des Ressources Humaines, avec l'appui du niveau central.

- La mise en place de la tarification forfaitaire subsidiée qui est l'une des grandes priorités de l'intervention (et du Ministère de la Santé) car permettra à la population déjà pauvre d'avoir plus facilement accès aux services de santé. Il reste bien sûr à améliorer sa mise en œuvre au cours des mois à venir.

- L'élaboration des Plan Directeurs pour les HGR concernées, ce qui est un grand pas pour améliorer l'organisation et la fonctionnalité des hôpitaux.

- L'amélioration de l'accessibilité géographique des urgences médicales par la mise en place des systèmes de transport des urgences médicales avec la participation communautaire. Ces systèmes, financés par la population même de manière « mutualiste », utilisent des véhicules ambulances et surtout des motos ambulances, bien adaptées au contexte local des routes. Et ils contribuent sans doute à une diminution significative de la mortalité infantile et de la morbi- et mortalité maternelle.

- Le renforcement de la participation communautaire en vue d'une véritable appropriation de la problématique socio sanitaire de la part des populations

- La mise en œuvre du Contrat Unique de la DPS, pour améliorer le financement et la fonctionnalité de cette structure intermédiaire chargé de la coordination et l'encadrement des Zones de Santé. La CTB a été nommé représentant des Partenaires Techniques et Financiers de la province.

- L'élaboration d'une Convention de Subsides avec la DPS, répondant aux principes de gestion Belge,

- Les grands défis pour 2018 sont une amélioration significative de l'exécution budgétaire du Programme, la mise en œuvre effective de la digitalisation pour accompagner la gestion de tarification forfaitaire et le Contrat Unique, une meilleure utilisation du logiciel DHIS2 pour l'information sanitaire et enfin la mise en œuvre effective des travaux de réhabilitation et construction des hôpitaux de référence en suivant les Plans Directeurs déjà élaborés.

Fonctionnaire exécution nationale Dr Bienvenu MANGONZA Chef de Division Provinciale de la Santé Sud Ubangi	Fonctionnaire exécution ENABEL Dr Ernesto PAPA ATI PADP Sud Ubangi

2 Monitoring des résultats

2.1 Évolution du contexte

2.1.1 Contexte général

Située en Afrique centrale avec une superficie de 2.345.000 km² la RDC a été et reste confrontée à de nombreux conflits armés et crises depuis plus de deux décennies.

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

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

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

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

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

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

Situation socio –démographique

Avec une population évaluée à 73.599.190 habitants (Source : banque mondiale) la RDC devrait avoir atteinte et surpassée une population de 83,8 millions en 2015 et une densité moyenne de 36 habitants par km² (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.

Situation de la santé

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

2.1.1 Contexte institutionnel

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

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

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

Etant les provinces de Sud-Ubangi, la Tshopo et le Kwilu les territoires d'interventions, pour le Programme Santé à RDC il s'est installé un dialogue local et on a pu organiser de nouvelles SMCL avec les nouveaux Gouverneurs provinciaux et leurs gouvernements. L'installation des nouvelles DPS, ayant une continuité avec les antérieures interventions en santé de la CTB en RDC, a facilité la reprise du partenariat, et les volets provinciaux du Programme santé ont fait leur travail de présentation des interventions, d'explication des modes de gestion partagée des programmes et de rappel des engagements des autorités. Les Chefs de Divisions des DPS des provinces d'intervention, en plus, ont joui d'une stabilité fonctionnelle en conséquence de leur processus de sélection.

Dans le contexte du DTF du PADP, le choix du Financement Basé sur la Performance (FBP) 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.
D'autres interventions financées par des PTF se sont déjà engagés dans la mise en œuvre de ces approches et donc le PADP à l'intérêt de s'y inscrire de même.

Le MSP a renouvelé sa planification stratégique sectorielle et a réalisé vers le second semestre le nouveau Plan National de Développement Sectoriel Santé (PNDS), qui lui-même est axé sur la Stratégie renouvelée de Renforcement des Soins de Santé (SRSS) en RDC.

2.1.2 Contexte de gestion : modalités d'exécution

L'intervention « Programme d'appui aux DPS et aux ZS » est une composante du programme santé de la coopération Belgo-Congolaise, qui dans son ensemble vaut 21.000.000 Euros.

Cet appui s'inscrit dans la dynamique de 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 13.500.000 Euros.

La modalité d'exécution du PADP est définie en Régie, avec les outils principaux d'exécution étant les subsides, comme moyen de financer une action qui poursuit un but d'intérêt général, et le marché public, comme moyen d'acheter ou faire exécuter par un tiers des travaux, des services ou la fourniture de biens.

Avec la loi Belge du 22 mai 2003 qui définit le subside comme « une contribution financière directe à un organisme bénéficiaire poursuivant un but d'intérêt général, par voie de donation ou paiement de nature non

commerciale, prélevé sur le budget d'un projet/programme afin de financer la réalisation d'activités et/ou leur fonctionnement, en vue de contribuer à l'atteinte des résultats et objectifs de l'intervention » et la modification de l'art 8 de la Loi portant à la création de la CTB en février 2014 permet et autorise la CTB d'octroyer des Subsides. A partir de 01/01/2016 ceci est mis en œuvre avec les conventions de subsides.

L'appui s'étend sur 3 divisions provinciales, à savoir la DPS de Kwilu avec siège à Bandundu-ville, la DPS de Sud-Ubangi avec siège à Gemena, et la DPS de Tshopo avec siège à Kisangani. Les zones appuyées sont pour le Kwilu la ZS de Mokala et Mosango, pour Sud-Ubangi la ZS de Gemena, Bwamanda, Budjala et Tandala, et pour Tshopo les 3 ZS urbaines de Makiso-Kisangani, Kabondo et Lubunga.

2.1.3 Contexte HARMO

Les stratégies avec une duplicité des interventions au niveau opérationnel ne sont pas harmonisées. Les administrateurs des programmes et des projets partagent difficilement leurs informations avec les services du MSP. Ainsi, bon nombre de résultats dans leurs domaines d'interventions et d'informations sur les ressources disponibles et affectées à ces interventions échappent au MSP. Le GIBS essaye de renforcer l'organisation d'harmonisation entre bailleurs de fonds et de l'alignement avec les stratégies du pays partenaire, la RDC.

L'influence d'autres partenaires techniques et financiers sur le PADP est remarquable. A titre d'exemple, on peut noter des initiatives d'harmonisation avec d'autres PTF. Pour le Kwilu il y a l'OMS, l'UNICEF, SANRU, MEMISA, GAVI, la Banque Mondiale, MDM. Au Sud Ubangi, on voit également les mêmes partenaires avec en plus, Vision Mondiale, et CORDAID. Dans la Tshopo on retrouve environ 25 PTF, les uns plus grands que les autres. Sous la coordination de l'OMS, ils se réunissent mensuellement au sein d'un cadre de concertation. Cette dynamique contribuera certainement à réunir tous les acteurs de développement dans les Comités Provinciaux de Pilotage de chaque Province bénéficiaire.

En particulier le PADP recherche une collaboration avec les stratégies dans le secteur de santé de l'Ambassade de la Belgique à RDC, ainsi qu'avec les autres acteurs belges (ONG, coopération universitaire, etc.). Des accords en principe de collaboration avec les ONG belges MEMISA et CARITAS ont déjà été pris.

La formulation du PADP a été réalisée de concert avec les partenaires congolais. Un étroit alignement sur les stratégies ou les systèmes du partenaire congolais est prévu dans les stratégies d'intervention…

Les premières prises de contacts avec les partenaires provinciaux laissent entendre un degré avancé d''appropriation.

2.2 Performance de l'outcome

2.2.1 Progrès des indicateurs PADP Tshopo

PADP Tshopo **Outcome :** Les zones de santé ciblées montrent une meilleure performance en termes de qualité et accessibilité des soins de leurs services de santé à travers un accompagnement fonctionnel par les ECZS et les DPS					
Indicateurs	**Valeur de la *Baseline***	**Valeur année 2016**	**Valeur année 2017**	**Cible année 2017**	**Cible finale**
Le taux de satisfaction des populations	NA	NA	NA		
Taux d'accouchements assistés de qualité	65%	65%	93%	80%	95%
Prévalence contraceptive	7%	7%	8,2%	10%	15%
Le taux de mortalité maternelle province	188/100000 NV	188/100000 NV	95/100000 NV	150/100000 NV	100/100000 NV

Analyse des progrès réalisés PADP Tshopo

Bien que l'on constate des changements positifs en ce qui a trait aux valeurs des indicateurs retenus pour l'outcome lors de l'établissement de la baseline, il est encore trop tôt pour se prononcer sur les progrès dans le sens d'une attribution à l'intervention (PADP). La première enquête de satisfaction des usagers du système de santé aura lieu au premier trimestre de 2018. Ce sera un indicateur important pour l'outcome. Le taux de mortalité maternelle provincial aurait diminué de 50% dans l'espace d'une année, ce qui est très improbable d'après la littérature scientifique sur le sujet. Il y a lieu de s'interroger sur la validité des méthodes d'estimation.

Il en est de même pour le taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié, qui serait passé de 65% à 93% en une année. Une étude des besoins obstétricaux non couverts (BONC) serait à envisager au niveau provincial, pour avoir une idée basée sur des données plus ou moins factuelles. Cela dépendrait en grande partie de l'état des dossiers médicaux tenus dans les divers centres hospitaliers où se pratiquent les interventions dites à indication maternelle absolues.

Si l'on s'en tient aux progrès suggérés par les indicateurs du SNIS, il y a lieu d'identifier les éventuelles actions ou facteurs auxquelles ils peuvent être attribués ou plutôt revoir les indicateurs et les méthodes utilisés au niveau du SNIS.

Impact potentiel PADP Tshopo

L'impact désiré est que l'intervention contribue à améliorer l'état de santé de la population congolaise dans le cadre global de lutte contre la pauvreté. Au vu de l'évolution des indicateurs retenus, on peut s'attendre, si la tendance se confirme, à ce que la probabilité d'obtenir un impact tel que formulé dans le DTF soit relativement élevé.

Le taux de mortalité maternelle est vu généralement comme le reflet de la situation sanitaire d'un pays, voire l'état de son système de santé. C'est pourquoi cet indicateur a été ajouté lors de la baseline. Nous avons tenu à inclure également des indicateurs qui soient assez parlants en ce qui a trait aux SDSR, tels que la

prévalence contraceptive. Cet indicateur donne une idée du pouvoir de négociation et de décision des femmes en matière de reproduction. Il est passé de 7% à 8,2% dans l'espace d'une année. Cette évolution positive, ne saurait être pour le moment attribuée au PADP, mais se présente comme un présage favorable, à la fois pour l'outcome et pour l'impact.

Progrès des indicateurs PADP Kwilu

PADP Kwilu Outcome : Les zones de santé ciblées montrent une meilleure performance en termes de qualité et accessibilité des soins de leurs services de santé à travers un accompagnement fonctionnel par les ECZ et les DPS					
Résultats/ Indicateurs	**Valeur Baseline**	**Valeur cible finale**	**Valeurs cibles Année 1**	**Valeurs cibles atteintes en 2017**	**Valeurs cibles Année 3 ou cible finale à atteindre en 2019**
Le taux de satisfaction des communautés	NA				
Taux d'accouchement assistée de qualité	30%	85%	55%	76%	85%
Proportion revue de décès maternels réalisés	37,2 %	100%	100%	85%	100%
Prévalence contraceptive moderne	1,9%	10%	3%	5,5%	10%
Le taux de mortalité intra hospitalier HGR	3,5%	1%	3%	3%	1%
Taux d'utilisation des soins curatifs	39,9 %	52,6%	44,6%	47%	50%

Analyse des progrès réalisés PADP Kwilu

Les progrès réalisés au niveau de l'out come concernent essentiellement la prévalence contraceptive, le taux de mortalité intra-hospitalier, et le taux d'accouchement assisté.
Pour la prévalence contraceptive elle est passée de 1,9 pour la synthèse des 02 zones à 5,5% soit une augmentation de 189%.

Pour la mortalité intra-hospitalière, elle a également connu une réduction sensible entre les deux années, ce qui traduit une augmentation de la qualité des soins administrées au niveau des HGR.

Pour le taux d'accouchement assisté, nous avons également noté une amélioration.
Les compétences des accoucheuses se trouvent augmentées avec les supervisions formatives mensuelles avec l'appui du programme.

Impact potentiel PADP Kwilu

L'out come va certainement contribuer à avoir un impact sur la population à long terme. Nous n'avons pas pu déterminer la mortalité globale au niveau des zones, mais on note une baisse de la mortalité intra hospitalière qui a connu une légère baisse que nous ne pouvons pas d'ores et déjà attribuer au programme.
La mortalité intra hospitalière est passée de 3,5% à 3% en une année soit une baisse de 14, 28%.

L'augmentation de la prévalence contraceptive de 198% va contribuer à long terme à avoir un impact sur la mortalité maternelle, de même que les revues de décès maternelles qui augmentent la qualité de la prise en charge des femmes enceintes.

Progrès des indicateurs PADP Sud Ubangi

PADP Sud Ubangi **Outcome :** Les zones de santé ciblées montrent une meilleure performance en termes de qualité et accessibilité des soins de leurs services de santé à travers un accompagnement fonctionnel par les ECZS et les DPS					
Indicateurs	**Valeur de la *Baseline***	**Valeur année 2016**	**Valeur année 2017**	**Cible année 2018**	**Cible finale**
Satisfaction des populations entre première année et troisième année	**NA**				
Taux d'accouchements assistés	**30%**	**55%**	**72,5%**	**85%**	
Mortalité intra hospitalière réduite avec suivi régulier (audit médical) des décès maternels	**3,5%**	**3%**	**2%**	**1%**	**1%**
Equipes DPS complètes et bénéficiant de salaires et primes de risque	**27%**		**53%**	**100%**	**100%**

Analyse des progrès réalisés PADP Sud Ubangi

Ayant démarré à la fin du Q3 2016, les activités menées au sein du PADP dans le Sud Ubangi ont pu développer un nombre important d'activités répondant aux résultats attendus du Programme.

Les progrès réalisés au niveau de l'out come concernent essentiellement l'augmentation du taux d'accouchement assisté et la diminution du taux de mortalité intra hospitalier. Ce qui traduit une amélioration de l'accessibilité des soins et qualité des soins obstétricaux dans les ZS, probablement dû à une amélioration des compétences du personnel des centres de santé grâce aux supervisions formatives mensuelles réalisées avec l'appui du PADP. Et aussi une augmentation de la qualité des soins administrées au niveau des HGR, à laquelle le PADP a sans doute contribué avec les différents stages pratiques réalisés par le personnel.

En relation à la satisfaction des populations, les rencontres tenues avec plusieurs de ses représentants font déjà savoir qu'il y a une importante satisfaction des communautés, surtout grâce à la mise en place des systèmes de transport de urgences médicales entre les centres de santé et les hôpitaux de référence.

