



Dossier Technique et Financier additionnel

**Programme : PROGRAMME D'APPUI AU NIVEAU
CENTRAL - PANC**

RDC

NN 3016483

Réf Enabel : RDC 14 193 11

Table des matières

Acronymes	3
Fiche d'intervention	6
1 Résumé Exécutif	8
2 Analyse de la situation	9
2.1 Contexte	9
2.2 Cadre politique et stratégique du secteur	10
2.3 La stratégie nationale pour atteindre la CSU en 2030	11
2.4 Etat d'avancement du PANC avec bilan (à fin 2019).....	15
3 Orientations stratégiques.....	22
3.1 Axes stratégiques	22
3.2 Principes d'action	22
3.3 Critères de sélection.....	23
4 Planification Opérationnelle.....	25
4.1 Objectifs et résultats attendus.....	25
4.2 Activités.....	26
4.3 Synergies / complémentarités	28
4.4 Cadre logique, indicateurs et sources de vérification.....	29
4.5 Localisation	29
4.6 Bénéficiaires.....	29
4.7 Durée.....	30
5 Ressources.....	30
5.1 Ressources humaines.....	30
5.2 Ressources financières.....	31
6 Modalités de mise en œuvre	31
6.1 Gouvernance	31
6.2 Suivi des résultats et rapport	32
6.3 Evaluation et audit	32
7 Analyse des risques.....	34
8 Annexes.....	36
8.1 Budget total adapté	36
8.2 Budget additionnel détaillé.....	37
8.3 Cadre logique et indicateurs	39

Acronymes

AFD	Agence Française de Développement
AS	Aire de santé
ATI	Assistant technique international
ATN	Assistant technique national
BAD	Banque Africaine de Développement
BM	Banque mondiale
CA	Chaîne d'approvisionnement
CAMEBASU	Centrale d'achat de médicament de Bandundu
CAMEKIS	Centrale d'achat de médicament de Kisangani
CAMENE	Centrale d'achat de médicament de Bwamanda
CCT	Comité de coordination technique
CDA	Conseil d'administration
CDR	Centrale de distribution régionale
CMO	Convention de mise en œuvre
CNP-SS	Comité national du pilotage du secteur santé
CNT	Commission nationale technique
COMPAR	Comité des partenaires
CPP-SS	Comité provincial de pilotage du secteur santé
CS	Centre de santé
CSU	Couverture sanitaire universelle
CU	Contrat unique
DGD	Direction générale développement
DEP	Direction des études et de la prospection
DGLM	Direction Générale de la Lutte contre la Maladie
DLM	Direction de lutte contre la maladie
DNL	Direction Nationale des Laboratoires
DOGS	Direction de l'organisation et de la gestion des services des soins de santé
DPM	Direction pharmacie et médicaments
DPS	Divisions provinciales de la santé
DES	Direction de la surveillance épidémiologique
DTF	Document technique et financier
ECZS	Equipe cadre de zone de santé
ENP	Encadreur national polyvalent
EPP	Encadreur provincial polyvalent

ESP	Ecole de santé publique
EUR	Euro
EUP	Entité d'utilité publique
FBR	Financement basé sur la performance
FEDECAME	Fédération de centrales de distributions de médicaments essentiels
FM	Fond Mondial
FOSA	Formation sanitaire
GAVI	Alliance internationale du vaccin
GIBS	Groupe inter bailleurs sur la santé
HGR	Hôpital général de référence
THA	Trypanosomiase Humaine Africaine
IGS	Inspection générale de la santé
MEG	Médicament essentiel générique
MCZ	Médecin chef de zone
MS	Ministère de la santé
MTR / EMP	Mid-term revue / Revue à mi-parcours
MVE	Maladie à virus Ebola
ODD	Objectifs de développement durable
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
MO	Monitoring opérationnel
PADP	Programme d'appui aux divisions provinciales et aux zones de santé
PANC	Programme d'appui au niveau central
PEC	Prise en charge
PIC	Programme indicatif de coopération
PLVS	Programme de lutte contre les violences sexuelles
PAO	Planification opérationnelle annuelle
PMA	Paquet minimum d'activités
PNAM	Programme national d'approvisionnement de médicaments
PNDIS	Plan national de développement de l'informatique en santé
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PDSS	Programme de développement des systèmes de santé
PTF	Partenaire technique financier
RA	Recherche action
RAF(I)	Responsable administratif financier (international)
RDC	République Démocratique du Congo
RHS	Ressources humaines de la Santé
SNIS	Système National d'information sanitaire

SMCL	Structure mixte de concertation locale
SNAME	Système national d'approvisionnement en médicaments essentiels
SRSS	Stratégie de renforcement du système de santé
SWOT	Forces, faiblesses, opportunités, menaces
TFS	Tarifcation forfaitaire subventionnée
THA	Trypanosomiase Humaine Africaine
UE	Union Européenne
UNICEF	Fond des nations unies pour l'enfance
VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine / Syndrome d'immunodéficience acquit
ZS	Zones de santé

Fiche d'intervention

Intitulé	PROGRAMME D'APPUI AU NIVEAU CENTRAL – PANC
N° d'intervention DGCD	3016483
Code intervention	RDC 14 193 11
Zone d'intervention	Kinshasa
Budget total	<p>Contribution belge :</p> <ul style="list-style-type: none"> Budget selon le DTF original : 9.500.000 EUR Réduction COMPAR (03/2016) : - 4.500.000 EUR Augmentation COMPAR (11/2019) : +1.500.000 EUR Augmentation COMPAR (03/2020) : +1.000.000 EUR <p>Nouveau Budget : 7.500.000 EUR</p> <p>Contribution du partenaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> Selon le DTF : 5.237.000 USD = 4.609.833 EUR
Institution partenaire	<p>Ministère de la Santé – RDC :</p> <ul style="list-style-type: none"> Direction d'Etudes et Planification (DEP) Direction de Surveillance Epidémiologique (DSE) Programme National d'Approvisionnement du Médicament Essentiel (PNAME)
Date de début de la Convention Spécif.	22 décembre 2015
Date de démarrage de l'intervention	07 décembre 2016
Date prévue de fin d'exécution	06 décembre 2022
Date de fin de la Convention Spécif.	20 juin 2023
Durée	<p>De la mise en œuvre de l'intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> Selon le DTF : 36 mois, jusqu'à 06/12/2019 Selon l'échange de lettres du mois de septembre 2019 : 42 mois, jusqu'à 06/06/2020 Selon la période de transition : 72 mois, jusqu'à 06/12/2022 <p>De la convention spécifique</p> <ul style="list-style-type: none"> Selon le DTF : 48 mois, jusqu'à 21/12/2019 Selon l'échange de lettres (09/2019) : 60 mois, jusqu'à 20/12/2020 Selon la période de transition : 90 mois, jusqu'à 20/06/2023
Groupes cibles	<p>La population Congolaise dans les zones de santé et hors-zone dans les provinces de concentration éligibles de l'appui de cette intervention</p> <p>Les cadres du MSP tant au niveau intermédiaire que périphérique, et, en particulier, les prestataires, actuels et futurs, au sein des structures bénéficiaires de cet appui</p> <p>Les cadres du MSP du niveau central à travers son alimentation en informations stratégiques et bonnes pratiques</p>
Objectif Global (Impact)	Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans le cadre global de lutte contre la pauvreté
Objectifs Spécifiques	En vue de la vision gouvernementale de la République Démocratique du Congo de permettre à tous et toutes de vivre en bonne santé et

	<p>promouvoir le bien-être de tous et toutes à tout âge (Objectif de Développement Durable 3) :</p> <p>OS 1. La performance de la DEP est renforcée pour assumer mieux son rôle dans la planification, coordination et suivi et évaluation dans le cadre du Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2019-2022 - en route vers l'atteinte de la couverture sanitaire universelle (CSU) en 2030</p> <p>OS 2. Le management de la DSE est renforcé dans la vision de la réforme du système de santé</p> <p>OS 2. L'approvisionnement régulier et pérenne en médicaments, dispositifs médicaux et produits de diagnostic essentiels de qualité à un prix accessible, en exécutant le plan stratégique du système national d'approvisionnement de médicaments essentiels (SNAME), est assuré par la Fédération de centrales de médicaments essentiels (FEDECAME)</p>
Résultats	<p>Dans le cadre de la stratégie national adopté par le Ministère de la Santé (MS) de la RDC pour atteindre la CSU en 2030 :</p> <p>Résultat 1 - une planification coordonnée par la DEP est assurée à tous les niveaux, afin de permettre le renforcement du système de santé en particulier le développement des zones de santé</p> <p>Résultat 2 - la coordination par la DEP est assurée à tous les niveaux pour les appuis des différentes partenaires techniques et financiers du secteur de la santé – en termes de synergie, de complémentarité et de cohérence avec la stratégie sectorielle</p> <p>Résultat 3 - le suivi et évaluation par la DEP de la mise en œuvre du PNDS 2019-2022 est assuré à travers la gestion de l'information stratégique sous forme de recherche, capitalisation d'expériences ou d'études</p> <p>Résultat 4 – le management interne de la DEP est renforcé dans la vision de la réforme du système de santé</p> <p>Résultat 5 - le management interne de la DLM est renforcé dans la vision de la réforme du système de santé avec accent sur la mise en réseau des laboratoires périphériques (ex-résultat 9)</p> <p>Résultat 6 - l'appui aux Centrales de Distribution Régionale (CDR) des zones d'intervention permet d'assurer la disponibilité des médicaments de qualité et à prix accessible de la FEDECAME via les CDR jusqu'aux zones de santé (ex-résultat 10)</p> <p>Résultat 7 - le rôle du PNAME dans la coordination et la supervision du SNAME est renforcé (ex-résultat 11)</p> <p>Résultat 8 - Le fonctionnement de la FEDECAME et du BCAF Ouest est renforcé afin d'assurer une disponibilité continue des médicaments dans les CDR (ex-résultat 12)</p>

1 Résumé Exécutif

Ce document technique financier (DTF) additionnel présente les éléments essentiels concernant la prolongation du PANC jusqu'à fin 2022 qui est composé de 3 volets, appui à la DEP du Ministère de la Santé (MS), appui à la DSE (ex. DLM) et appui au SNAME.

Cette prolongation vise en premier lieu, à relever en premier lieu certains défis dans le secteur à la mise en œuvre du PNDS 2019 – 2022. Elle contribue donc à répondre aux insuffisances constatées dans les processus de planification ascendante, de coordination entre intervenants et du suivi et évaluation du PNDS, notamment au niveau de la performance de la DEP. Elle est en phase avec la stratégie nationale adoptée par le MS de la RDC pour atteindre la CSU en 2030, cette prolongation

Un deuxième aspect visé par cette prolongation, se situe au niveau de la des (ex. DLM), et se base sur la recommandation de la MTR de 2019. Il est proposé de restaurer un des résultats attendus supprimé en 2016 pour l'appui à la surveillance épidémiologique et au réseau national de laboratoire. Ceci permettra de répondre à la flambées épidémiques (Maladie à virus Ebola -MVE, choléra) et la faiblesse du rôle des laboratoires au niveau provincial.

Le troisième volet de cette prolongation est axé sur le SNAME. En effet, ce service est toujours peu efficace et efficace. Cela se traduit trop fréquemment par des ruptures de stock de produits pharmaceutiques au niveau des CDR et par conséquent dans les zones de santé (ZS). L'appui sera concentré sur les mécanismes de coordination entre les acteurs membres du SNAME et sur la consolidation de l'infrastructure et équipement des 3 CDR d'intervention.

L'objectif global reste inchangé : « Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans le cadre global de lutte contre la pauvreté », et les objectifs spécifiques sont également retenus en nombre et légèrement actualisés : objectif spécifique 1 « la performance de la DEP est renforcée pour assumer mieux son rôle dans la planification, coordination et suivi et évaluation dans le cadre du PNDS 2019-2022 en route vers l'atteinte de la couverture sanitaire universelle en 2030 » ; objectif spécifique 2 « le management de la DSE est renforcé dans la vision de la réforme du système de santé » ; et objectif spécifique 3 « l'approvisionnement régulier et pérenne en médicaments, dispositifs médicaux et produits de diagnostic essentiels de qualité à un prix accessible, en exécutant le plan stratégique du SNAME, est assuré sous le leadership du PNAM ».

Pour cette phase de transition 8 résultats sont attendus pour atteindre les 3 objectifs spécifiques, à savoir :

Résultat 1 - une planification coordonnée par la DEP est assurée à tous les niveaux, afin de permettre le renforcement du système de santé et en particulier le développement des ZS ;

Résultat 2 - la coordination par la DEP est assurée à tous les niveaux pour les appuis des différentes partenaires techniques et financiers du secteur de la santé – en termes de synergie, de complémentarité et de cohérence avec la stratégie sectorielle ;

Résultat 3 - le suivi et évaluation par la DEP de la mise en œuvre du PNDS 2019-2022 est assuré à travers la gestion de l'information stratégique sous forme de recherche, capitalisation d'expériences ou d'études ;

Résultat 4 – le management interne de la DEP est renforcé dans la vision de la réforme du système de santé (ex-résultat 5) ;

Résultat 5 - le management interne de la DSE est renforcé dans la vision de la réforme du système de santé avec accent sur la mise en réseau des laboratoires périphériques (ex-résultat 9) ;

Résultat 6 - l'appui aux Centrales de Distribution Régionale (CDR) des zones d'intervention permet d'assurer la disponibilité des médicaments de qualité et à prix accessible de la FEDECAME via les CDR jusqu'aux zones de santé (ex-résultat 10) ;

Résultat 7 - le rôle du PNAME dans la coordination et la supervision du SNAME est renforcé (ex-résultat 11) ;

Résultat 8 - Le fonctionnement de la FEDECAME et du BCAF Ouest est renforcé afin d'assurer une disponibilité continue des médicaments dans les CDR (ex-résultat 12).

Les activités retenues qui alimentent les 4 résultats de l'OS1 (appui à la DEP), sont des extensions dans le temps de l'accompagnement du leadership sous forme d'une assistance technique. Cette dernière est intégrée au sein de la DEP et l'appui techniquement dans toutes ses activités, pour. L'accent de cette assistance technique intégrée sera mis sur les aspects de la coordination stratégique ascendante, du pilotage en consensus avec une approche multi-acteurs et une gestion multi-bailleurs et le suivi et évaluation du PNDS 2019 – 2022.

L'activité retenue pour l'OS 2 (appui à la DSE) cherche à soutenir les laboratoires périphériques de santé en réseau avec les laboratoires provinciaux.

Les activités retenues qui alimentent les 3 résultats dans le cadre de l'OS3 (appui au SNAME), sont des extensions dans le temps d'activités ; appui technique et innovations menées dans le PANC entre 2016 et 2019. Elles mettent la mise en œuvre du plan stratégique du SNAME au centre de l'intervention, dans une approche de consolidations des succès fragiles obtenus dans l'efficacité et l'efficacités de la chaîne d'approvisionnement (CA).

Le budget du DTF additionnel est à hauteur de 2.500.000 EUR, et les activités du programme sont prolongées jusqu'à décembre 2022 et la fin de la CS 6 mois plus tard jusqu'à juin 2023.