Dans la Province, seulement le 53 % du personnel de santé reçoit des salaires et des primes de

risque, ce qui est très bas et devrait être considérablement augmenté durant 2018 afin d'assurer une correcte motivation pour le travail.

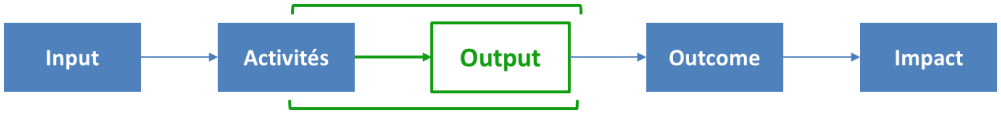
Pendant 2017, une attention particulière a été donnée au renforcement du rôle de la DPS dans la coordination des activités et l'encadrement des ZS de la province, et la mise en place du Contrat Unique de la DPS en juillet 2017 est un grand pas en avant afin d'améliorer son financement et fonctionnement. Tous les PTF intervenant dans la DPS ont pris la responsabilité de contribuer de manière conjointe au financement des activités de la DPS. En effet, étant donné les besoins immenses de chaque province, la synergie et la complémentarité des interventions entre les acteurs est fondamental au regard des défis de la province.

Impact potentiel PADP Sud Ubangi

L'out come va certainement contribuer à avoir un impact sur la population à moyen et long terme. Le PADP n'a pas pu déterminer la mortalité globale au niveau des Zones de Santé, mais on note déjà une baisse de la mortalité intra hospitalière, même que nous ne pouvons pas d'ores et déjà attribuer au Programme. L'amélioration prévue par le PADP des infrastructures et des équipements des hôpitaux, et de la formation de son personnel, va contribuer très probablement à améliorer la prise en charge des cas graves.

La mise en fonctionnement progressive dans toutes les 4 Zones de Santé des systèmes de transport des urgences médicales, surtout pour les urgences pédiatriques et obstétricales, va sans doute contribuer à diminuer sensiblement les mortalités infantiles et maternelles. C'est le cas déjà dans la ZS de Bwamanda.

2.3 Performance de l'output 1



2.3.1 Progrès des indicateurs PADP Tshopo

PADP Tshopo **Output 1 :** **Les performances de la DPS sont assurées en matière de planification, de coordination, de gestion de l'information et du contrôle de l'action sanitaire.**					
Indicateurs	**Valeur de la *Baseline***	**Valeur année 2016**	**Valeur année 2017**	**Cible année 2017**	**Cible finale**
1.CPP-SS régulier et moteur de changement (CPP-SS fonctionnel)	**51%**	**51%**	**65%**	**70%**	**100%**
2.Revue annuelle conjointe(RAC) de qualité	**65%**	**65%**	**91%**	**80%**	**100%**
3.Information sanitaire intégrée en DHIS2 et cartographiée	**30%**	**30%**	**38,6%**	**40%**	**80%**
4.Contrôle de l'action sanitaire	**17%**	**17%**	**20%**	**35%**	**70%**

État d'avancement des principales activités – PADP Tshopo

État d'avancement des principales activités	**État d'avancement :**			
	A	B	C	D
Appui à la mise en place d'une DPS performante		X		
Appui à l'élaboration des planifications		X		
Appui au Développement de mécanismes de coordination des parties prenantes		X		
Appui à la gestion de l'information sanitaire			X	
Renforcement du métier « Inspection et contrôle »		X		

Analyse des progrès réalisés PADP Tshopo

Nous pouvons sans risque de nous tromper envisager une contribution substantielle de l'intervention aux progrès réalisés dans la perspective de l'outcome 1. La tenue des réunions du CPP-SS, les revues annuelles conjointes, l'information sanitaire intégrée au DHIS2 et le contrôle de l'action sanitaire ont tous évolué positivement.

Les indicateurs utilisés pour cet outcome, sont de nature composite. C'est-à-dire que dans leur composition et partant, de l'estimation de leur valeur à un moment donné de l'intervention, fait intervenir de multiples facteurs. Ainsi pour les réunions de CPP-SS par exemple, si l'indicateur n'était que le nombre de réunions, on obtiendrait déjà 100% car les deux réunions statutaires ont eu lieu en 2017.

On a observé des progrès moins importants au niveau de bureau information sanitaire où l'équipe de projet a eu de la peine à faire démarrer les activités. La valeur de 38.6% représente un progrès par rapport à la baseline, mais n'atteint pas la cible de 40% fixée pour 2017. Toutefois, le SNIS au niveau de la province est bien intégré au système, en ligne qu'est le DHIS2. Il persiste certains problèmes liés en grande partie à la connectivité internet.

Il en est de même pour l'inspection et contrôle, dont les activités de descente sur le terrain ont pu démarrer tardivement.

Il a été convenu qu'en 2018 ces deux bureaux se montrent plus proactifs par rapport aux opportunités qu'offre le PADP.

Progrès des indicateurs PADP Kwilu

PADP Kwilu **Output 1 : Les performances de la DPS sont assurées en matière de planification, de coordination, de gestion de l'information et du contrôle de l'action sanitaire.**					
Indicateurs	**Valeur de la *Baseline***	**Valeur année N-1**	**Valeur année N Atteinte 2017**	**Cible année N Prévu 2017**	**Cible finale**
Equipe DPS complète bénéficiant d'un salaire, prime avec renforcement de capacité	27%		27%	27%	100%
Nombre des réunions de CPP-SS	2		2	2	2
Proportion des revues conjointes tenues	2		2	2	2
Taux de complétude et promptitude des rapports des Z.S en DHIS2 avec cartographie	Cpl :61, 22% Pr :32,5 2%		Cpl :81 % Pr :22 %	Cpl :10 1884 soit 100% Pr :10 1884 soit 100%	Cpl :10 1884 soit 100% Pr :10 1884soit100 %

État d'avancement des principales activités Kwilu

État d'avancement des principales activités	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1. Appui à la mise en place d'une DPS performante		X		
2. Appui à l'élaboration des planifications (plan de développement moyen terme, PAO, …)		X		
3. Appui au développement de mécanismes de coordination des parties prenantes		X		
4. Appui à la gestion de l'information sanitaire			X	
5.Renforcement du métier "inspection et contrôle"		X		

Analyse des progrès réalisés PADP Kwilu

-La DPS Kwilu fonctionne avec un effectif minimal de 54 agents. 35 agents bénéficient de la rémunération de l'état, 34 des primes, 26 bénéficient à la fois la rémunération et des primes et 11 agents ne bénéficient ni le salaire ni la prime. Les 26 agents bénéficiant à la fois le salaire et la prime représentant 48% de l'ensemble de l'effectif des agents de la DPS Kwilu. Il est observé une augmentation qui est expliquée par la mécanisation entre 2016 et 2017, de dix autres agents de la DPS.

-Au niveau de la coordination sectorielle, trois CPP-SS ont été organisées au courant de l'année 2017 dont un, en extraordinaire et à l'endossement du contrat unique de la DPS pour l'année 2017. Soit un taux de réalisation de 150% par rapport au prévu.

-Deux revues des activités de la DPS organisées au courant de l'année 2017.

-Sur base des données de la base de DHIS2, la complétude et la promptitude provinciale annuelle de la DPS Kwilu a été respectivement de 81 et 22 % comparativement au prévisionnel soit 82.074 rapports complets et 22.383 rendus suivant l'échéance. Ces chiffres sont expliqués entre autres par :

- Le problème de connexion internet qu'ont connu certaines ZS dû aux difficultés budgétaires de réactivation de l'abonnement internet et techniques de fonctionnement des VSAT installés ;
- Les difficultés dans l'encodage sur le logiciel DHIS2 par le personnel de certaines ZS
- L'insuffisance des outils informatiques, l'ordinateur particulièrement. Certaines ZS recouraient encore aux ordinateurs privés des agents pour l'encodage.

Le niveau atteint dans la réalisation des indicateurs en 2017 démontre le bon progrès réalise dans l'atteinte du résultat /out put 1, les performances de la DPS sont assurées en matière de planification, de coordination, de gestion de l'information et du contrôle de l'action sanitaire.
Si les réunions de Coordination sectorielles de la santé ont été réalisées comparativement aux prévisions annuelles à 150%, les réunions de revue conjointe à 100 %, les taux de complétude et de promptitude de plus de 600 et 100 % respectivement, beaucoup d'efforts doivent être consentis à différent niveau en vue de l'atteinte en qualité et quantité de l'output :

-Rémunération du personnel de la DPS : seuls 48% de l'effectif total du personnel de la DPS Kwilu bénéficient à la fois des salaires et des primes, 35 bénéficient uniquement des

salaires, 34 autres uniquement des primes et 11 ne bénéficient ni salaire et ni primes de l'Etat Congolais. L'Etat via les ministères de la fonction publique et de la Santé doivent mécaniser tous les agents de la DPS Kwilu et en vue d'assurer leur rémunération et l'octroi des primes.

-Renforcer l'organisation et la régularité de la tenue des réunions de groupes de travail qui sont des organes techniques alimentent les réunions sectorielles de coordination du secteur santé au niveau provincial (CP-SS) ;

-Acquérir des infrastructures propres servant de cadre de travail de la DPS comme entité. A ce jour la DPS Kwilu est reparti sur deux sites au chef-lieu de la province, Bandundu. L'un de deux sites est en location au centre-ville avec l'appui financier d'ENABE/PADP Kwilu et l'autre site est resté à l'Hôpital Général de Référence et est partagé avec l'Inspection Provinciale de la Santé du Kwilu.

L'implication des autorités politico-administratives, la coordination avec les Partenaires Techniques et financiers d'appui à la DPS Kwilu, la location momentanée par le PADP d'un bâtiment servant des bureaux de la DPS Kwilu ont été des facteurs qui ont favorisé le niveau atteint des indicateurs.

Il faut noter que cette synthèse tient compte de l'ensemble des 24 zones du Kwilu. La transmission des données doit être considéré de façon globale, afin de permettre à la DPS d'assurer une bonne planification.

Progrès des indicateurs PADP Sud Ubangi

PADP Sud Ubangi **Output 1 :** *Les performances de la DPS sont assurées en matière de planification, de coordination, de gestion de l'information et du contrôle de l'action sanitaire*					
Indicateurs	**Valeur de la *Baseline***	**Valeur année 2016**	**Valeur année 2017**	**Cible année 2018**	**Cible finale**
Comité Provincial de Pilotage - SS régulier et moteur de changement	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**
RAC de qualité	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**
Information sanitaire intégrée en DHIS2 et cartographiée	**Cpl : 46%** **Pro : 8%**	**Cpl : 85%** **Pro : 13%**	**Cpl : 91%** **Pro : 27%**	**Cpl : 100%** **Pro : 100%**	**Cpl : 100%** **Pro : 100%**

*Note : **Cpl :** complétude.*
__Pro :__ promptitude.

État d'avancement des principales activités Sud Ubangi

État d'avancement des principales activités	**État d'avancement :**			
	A	B	C	D
1 Appui à la mise en place d'une DPS performante			X	
2 Appui à l'élaboration des planifications (plan de développement moyen terme, PAO, …)			X	
3 Appui au développement de mécanismes de coordination des parties		X		

prenantes				
4 Appui à la gestion de l'information sanitaire			X	
5 Renforcement du métier "inspection et contrôle"		X		

Analyse des progrès réalisés PADP Sud Ubangi

En ce qui concerne la Gouvernance du secteur de la santé, le PADP a appuyé, en synergie et collaboration avec d'autres Partenaires Techniques Financiers (PTF), la tenue des **Conseils d'Administration** (CA) dans les Zones de Santé de la Province. Le Conseil d'Administration a pour principales compétences et attributions :

- Approuver les plans de la ZS et Contrôler la mise en œuvre ;
- Administrer l'ensemble des ressources ;
- Contacter ou entériner les clauses entre ECZS/DPS et les partenaires d'appui (contrats, conventions) ;
- Harmoniser/arbitrer la collaboration entre les partenaires (publics et privés) intervenant dans la ZS.

Toutes les ZS de la province ont ainsi pu organiser convenablement en 2017 les 2 CA ordinaires que chacune des ZS doit organiser par an (conformément aux instructions nationales), ce qui n'était pas le cas auparavant.

La DPS Sud Ubangi, dans le cadre de suivi et évaluation de la mise en œuvre de son Plan d'Action Opérationnelle a organisé avec l'appui du PADP et autres partenaires, la **Revue Annuelle Conjointe** qui constitue le moment par excellence où les acteurs des différents niveaux du Système de Santé se retrouvent avec toutes les parties prenantes pour avoir la photographie du secteur de la santé et faire l'analyse des différentes problématiques existantes. Les données discutées et validées lors de cette revue a permis d'améliorer la qualité des informations indispensables pour la prise de décision.

En vue d'améliorer les résultats des interventions dans le secteur de la santé avec une meilleure redevabilité entre le Gouvernement et ses partenaires au niveau provincial, 2 réunions de **Comité de Pilotage Provincial du Secteur Santé** (CPP-SS) et 2 réunions du Secrétariat CPP-SS ont été tenues avec l'appui de PADP en synergie avec les autres PTF. Afin de bien préparer ces importantes assises, présidées par le Gouverneur de la Province, 16 réunions des 4 Groupes de travail du CPP-SS (Ressources Humaines et Renforcement des capacités, Prestations, Informations sanitaires et Gestion Médicament) ont été organisées au long de l'année avec le soutien technique et financier du PADP et autres PTF.

L'équipe de PADP a participé activement aux réunions hebdomadaires de l'Equipe Cadre de la DPS afin de contribuer à améliorer le fonctionnement de la DPS et sa mission régalienne.

Pour améliorer le cadre de travail et le fonctionnement de la DPS, le PADP a assuré et accompagné les appuis suivants :

-Achat d'un nouveau groupe électrogène (20 KVA) et construction d'un local pour l'abriter ;

-Construction d'une clôture transitoire de la DPS pour la sécurisation du bâtiment ;

-Réparation d'un véhicule Toyota 4x4 servant aux courses locales de la DPS et achat d'une moto Yamaha 125 (qui sera livrée en T1 2018 après obtention de la plaque d'immatriculation correspondante) ;

-Soutien en carburants, lubrifiants, fournitures et matériaux d'hygiène et assainissement du

bâtiment. Ces appuis sont octroyés régulièrement en concertation avec d'autres PTF et permettent à DPS de fonctionner au quotidien.

-Démarrage effectif du processus de réhabilitation / agrandissement des infrastructures de la DPS (recrutement d'un consultant pour élaboration du Cahier Spécial de Charges pour le Marché Public). Les travaux vont démarrer effectivement durant le T2 2018, en suivant les procédures du marché public de la CTB ;

-Achat des 2 splits pour la climatisation des locaux et de mobilier pour améliorer le cadre de travail des responsables des Bureaux et du Chef de Division (l'arrivée de ce mobilier est prévue pour le début du T1 2018)

-Soutien à l'accompagnement du Bureau Information Sanitaire sur l'utilisation de DHIS2 dans les 4 ZS ciblées. Il faut dire que malgré l'appui du PADP et d'autres partenaires dans ce domaine, la connexion internet pose problème (à cause du payement irrégulier de l'abonnement de la part du niveau central du Ministère de la Santé) aux 16 ZS de la DPS et empêche la DPS d'atteindre le seuil de la promptitude souhaité.