En matière de couverture géographique, l'ensemble des résultats garde une couverture nationale. Le résultat 5, concernant l'appui aux CDR d'intervention continuera dans les CDR de Gemena (CAMENE), de Kikwit (CAMEBASU) et de Kisangani (CAMEKIS).

En matière de ressources mobilisées, les ressources humaines restent identiques.

2 Analyse de la situation

2.1 Contexte

Avec une superficie de 2 345 410 km², la RDC est l'un des plus vastes pays d'Afrique. En l'absence d'un recensement précis, sa population est estimée à environ 85.026.000 habitants, selon les estimations de l'Institut National des Statistiques (annuaire statistique 2014).

Le contexte actuel de la RDC reste un contexte d'un état fragile qui se trouve dans une phase de transition entre l'urgence et le développement, du fait de nombreuses crises et guerres auxquelles le pays a été confronté dans un passé récent ; et d'autre part, des évolutions et changements qui ont été observés dans le monde dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Malgré les efforts engagés dans un contexte difficile et fragile, et en dépit de progrès considérables, le pays n'a atteint aucun des OMD, et des défis importants restent à relever : incidence de la pauvreté, niveau préoccupant de la mortalité infantile, taux de mortalité maternelle, stagnation de la prévalence du VIH, faible accès à l'eau potable et faible taux effectif de réalisation des aides publiques au développement.

Le contexte global de la coopération au développement de la santé intègre de plus en plus les principes d'alignement, d'harmonisation et d'efficacité, tels que formulés dans la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et dans les initiatives telles que « Harmonisation pour la Santé en Afrique » (HHA) et « Partenariat international pour la Santé-Plus » (IHP+).

Ce contexte en RDC reflète aussi la politique de décentralisation qui a été opérée et qui renforce la capacité de prise de décisions par les pays en général pour une meilleure qualité des programmes et des interventions de santé publique.

La RDC a enfin organisé les élections présidentielles, parlementaires et provinciales le 30 décembre 2018. Un nouveau gouvernement de cohabitation est en place depuis l'été de 2019. La tenue de ces élections et l'entente entre la Belgique et le nouveau leadership présidentiel de la RDC ont eu comme résultat une nette amélioration des relations bilatérales entre les deux pays.

Du point de vue sanitaire, les points suivants sont constatés :

- Un profil épidémiologique dominé par les maladies transmissibles et non transmissibles ; une mortalité maternelle et infanto-juvénile parmi les plus élevées d'Afrique, bien que la mortalité infanto-juvénile ait baissé entre 2007 (158 pour 1000) et 2015 (104 pour 1000) ;
- Des situations d'urgence humanitaire complexes dans l'Est de la RDC, ainsi que dans la région des Province du Grand Kasai, et en plus des épidémies continues dans le temps sur l'ensemble de la superficie du pays en soulignant le problème international de santé publique qui est l'épidémie de la maladie de virus Ebola (MVE) ;
- Une fragmentation du système de santé avec un accès faible aux services par une population en grande majorité pauvre par obstacles géographiques et financière ainsi qu'une faible acceptation ou confiance de la part de la population dans les formations sanitaires du pays. Le taux d'utilisation des services de santé est parmi les plus faibles du continent ; et
- Comme problème fondamental il persiste une faiblesse structurelle de la capacité de bonne gouvernance dans le secteur de la santé.

Des progrès sont néanmoins observés :

- Trois ans sans épidémie de polio virus sauvage ;
- Une réduction (lente) de la prévalence du VIH/SIDA ; et
- Une meilleure coordination de l'action humanitaire.

Surtout l'année 2018 a été difficile, avec des épidémies prolongées de la MVE, de la rougeole et le choléra, en absence d'une réaction sectorielle ou riposte effective.

Ainsi dans le cadre des objectifs de développement durable (ODD) associés au domaine de la santé, l'accent est mis sur la lutte contre les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles, la mortalité infantile et maternelle, la santé sexuelle et reproductive, et surtout sur l'atteinte de la CSU.

La réalisation des ODD exige d'améliorer les politiques et les investissements dans de nombreux domaines en dehors du système de santé, notamment l'éducation, l'égalité des sexes, l'eau et l'assainissement, l'énergie propre et la gestion de l'environnement.

2.2 Cadre politique et stratégique du secteur

Les défis pour le secteur santé sont :

- a) Une capacité optimale de gestion de l'ensemble du système de santé dans le contexte de la décentralisation avec des compétences propres aux différents niveaux du pays ;
- b) Formuler et/ou renforcer mais aussi vulgariser les politiques et stratégies dans certains domaines stratégiques ;
- c) Mettre en place un système de financement des soins permettant l'équité dans l'accès aux soins ;
- d) Un système de santé à même de répondre aux besoins des populations après plusieurs années de crise (conflits armés, catastrophes naturelles) ;
- e) Réduire l'excès de morbidité et de mortalité notamment, par la mise en œuvre rationalisée des programmes performants de lutte contre la maladie ;
- f) Une meilleure coordination de la réponse humanitaire en y intégrant la gestion de des violences sexuelles ;
- g) Renforcer l'autorité de l'Etat, dans un contexte de partenariat multiple.

Pour faire face à ces défis, le MS a édité en 2006 la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS), à laquelle l'ensemble des partenaires a souscrit. Cette stratégie réaffirme la stratégie des soins de santé primaires (SSP) comme fondement de la politique sanitaire et la ZS comme unité opérationnelle du service de santé en RDC. La SRSS a été actualisée en mars 2010 de façon à mettre l'accent sur les domaines dans lesquels les progrès conditionnent la réussite de l'action de l'ensemble du secteur. La nouvelle version 2010 a pour but de permettre l'alignement des bailleurs non seulement au niveau opérationnel, comme c'était le cas en 2006, mais également au niveau institutionnel, ainsi que de renforcer l'appropriation par le MS.

Le PNDS se trouve dans sa 4^e génération, après une actualisation recadrant le PNDS 2016 – 2019, suite à une évaluation à mi-parcours (EMP), qui a été réalisée pour garantir que le PNDS 2019 – 2022 puisse mieux permettre au pays d'avancer vers la réalisation de la CSU.

Les grands axes du PNDS antérieur ont été regroupés, mais restent en fait les mêmes : la gouvernance sectorielle, les ressources humaines pour la santé (RHS), les problèmes liés aux Médicaments Essentiels et Génériques (MEG) et intrants spécifiques, les problèmes en rapport avec le financement de la santé, l'information sanitaire, les problèmes liés aux infrastructures et équipements et ceux liés aux prestations des soins et des services de santé.

2.3 La stratégie nationale pour atteindre la CSU en 2030

La CSU en RDC – dans le cadre du 3^e ODD - fait actuellement l'objet d'une nouvelle stratégie nationale avec une attention particulière tant au niveau du MS que de la Présidence de la RDC. Le Président met la pression sur le MS pour une mise en œuvre rapide. Le Chef de l'Etat a confirmé à la fin de l'année 2019 son souhait de mettre en application progressive de la CSU jusqu'à 2030.

Le MS a invité une mission de haut niveau de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de la Région Africaine, qui a ensuite été renforcée par la participation du siège de l'OMS à Genève, pour réaliser une analyse approfondie du système de santé de la RDC et faire le point sur le niveau de préparation du pays pour mettre en œuvre la CSU. L'objectif était aussi de réaliser une feuille de route pour préparer la suite.