2.4 Performance de l'output 2

2.4.1 Progrès des indicateurs PADP Tshopo

PADP Tshopo **Output 2 :** **L'appui technique aux ZS par la Division Appui Technique est assuré**					
Indicateurs	**Valeur de la *Baseline***	**Valeur année 2016**	**Valeur année 2017**	**Cible année 2017**	**Cible finale**
1.Programmes spécialisés intégrés	20%	20%	36%	25%	50%
2.Supervisions formatives faites et de valeur ajoutée objectivée	15%	15%	71,7%	50%	100%

État d'avancement des principales activités Tshopo

État d'avancement des principales activités	**État d'avancement :**			
	A	B	C	D
Assurer la supervision en appui des équipes cadres de toutes les zones de santé		X		
Appuyer le renforcement des capacités des ECZS par la DPS			X	
Appuyer l'intégration administrative et opérationnelle des programmes spécialisés			X	

Analyse des progrès réalisés PADP Tshopo

Par rapport aux programmes spécialisés, on observe une évolution de l'indicateur dont le taux d'atteinte passe de 20% à 36%, dépassant la cible fixée pour la première année (25%). Cette augmentation est due essentiellement aux missions conjointes de supervision exécutées par les programmes et aussi à la fonctionnalité accrue pendant 2017 du groupe de travail surveillance épidémiologique. En principe, les compétences des programmes verticaux devraient être harmonieusement absorbées par la DPS, mais la notion d'intégration, bien que fermement inscrite dans la réforme, ne semble pas encore faire l'unanimité.

En ce qui a trait aux supervisions faites par la DPS au niveau des zones de santé, le souhait avait été émis qu'elles soient intégrées (pour plus d'efficience notamment), formatives et avec valeur ajoutée. Ici également l'indicateur est composite. Son passage en 2017 d'un taux de réalisation dd 15% à celui de 71.7% est lié principalement à 3 facteurs :

1.Le nombre de supervisions a doublé en 2017
2.Les réunions préparatoires desdites supervisions font désormais l'objet d'un PV
3.Le rapport recommandations faites/recommandations exécutées a augmenté de 25%.

Selon toute vraisemblance, on n'a pas tenu compte des supervisions intégrées, qui en principe devraient être effectuées par les encadreurs provinciaux polyvalents.

Progrès des indicateurs PADP Kwilu

PADP Kwilu **Output 2 : L'appui technique aux ZS par la Division Appui Technique est assuré.**					
Indicateurs	**Valeur de la *Baseline***	**Valeur année N-1**	**Valeur année N Atteinte 2017**	**Cible année N Prévu 2017**	**Cible finale**
Proportion de programmes spécialisés intégrés (PSI)	**5/11**		**5/11**	**11/11**	**11/11**
Nombre de ZS supervisé avec valeur ajoutée	**03**		**24**	**24/24**	**24**

État d'avancement des principales activités Kwilu

État d'avancement des principales activités	**État d'avancement :**			
	A	B	C	D
1. Assurer les supervisions en appui aux EC de toutes les ZS (63) de la DPS		X		
2. Appui au renforcement des capacités des ECZS par la DPS		X		
3. Appuyer l'Intégration administrative et opérationnelle des programmes spécialisés, vers la suppression progressive des bureaux de coordination particuliers			X	

Analyse des progrès réalisés PADP Kwilu

En ce qui concerne l'output N°2, nous remarquons que le nombre de programme spécialisés n'a pas évolué. L'indicateur de 2016 a seulement fait ressortir le nombre de programme spécialisé prenant part aux réunions de concertations au niveau de la DPS.

L'objectif au niveau national est d'intégrer les programmes spécialisés aux activités de la DPS, et c'est ce qui ressort également de notre document technique et financier. Nous ne pouvons donc pas parler d'intégration maintenant, mais c'est le nombre de programmes participants aux réunions de concertation. Si tous les 11 participent, les ressourcent seront au fur et à mesure intégrer dans le budget global de la DPS, au lieu que les sorties soient verticalisées, elles seront intégrées aux sorties et aux activités des autres, étant donné que la DPS demeure une seule entité.

Pour la supervision intégrée, il y a à ce niveau un progrès car de 3/24 soit 12,5% des zones qui avaient été supervisés en 2016 avec valeur ajoutée, nous sommes à 100% avec l'appui des partenaires à cette activité. Nous pouvons dire que le Contrat unique signée a donné une seule vision aux partenaires, et a impulsé la DPS dans la réalisation de ses activités.

On note néanmoins quelques difficultés liées au financement communs de certaines activités qui souvent entrainent un retard dans leurs réalisations à cause des périodes de financement différentes.

L'exemple de la réalisation des PAO a été un exemple, un effet inattendu.

Progrès des indicateurs PADP Sud Ubangi

PADP Sud Ubangi **Output 2 :** *L'appui technique aux ZS par la Division Appui Technique est assuré*					
Indicateurs	**Valeur de la *Baseline***	**Valeur année 2016**	**Valeur année 2017**	**Cible année 2018**	**Cible finale**
Programmes spécialisés intégrés	**5/11**	**6/11**	**6/11**		**11/11**
Supervisions formatives faites et de valeur ajoutée objectivée	**3**			**24**	**24**

État d'avancement des principales activités Sud Ubangi

État d'avancement des principales activités	**État d'avancement :**			
	A	B	C	D
1 Assurer les supervisions en appui aux EC de toutes les ZS de la DPS		X		
2 Appui au renforcement des capacités des ECZS par la DPS			X	
3 Appuyer l'Intégration administrative et opérationnelle des programmes spécialisés, vers la suppression progressive des bureaux de coordination particuliers			X	

Analyse des progrès réalisés PADP Sud Ubangi

Un appui technique et financier du programme a été donné à la DPS en synergie avec les autres Partenaires Techniques et Financiers pour sa mission principale qui est l'accompagnement et l'encadrement des Equipes Cadres des Zones de Santé afin de mieux assurer une offre des soins de qualité centrés sur le patient et financièrement accessibles à la majorité de la population.

Chaque zone de santé a été visitée au moins une fois par trimestre. Les faiblesses relevées lors de ces missions ont été relevées et échangées lors des réunions de restitution et les mesures correctrices ont été prises.

Il faut signaler que les missions d'accompagnement et encadrement des Zones de Santé n'ont pas respectées les 7 jours de missions par zone de santé telles que prévues dans les instructions officielles. Un effort devra être fourni entre tous les partenaires pour que cette déficience soit corrigée pour permettre aux Encadreurs Provinciaux Polyvalents (EPP) de focaliser leurs attentions sur les faiblesses des Zones de Santé en vue d'amélioration de la qualité de l'offre. Aussi bien au niveau des structures de soins du premier contact comme au niveau des Hôpitaux Généraux de Référence (HGR) sous le leadership des ECZ.

En synergie avec le Programme d'Etudes et d'Expertise (PEE) de la CTB, le PADP a accordé une bourse internationale à un Médecin Encadreur Polyvalent Provincial (EPP) de la DPS Sud Ubangi pour la participation à un Cours International Universitaire en Belgique sur la Recherche en Systèmes de Santé. Ce Cours a pour objectif de former à la démarche des recherches pour développer des recherches dans le secteur de la santé y compris les mécanismes d'accès aux soins

de santé.

Pour répondre au besoin de renforcement de capacité des professionnels des laboratoires des certaines Zones de Santé, PADP a appuyé les missions d'encadrement des laboratoires des HGR par le Laboratoire Provincial. Ces missions sont un soulagement pour les laboratoires périphériques car la plupart des ZS n'ont pas d'agents ayant l'expertise requise dans le domaine de Laboratoire.

2.5 Performance de l'output 3

2.5.1 Progrès des indicateurs PADP Tshopo

PADP Tshopo **Output 3 :** La Gestion au sein de la DPS est renforcée pour une mobilisation efficace des ressources disponibles, leur utilisation efficiente et une redevabilité permanente pour toutes les parties prenantes.					
Indicateurs	**Valeur de la *Baseline***	**Valeur année 2016**	**Valeur année 2017**	**Cible année 2017**	**Cible finale**
Existence d'un contrat unique signé entre les parties DPS, MPS et Représentant des PTF	0%	0%	0%	100%	100%
Un système informatisé de gestion des ressources accessible à tous les cadres de la DPS : **Ressources matérielles, Financières et Humaines**	0%	0%	16,7%	33%	100%

État d'avancement des principales activités Tshopo

État d'avancement des principales activités [1]	**État d'avancement :**			
	A	B	C	D
1. Appuyer l'organisation du service chargé du partenariat et de l'administration des finances		X		
2. Organisation du service chargé des ressources humaines			X	
3. Organisation du service chargé de la gestion des ressources matérielles, de la logistique médicale et de la maintenance		X		

Analyse des progrès réalisés PADP Tshopo

Le rapport de Baseline répertorie deux indicateurs uniquement pour cet Output 3 à savoir : Contrat unique en place et système de gestion informatisé multi acteurs en place et fonctionnel. Ils doivent être atteints respectivement à 100% et 33% dès 2017, selon la valeur cible.

Nonobstant le niveau de réalisation de ces indicateurs 0/100 et 17/33, plusieurs activités ont été menées dans le cadre de cet Output. Ci-dessous, sont reprises les activités clés durant l'année 2017 :

- Après l'état des lieux, plusieurs outils et fichiers de gestion et Template ont été développés et mis en place. Cela touche les trois ressources du bureau Gestion et, les utilisateurs ont été formés puis les maintiennent à jour.
  - Ressources financières

    En attendant TOMPRO, tributaire du processus marché public, des fichiers Excel

[1] A :Les activités sont en avance
BLes activités sont dans les délais
CLes activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
DLes activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

ont été développés par l'ATN suite au manque du système informatisé de la DPS :

- Fichier de comptabilisation en Excel : journal des caisses et banques, journal de subventions, journal des Opérations diverses. Tout avec possibilités d'imputations par nature, par destination et par axe analytique PAO. Corrélativement, le plan comptable OHADA, le Plan budgétaire, les codes PAO sont mis en place et sont exploitables à la Cellule financière.
- Le fichier d'arrêté des caisses, jamais point d'usage
- Livres électroniques des caisses en devises assorties, mémoire de la caissière face aux erreurs matérielles fréquemment enregistrées dans le livre manuscrit
- L'état de rapprochement des comptes bancaires
- Les outils comptables de gestion des missions
- Etc.

- Ressources Matérielles
  - Le fichier de pointage du personnel, vu que la présence au poste est un élément d'évaluation dans les résultats de la DPS
  - Le fichier de gestion des stocks de la DPS
  - Le fichier de gestion des biens d'investissement : inventaire global à jour au 31/12/2017,
- Ressources Humaines
  - Le fichier de pointage
  - Les registres et outils de gestion RH, la cellule reçoit plus de 200 courriers RH par trimestre
  - Une base de données compilée des listes déclaratives du personnel de la Province.
  - Grille d'évaluation du personnel de la DPS – en discussion pour implémentation dans le système de paiement basé sur la performance
  - Fichier de paie Primes DPS multi bailleurs.

-Ces outils développés en Excel par l'ATN, ne constituent pas l'atteinte de l'indicateur en soi. Il est prévu en 2018, le logiciel TOMPRO pour les ressources financières et matérielles, et le logiciel IRHIS pour les ressources RH.

-Le marché TOMPRO a connu un retard au niveau de Kinshasa, il était attendu en T1, si les 1ers contacts initiés avec TOMATE au niveau de la Tshopo en T3 2017, avaient étaient capitalisés. Ce retard occasionne et renvoie l'obtention du logiciel installé que vers T3 2018, voire T4. Deux trimestres de travail bien après que le contrat unique soit mis en place. Et les feuilles Excel de comptabilisation financière aideront et permettront le lancement sans trop de peine de la mise en route de TOMPRO, mais aussi assureront le rapportage du Contrat Unique en ses 1ers trimestres sans TOMPRO.

-Pour un succès d'utilisation du TOMPRO, une formation en SYSCHODA est prévue. Les termes de référence sont finalisés depuis 2017 au niveau des ATN. C'est une activité conjointe aux 3 DPS ciblées.

-Le Contrat Unique est à compter parmi les activités du Partenariat, dans la mesure où il aligne tous les bailleurs autour de cette question de financement de la DPS. La province de la Tshopo est répertoriée comme province de la 2è vague pour la signature dudit contrat. Les étapes préalables au processus s'accomplissent pas à pas. La désignation du Représentant des PTF pour le CU interviendra dès T1 2018. ENABEL est pressenti pour exercer ce rôle qu'elle l'exerce déjà implicitement. Plusieurs communications autour du CU avaient été organisées par ENABEL.
Une feuille de route claire devrait être disponible pour s'assurer de l'effectivité du CU à la Tshopo dès T1.

-La DPS, les ZS et les HGR doivent être dotées des ordinateurs, portables capables d'accueillir ces

logiciels, les termes de référence pour les marchés publics de fournitures seront disponibles en T1 2018. En attendant, les outils Excel développés en 2017 sont installés dans des ordinateurs privés de fortunes, ou dans des clés USB.

-Le Manuel des procédures révisé, une mise à jour intégrée et contenant des Template nécessaires, se dessine comme activité prioritaire pour la mise en place du mécanisme du contrôle interne. La faiblesse identifiée au niveau du contrôle interne, s'explique par le fait que le manuel des procédures n'est pas un document de référence, peu connu de la DPS, ce manuel reste quasi absent dans la culture du partenaire. Sa mise à jour validée et sa vulgarisation auprès de tous déclencherait le mécanisme du contrôle interne. Cette activité devra restaurer les rôles d'uns et des autres dans le processus du contrôle interne.

-L'Excel est utilisé à grande échelle par les agents et cadres de la DPS. Plusieurs rapports de consolidation contiennent des erreurs dues au faible niveau de connaissance d'Excel. Les PAO antérieurs approuvés au CPP ont contenu ces erreurs de calculs après audit. Sous optique du contrat unique, les chiffres PAO auront plus de sens qu'ils ne l'étaient hier, car base d'élaboration du Contrat Unique. D'où des tableaux consolidés sans erreurs de formules sont des mises. Ceci évoque la formation continue en Excel. Un premier épisode de formation réservée aux débutants et aux moyens a eu lieu en T4 2017. Il doit se poursuivre dès T1 2018, du niveau Moyens au niveau des experts.

-Il est prévu de mettre en place, aux côtés de deux indicateurs de cet output, des indicateurs du système de gestion comptable et financière ou de contrôle interne, pour plus d'indicateurs SMART du bureau Gestion. Car disposer d'un logiciel est une chose, mais l'utiliser pour le motif pour lequel il a été acquis est une autre. Point nécessaire de rappeler que le projet ASSNIP avait bien fourni un logiciel Comptable, malgré cela, l'indicateur de départ à ces jours est de ZERO système informatisé.

Par ailleurs, il est important de noter que TOMPRO n'a pas proprement de budget. Le PADP compte sur PRECOP pour son implémentation, C'est important de relever ce grief, à ce stade, pour un indicateur considéré comme principal de l'output 3.

Un travail de proximité aux quotidiens se réalise aux seins du bureau gestion, plus exactement aux cellules du bureau, coaching au rapportage financier, insuffler la notion des procédures et des deadlines. C'est un résultat soft qui touche essentiellement à l'homme dans ses habitudes, dans sa perception et dans sa volonté de changer.

Progrès des indicateurs PADP Kwilu

PADP Kwilu **Output 3 : La Gestion au sein de la DPS est renforcée pour une mobilisation efficace des ressources disponibles, leur utilisation efficiente et une redevabilité permanente pour toutes les parties prenantes.**					
Indicateurs	**Valeur de la *Baseline***	**Valeur année N-1**	**Valeur année N Atteinte 2017**	**Cible année N Prévu 2017**	**Cible finale**
Contrat unique en place en 2017	**0**		**1**	**1**	**3**
Système de gestion informatisé multi acteurs en place et fonctionnel	**0**		**0**	**1**	**1**

État d'avancement des principales activités Kwilu

État d'avancement des principales activités	**État d'avancement :**			
	A	B	C	D
1 Appuyer l'organisation du service chargé du partenariat et de l'administration des finances		X		
2 Organisation du service chargé des ressources humaines		X		
3 Organisation du service chargé de la gestion des ressources matérielles, de la logistique médicale et de la maintenance			X	

Analyse des progrès réalisés

-Le contrat unique de la DPS Kwilu mis en place 2017 et en œuvre.
-La gestion informatisée multi bailleurs/acteurs non encore opérationnel.

La signature endossée par le CPP extraordinaire le 24 juin 2017) et la mise en œuvre du premier contrat unique de la DPS Kwilu reste un indicateur important concourant à renforcer la gestion au sein de la DPS pour une mobilisation efficace des ressources disponibles, leur utilisation efficiente et une redevabilité permanente pour toutes les parties prenantes.

A travers le contrat unique signé, la DPS a via son PAO validé, mobilisé toutes les parties les parties prenantes et intervenants en vue de contribuer au financement des activités retenues.

Certes le PAO sert de référence pour les parties prenantes qui appuient la DPS Kwilu, mais il reste encore en grande partie financé par les PTF avec moins de ressource domestiques (Gouvernements national et provincial), son processus n'est pas encore totalement intégré dans les échéances fixées et est caractérisé par une faible participation de parties prenantes dont, les PTF en particulier. Ce qui est

à la base des retards dans la signature, l'endossement et du démarrage de sa mise en œuvre.

Au niveau gestion et redevabilité, les rapportages et la justification des fonds auprès PTF sont produits par la DPS. Par ailleurs, des efforts restent encore à consentir par la DPS Kwilu en vue de renforcer la gestion efficiente et la redevabilité permanente pour toutes les parties prenantes et acteurs via la mise en œuvre et le respect des procédures de gestion, la justification globale des fonds pour l'ensemble des partenaires et non par partenaire, l'amélioration de la qualité et le respect des échéances de la justification des fonds ; l'acquisition d'un logiciel de gestion financière Multi-bailleurs, logiciel TOMPRO en vue du suivi évaluation des contributions des parties prenantes. Le processus d'acquisition du logiciel TOMPRO est en cours, le marché de réactivation des licences de Tompro acquis sous le programme ASSNIP 5 de la CTB est en cours.

Un plan d'accompagnement du bureau gestion ressources de la DPS Kwilu a été élaboré et validé de commun accord avec le bureau gestion ressources dans l'objectif d'appuyer ce bureau à renforcer ses capacités à améliorer la gestion efficiente des ressources. Cependant, sa mise en œuvre reste encore lente suite à la faible appropriation par ledit bureau.

Progrès des indicateurs PADP Sud Ubangi

PADP Sud Ubangi **Output 3 :** *La Gestion au sein de la DPS est renforcée pour une mobilisation efficace des ressources disponibles, leur utilisation efficiente et une redevabilité permanente pour toutes les parties prenantes*					
Indicateurs	**Valeur de la *Baseline***	**Valeur année 2016**	**Valeur année 2017**	**Cible année 2018**	**Cible finale**
Contrat Unique en place en 2017	**0**	**0**	**100%**	**100%**	**75%**
Système de gestion informatisé multi acteurs en place et fonctionnel	**0**	**0**	**30%**	**100%**	**100%**

État d'avancement des principales activités Sud Ubangi

État d'avancement des principales activités	**État d'avancement :**			
	A	B	C	D
1 Appuyer l'organisation du service chargé du partenariat et de l'administration des finances			x	
2 Organisation du service chargé des ressources humaines		x		
3 Organisation du service chargé de la gestion des ressources matérielles, de la logistique médicale et de la maintenance		x		

Analyse des progrès réalisés PADP Sud Ubangi

L'analyse institutionnelle et organisationnelle de la DPS du Sud-Ubangi et des 4 Equipes Cadres des Zones ciblées par le Programme a été réalisé au début 2017 grâce à une synergie obtenue par le PADP avec le Programme de Renforcement des Capacités organisationnelles par l'Octroi de Bourses (PRECOB) de la CTB. Le PRECOB a financé un appui international dans ce domaine crucial, et 2 missions ont été exécutées par le Bureau **BIEF** de Belgique. Elles se sont déroulées du

02 au 16 mars pour le Diagnostic Organisationnel de la DPS et des 4 ECZS appuyées, et du 06 au 10 juin 2017 pour l'élaboration de Plan de Renforcement des Capacités de la DPS et des ECZS.
Le recueil de données s'est fait essentiellement sous la forme d'entretiens individuels et de focus group avec les différentes catégories d'acteurs qui œuvrent dans le champ de la santé au sein de la Division Provinciale et des quatre Zones de Santé, y compris la société civile. C'est dans ce contexte en mutation que les deux programmes de la CTB, le PADP et le PRECOB, contribuent chacun et ensemble à l'accompagnement et au soutien technique et financier du secteur de la santé dans le Sud Ubangi dans le respect de la politique sanitaire de la RDC.

Le plan de formation produit lors de ces missions de BIEF s'inscrit dans la même dynamique et vise à renforcer les capacités des différents acteurs impliqués dans le secteur de la santé du Sud-Ubangi et plus particulièrement la Division Provinciale de la Santé (DPS) ainsi que quatre des seize zones de santé de la Province à savoir Budjala, Bwamanda, Gemena et Tandala. C'est un instrument indispensable pour les besoins en formation des professionnels de santé du Sud Ubangi sur lequel la DPS se réfère pour l'affectation de ses agents en formation.

Le Plan de Renforcement des Capacités de la DPS est enfin un important outil de plaidoyer auprès du niveau central du Ministère de la Santé et des PTF, afin d'obtenir d'une manière logique et raisonnée l'amélioration des compétences des agents.

Depuis le 01 avril, l'Assistant Technique en gestion du PADP travaille à la DPS totalement intégré au Bureau Gestion de la DPS. Il donne un appui institutionnel, en particulier dans la mise en place du Contrat Unique et au processus de programmation et de la mise en œuvre des activités.

Le Bureau Gestion des Ressources de la DPS, appuyée par l'ATN en Gestion du PADP, a réalisé en août un voyage d'immersion » à Kinshasa pour être formé par les responsables de la 1ière Direction du Secrétariat Général de la Santé dans le cadre de l'élaboration du Plan Provincial de Développement des Ressources Humaines Santé. La suite du processus d'élaboration de ce Plan devra être réalisé pendant les T1 et T2 2018, avec la participation d'autres partenaires puisque PADP seul ne pourra pas faire face à toutes les activités du Plan.

Le Bureau Hygiène et Assainissement a reçu un significatif appui pour qu'il puisse réaliser l'accompagnement les 4 ZS appuyées par le PADP dans la formation et l'encadrement de leurs Brigades d'Hygiène en d'installer les brigades d'hygiènes dans la province du Sud Ubangi.

Le Bureau Appui Technique, avec l'appui technique et financier du PADP a réalisé en décembre l'Enquête de satisfaction des usagers des 4 ZS appuyées par le Programme. Cette enquête s'inscrit dans le cadre l''amélioration de la qualité des soins et services offerts aux populations qui supposent entre autres la prise en compte par les prestataires des attentes et préoccupations des patients.

Le Groupe inter bailleurs Santé (GIPS) de commun accord avec les autorités tant nationales que provinciales du secteur santé se sont convenu de mettre en place le **Contrat Unique** (CU) au niveau des DPS, qui est un panier virtuel visant à harmoniser et à rationaliser les financements des activités qui relèvent de missions de la DPS mais surtout du respect des engagements pris de manière consensuelle et la synchronisation des décaissements pour permettre la mise en œuvre harmonieuse des activités.

En vue de présenter les modalités de signature du Contrat Unique à signer entre le Ministère Provincial de la Santé du Sud-Ubangi, représenté par sa Division Provinciale de la Santé (DPS) et les Partenaires Techniques et Financiers engagés à soutenir les missions des DPS, le GIBS a mandaté avait mandaté la CTB pour faciliter les échanges entre les PTF du Sud-Ubangi afin qu'ils choisissent leur représentant signataire du CU de la Province du Sud-Ubangi. A cet effet, en

unanimité, les PTF du Sud Ubangi ont choisi la CTB comme Représentant des Partenaires du Sud Ubangi. Les responsabilités suivantes sont attribuées au Représentant des PTF :

1. Signer le Contrat Unique au nom des autres PTF ;
2. Engager les autres PTF après consensus sur un point donné ;
3. Représenter les autres PTF lors de l'évaluation des performances (Responsabilité morale) ;
4. Soumettre aux autres PTF le rapport d'évaluation et le transmets au GIBS ;
5. Organiser les discussions internes avec les PTF sur les efforts d'harmonisation (financement, logistique, …) ;
6. Informer les autres PTF des communications importantes du GIBS ;
7. N'endosse pas les responsabilités institutionnelles des autres PTF.

Avec ce mandat, la CTB a accompagné et appuyé les processus de la signature du CU de la DPS du Sud Ubangi qui a eu lieu le 06/07/2017 entre le Ministre Provincial de la santé, la Division Provinciale de la Santé et le Représentant des PTF du Sud Ubangi.
Pour encadrer le financement des activités de la DPS, la CTB organise l'évaluation trimestrielle de la DPS en synergie avec les autres PTF, sous la supervision du Ministère Provincial de la Santé et en collaboration avec la Division Provincial du Plan (du Ministère Provincial du Plan) et l'Inspection Provinciale de la Santé. Cette évaluation est assortie d'un rapport à partager entre les différents signataires du CU pour analyser la performance de la DPS et apprendre des mesures correctrices.

A la mi-septembre, l'équipe de finances et le logisticien du PADP ont reçu à Kinshasa une formation sur l'utilisation du nouveau logiciel comptable que la CTB mettra en place au début 2018.

En parallèle à ces activités, l'équipe du PADP a tenu la SMCL du 1er semestre 2017 au début juillet et a finalisé la rédaction et la signature de la Convention des Subsides (CS) de la DPS en novembre 2017. Les CS des Zones de Santé sont en cours de rédactions devront être validées et signées en début 2018.

2.6 Performance de l'output 4

2.6.1 Progrès des indicateurs – ZS KABONDO Tshopo

PADP Tshopo – ZS Kabondo **Output 4 :** **Les performances des ECZS sont assurées (en matière de planification, l'encadrement efficace des formations sanitaires et la gestion efficiente des ressources).**					
Indicateurs	**Valeur de la *Baseline***	**Valeur année 2016**	**Valeur année 2017**	**Cible année 2017**	**Cible finale**
1.ECZ rationnalisée et performante avec grilles de mesure de performances en place	**71%**	**71%**	**75%**	**85%**	**100%**
2.Tarification forfaitaire en place	**68%**	**68%**	**68%**	**80%**	**90%**
3.Enquêtes de satisfaction réalisées et avec évidence d'amélioration	**0%**	**0%**	**0%**	**100%**	**100%**
4.Taux de Césarienne	3%	3%	3,9%	5%	10%

Progrès des indicateurs – ZS MAKISO-KISANGANI Tshopo

PADP Tshopo – ZS Makiso-Kisangani **Output 4 :** **Les performances des ECZS sont assurées (en matière de planification, l'encadrement efficace des formations sanitaires et la gestion efficiente des ressources).**					
Indicateurs	**Valeur de la *Baseline***	**Valeur année 2016**	**Valeur année 2017**	**Cible année 2017**	**Cible finale**
1.ECZ rationnalisée et performante avec grilles de mesure de performances en place	**71%**	**71%**	**70%**	**85%**	**100%**
2.Tarification forfaitaire en place	**74%**	**74%**	**74%**	**80%**	**90%**
3.Enquêtes de satisfaction réalisées et avec évidence d'amélioration	**0%**	**0%**	**0%**	**100%**	**100%**
4.Taux de Césarienne	3%	3%	3%	5%	**10%**

Progrès des indicateurs – ZS LUBUNGA Tshopo

PADP Tshopo – ZS Lubunga **Output 4 :** **Les performances des ECZS sont assurées (en matière de planification, l'encadrement efficace des formations sanitaires et la gestion efficiente des ressources).**					
Indicateurs	Valeur de la *Baseline*	Valeur année 2016	Valeur année 2017	Cible année 2017	Cible finale
1.ECZ rationnalisée et performante avec grilles de mesure de performances en place	**71%**	**71%**	**70%**	**85%**	**100%**
2.Tarification forfaitaire en place	**68%**	**68%**	**68%**	**75%**	**90%**
3.Enquêtes de satisfaction réalisées et avec évidence d'amélioration	**0%**	**0%**	**0%**	**100%**	**100%**
4.Taux de Césarienne	1%	1%	1,8%	5%	**10%**

État d'avancement des principales activités PADP Tshopo

État d'avancement des principales activités	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1. Appui à la mise en place d'ECZS performantes		X		
2. Appui au pilotage des HGR, des CS et des organes de participation communautaires		X		
3. Mise en place d'initiatives d'amélioration de l'accès financier pour les populations			X	
4. Mise en place de mécanismes d'amélioration de la qualité de l'information sanitaire et de génération des évidences en vue de renforcer la politique de santé			X	

Analyse des progrès réalisés PADP Tshopo

Par rapport à cet output, le niveau des indicateurs est demeuré relativement statique par rapport aux valeurs de la baseline. Les performances des ECZS estimées à 71% au moment de la baseline sont pratiquement les mêmes pour Makiso-Kisangani et Lubunga, alors qu'il y a eu une amélioration des chiffres pour Kabondo (75%). Aucune des trois Equipes cadres n'a atteint la cible fixée pour 2017. Il faut cependant faire preuve de prudence en interprétant ces chiffres. Les valeurs de l'indicateur se trouvaient déjà relativement élevées au départ de l'intervention. Kabondo et Makiso-Kisangani sont généralement très bien classées lors des exercices de benchmarking dans la province.