Cependant, au vu de la réalité de l'état actuel du secteur santé et de la complexité qui accompagne la mise en place de la CSU, l'objectif de cette mission a dû être revu. Le mandat de la mission est devenu d'établir une feuille de route sur les étapes de l'analyse approfondie qui doit être conduite pour permettre, dans un second temps, de préparer une feuille de route pour la CSU. Cette feuille de route est en processus d'élaboration à travers d'une commission mixte ad hoc d'experts du MS et des bailleurs de fonds du secteur santé.

L'Ambassade de la Belgique, comme bailleur bilatéral dans le secteur de la Santé, et le PANC (Enabel) comme programme d'exécution de la coopération bilatérale au niveau central du MS jouent un rôle d'accompagnement en expertise technique à cette commission mixte pour en arriver à la mise en place d'une stratégie nationale pour atteindre la CSU en 2030.

La CSU s'appuie sur trois piliers à savoir : la protection financière, l'accès à des services de qualité et la couverture de la population :

1. La protection financière : c'est la protection financière des risques ou la couverture médicale universelle, vue comme une caisse d'assurance maladie chargée de l'achat, en partie ou en totalité, des prestations des soins et services de santé auprès des hôpitaux et centres de santé (CS). Au-delà des choix sur le modèle et l'organisation, c'est avant tout son financement qui doit être tranché.
2. L'accès aux services de santé de qualité ou pilier « prestation » concerne l'organisation et le fonctionnement de tout le système de santé chargé d'offrir à tous des soins et des services de santé de qualité. Les principales composantes (sous-piliers) de ce pilier sont : la qualité et la gestion des ressources humaines (personnel de santé), la disponibilité des médicaments de qualité, des infrastructures sanitaires et des équipements fonctionnels. Ici aussi la question du financement est centrale.

3. La couverture de la population concerne le caractère universel de la couverture afin de garantir que toute la population ait accès aux soins de santé. Elle tient compte de l'équité, de la prise en charge des toutes les catégories de personne et de l'attention particulière sur les vulnérables /indigents.

L'état des lieux de la CSU en RDC par rapport à ces trois piliers reste très hétérogène :

1. La protection financière : comparé à certains pays africains comme la Côte-d'Ivoire, le Sénégal ou le Ghana où existent des caisses d'assurance maladie universelle, la RDC n'a à ce jour pas développé de manière structurelle et/ou institutionnelle ce pilier afin de garantir qu'il contribue à une CSU digne de ce nom.

Certaines mesures existent cependant :

- Depuis février 2017, la RDC dispose une loi sur les mutuelles de santé (<https://www.leganet.cd/Legislation/JO/2017/Numeros/JOS.28.02.2017.pdf>) ;
- Une partie des enseignants congolais, et personnel d'autres employeurs publics, participent à une mutuelle de santé obligatoire, ainsi que d'autres secteurs comme la police et les forces armées. Cette proportion est relativement importante,
- Conformément au code du travail congolais, les entreprises/sociétés du pays doivent offrir à leurs agents une couverture médicale obligatoire. Selon des estimations cela concernerait autour de 5% de la population totale en RDC. Cette couverture médicale obligatoire couvre l'employé(e) et les membres de sa famille,
- Le mandat de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, qui gère la retraite des tous les employés du pays, a été revu afin de lui permettre de jouer un rôle dans la protection sociale des actifs. Ce nouveau mandat n'est cependant pas encore très clair.

Bien que la législation et la réglementation prévoit que les fonctionnaires ont le droit de bénéficier des soins dans les services de santé étatiques, l'accès réel à ces soins est très limité dans la pratique. L'insolvabilité de l'Etat vis-à-vis de ces structures fait que les fonctionnaires de l'Etat Congolais sont devenus personne non grata dans ces hôpitaux et CS.

Mais le problème essentiel réside dans le fait que 80 % de la population active à un emploi dans le secteur informel et n'est donc pas couvert par l'une ou l'autre de ces mesures. Cela concerne une grande partie du monde rural.

A côté du rôle restreint de l'Etat il existe aussi un certain nombre d'initiatives prises par la population et/ou la société civile. Elles visent un meilleur accès au système de santé en réduisant les barrières financières. Ces initiatives mutualistes fonctionnent sur le modèle des tontines rencontrées en Afrique de l'Ouest. Il en existerait près d'1 millier au travers de la RDC mais la plupart ont peu d'adhérents. A l'exception de quelques rares initiatives plus importantes qui peuvent compter jusqu'à 10.000, voire 60.000, pour les deux grosses mutuelles que compte la RDC. A l'échelle nationale, le taux de pénétration est cependant faible et on estime le nombre d'adhérents à moins de 1% de la population totale de la RDC.

Certains programmes de coopérations ont développé des initiatives d'achat des prestations des soins et des services de santé :

- Le Programme d'Appui aux Divisions Provinciales et Zones de Santé (PADP) d'Enabel. Ce projet a mis en place une approche de Tarification Forfaitaire Subsidiée (TFS) où une convention des subsides est signée avec les 9 hôpitaux généraux de références (HGR) du programme pour payer une partie des soins curatifs prestés par ces formations,
- Le Programme de Renforcement de l'Offre et le Développement de l'accès aux Soins de santé en RDC (PRODS) de l'EU avec les établissements d'utilité publique (EUP) et un fonds d'achats des services de santé. Ce dernier, au statut d'une ASBL, assure l'achat de services prestés par les

formations sanitaires pour une catégorie donnée des malades (à l'HGR et aux CS). Ce programme porte sur un total de 25 ZS dans 8 provinces,

- Le Projet de Développement du Système de Santé de la RDC (PDSS) sur financement de la Banque Mondiale (BM) avec les mêmes EUP qui réalisent la même activité. 140 ZS sont concernées par ce projet réparties dans 11 provinces du pays,
- Le DFID opère également dans la même approche en passant par l'ONG de mise en œuvre, IMA World Health, pour assurer ces achats des services. Le projet couvre 56 ZS pour 6 provinces du pays.

Dans l'ensemble, ces initiatives ont le mérite d'assurer une couverture importante des ZS que compte la RDC (environ 300 ZS sur les 516 ZS). Mais en regardant de plus près on constate que la couverture n'est que partielle parce que dans les ZS appuyées, les interventions ne couvrent pas toutes les aires de santé. De plus dans certains cas, elles sont limitées au niveau des hôpitaux et non aux CS (avec Enabel) ou elles n'assurent pas une couverture globale en soins et services de santé (pas des soins promotionnelles, préventifs et palliatifs).

A signaler aussi que dans ces initiatives, la gratuité totale n'est pas appliquée et les bénéficiaires contribuent par un système de tiers payant. Ce ticket modérateur est le plus bas possible afin de réduire la barrière financière et tient compte de la vulnérabilité ou de l'indigence de certaines populations.

2. La prestation de services : même si tous s'accordent sur la nécessité de rendre disponible, pour l'ensemble de la population congolaise, des soins et des services de santé de qualité, tout le monde est aussi convaincu que la situation en matière de prestation de service est très loin d'être satisfaisante, tant pour ce qui concerne la quantité que la qualité. Un tour rapide dans la plupart des HGR et CS congolais permet de se faire rapidement une opinion.

Le PNDS constitue le document de référence pour améliorer la prestation de services en santé dans ce pays.

Mais le secteur de la santé ne bénéficie que d'un faible financement de l'Etat, loin moins que les 15% du budget auxquels les chefs d'état africains se sont engagés à Abuja en 2002. Cela ne permet pas d'investir pour entretenir ou renouveler des infrastructures et des équipements vétustes. Cela pose également des problèmes en matière de gestion et formation des ressources humaines. Cela impacte aussi sur la chaîne d'approvisionnement des médicaments et sur leur accès.