En ce qui concerne la mise en place de la tarification forfaitaire, la situation est presque la même. Cette forme de tarification était déjà en vigueur dans une grande partie des formations sanitaires du premier échelon et des HGR des zones de santé ciblées. Cependant, il n'est question que de subsidier les tarifs au niveau des HGR dans le DTF de l'intervention. Après la fin de l'ASSNIP, certains principes de la tarification forfaitaire ont été outrepassés ou ont complètement disparu. Les indicateurs pourraient donner une fausse impression, mais les démarches vers de nouveaux schémas tarifaires subsidiés et rigoureusement suivis dans le cadre des conventions de subsides, devraient permettre une amélioration de l'accessibilité financière des HGR. Le problème demeure entier quant aux centres de santé.

L'enquête de satisfaction des usagers des FOSA des ZS ciblées devrait avoir lieu au premier trimestre de 2018. Ses résultats auront une importance capitale lors de l'évaluation en fin d'intervention.

Les taux de césarienne sont généralement très bas, variant de 1% à 3.9%. Cela peut signifier qu'il y a un sérieux manque de réactivité des services de santé envers les parturientes. L'OMS recommande des taux de césarienne allant de 5% à 10%. Cette information suggère qu'on se penche plus sur la question, avec une attitude de recherche.

Progrès des indicateurs PADP Kwilu

PADP Kwilu **Output 4 : Les performances des ECZS sont assurées (en matière de planification, l'encadrement efficace des formations sanitaires et la gestion efficiente des ressources).**					
Indicateurs	**Valeur de la *Baseline***	**Valeur année N-1**	**Valeur année N Atteinte 2017**	**Cible année N Prévu 2017**	**Cible finale**
ZONE DE SANTE MOKALA					
Existence d'une ECZ rationalisée performante	**0**		**1**	**1**	**1**
Existence d'une grille de mesure de performances en place de l'ECZ,	**0**		**0**	**1**	**1**
Nombre de CS appliquant la tarification forfaitaire affichée, respectée	**0**		**71%**	**100%**	**100%**
Nombre d'enquête réalisé	**0**		**1**	**1**	**2**
ZONE DE SANTE MOSANGO					
Existence d'une ECZ rationalisée performante			**1**	**1**	**1**
Existence d'une grille de mesure de performances en Place de l'ECZ	**0**		**1**	**0**	**1**
Nombre de CS appliquant la tarification forfaitaire affichée, respectée	**20**		**20/20 Soit 100%**	**20/20 Soit 100%**	**20/20 Soit 100%**
Nombre d'enquête réalisé	**0**		**1**	**1**	**2**

État d'avancement des principales activités Kwilu

État d'avancement des principales activités	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1. Appui à la mise en place d'ECZS performantes		X		
2. Appui au pilotage des HGR, des CS et des organes de participation communautaire par l'ECZS		X		
3. Mise en place d'initiatives d'amélioration de l'accès financier pour les populations		X		
4. Mise en place de mécanismes d'amélioration de la qualité de l'information sanitaire et de génération des évidences en vue de renforcer la politique de santé			X	

Par rapport à ces principales activités ayant entrainé une modification des indicateurs, nous pouvons citer ceux-ci :

-Les activités liées au pilotage ont toujours été financées mensuellement afin de permettre aux zones de santé de se réunir avec les comités de santé et avec les CS pour le suivi des activités à type de monitorage

-Les activités liées à l'accès financier des populations ont vu la tenue d'une formation sur la tarification forfaitaire et sa mise en place dans les CS. Cette stratégie qui a revu les couts permet en même temps à la population de connaitre les prix des prestations et de payer une seule fois pour bénéficier des fonds.

-En ce qui concerne la performance des ECD, des ordinateurs ont été dotés à l'ECZ, des motos pour la supervision des activités. Deux formations dont l'une en SONU et l'autre en PCIME ont été faites à l'ECZ afin de renforcer leur connaissance sur ses aspects, ce qui leur permettre de superviser facilement ces prestations.

-Pour la mise en place de mécanismes d'amélioration de la qualité de l'information sanitaire, nous attendons la digitalisation qui verra certainement le jour bientôt.

-Mais nous ferons au cours de cette année une évaluation de la qualité des données par les pairs des zones de santé afin d'améliorer cette qualité. C'est une nouvelle initiative

Analyse des progrès réalisés PADP Kwilu

L'analyse du progrès des indicateurs nous donne les résultats suivants :

-Toutes les ECZ ont des équipes cadres existantes mais toutes n'ont pas les compétences qu'il faut pour le fonctionnement. Mosango qui a plusieurs partenaires a au sein de l'ECZ des membres déjà formés en management des soins de santé primaires. A Mokala, aucun de l'équipe n'a encore été formé. Il n'y a pas non plus de grilles en place pour l'évaluation du personnel.

-Quant à la tarification forfaitaire, elle est mise en place dans les tous les centres de santé de Mosango depuis février 2017, donc nous avons 100% des fosas qui ont une tarification affichée. Mokala a seulement 20 Centres de santé sur les 28 qui appliquent la tarification soit 71 %.

-Les enquêtes de satisfaction ont déjà été réalisées dans les deux zones de santé comme prévu, il reste l'enquête finale en 2019.

Progrès des indicateurs PADP Sud Ubangi

PADP Sud Ubangi **Output 4 :** *Les performances des ECZS sont assurées (en matière de planification, l'encadrement efficace des formations sanitaires et la gestion efficiente des ressources)*					
Indicateurs	**Valeur de la *Baseline***	**Valeur année 2016**	**Valeur année 2017**	**Cible année 2018**	**Cible finale**
ECZ rationnalisée et performante	**NA**	**0**	**61%**	**90%**	**90%**
Grilles de mesure de performances en place	**NA**	**0**	**100%**	**100%**	**1**
Tarification forfaitaire en place	**NA**	**0**	**1**	**4**	**9/9 ZS**
Enquêtes de satisfaction réalisées et avec évidence d'amélioration	**NA**				

État d'avancement des principales activités Sud Ubangi

État d'avancement des principales activités	**État d'avancement :**			
	A	B	C	D
1 Appui à la mise en place d'ECZS performantes		X		
2 Appui au pilotage des HGR, des CS et des organes de participation communautaire par l'ECZS		X		
3 Mise en place d'initiatives d'amélioration de l'accès financier pour les populations			X	
4 Mise en place de mécanismes d'amélioration de la qualité de l'information sanitaire et de génération des évidences en vue de renforcer la politique de santé		X		

Analyse des progrès réalisés PADP Sud Ubangi

Toutes les actions menées par le PADP au niveau des 4 ZS sont identifiées et reprises dans le Plan d'Action Opérationnel de chaque ZS.

Dans le cadre de la subvention des activités des Bureau des 4 ZS ciblées par le PADP, les appuis ont été consacrés au pilotage de chaque ZS. Ainsi, chacune des 4 ZS a pu organiser et tenir en 2017 leurs 2 Conseils d'Administration et les différentes réunions de Comité de Gestion (COGE), ce qui a contribué fortement au renforcement de la gouvernance et du leadership des ECZS.

En relation à l'amélioration des capacités du personnel des ZS, le **Plan de Renforcement des Capacités de la DPS et des ECZS** (élaboré en juin 2017) a prévu la formation en santé publique des cadres des ZS. C'est ainsi que, grâce à une autre synergie avec le PRECOB, 3 médecins (1 médecin de la ZS de Bwamanda, 1 médecin de la ZS de Budjala et 1 médecin de la ZS de Tandala) ont bénéficié des bourses du PRECOB pour suivre une Maîtrise en Santé Publique à l'Ecole de Santé Publique de Lubumbashi. Les cours, d'une durée d'un an, ont démarré en novembre 2017.

Au niveau de la ZS de Budjala, le PADP appui la mise en application du Plan de Communication

de la Zone, en particulier à travers l'utilisation d'une radio locale, pour faire diffuser largement à la population les messages les plus importantes de santé publique. Le même type de soutien a commencé aussi au niveau des autres 3 ZS d'appui.

En ce qui concerne le fonctionnement des Bureaux centraux des 4 ZS ciblées, le PADP a appuyé leur fonctionnement en carburants, lubrifiants, fournitures de bureau et les produits d'entretien.

En parallèle à ces activités, l'équipe du PADP continue le processus de rédaction des Conventions des Subsides avec ses partenaires (les CS devraient être signées en 2018) et a finalisé l'élaboration de la Ligne de Base du Programme. A cet effet, un important Atelier s'est tenu en juin afin de proposer des indicateurs pertinents en fonction des domaines d'action, déterminer les valeurs de référence des indicateurs quantitatifs, élaborer le tableau / matrice des indicateurs de suivi comprenant les valeurs de références et les valeurs cibles par année de l'intervention et de déterminer et/ou actualiser les risques liés à la gestion du programme, tout en proposant des actions en vue d'amoindrir ces risques.

Les réunions sur la tarification forfaitaire subsidiées par PADP ont été tenues entre l'ECZS, le représentant de la population, la DPS et l'équipe PADP pour fixer la modalité de mise en œuvre de tarif subsidié. Un accord a été trouvé entre les différentes parties prenantes et la mise œuvre de la Tarification forfaitaire subsidié sera effective au début de l'année 2018.

Il est important souligner que les équipes cadres des 4 ZS ont amélioré leur performance en 2017 suivant les évaluations trimestrielles diligentées par l'EUP du Programme national PDSS dans le cadre de Financement Basé sur les Performances. Le score moyen 2017 pour les 4 ZS est parti de 28% au 2ème trimestre et 80% au dernier trimestre avec une moyenne annuelle de 54%. Ce score a été rendu possible avec l'accompagnement rapproché de la DPS et la contribution de PADP en matière de gestion. L'équipe de PADP a aussi accompagné les réunions de Conseil d'Administration dans les 4 ZS en synergie avec la DPS en décembre 2017 pour les aider à réfléchir sur les stratégies à mettre à place et les décisions à prendre pour améliorer les performances des ZS.

En relation aux investissements, le processus d'achat des 10 motos Yamaha 125 pour les 4 bureaux d'équipes cadres ZS et la DPS a été finalisé et toutes les motos sont arrivées à Gemena au début du T4 2017. La livraison est prévue pour le début du T1 2018, après l'obtention des plaques d'immatriculation.

2.7 Performance de l'output 5

2.7.1 Progrès des indicateurs – KABONDO Tshopo

PADP Tshopo – ZS Kabondo **Output 5 :** **L'hôpital général de référence (HGR) a amélioré sa capacité de fournir des soins de qualité et accessibles et de gérer rationnellement ses ressources.**					
Indicateurs	**Valeur de la *Baseline***	**Valeur année 2016**	**Valeur année 2017**	**Cible année 2017**	**Cible finale**
1.PCA complet	**65%**	**65%**	**65%**	**75%**	**90%**
2.RHS en place suivant les normes et payées	**54,30%**	**54,30%**	**54,30 %**	**60%**	**75%**
3.Mécanisme de référence et contre référence fonctionnel	**50%**	**50%**	**50%**	**60%**	**75%**

Progrès des indicateurs – MAKISO-KISANGANI

PADP Tshopo – ZS Makiso-Kisangani **Output 5 :** **L'hôpital général de référence (HGR) a amélioré sa capacité de fournir des soins de qualité et accessibles et de gérer rationnellement ses ressources.**					
Indicateurs	**Valeur de la *Baseline***	**Valeur année 2016**	**Valeur année 2017**	**Cible année 2017**	**Cible finale**
1.PCA complet	**60%**	**60%**	**60%**	**75%**	**90%**
2.RHS en place suivant les normes et payées	**53,3%**	**53,3%**	**53,3%**	**60%**	**75%**
3.Mécanisme de référence et contre référence fonctionnel	**50%**	**50%**	**50%**	**60%**	**75%**

Progrès des indicateurs - LUBUNGA

PADP Tshopo – ZS Lubunga **Output 5 :** **L'hôpital général de référence (HGR) a amélioré sa capacité de fournir des soins de qualité et accessibles et de gérer rationnellement ses ressources.**					
Indicateurs	**Valeur de la *Baseline***	**Valeur année 2016**	**Valeur année 2017**	**Cible année 2017**	**Cible finale**
1.PCA complet	50%	50%	50%	**75%**	**90%**
2.RHS en place suivant les normes et payées	55.9%	55.9%	55.9%	**60%**	**75%**
3.Mécanisme de référence et contre référence fonctionnel	50%	50%	50%	**60%**	**75%**

État d'avancement des principales activités Tshopo

État d'avancement des principales activités	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1.Appui à l'amélioration de la qualité des soins complets (PCA)			X	
2.Appui à l'organisation des services et de la rationalisation de l'HGR			X	
3.Améliorer l'accessibilité pour la population des soins et des services de l'HGR			X	

Analyse des progrès réalisés PADP Tshopo

L'appui prévu aux HGR ciblés accuse un certain retard. Cela est attribuable en premier lieu au délai relativement long pris pour réaliser les schémas directeurs dont dépendraient la plupart des activités. Le schéma directeur, selon notre compréhension et celui de nos partenaires, irait au-delà de simples implications infrastructurelles, mais pourrait également comprendre des éléments liés à l'organisation des services et des soins, qui dans une certaine mesure, auraient des implications pour les ressources humaines.

Aucun des trois HGR ciblés, n'a de PCA complet. Cependant, les partenaires ont voulu avoir un indicateur composite, qui tient compte de plusieurs éléments essentiels du PCA. Le niveau de réalisation du PCA complet a pu être estimé entre 50% et 65% pour les 3 hôpitaux. Mais là encore il faudrait s'armer de prudence : par exemple un HGR peut dire avoir un service, qui en fait n'a que le nom, car il manque l'équipement de base et n'a pas le personnel qualifié.

Pour les ressources humaines, la situation globale reste statique. Elle se caractérise par une pléthore d'agents dans tous les HGR.

Un système de référence-contre référence reste à mettre en place au niveau des 3 hôpitaux. A la fin de l'année, à la faveur de l'arrivée imminente des ambulances octroyées par le PADP, la réflexion autour de ce dossier a été lancée. En 2017, on ne relève aucun progrès marquant par rapport à un mécanisme de référence fonctionnel. L'indicateur y relatif est resté à 50%.

Progrès des indicateurs PADP Kwilu

PADP Kwilu **Output 5 : L'hôpital général de référence (HGR) a amélioré sa capacité de fournir des soins de qualité et accessibles et de gérer rationnellement ses ressources.**					
Indicateurs	**Valeur de la *Baseline***	**Valeur année N-1**	**Valeur année N Atteinte 2017**	**Cible année N Prévu 2017**	**Cible finale**
ZONE DE SANTE MOKALA					
Nbre d'HGR avec PCA complet	0		0	1	1
Proportion d'HGR avec RHS en place suivant les normes, payé avec capacité renforcée (formé en gestion fin, mater, médic, humaine…)	0		0	1	1

ZONE DE SANTE MOSANGO					
Nbre d'HGR avec PCA complet	0		0	1	1
Proportion d'HGR avec RHS en place suivant les normes, payé avec capacité renforcée (formé en gestion fin, mater, médic, humaine…)	0		0	0	1

État d'avancement des principales activités Kwilu

État d'avancement des principales activités	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1. Appui à l'amélioration de la qualité des soins complet (PCA)		X		
2. Appui à l'organisation des services de et la rationalisation de l'HGR			X	
3. Améliorer l'accessibilité pour la population des soins et des services de l'HGR		X		

Pour l'avancement des principales activités, il y a eu une avancée significative quant à l'accessibilité des populations aux soins. La tarification forfaitaire est mise en place au niveau des deux hôpitaux depuis une année à Mosango et 8 mois pour Mokala. On a nota une augmentation de la fréquentation.

Pour améliorer la qualité des soins, une formation a été faite pour le personnel des hôpitaux sur les SONU. Du matériel médico technique a également été octroyée aux deux hôpitaux surtout au niveau des blocs opératoires

Analyse des progrès réalisés PADP Kwilu

Pour ce qui concerne les progrès réalisés au niveau de l'output 5, nous constatons qu'aucun hôpital n'a les normes en personnel et un PCA complet. La rationalisation du personnel des hôpitaux reste un problème car sont souvent affectés par le gouvernement provincial, mais le payement des salaires n'est pas immédiat faute de mécanisation.
Il faut noter que les compétences ne sont pas au point également au niveau de ces hôpitaux ou le plateau technique est souvent bas (cas de Mokala).

Le PCA, on l'espère sera normalisé avec la mise en œuvre des schémas directeurs au niveau des 2 hôpitaux de référence.

Pour l'aspect qualité et accessibilité, nous avons dotés aux hôpitaux du matériel médicotechnique, avec pour l'accessibilité la mise en place de la tarification forfaitaire.

On peut dire qu'au niveau de ces indicateurs il n'y a pas eu de changement car la plupart de ce qui devait être fait n'est pas réalisable en une année, et le volet rationalisation relève surtout des compétences du gouvernement provincial et de la division provinciale de la santé.

2.8 Performance de l'output 6

2.8.1 Progrès des indicateurs – KABONDO Tshopo

PADP Tshopo – ZS Kabondo **Output 6 :** **Les centres de santé ont amélioré la prise en charge en fournissant un paquet minimal d'activités complet par un personnel compétent et en interaction continue avec la communauté desservie**					
Indicateurs	**Valeur de la *Baseline***	**Valeur année 2016**	**Valeur année 2017**	**Cible année 2017**	**Cible finale**
1.PMA Complet	42%	42%	42%	50%	80%
2.Outils en place dans tous les CS	65%	65%	81%	90%	100%
3.Tenue mensuelle des réunions de CODESA	53%	53%	100%	80%	100%

Progrès des indicateurs – MAKISO-KISANGANI Tshopo

PADP Tshopo – ZS Makiso – Kisangani **Output 6 :** **Les centres de santé ont amélioré la prise en charge en fournissant un paquet minimal d'activités complet par un personnel compétent et en interaction continue avec la communauté desservie**					
Indicateurs	**Valeur de la *Baseline***	**Valeur année 2016**	**Valeur année 2017**	**Cible année 2017**	**Cible finale**
1.PMA Complet	39%	39%	39%	50%	80%
2.Outils en place dans tous les CS	71%	71%	80%	90%	100%
3.Tenue mensuelle des réunions de CODESA	72%	72%	100%	80%	100%

Progrès des indicateurs – LUBUNGA Tshopo

PADP Tshopo – Lubunga **Output 6 :** **Les centres de santé ont amélioré la prise en charge en fournissant un paquet minimal d'activités complet par un personnel compétent et en interaction continue avec la communauté desservie**					
Indicateurs	**Valeur de la *Baseline***	**Valeur année 2016**	**Valeur année 2017**	**Cible année 2017**	**Cible finale**
1.PMA Complet	37%	37%	37%	50%	80%
2.Outils en place dans tous les CS	86%	86%	96%	90%	100%
3.Tenue mensuelle des réunions de CODESA	92%	92%	100%	100%	100%

État d'avancement des principales activités – LUBUNGA Tshopo

État d'avancement des principales activités	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1. Améliorer la qualité du paquet de services offerts à la population (PMA)		X		
2. Appuyer la fonctionnalité des CS			X	
3. Dynamiser la participation et l'interaction avec la communauté de l'aire de santé		X		

Analyse des progrès réalisés – PADP Tshopo

Aucune des 54 structures de premier échelon de l'aire d'intervention que cible la DPS, ne présente un PMA complet. La valeur de l'indicateur varie de 37% à 42% dans les centres de santé.

Les différents outils en vigueur pour la prise en charge des patients par les prestataires de soins au niveau des centres de santé sont généralement disponibles, sur place. La valeur de cet indicateur s'étend de 80% à 90% selon les structures. Les outils en question sont : les fiches de consultation, partogrammes, protocoles thérapeutiques, fiches de stock, etc.). Ils sont appelés à être constamment renouvelés. C'est ainsi que le PADP prévoit leur reproduction au niveau des bureaux centraux de zones qui en font la distribution.

Les CODESA se réunissent systématiquement tous les mois. En 2017, ils ont eu 100% de réunions programmées dans les 3 ZS ciblés. Ils prennent également part aux monitorages des centres de santé (dites à la base).

En 2018, il a été convenu de mettre un accent particulier sur la fonctionnalité des CS, en dépit du fait que le budget alloué à l'activité semble relativement dérisoire.

Progrès des indicateurs PADP Kwilu

PADP Kwilu **Output 6** **Les centres de santé ont amélioré la prise en charge en fournissant un paquet minimal d'activités complet par un personnel compétent et en interaction continue avec la communauté desservie.**					
Indicateurs	**Valeur de la *Baseline***	**Valeur année N-1**	**Valeur année N Atteinte 2017**	**Cible année N Prévu 2017**	**Cible finale**
ZONE DE SANTE DE MOKALA					
Nombre de CS avec PMA complet avec existence de tous les outils de collecte	0		04	0	28
Proportion des C.S avec RHS en place suivant les normes, payé avec capacité renforcée (formé en gestion fin, mater, médic, humaine	0		04	0	28
Taux d'utilisation des soins curatifs	32%		39%	40%	50%

ZONE DE SANTE DE MOSANGO					
Nombre de CS avec PMA complet avec existence de tous les outils de collecte	4/18		6/18	4/18	12/18 : 67%
Proportion des C.S avec RHS en place suivant les normes, payé avec capacité renforcée (formé en gestion fin, mater, médic, humaine	4/18		6/18	4/18	12/18 : 67%
Taux d'utilisation des soins curatifs	**47,8%**		**55%**	**49,2%**	**55,2%**

État d'avancement des principales activités Kwilu

État d'avancement des principales activités	**État d'avancement :**			
	A	B	C	D
1. Améliorer la qualité du paquet de services (PMA) offerts à la population		X		
2. Appuyer la fonctionnalité des Centres de santé existants		X		
3. Dynamiser la participation et interaction avec la communauté de l'aire de santé		X		

Analyse des progrès réalisés PADP Kwilu

Par rapport au progrès des indicateurs, nous notons déjà ce qui suit :

-Une satisfaction du taux d'utilisation qui a connu une augmentation de 36% par rapport à la Baseline. Cette amélioration est certainement due à l'instauration de la tarification forfaitaire au niveau des 2 zones de santé. Mosango depuis février 2017, et Mokala depuis juin 2017.

-Aucun des centres de santé n'a atteint les normes en personnels payés et ayant les compétences requises. Beaucoup de formations n'ont pas encore été réalisées à leur endroit. Le payement des salaires par le gouvernement provincial lié à la mécanisation n'est pas encore effectif à cause de la pléthore constatée.

-Pour ce qui concerne les soins curatifs, à Mosango il y une nette augmentation, ce qui n'est pas le cas à Mokala qui est resté stationnaire par rapport aux prévisions. Le total des deux zones est de 47%, ce qui correspond à une légère augmentation de 5% par rapport à la prévision.

2.9 Thèmes transversaux

2.9.1 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 consiste en 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.

Nous savons la stratégie transversale du genre est basée sur 4 priorité, notamment : la santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR) ; la sécurité alimentaire, 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 (ré)organisation, l'amélioration, l'évolution et l'évaluation des processus de prise de décision, aux fins d'incorporer la perspective de l'égalité entre les femmes et les hommes dans tous les domaines et à tous les niveaux, par les acteurs généralement impliqués dans la mise en place des politiques* ».

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

En ce qui concerne l'approche à deux voies en matière de genre, le programme santé a entrepris une action spécifique dans l'octroi de bourses d'études du PRECOB à 32 professionnelles de santé pour une maîtrise en santé publique à l'école de santé publique de l'université de Kinshasa en 2018, en rassurant qu'il y ait une représentation équilibrée de 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 maitrises et en conséquence aussi parmi les participants de la maîtrise.

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

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

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

2.9.1.1 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'état 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 entours des hôpitaux. En plus ces tarifs sont payables « à l'acte » ce qui permet de l'irrationalité dans les soins fournis par les soignants, en admettant 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 pu 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 de nouveau-nés 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 biaisons 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 rend de prendre charge de leur propre santé en renforçant leur participation communautaire dans l'ensemble de la gestion de l'hôpital. Nous accompagnons cet exercice avec de la communication pour le développement (C4D).

2.9.1.2 Protection des droits et lutte contre les violences : PLVS

Le Projet d'appui ce le 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).

Entre autres, les « OAC », Organisations à Assises Communautaires composées de femmes dans certaines zones comme Mokala, luttent contre les violences faites aux femmes, le VIH/SIDA, et font la promotion de la planification familiale pour toutes les femmes qui souhaiteraient adhérer. Ceci est un exemple patent de bonnes réalisations pouvant avoir un impact sur le genre.
Cette dimension est prise en compte au niveau du PADP à travers la mise en œuvre dans les 3 provinces.

Au niveau de la Tshopo, le ministre de la santé, une femme, est également ministre du genre. Cette double casquette lui impose d'intégrer les deux secteurs afin d'être efficace dans les deux

domaines à la fois. C'est ainsi que le genre se retrouve facilement au centre des débats relatifs aux différents dossiers de l'intervention.

2.9.1.3 Système de monitoring et suivi spécifique

Pendant le démarrage, nous nous sommes rendu compte que les choix fats pour le design du système de M&E pendant la formulation du programma santé 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 céder aussi tous les indicateurs qu'elles gèrent en vue de la sensibilité au genre. Cette collecte d'indicateurs nous avons croisé avec le système de M&E qui est valide dans le Ministère du Genre.

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

Résultat indicateur	Valeur Baseline (2017)	Valeurs cibles 2018	Valeurs cibles 2019	Valeurs cibles finale	Unité de mesure	Sources de vérification	Fréquence de collecte de données
INDICATEURS SPECIFIQUES SENSIBLES AU GENRE							
Indicateurs d'autonomisation de la femme							
Proportion des femmes chef de ménage	24,9			?	%	EDS,MICS Enquête 1-2-3	Tous les 5ans
Taux de pauvreté des femmes chef de ménage				?	%	EDS,MICS Enquête 1-2-3	Tous les 5ans
Pourcentage des femmes travailleuses	67,2			?	%	EDS,MICS Enquête 1-2-3	Tous les 5ans
Nombre des femmes évoluant dans le secteur informel					%	EDS,MICS Enquête 1-2-3	Tous les 5ans
Indicateurs mesurant les effets éventuellement négatifs (surcharge de travail des femmes, violences conjugales, exclusion)							
Proportion des fistules urogénitales post viol traitées	71,6				%	Rapport annuel PNSR et SNIS	1X/an, à la fin
Nombre des dossiers des cas de viols qui ont obtenu un jugement prononcé					Nbre des cas de viols	Rapports Ministère Genre et Famille et Justice	1X/an, à la fin
Nombre des survivantes ayant accès à une assistance médicale, psychologique, judiciaire, socio-économique et scolaire					Nbre des survivants	Rapports Ministère Genre et Famille	1X/an, à la fin
Pourcentage des femmes victimes des violences domestiques	36,2				%	EDS, INS	Tous les 5ans
Taux des femmes ayant subi des violences sexuelles	27				%	EDS	Tous les 5ans
Proportion des Survivants de Violences Sexuelles prises en charge avec PEP Kit dans les 72 h	82,4 (31)				%	Rapport annuel PNSR et SNIS	1X/an, à la fin

Résultat indicateur	Valeur Baseline (2017)	Valeurs cibles 2018	Valeurs cibles 2019	Valeurs cibles finale	Unité de mesure	Sources de vérification	Fréquence de collecte de données
Indicateurs qui permettent de mesurer les résultats pour les groupes vulnérables							
Taux de prévalence du VIH chez le jeunes 15-24 ans par le sexe	0,4 (Féminin)			0,7	%	EDS, PNLS, PNMLS	1X/an, à la fin
	1 (masculin)			0,7	%	EDS, PNLS, PNMLS	
Ratio d'infection entre les femmes et les hommes	2,6			?		EDS, PNLS, PNMLS	1X/an, à la fin
Indicateurs de la santé sexuelle et reproductive de la mère et de la jeune fille							
Taux d'utilisation de service prénatals (CPN1), quel que soit l'âge de la grossesse	87,1(91%)			?	%	Données SNIS (rapport PNSR)	1X/an, à la fin
Taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié/formé	67,5 (70%)			?	%	Données SNIS (rapport PNSR)	1X/an, à la fin
Taux des décès maternels intra hospitaliers	2799 (soit 0,03) (0,001)			?	Nbre de décès pour 100 000 nces vvtes	Données SNIS	1X/an, à la fin
Proportion CPoN 3*	52,4 (64%)			?	%	Données SNIS	1X/an, à la fin
Taux de femmes ayant une complication après accouchement	2,53			?	%	Données SNIS	1X/an, à la fin
Proportion des Fistules vésico-vaginales traitées	?			?	%	Données SNIS	1X/an, à la fin
Taux des nouvelles acceptantes sous méthodes contraceptives modernes	8,3			?	%	Données SNIS	1X/an, à la fin
Indice synthétique de fécondité	6,6			?	Nbre moyen d'enfants/ femme	EDS (2013-2014)	Tous les 5ans
Proportion des femmes (15-19 ans) qui ont donné naissance	21,32			?	%	EDS (2013-2014)	Tous les 5ans
Proportion des besoins insatisfaits en matière de planification familiale (PF)	22,4			?	%	Rapport annuel OMS	1X/an, à la fin

2.9.2 Environnement

Dans le domaine de l'environnement comme thématique transversale nous avons des ambitions à partir de 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.