Les efforts principaux proviennent une nouvelle fois des bailleurs. Certaines approches, notamment celle de la tarification subsidiée ou celle du financement basé sur les performances, parviennent à induire le changement de comportement du personnel. On observe dans ces hôpitaux un meilleur accès aux services. L'augmentation de taux d'occupation hospitalière (de 40% à 90-100%) et d'utilisation des services (de 10 à 40% pendant les 10 dernières années) constituent des indicateurs importants.

3. Population et universalité de la protection sociale : Bien que le pays vienne d'adopter des textes de loi sur la protection sociale, leur applicabilité pose encore de nombreux problèmes. Beaucoup des points doivent encore être clarifiés notamment en ce qui concerne la population en situation de crise humanitaire, les vulnérables, les indigents etc...

La suite du processus se fera normalement sous le co-pilotage de la Présidence et du MS. Ils ont la responsabilité de coordonner le comité mixte multisectoriel CSU qui a été mis en place. Ce comité se réunit régulièrement et aborde principalement les questions stratégiques et techniques de la CSU.

A ce stade rien n'est encore décidé sur le modèle de CSU qui sera/pourra être mis en œuvre en RDC. La réflexion en est encore au stade embryonnaire et porte sur les préalables nécessaires et sur la feuille de route des étapes à suivre avant de matérialiser une vraie CSU.

Le comité CSU avait regroupé les différents acteurs gouvernementaux selon les domaines ou les piliers de la CSU en leur demandant de produire des feuilles de route sectorielles. Celles-ci seront à la base de l'élaboration de la feuille de route nationale.

Actuellement, la DEP du MS tente de ramener toutes les parties prenantes autour d'une approche convergente et consensuelle.

Tous les bailleurs appuient la mise en place de la CSU mais s'accordent pour dire qu'un important travail de réflexion préparatoire est nécessaire afin de pouvoir réaliser une mise en œuvre progressive et réaliste qui tient compte de la réalité des choses. Le comité CSU sera accompagné de quelques membres du GIBS : entre autres Banque Mondiale, Canada, Belgique.

Les bailleurs de Fonds devront cependant s'harmoniser davantage afin de prendre en compte l'ensemble des piliers de la CSU. A ce stade, il n'y a pas encore de dialogue entre bailleurs ou entre bailleurs et le Gouvernement pour définir le type ou la nature de contribution de chaque partie prenante.

Quelques principes à considérer dans la mise en œuvre de la CSU en RDC :

- Tout le monde s'accorde pour signaler l'importance de mettre en place la CSU, l'un des ODD, et salue le fait que ce sujet reçoive une attention accrue.
- Par sa taille et sa complexité, la RDC mérite un modèle spécifique qui soit adapté à son contexte tout en s'inspirant des autres pays. Il s'agit ici d'un Etat fortement centralisé malgré la décentralisation.
- La mise en œuvre de la CSU doit s'inscrire dans un horizon de 5 à 10 ans et doit être correctement préparée. La définition d'une feuille de route est essentielle et devrait pouvoir être établie en concertation avec les bailleurs.
- Il faut éviter des annonces et promesses politiques qui ne se basent pas sur une analyse et préparation adéquate et réaliste. Il faut aussi éviter les pièges notamment celui de décréter d'emblée la gratuité pour tous ou pour une catégorie de bénéficiaires.
- Le rôle institutionnel de l'Etat est essentiel et doit aussi permettre la coordination des différentes structures étatiques impliquées dans les différents piliers afin de s'assurer qu'ils contribuent tous à la CSU.
- L'amélioration des prestations des soins et services de santé reste une priorité importante. Le MSP a la responsabilité directe sur ce pilier. Il doit aussi redéfinir le paquet global des prestations de santé qui devra composer cette offre de soins.
- Afin de parvenir à une réelle CSU en RDC, il faudra obligatoirement développer une couverture médicale universelle entendue ici comme une caisse d'assurance maladie qui devra réaliser une prise en charge financière pour la population congolaise.
- La CSU peut intégrer différents modèles en s'appuyant fortement sur les initiatives déjà en cours.
- La CSU ne saura être une réalité sans financement de l'Etat congolais. Il faudra un financement minimum de l'Etat congolais pour démarrer une CSU avec sa participation.
- Une décision de l'Etat congolais d'affecter 15% de son budget total à la santé conformément aux recommandations de la conférence d'Abuja serait un premier signal positif.

Le MS de la RDC est engagé depuis 2006 dans un processus de réforme globale du système de santé, avec deux axes majeurs : (i) le renforcement de la performance du système de santé à tous les échelons, avec une amélioration de l'accès et de la qualité des soins, (ii) la décentralisation du système de soin, avec une autonomie accrue des Divisions Provinciales de la Santé (DPS). Force est de constater que l'opérationnalisation de cette réforme peine encore à produire des résultats pour garantir l'accès à des soins de qualité de l'ensemble de la population.

Plusieurs partenaires appuient le secteur de la santé : leur contribution représente 39% du financement de la santé. Des efforts de coordination et d'harmonisation des interventions des partenaires s'opèrent à travers le Groupe inter bailleurs santé (GIBS).

Les principaux bailleurs sont la Belgique, le Canada, les États-Unis d'Amérique et la Grande Bretagne ; les partenaires multilatéraux sont l'Union Européenne (EU), la BM et la Banque Africaine de Développement (BAD) ; le Fonds Mondial (FM) et l'Alliance GAVI, ainsi que d'autres institutions des Nations Unies constituent aussi d'importantes sources de financement.

La mise en œuvre de la CSU en 2030 en RDC constitue la matrice fondamentale à travers laquelle les activités du PANC seront menées pendant la prolongation jusqu'à fin.

2.4 Etat d'avancement du PANC avec bilan (à fin 2019)

2.4.1 Analyse SWOT

Forces	Faiblesses
<p>Enabel est respecté par les autres parties prenantes au niveau central du MS.</p> <p>Atteinte d'éléments pertinents de résultats malgré la réduction budgétaire de presque 50% en 2016.</p> <p>Plaidoyer réussi pour une meilleure alignement et harmonisation des Partenaires Techniques Financiers (PTF).</p> <p>Adaptation réussie au contexte changeant.</p> <p>Intervention évaluée comme très pertinente pour la RDC et la stratégie de coopération de la Belgique.</p> <p>Enabel est une des seules agences à appuyer directement le niveau central du MS.</p> <p>L'impact du PANC sur le fonctionnement même de la DEP est évalué important, dans la mesure où il assure un financement direct des frais de fonctionnement de la DEP.</p> <p>Le coaching rapproché des hauts cadres du MS, à travers la présence physique des Assistants Techniques Internationaux (ATI), est évalué efficace.</p> <p>Sans l'assistance technique dédiée du PANC, PNAM aurait eu du mal à jouer son rôle de pilotage et de coordination dans le domaine de la gestion de la CA du SNAME.</p>	<p>Certain retard au niveau de décaissement de 80% à la conclusion du PANC selon la convention de mise en œuvre (CMO) fin 2019.</p> <p>Retard administratif dans le processus de passation de marchés publics, surtout dans le domaine de l'infrastructure, constructions et installations photovoltaïques pour les CDR.</p> <p>Les moyens pour l'appui directe du PANC à la DEP sont évalués insuffisants.</p> <p>La coordination managériale par la DSE de l'ensemble des PTFs et autres intervenants dans le domaine de la lutte contre la maladie a été faible depuis 2017, entre autres en conséquence de ripostes consécutives contre la MVE au dépend d'autres épidémies dans le pays.</p> <p>La CA de médicaments reste en défi de nombreuses ruptures et a été évaluée en grand partie comme peu fonctionnelle.</p> <p>Les objectifs fixés pour le PANC sont évalués trop ambitieux par rapport aux moyens qui sont disponibles pour réaliser les activités, résultant en une efficacité jugée moyenne et des objectifs loin d'avoir été atteints.</p> <p>Communication limitée vers l'extérieur sur les résultats.</p>
Opportunités	Menaces
<p>Meilleure entente entre la Belgique et la RDC au niveau gouvernemental.</p> <p>Un engagement de la RDC par rapport à l'atteinte de la CSU en 2030.</p> <p>La stratégie pour le futur d'Enabel en RDC axée sur le principe du développement territorial et/ou local avec fort accent sur l'approche multisectorielle dans des zones limitées et concentrées d'intervention.</p> <p>Changement d'avis de la part de l'Ambassade de la Belgique concernant la consigne d'une représentation forte et dynamique au niveau</p>	<p>Enabel étant une des seules agences à appuyer directement la performance de la DEP, DSE et le PNAM, la durabilité du PANC est très faible.</p> <p>Autres agences de coopération continuent à ne pas appuyer la performance des directions du niveau central, ainsi que l'état qui reste trop timide pour l'investissement national.</p> <p>Contexte de menace épidémique de tout genre (MVE, Rougeole, Choléra).</p> <p>Contexte économique friable et pauvreté généralisée de la population.</p> <p>Faible disponibilité de personnel qualifié dans le niveau</p>