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 invertissons dans l'entretien préventif et correctif des véhicules officielles et nous essayons d'en éviter l'utilisation inapte.

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

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

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

A Kwilu, on note que cette année 2018 a été marqué par des épidémies de choléra, et dans certains cas, elle était liée à l'environnement comme la proximité des rivières pour certaines populations. L'environnement sécuritaire et politique du au phénomène *Kamina Nsapu* a également entrainé un déplacement important de population du Kasaï vers la province du Kwilu, ayant toute une pression sur l'environnement.

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

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

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

La démarche se structure en 5 étapes :

Etape	Contenu
1	-Formation de personnes relais dans les programmes, -Coproduction d'une stratégie et d'outils, -Identification d'objectifs concrets pour mieux prendre en compte les approches fragilités / DH par les interventions
2	-Mise en œuvre dans chaque intervention des objectifs et actions ciblés
3	-Suivre et appuyer les relais dans les interventions dans leur travail
4	-Mesurer les résultats sur les impacts et la durabilité des changements accompagnés par les programmes
5	-Capitaliser sur l'expérience (si pertinent)

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

-Informer et former les ATI et ATN gouvernance et RC, ainsi que les membres des équipes programmes concernés sur les approches Droits Humains et Fragilités ;
-Identifier les pratiques existantes sur le terrain ;

-Coproduire la stratégie et les modalités de son opérationnalisation : fixer des objectifs concrets d'amélioration de la prise en compte des approches fragilités / DH par les interventions ; planifier des actions d'amélioration ; identifier les indicateurs de suivi et de mesure de l'amélioration…

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

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

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

2.10 Gestion des risques PADP Tshopo

Identification des risques			Analyse du risque			Traitement du risque			Suivi du risque	
Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Date limite	Avancement	Statut
Instabilité socio-politique		DEV	Moyen	élevé	élevé	Encourager les Actions humanitaires palliatives dans l'éventualité d'une crise	Autorités congolaises et belges	_	Inchangé	
Les équipes formées dans les provinces ne restent pas en poste	Juillet 2017	OPS	Moyen	Moyen	Moyen	Stratégies de motivation, Supervisions, formation continue	DPS- PTF	Fin 2018	Inchangé	
Manque d'appropriation par les autorités sanitaires nouvellement créés.		OPS	Low	Low	Low Risk		DPS, MSP	Fin 2018	Amélioration	
Résistance aux changements du Ministère de la santé, des responsables des programmes spécialisés et des PTF qui financent	Février 2016	OPS	Medium	Medium	Medium Risk	Gérer le changement en utilisant différentes méthodes, plus particulièrement l'identification d'alliés stratégiques;	ATI	Juin 2018	Inchangé	
Risques fiduciaires liés aux doubles paiements des mêmes frais, une fois sur le budget de l'état, d'un bailleur, ou le budget de l'intervention	Décembre 2017	REP	High	Medium	Medium Risk	Suivi régulier de l'utilisation des fonds multi bailleurs et dialogue avec les PTF	ATI	Continu	Inchangé	
La non-acceptation tacite de certains termes de collaboration par le partenaire, due à l'incompréhension ou au refus de comprendre pourrait occasionner des blocages	Février	DEV	Low	Medium	Low Risk	Multiplier les efforts de communication et dialogue avec le partenaire et aussi les PTF	ATI, DPS, PTF	Fin Avril	Inchangé	
Retard dans l'obtention des justificatifs dans le cadre des conventions de subside, les Partenaires habitués à fonctionner en régie.	Février 2018	REP	Medium	Médium	Medium Risk	Suivi rapproché et mensuels du niveau de décaissement atteint par le partenaire	ATI	Décembre 2018	Début	nouveau

2.11 Gestion des risques PADP Kwilu

Identification des risques			Analyse du risque			Traitement du risque			Suivi du risque	
Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Date limite	Avancement	Statut
1. La mise en œuvre du programme										
Instabilité socio-économico-politique	Juillet 2017	DEV	Moyen	Elevé		Encouragement des ONGD, Organisme humanitaire à prendre la relève en cas de crise par la sensibilisation	Autorités Belges et Congolaises		Situation stable	RAS
Les autorités sanitaires nouvellement créées manquent encore d'appropriation et de leadership	Juillet 2017	OPS	Faible	Faible		Le projet renforce les autorités dans leur nouveau rôle. Il s'inscrit entièrement dans les plans d'activités de la province et des zones de santé et renforce ainsi l'autorité locale. Bonne articulation avec la composante du niveau central	DEP,MSP	Fin 2018	Amélioration de la situation	Bon
2.LA GESTION										
Manque de prestataires de services qualifiés	Juillet 2017	OPS	Faible	Moyen		Renforcement des capacités des prestataires locaux	CD	Fin 2018	Stable	RAS
3. EFFICACITE										
Résistances aux changements du Ministère de la Santé, des responsables des programmes spécialisés et des bailleurs qui les	Juillet 2017	DEV	Faible	Moyen		Travail en synergie entre l'adoption des normes du MSP visant l'intégration et le travail avec les PTF tant au niveau central (GIBS) que provincial (CPP).	DEP	Fin 2018	Toujours en vigueur	RAS

Identification des risques			Analyse du risque			Traitement du risque			Suivi du risque	
Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Date limite	Avancement	Statut
financent										
Les équipes formées dans les provinces ne restent pas en poste	Juillet 2017	OPS	Moyen	Moyen		Stratégies de motivation en appliquant le contrat de performance pour la rétention du personnel	CD,PTF	Fin 2018	Toujours en vigueur	RAS
Les moyens mis par le projet sont insuffisants pour induire des changements stratégiques	Juillet 2017	FIN	Moyen	Moyen		Bonnes estimations financières établies par les UPP avec bon suivi en place ; -Bon fonctionnement de la SMCL dans choix de priorités stratégiques finançables ; Adaptation du budget via SMCL/SDS fonctionnel ; Efficience dans la mise en œuvre des activités -Alignement au PAO et PDSZ et PPDS	CD,BCZ , SMCL	Fin 2018	En vigueur	RAS
Durabilité										
L'appui au financement des ressources humaines durant le projet n'est pas maintenu après sa fin.	Juillet 2017	FIN	Elevé	Elevé		La rationalisation et la mécanisation progressive de tous les employés des DPS et ZS comme	PTF	Fin 2019	Non encore mis en œuvre	RAS

Identification des risques			Analyse du risque			Traitement du risque			Suivi du risque	
Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Date limite	Avancement	Statut
						conditionnalité pour l'appui de la coopération belge au financement des ressources humaines. Mesures des édits pour la protection des ZS avec projet				
5.Fiduciaire										
Risque de détournement des fonds ou allocation inappropriée du budget	Juillet 2017	OPS	Faible	Faible		Respect des principes de double signature, séparation des fonctions et audits réguliers.	PTF, ENABEL	Début 2018	Effectif depuis l'ouverture des comptes	RAS
Risque d'utilisation des ressources matérielles et logistiques, financées par l'intervention à des fins personnelles	Juillet 2017	OPS	Faible	Faible		Equipe d'assistance technique et administrative fonctionnelle assurant le suivi au niveau de chaque province. Mettre en place un règlement d'utilisation des matériels	CD,Mini	2018	Non encore mis en œuvre	RAS
Risques de double paiement des mêmes frais, une fois sur le Budget de l'Etat ou d'un autre bailleur et une fois sur le budget de l'intervention.	Juillet 2017	OPS	Faible	Faible		Suivi rapproché de l'utilisation des financements multi bailleurs par l'assistant technique en appui à la Gestion de la DPS ; Dispositif en place pour suivi informatisé multi-acteur pour les DPS ; Audits réguliers ; Utilisation de comptes en banque pour tout bénéficiaire ; Concertation permanente avec	ATN, CD, CBR	2018	En cours	RAS

Identification des risques			Analyse du risque			Traitement du risque			Suivi du risque	
Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Date limite	Avancement	Statut
						autres PTF et acteurs et transparence en rapportant sur les appuis donnés au niveau des CPP-SS ;				

2.12 Gestion des risques PADP Sud Ubangi

Identification des risques			Analyse des risques			Traitement des risques		
Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Date limite
Les autorités sanitaires nouvellement créées manquent encore d'appropriation et de leadership.	Conception du programme	Risques liés à la mise en œuvre	Faible			Le projet renforce les autorités dans leur nouveau rôle.		
						Il s'inscrit entièrement dans les plans d'activités de la province et des zones de santé et renforce ainsi l'autorité locale.		
						Bonne articulation avec la composante du niveau central.		
Manque de prestataires de services qualifiés	Conception du programme	Risque liés à la gestion	Moyen			Ouvrir les marchés à l'échelle régionale ou internationale en fonction des besoins		
Appels d'offres infructueux	Conception du programme	Risque liés à la gestion	Elevé			Suivi rapproché et utilisation du dispositif d'appui CTB pour la réalisation des DAO		
Lourdeur des procédures de gestion en mode régie.	SMCL1	Risque liés à la gestion	Elevé			Mise en œuvre effective des Conventions de Subsides		
Résistances aux changements du Ministère de la Santé, des responsables des programmes spécialisés et des bailleurs qui les financent.	Conception du programme	Risques liés à l'efficacité	Elevé			Travail en synergie entre l'adoption des normes du MSP visant l'intégration et le travail avec les PTF tant au niveau central (GIBS) que		

Identification des risques			Analyse des risques			Traitement des risques		
Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Date limite
						provincial (CPP).		
Les équipes formées dans les provinces ne restent pas en poste.	SMCL1	Risques liés à l'efficacité	Elevé			Stratégies de motivation pour la rétention du personnel avec prise en charge des salaires et primes de risque sur le budget provincial après rationalisation des effectifs		
						Complément de rémunérations des PTF selon le barème de GIBS dans le cadre du Contrat Unique.		
Les moyens mis par le projet sont insuffisants pour induire des changements stratégiques	Conception du programme	Risques liés à l'efficacité	Elevé			Bonnes estimations financières établies par les UPP avec bon suivi en place.		
						Bon fonctionnement de la SMCL dans choix de priorités stratégiques finançables.		
						Adaptation du budget via SMCL/SDS fonctionnel.		
						Approche multi bailleurs fonctionnelle		
Démarrage tardif de certains projets	SMCL1	Risques liés à l'efficacité	Elevé			Respect des engagements des PTF		
L'appui au financement des ressources humaines durant le projet n'est pas maintenu après sa fin.	SMCL1	Risque de Durabilité	Elevé			La rationalisation et la mécanisation progressive de tous les employés des DPS et ZS comme conditionnalité pour l'appui de la		

Identification des risques			Analyse des risques			Traitement des risques		
Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Date limite
						coopération belge au financement des ressources humaines		
						Le PADP financera principalement des performances (Tshopo), alors que l'état financera progressivement la totalité des salaires et primes de responsabilité pour tous les employés des DPS et ZS appuyées.		
L'appui au financement des ressources humaines durant le projet n'est pas encore accordé.	SMCL1	Risque de Durabilité	Elevé			Respect des engagements des PTF		
Risque de détournement des fonds ou allocation inappropriée du budget	Conception du programme	Risque fudiciaire	Faible			Respect des engagements des PTF		
Risque d'utilisation des ressources matérielles et logistiques, financées par l'intervention, à des fins personnelles	Conception du programme	Risque fudiciaire	Faible			Equipe d'assistance technique et administrative fonctionnelle assurant le suivi au niveau de chaque province.		
Risques de double paiement des mêmes frais, une fois sur le Budget de l'Etat ou d'un autre bailleur et une fois sur le budget de l'intervention.	Conception du programme	Risque fudiciaire	Moyen			Suivi rapproché de l'utilisation des financements multi bailleurs par l'assistant technique en appui à la Gestion de la DPS.		
						Dispositif en place pour suivi informatisé multi-acteur pour les DPS.		
						Audits réguliers.		
						Utilisation de comptes en banque pour tout bénéficiaire.		
						PTF et acteurs et transparence en rapportant sur les appuis donnés au niveau des CPP-SS.		
						Renforcement du contrôle		

Identification des risques			Analyse des risques			Traitement des risques		
Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Date limite
						communautaire sur les appuis fournis.		

3 Pilotage et apprentissage

3.1 Réorientations stratégiques

Il n'y a pas de réorientations stratégiques cette année à proprement parlé au niveau du PADP, étant donné que nous sommes en train de récolter les premiers résultats de l'intervention qui a connu un retard dans son démarrage.

Habituellement les réorientations découlent d'une difficulté majeure rencontrée au cours de la mise en œuvre, lié soit à une inadaptation des stratégies d'intervention ou soit lié à un phénomène non maitrisé.

Les réorientations pourront avoir lieu si possible en fin 2018 avec l'évolution des activités, de la sécurité au niveau du pays et surtout de l'engagement politique au plus haut niveau, à accompagner le programme.

Il est cependant important de souligner déjà l'essentiel du principe d'une approche « programme » à l'ensemble d'interventions actuelles au secteur santé (PANC, PADP et PLVS), comme une approche intégrée et coordonnée pour le développement du secteur de santé en RDC suivant le SRSS et les autres réformes. Les points forts de cette approche « programme » seront dans les objectifs partagés entre les différents volets de l'intervention en santé 2016 – 2019, la complémentarité et la cohérence recherchée entre les mêmes, plus de garantie à une vision long-terme et des meilleures conditions pour de la durabilité. Un Programme sera en plus performante dans le souci de l'alignement vers les politiques de santé en vigueur pour le partenaire congolais, avec les caractéristiques d'une profonde décentralisation et rationalisation de l'administration publique en santé qui est en cours dans le pays.

Aussi le rôle du Programme santé dans son ensemble pour garantir plus de visibilité pour démontrer la valeur ajoutée d'un appui au développement institutionnel (et d'un appui au niveau central en particulier) doit être pris en pleine considération.

Les réorientations pourront avoir lieu si possible à la fin 2018 avec l'évolution des activités, de la sécurité au niveau du pays et surtout de l'engagement politique au plus haut niveau à accompagner le Programme.

3.2 Recommandations

Les recommandations sont aussi d'ordre général, et ne sont pas en rapport avec une réorientation stratégique.C'est juste pour améliorer le fonctionnement et aboutir à des résultats probants de l'intervention que nous menons actuellement sur le terrain.