<p>central de la RDC, en particulier pour le secteur santé.</p> <p>Le développement et la proactivité de la part de la représentation d'Enabel en RDC vers des opportunités de marchés pour tiers : dans le secteur santé il y a l'étape post-Ebola de renforcement du système de santé dans l'Est du pays, l'engagement de l'Agence Française de Développement (AFD) d'augmenter l'appui à la santé, etc.</p> <p>Articulation avec Programme PRODS (FED 11) de l'UE qui s'est déployé, bien qu'hors zone d'intervention d'Enabel.</p> <p>Cadres légaux et stratégiques du secteur santé sont à jour et en phase d'implémentation, bien qu'avec des retards.</p>	<p>intermédiaire.</p> <p>Personnel du secteur public de la santé est payé régulièrement mais insuffisamment.</p> <p>Migration continue du personnel de santé.</p> <p>Continuation de la déficience de l'offre énergétique.</p> <p>Dégradation de la situation de stabilité politique et sécuritaire dans le pays.</p> <p>Dégradation des relations bilatérales entre la Belgique et le RDC.</p> <p>Corruption dans le pays dans un état de fragilité et manque de redevabilité.</p>
--	---

2.4.2 Les réalisations : bref aperçu

Si la pertinence globale de l'approche du PANC est difficilement contestable, selon la EMP de 2019, les objectifs spécifiques qui y sont rattachés peuvent paraître très ambitieux, comme l'appui conjoint à la DEP, à la DSE et à l'ensemble du SNAME.

Ces mêmes objectifs semblent aussi fondés sur le présupposé que la décentralisation est déjà effective. Ainsi, le suivi et la mise en œuvre du PNDS en priorité dans les aspects de réforme du secteur et du développement des zones de santé laissent supposer que la DEP est déjà en mesure de jouer ce rôle de gouvernance, ce qui n'est pas le cas faute de moyens financiers et de ressources humaines.

Du fait des faibles moyens techniques et financiers mobilisés eut égard aux besoins exprimés, l'impact du PANC sur le renforcement du rôle des directions, de la FEDECAME et du PNAM est limité. Les responsables des directions doivent en effet intervenir sur les 26 Provinces que compte la RDC et les moyens sont insuffisants. Le personnel de la DEP et de la DSE est ainsi peu motivé, dans un contexte où les acteurs internationaux tels que les Nations Unies recrutent facilement des cadres bien formés dans ces directions (pour la lutte contre MVE par exemple).

Les principaux résultats obtenus jusqu'à présent sont :

2.4.2.1 R1 – R5 (Appui à la DEP) :

L'appui au renforcement de la performance la DEP a permis en partie à cette direction centrale de pouvoir remplir ses différentes missions : planification stratégique, coordination dans le secteur entre intervenants, développement du secteur à travers l'information stratégique, et la gestion de connaissance à travers différents documents stratégiques.

Résultat 1 : Une planification coordonnée est assurée à tous les niveaux, afin de permettre le renforcement du système de santé et en particulier le développement des zones de santé.

Dans ce cadre, les capacités de la DEP de veiller sur la bonne mise en place d'un processus de planification annuel opérationnel (PAO) et unique du MS par des cycles systématiques de planification de bas-en-haut, ont évolué dans le bon sens mais sont loin d'être consolidées.

Deux points positifs sont : 1) les outils de planification se sont graduellement simplifiés et s'harmonisent de plus en plus avec les piliers stratégiques du PNDS ; et 2) le degré d'accompagnement par des encadreurs polyvalents aux DPS et aux ZS qui s'est graduellement élargi et amélioré. Dans la mesure d'une couverture suffisante avec l'appui des PTF, dans les meilleurs des cas 18 à 20 DPS sur 26 ont reçu cet appui par des encadreurs polyvalents nationaux pendant les 3 dernières années, ainsi qu'une bonne proportion des ZS

dépendantes des DPS où les PTF locaux prennent en charge la mobilisation des encadreurs polyvalents provinciaux (EPP).

Cependant, le cycle du PAO reste chaque année une entreprise très humaine et très vulnérable à tous les niveaux avec :

- Des démarrages tardifs en implémentant plus tard que juillet les directives du niveau central,
- Des erreurs personnelles de parties prenantes,
- Des manques de financement ou d'appui logistique par les partenaires ou l'état,
- Une carence identifiée d'une véritable capacité de planification du personnel de santé,
- etc.

En conséquence, entre 2016 et 2019 le PAO unique du MS n'a jamais réussi à aboutir dans les délais prévus par le MS et avec la qualité requise du processus. La planification stratégique et d'activités de cette manière reste une faiblesse, bien qu'avec des améliorations, qui hypothèque la mise en œuvre du PNDS.

Résultat 2 : La coordination des appuis des différentes partenaires techniques et financiers du secteur de la santé – en termes de synergie, de complémentarité et de cohérence avec la stratégie sectorielle – est assurée à tous les niveaux.

Le principe du pilotage du secteur santé se base sur un mécanisme de pilotage par consensus. Ce consensus se cherche entre l'état, le MS, et ses PTF, entre l'état central et provincial et s'exerce dans le cadre du PNDS, qui découle lui-même de la SRSS.

La structure sectorielle de pilotage au niveau national est composée par le Comité National de Pilotage du Secteur Santé (CNP-SS), son Comité de Coordination Technique (CCT) et ses 5 Commissions Nationales Techniques (CNT) selon les axes stratégiques identifiés dans le PNDS : gouvernance, financement, lutte contre la maladie, le médicament et les prestations.

Dans cette structure nationale, tant le CNP comme les CNT, le MS ou son représentant se responsabilise de la présidence tandis qu'un membre du GIBS prend la vice-présidence. La composition de chaque CNT s'appuie sur la disponibilité d'experts tant du MS comme des PTF. La structure nationale de pilotage est encadrée d'une structure organique établie par décret ministériel.

D'autre part, le GIBS a construit 6 sous-groupes thématiques qui coïncident avec les thématiques des CNT en y ajoutant un sous-groupe de ressources humaines. Dans le GIBS et ses sous-groupes les membres sont représentants des différents PTF et des experts ou autorités de MS y participent à invitation.

D'autre part, le GIBS a construit 6 sous-groupes thématiques qui coïncident avec les thématiques des CNT en y ajoutant un sous-groupe de ressources humaines. Dans le GIBS et ses sous-groupes les membres sont représentants des différents PTF et des experts ou autorités de MS y participent à invitation.

Le succès de la cohésion et harmonisation entre ces 5 CNT et les 6 sous-groupes du GIBS dépend largement de la collaboration directe entre leurs membres et présidents. Il y a des années que les CNT arrivent plus ou moins à fonctionner selon les règles dans le décret de la structure organique, c'est-à-dire :

- Les CNT élaborent leurs plans de travail annuels, qui doivent être découlés des recommandations du CNP-SS ;
- Les CNT réalisent des réunions plénières mensuelles ou au moins trimestrielles, avec un quorum requis qui doit être atteint ;
- Les CNT veillent sur le développement d'outils, de stratégies et de plans d'intervention selon leur propre thématique et préparent selon le cas la passation de ces documents via le CCT au CNP-SS pour leur validation et mise en application dans le secteur.

Au niveau national, cette structure de pilotage par consensus arrive à jouer son rôle plus au moins convenablement, mais elle manque d'efficacité et d'efficience en conséquence d'un suivi déficient de la part des autorités compétentes, comme le secrétaire général, les directeurs de directions centrales et mêmes les PTF. Le CNP-SS se réunit avec la fréquence prévue, en séquence avec la revue annuelle de l'information sanitaire qui elle-même est réalisée avec des retards de 3 à 6 mois chaque année. La mobilisation d'acteurs dans cette structure de pilotage est coûteuse et les dépenses sont chargées à quasi 100% sur les PTF en absence flagrant d'un financement de la part de l'état congolais.

Au niveau provincial, cette structure connaît son extension configuratrice, avec un Comité Provincial de Pilotage du Secteur Santé (CPP-SS) et 5 groupes de travail thématiques. Les PTF se sont organisés dans une structure-miroir du GIBS, rassemblant un mélange d'ONG, agences d'exécution et bailleurs – autour d'un chef de fil élu. La performance de ces structures provinciales est beaucoup moins convaincante et fait écho souvent du degré de maturité des structures gouvernementales provinciales.

Au niveau opérationnel, le pilotage est dans les mains de conseils d'administration (CA) des HGR (HGR), ou de gestion des ZS et AS.

A cette stratégie de pilotage national, provincial et opérationnel s'associe depuis déjà quelques années et de manière progressive une approche de financement stratégique basé à travers le FBR, avec l'outil légal d'un Contrat Unique (CU) pour en faire le suivi. Ce CU est signé chaque année au niveau des 26 DPS, quelques directions centrales et programmes spécialisés par l'autorité sectorielle – ministre provincial à charge de la santé ou secrétaire-général – et un représentant des PTF. Le CU sert à encadrer le mécanisme évaluatif de la performance de ces acteurs dans leurs efforts de mettre en œuvre le PNDS à leur niveau. Le paiement des primes individuelles de motivation est même une partie du financement institutionnel dépend du score qui est atteint par chaque acteur.

Selon les conclusions de la revue à mi-parcours en 2019 la Belgique comme bailleur et en particulier le PANC comme programme d'appui direct soutiennent de manière importante le rôle de la DEP dans la construction d'une approche sectorielle multi-acteurs en recherche de synergie, de complémentarité entre parties prenantes et de cohérence entre PTF avec la stratégie sectorielle.

Un ensemble de 30 à 40 experts au niveau national (et d'environ 10 personnes dans chaque DPS) conforment le potentiel d'experts polyvalents nationaux (ENP) et provinciaux (EPP). Ils sont mobilisés au sein de différentes structures centrales du MS (directions, programmes spécialisés, secrétariat-général, etc.) pour appuyer aux DPS dans les différents processus de planification, coordination et suivi et évaluation.

Résultat 3 : Le suivi du développement du secteur est assuré à travers la gestion de l'information stratégique – provenant de tous les niveaux du système de santé – sous forme de capitalisation d'expériences ou d'études et de bases de données pour l'analyse sectorielle et macro-économique

Le suivi, le développement, la communication et la diffusion des politiques, normes et stratégies opérationnelles du PNDS de différentes générations ont été organisés en tenant compte des résultats des expériences et des recherches concernant le système de santé, sans autant avoir structuré la gestion de la connaissance.

La DEP n'a pas toujours le lead pour planifier, veiller à la réalisation et évaluer les analyses de capitalisation des expériences de terrain et les différentes études réalisées. Souvent ce sont les PTF, à initiative parfois unilatérale, qui décident le pourquoi et comment des études réalisées. Les résultats de ce genre d'études tardent à être transférés comme « valeur ajoutée » auprès des structures du MS et des institutions nationales et internationales de recherche.

Pourtant immergé dans la mise en place de la réforme dans le cadre de la décentralisation et les stratégies d'amélioration de la qualité des soins à travers le PADP d'Enabel, le PANC et la DEP n'ont pas encore réussi suffisamment d'en documenter le processus.

Le DHIS2 a été déployé au niveau du pays entre 2016 et 2018, induisant une nette amélioration au niveau du système national d'information sanitaire (SNIS). Cependant la performance dans le DHIS2 souffre au jours d'une déficiente complétude, qui s'améliore pourtant graduellement malgré les problèmes persistants de

connectivité, et plus sérieusement d'un manque de promptitude et surtout de qualité des données enregistrées. Cette avance dans la gestion de l'information stratégique n'a pas encore permis une plus grande visibilité à travers le portail Internet du MS, tant des données de routine que des données liées à la « carte sanitaire ». La digitalisation des cartes sanitaires se réalise de fur à mesure par un service qui est largement sous-dimensionné.

Le développement du "centre de veille stratégique" a été abandonné en 2017 après la réduction budgétaire du PANC et le site web du MS n'a jamais été professionnalisé.

En conséquence, la recollection et diffusion active des données validées (par un rapport annuel), qui intervient à différents moments importants tels que les revues annuelles du MS, les réunions du CNP-SS et les réunions du secrétariat-général avec les directions centrales ou lors du processus de planification ou de la négociation de nouveaux financements pour la santé, reste pour la DEP une tâche colossale et vulnérable car elle est réalisée largement manuellement et dépend de la volonté des structures centrales et provinciales pour s'y mettre.

Depuis 2018, avec le recadrage du PNDS 2019 – 2022, la DEP s'est associée à un processus de cartographie digitale du GIBS qui met en relief toutes les interventions de leurs membres avec plusieurs paramètres d'analyse. Depuis 2017 avec la création du centre congolais de connaissance, avec l'appui du Projet RIPSEC, un élément important s'est rajouté aux éléments de la gestion de connaissance, mais cet ensemble n'arrive pas à performer de manière cohérente à cause des faiblesses mentionnées ci-dessus.

Résultat 4 : L'élaboration des politiques, des normes et des stratégies du secteur est basée sur la recherche en système de santé à tous les niveaux, en particulier au niveau opérationnel.

Une série de documents stratégiques ont été produits avec l'appui de l'assistance technique du PANC et validés par le CNP-SS, comme :

- L'évolution de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé,
- Le cadre d'accélération de la réduction de la mortalité de la mère et l'enfant,
- La prise en compte des maladies chroniques non-transmissibles,
- La feuille de route de la gouvernance dans le secteur de la santé,
- Le plan stratégique de la réforme hospitalière et la rationalisation des hôpitaux (plans directeurs - plan de couverture),
- La poursuite de la réforme de l'administration publique au niveau central,
- La rationalisation des RHS aux différents niveaux du système et la politique salariale,
- La revue de dépenses de santé des provinces,
- L'établissement des Comptes Nationaux de la Santé,
- L'évolution du Plan national de développement de l'informatique de la santé (PNDIS),
- L'intégration du partenariat public privé dans l'organisation des soins avec droits et devoirs mutuels.