Recommandations	**Acteur**	**Date limite**
Renforcer l'organisation et la régularité de la tenue des réunions de groupes de travail qui sont des organes techniques qui alimentent les réunions sectorielles de coordination du secteur santé au niveau provincial (CP-SS)	ATI et ATN gestion	Fin Premier trimestre de l'année 2018 (Mars)
Favoriser des échanges entre ATI en vue de partager les bonnes pratiques de nos provinces	ATI PADP, Coordonnateur programme santé	Juin 2018

Nécessité d'avoir rapidement un logiciel de gestion multi bailleurs, de valider collégialement au sein de coordination des PTF les plans de travail et partager les informations sur le décaissement des fonds et en cas de non justification, adopter une position commune.	ENABEL	Fin mars 2018
Harmoniser les procédures de mise en œuvre pour la bonne gestion du financement multi bailleur	PTF, DPS	Mars 2018
Lancer le chantier de réhabilitation / agrandissement de la DPS Sud Ubangi, afin d'améliorer sensiblement les conditions de travail de la DPS et de l'équipe Santé d'ENABEL	Ingénieur PADP – Cellule de MP ENABEL Kinshasa	Avant la fin du T2 2018
Acquérir des infrastructures propres servant de cadre de travail de la DPS comme entité. A ce jour la DPS Kwilu est reparti sur deux sites au chef-lieu de la province, Bandundu. L'un de deux sites est en location au centre-ville avec l'appui financier d'ENABE/PADP Kwilu et l'autre site est resté à l'Hôpital Général de Référence et est partagé avec l'Inspection Provinciale de la Santé du Kwilu.	DPS, Province	Une année D'ici fin 2018

3.3 Enseignements tirés

Enseignements tirés	Public cible
La tarification forfaitaire est une bonne stratégie pour faciliter l'accès des soins aux populations, mais elle doit connaitre une préparation suffisante en moyens médicamenteux (un appui de partenaires) à cause de l'augmentation significative de la fréquentation	Zones de santé, Division provinciale de la santé qui sont les principaux acteurs avec l'accompagnement des PTF
La gestion multi bailleurs via le contrat unique est une approche nouvelle qui demande beaucoup d'apprentissage mutuel et de partage d'expérience et d'évaluation fréquente du processus en vue de la consolidation des acquis et du bon accompagnement du partenaire	DEP, GIBS
Le financement a plus grande partie du contrat unique par les PTF reste un risque important voire un écueil pour la bonne mise en œuvre et la pérennité du contrat unique.	DEP, GIBS
La mise en place des systèmes de transport des urgences médicales avec la participation communautaire est un précieux outil pour contribuer à la diminution des mortalités infantiles et maternelles et pour renforcer la dynamique communautaire.	ZS, DPS, PTF

4 Annexes

4.1 Critères de qualité

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.					
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 la PERTINENCE : note totale		**A**	**B**	**C**	**D**
1.1 Quel est le degré de pertinence actuel de l'intervention ?					
…	**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.			
1.2 La logique d'intervention, telle qu'elle est conçue actuellement, est-elle toujours la bonne ?					
	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.			

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.
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

Évaluation de l'EFFICIENCE : note totale	A	B	C	D

2.1 Dans quelle mesure les inputs (finances, RH, biens & équipements) sont-ils correctement gérés ?		
	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.
	C	La disponibilité et l'utilisation des inputs posent des problèmes qui doivent être résolus, sans quoi les résultats pourraient courir certains risques.
	D	La disponibilité et la gestion des inputs comportent de sérieuses lacunes qui menacent l'atteinte des résultats. Des changements considérables sont nécessaires.
2.2 Dans quelle mesure la mise en œuvre des activités est-elle correctement gérée ?		
	A	Les activités sont mises en œuvre dans les délais.
	B	La plupart des activités sont dans les délais. Certaines sont retardées, mais cela n'a pas d'incidence sur la fourniture des outputs.
	C	Les activités sont retardées. Des mesures correctives sont nécessaires pour permettre la fourniture sans trop de retard.
	D	Les activités ont pris un sérieux retard. Des outputs ne pourront être fournis que moyennant des changements majeurs dans la planification.
2.3 Dans quelle mesure les outputs sont-ils correctement atteints ?		
	A	Tous les outputs ont été et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps et de bonne qualité, ce qui contribuera aux outcomes planifiés.
	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.
	C	Certains outputs ne s(er)ont pas livrés à temps ou de bonne qualité. Des ajustements sont nécessaires.
	D	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	**A**	**B**	**C**	**D**
3.1 Tel qu'il est mis en œuvre actuellement, quelle est la probabilité que l'outcome soit réalisé ?				

	A	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.
	B	L'outcome sera atteint avec quelques minimes restrictions ; les effets négatifs (s'il y en a) n'ont pas causé beaucoup de tort.
	C	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.
	D	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 ?		
	A	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	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.
	C	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.
	D	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.

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).				
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				
Évaluation de la DURABILITÉ POTENTIELLE : note totale	**A**	**B**	**C**	**D**
4.1 Durabilité financière/économique ?				
	A	La durabilité financière/économique est potentiellement très bonne : les frais liés aux services et à la maintenance sont couverts ou raisonnables ; les facteurs externes n'auront aucune incidence sur celle-ci.		
	B	La durabilité financière/économique sera vraisemblablement bonne, mais des problèmes peuvent survenir en raison notamment de l'évolution de facteurs économiques externes.		
	C	Les problèmes doivent être traités en ce qui concerne la durabilité financière soit en termes de frais institutionnels ou liés aux groupes cibles, ou encore d'évolution du contexte économique.		
	D	La durabilité financière/économique est très discutable, à moins que n'interviennent des changements majeurs.		

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 ?		
	A	Le Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes sont fortement impliqués à tous les stades de la mise en œuvre et s'engagent à continuer à produire et utiliser des résultats.
	B	La mise en œuvre se base en grande partie sur le Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes impliqués eux aussi, dans une certaine mesure, dans le processus décisionnel. La probabilité d'atteindre la durabilité est bonne, mais une certaine marge d'amélioration est possible.
	C	L'intervention recourt principalement à des arrangements ponctuels et au Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes en vue de garantir la durabilité. La continuité des résultats n'est pas garantie. Des mesures correctives sont requises.
	D	L'intervention dépend totalement des structures ponctuelles n'offrant aucune perspective de durabilité. Des changements fondamentaux sont requis pour garantir la durabilité.
4.3 Quels sont le niveau d'appui politique fourni et le degré d'interaction entre l'intervention et le niveau politique ?		
	A	L'intervention bénéficie de l'appui intégral de la politique et des institutions, et cet appui se poursuivra.
	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 gênée par ceux-ci, et cet appui se poursuivra vraisemblablement.
	C	La durabilité de l'intervention est limitée par l'absence d'appui politique. Des mesures correctives sont requises.
	D	Les politiques ont été et seront vraisemblablement en contradiction avec l'intervention. Des changements fondamentaux s'avèrent nécessaires pour garantir la durabilité de l'intervention.
4.4 Dans quelle mesure l'intervention contribue-t-elle à la capacité institutionnelle et de gestion ?		
	A	L'intervention est intégrée aux structures institutionnelles et a contribué à l'amélioration de la capacité institutionnelle et de gestion (même si ce n'est pas là un objectif explicite).
	B	La gestion de l'intervention est bien intégrée aux structures institutionnelles et a contribué d'une certaine manière au renforcement des capacités. Une expertise supplémentaire peut s'avérer requise. Des améliorations sont possibles en vue de garantir la durabilité.
	C	L'intervention repose trop sur des structures ponctuelles plutôt que sur des institutions ; le renforcement des capacités n'a pas suffi à garantir pleinement la durabilité. Des mesures correctives sont requises.
	D	L'intervention repose sur des structures ponctuelles et un transfert de compétences vers des institutions existantes, qui permettrait de garantir la durabilité, est improbable à moins que des changements fondamentaux n'interviennent.

4.2 Décisions prises par le Comité de pilotage et suivi

N°	Décision	Période d'identification (mmm. aa)	Source*	Acteur	Action(s)	Resp.	Deadline	Avancement	Status
1	SMCL de mise en place "0 » : Approbation du draft ROI, Présentation du plan de démarrage, de l'organigramme. Validation du Plan Baseline, de la planification initiale.	déc-16	PV Réunion	SMCL, CTB, MSP, Programme DPS	Les éléments pour approbation et validation de la SMCL "0" ont été distribué à tous les membres de la SMCL	ATI,	30/01/2017	Les documents ont été remis aux membres de la SMCL.	CLOSED
					La date probable pour l'organisation de la SMCL "1" se situe vers le mois de juillet 2017	ATI	01/07/2017	Les lettres d'invitation seront envoyés selon le ROI en vigueur.	
					Insérer une ligne ici				
2	SMCL "1": Présentation de l'état d'avancement du PADP Tshopo, Niveau d'exécution budgétaire, Etat d'avancement des travaux de ligne de base, Présentation manuel de procédures	juil-17		SMCL, CTB, MSP, DPS	Les membres de la SMCL ont approuvé l'état d'avancement de la mise en œuvre du PADP.	ATI	N/A		CLOSED

4.3 Cadre logique mis à jour

Inclure le cadre logique mis à jour s'il a connu de profonds changements au cours des 12 derniers mois ou si le présent Rapport des résultats propose un nouveau cadre logique mis à jour. Par changements importants, il faut comprendre : des changements intervenus dans la formulation de résultats, de nouveaux indicateurs, des indicateurs adaptés ou supprimés.

4.4 Aperçu des MoRe Results

Résultats ou indicateurs du cadre logique modifiés au cours des 12 derniers mois ?	Non
Rapport *Baseline* enregistré dans PIT ?	En cours
Planning de la MTR (enregistrement du rapport)	10/2018
Planning de l'ETR (enregistrement du rapport)	11/2019
Missions de backstopping depuis le 01/01/2017	1 Tshopo + 1 Kwilu

4.5 Rapport « Budget versus Actuels (2017 –12) »

Le rapport « Budget versus Actuels (y – m) » accompagne à ce rapport de manière électronique.

4.6 Ressources en termes de communication

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

4.7 Indicateurs sur la situation de la santé en RDC

Indicateurs de base	
Classement de la RDC dans le classement des pays selon leur taux de mortalité des moins de 5 ans (TMM5)	*5 sur 187 pays
Taux de mortalité des moins de 5 ans, 1990	171
Taux de mortalité des moins de 5 ans, 2012	146
TMM5 par sexe 2012, garçons	154
TMM5 par sexe 2012, filles	137
Taux de mortalité infantile (moins de 1 an), 1990	112
Taux de mortalité infantile (moins de 1 an), 2012	100
Taux de mortalité néonatale 2012	44
Nombre annuel de naissances (milliers) 2012	2839.5
Nombre annuel de décès de moins de 5 ans (milliers) 2012	391
RNB par habitant (dollars É.-U.) 2012	220
Espérance de vie à la naissance (années) 2012	49.6
Taux total d'alphabétisation des adultes (%) 2008-2012*	61.2

Indicateurs Nutrition	
Insuffisance pondérale à la naissance (%) 2008-2012*	9.5
Initiation précoce de l'allaitement (%), 2008-2012*	42.5
Allaitement exclusivement au sein <6 mois (%), 2008-2012*	37
Introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous 6-8 mois %, 2008-2012*	51.5

Nourris au sein à l'âge de 2 ans (%), 2008-2012*	52.5
Insuffisance pondérale (%) 2008-2012*, modérée et grave	24.2
Insuffisance pondérale (%) 2008-2012*, grave	8.4
Émaciation (%) 2008-2012*, modérée et grave	43.4
Retard de croissance (%) 2008-2012*, modérée et grave	8.5
Surpoids (%) 2008-2012*, modérée et grave	4.9
Couverture totale par la supplémentation en vitamine A (%) 2012	84
Consommation de sel iodé (%) 2008-2012*	58.

Indicateurs de santé	
Utilisation de sources d'eau potable améliorées (%) 2011, total	46.2
Utilisation de sources d'eau potable améliorées (%) 2011, urbain	79.6
Utilisation de sources d'eau potable améliorées (%) 2011, rural	28.9
Utilisation d'installations sanitaires améliorées (%) 2011, total	30.7
Utilisation d'installations sanitaires améliorées (%) 2011, urbain	29.2
Utilisation d'installations sanitaires améliorées (%) 2011, rural	31.5
PEV de routine financé par l'État (%) 2012	10.6
Couverture vaccinale (%) 2012, BCG	78
Couverture vaccinale (%) 2012, DTC1	86
Couverture vaccinale (%) 2012, DTC3	72
Couverture vaccinale (%) 2012, Polio3	76
Couverture vaccinale (%) 2012, Rougeole	73
Couverture vaccinale (%) 2012, HepB3	72
Couverture vaccinale (%) 2012, Hib3	72
Couverture vaccinale (%) 2012, Nouveau-nés protégés contre le tétanos	70

Pneumonie (%) 2008-2012*, Consultation médicale en cas de pneumonie présumée (%)	40.3
Pneumonie (%) 2008-2012*, Traitement par antibiotiques en cas de pneumonie présumée (%)	42.2
Diarrhée 2008-2012*, Traitement par sels de réhydratation orale (SRO) (%)	26.6
Paludisme (%) 2008-2012*, Traitement antipaludique chez les enfants fiévreux +D43(%)	39.1
Paludisme (%) 2008-2012*, Enfants dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (%)	38.1
Paludisme (%) 2008-2012*, Ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (%)	51

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

Orphelins, Taux de fréquentation scolaire des orphelins, 2008-2012*	74

Indicateurs économiques	
RNB par habitant 2012, dollars É.-U.	220
RNB par habitant 2012, PPA en dollars É.-U.	370
Taux de croissance annuelle moyenne du PIB par habitant (%), 1970-1990	-2.1
Taux de croissance annuelle moyenne du PIB par habitant (%), 1990-2012	-2.1
Population en dessous du seuil international de pauvreté de 1,25 dollar É.-U. par jour (%), 2007-2011*	87.7
Dépenses publiques en % du PIB (2007-2011*) affectées à: santé	2.1
Dépenses publiques en % du PIB (2008-2010*) affectées à: éducation	2.5
Dépenses publiques en % du PIB (2008-2010*) affectées à: armée	1.4
Apport d'APD en millions de dollars É.-U., 2010	5532.5
Apport d'APD en % du RNB du bénéficiaire , 2010	38.5
Service de la dette en % des exportations de biens et services, 2010	–
Part du revenu des ménages (%, 2007-2011*), 40% les plus pauvres	14
Part du revenu des ménages (%, 2007-2011*), 20% les plus riches	51

Indicateurs de la situation des femmes	
Espérance de vie des femmes en % de celle des hommes, 2012	107.3
Taux d'alphabétisation des adultes : femmes par rapport aux hommes (%) , 2008-2012*	59.9
Taux de scolarisation : filles par rapport aux garçons (%) 2008-2012*, Taux brut primaire	86.6
Taux de scolarisation : filles par rapport aux garçons (%) 2008-2012*, Taux brut secondaire	58.7
Taux de survie en dernière année primaire : filles par rapport aux garçons (%) , 2008-2012*	81.2
Prévalence des contraceptifs (%), 2008-2012*	17.3
Soins prénatals (%) 2008-2012*, Au moins une visite	88.8

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