Résultat 5 : Le management interne de la DEP est renforcé dans la vision de la réforme du système de santé

Avec des moyens très limités et insuffisant comparé aux besoins un appui particulier a également été apporté au niveau du renforcement de la dynamique de travail au sein de l'équipe de la DEP, comprenant l'ATI - coordinateur impliqué. L'introduction de nouvelles procédures modernes de management et de communication d'équipe a été une des conséquences de l'encadrement avec le Financement Basé sur les Résultats (FBR) de la DEP, menant à une meilleure délégation des tâches, responsabilisation et redevabilité des acteurs, outils organisationnels, etc.

2.4.2.2 R6 – R9 (Appui à la DLM/DSE) :

L'EMP a fait noter que l'annulation des résultats attendus pour l'appui à la surveillance épidémiologique et le réseau national de laboratoire (résultat attendu 7 et 8) – en conséquence de l'annulation des budgets en 2016 - n'a pas été pertinente, principalement du fait du contexte de flambées épidémiques (MVE, rougeole, choléra, etc.) et la faiblesse du rôle des laboratoires au niveau provincial.

En d'autres termes, les résultats par rapport à la DSE ont été difficilement atteints car les activités prévues n'ont pas connu d'avancées significatives par manque du budget. Des contraintes externes ont pesé, comme par exemple le fait que certains partenaires sont restés rétifs à tout appui au niveau central dans un contexte où l'Etat central ne joue pas sa partition dans l'appui au MS et à ses principales directions.

La même EMP tient toutefois à distinguer l'impact sur le fonctionnement propre de la DSE appuyée par le PANC, et l'impact de cet appui sur le rôle de cette direction dans son mandat respectif.

2.4.2.3 R10 – R12 (Appui au SNAME) :

Concernant l'appui au PNAM, en dépit des objectifs spécifiques très ambitieux, l'évaluation à mi-parcours a constaté que sans cet appui, le PNAM aurait eu du mal à jouer son rôle de pilotage et de coordination dans le domaine des approvisionnements, vu l'étendue du pays et surtout vu le fait que depuis plusieurs années, le PNAM n'a pas été en mesure de fonctionner de manière performante et d'appuyer les structures provinciales dans le contexte de la mise en place de la réforme du secteur et l'exécution du plan stratégique du SNAME.

Il importe également de noter que cet appui du PANC à l'amélioration de la disponibilité des médicaments dans tout le système est à point nommé car il renforce l'offre des soins et améliore l'utilisation de service des soins dans les formations sanitaires tout en améliorant la coordination de partenaires. Cet appui s'adapte également aux besoins de bénéficiaires et permet à ces derniers d'atteindre les objectifs fixés.

Sur le volet des approvisionnements en médicaments essentiels génériques, un meilleur fonctionnement a été noté des CDR en termes de gestion de ressources suite aux formations variées, l'appui et suivi intégral soutenu dans le temps depuis une dizaine d'années, qui ont ciblé le personnel de ces structures.

Le personnel ainsi bien formé assure une meilleure gestion et un bon fonctionnement des CDR qui est aussi renforcé par les travaux de constructions / réhabilitations en cours des entrepôts répondants aux bonnes pratiques de stockage des médicaments. La revue à mi-parcours a également constaté que la coordination des partenaires du SNAME ainsi que la supervision du niveau intermédiaire est devenue effective par le PNAM qui joue actuellement son rôle de pilotage du SNAME grâce à l'appui du projet.

Par contre, le SNAME souffre encore de sérieuses difficultés d'acquisition de médicaments essentiels au niveau de la FEDECAME. De la part du PANC, le fonds de roulement de la CAMENE a déjà été acquis depuis 2017, sans retard par rapport à la planification. La CAMEBASU a estimé avoir un fonds de roulement suffisant et a exprimé vouloir investir l'appui dans d'autres stratégies, entre autres des installations photovoltaïques. La CAMEKIS avait souhaité renforcer son fonds de roulement ce qui a été réalisé en 2018 et 2019. C'est le manque de disponibilité à la FEDECAME qui a retardé l'augmentation de ce fonds de roulement de la CAMEKIS.

Le DTF du PANC définit clairement le modèle d'acquisition des médicaments pour les fonds de roulement dans les activités et le renforcement du SNAME passe nécessairement par son utilisation et non pas des solutions alternatives comme le font d'autres PTF.

Une difficulté de conduire la supervision sur le volet des médicaments par le niveau intermédiaire a été constatée, notamment via la tenue incomplète des outils de gestion de stock, la non disponibilité de médicaments essentiels et l'approvisionnement en médicaments essentiels en dehors du SNAME pour les produits disponibles dans les CDR.

2.4.2.4 L'évaluation à mi-parcours (EMP) du Programme Santé : principales recommandations pour le PANC

Recommandations générales pour le PANC

1. Poursuivre le plaidoyer au niveau central et provincial pour un meilleur alignement et une meilleure harmonisation des PTF intervenant dans le secteur de la santé et une intégration effective dans le PNDS et la SRSS ;
2. Renforcer l'efficacité et l'efficience de la chaîne d'approvisionnement sur les MEG et produits de laboratoire pour s'assurer d'une disponibilité d'au moins 90%. Le critère de qualité des soins ne pourra pas être amélioré si les produits de santé ne sont pas disponibles et accessibles à la population ;
3. Prioriser la recherche action à tous les niveaux et développer des protocoles de recherche innovant et à haut impact, par exemple sur la stratégie pour la santé de la mère, le nouveau-né visant à faire baisser les taux de mortalité infantile et maternelle.

Recommandations générales pour le PANC en cas de prolongation

4. Poursuivre la mise en œuvre du PANC en intensifiant le plaidoyer auprès des PTF pour un appui au niveau central et en s'assurant d'une meilleure gestion de la chaîne d'approvisionnement en médicament à tous les niveaux ;
5. Mettre à l'échelle les projets pilotes qui ont démontré leur efficacité, efficience et impact, en utilisant les CU comme outil de plaidoyer ;

Recommandations pour la DEP, la DSE, le PNAM, les DPS et les PTF impliqués dans le GIBS

6. Intensifier les efforts en vue d'augmenter effectivement et significativement la contribution de l'Etat congolais au financement du secteur de la santé, au niveau central et décentralisé ;
7. Renforcer le rôle de leadership du MS à la fois pour la planification de la mise en œuvre du PNDS (DEP) et pour la réponse opérationnelle aux maladies (DSE) ;
8. Diffuser et mettre en œuvre les différents plans stratégiques développés dans le cadre du PANC, principalement au niveau décentralisé ;
9. Au niveau provincial, des ressources humaines additionnelles pourraient lever certains goulots d'étranglement : par exemple, des fonctions clés comme la logistique santé (conseiller en chaîne d'approvisionnement) et la maintenance générale et hospitalière pourraient s'incorporer aux équipes actuelles ;
10. Pour les partenaires du GIBS : Respecter les engagements pris à travers la mise en œuvre du contrat unique, notamment les montants des financements et les calendriers de paiement ;

Recommandations pour la poursuite de la coopération Belge en santé en RDC

11. Poursuivre l'appui au niveau central, dans la mesure où (i) le renforcement du niveau central est une condition *sine qua non* de la restauration de la légitimité du MS comme institution de l'Etat et de la bonne mise en œuvre de la décentralisation en RDC, pilier de la politique de Réforme du système de santé et (ii) la Belgique est presque la seule coopération à réaliser cet appui (avantage comparatif et stratégique certain) ;
12. A la coopération Belge de davantage mutualiser ses moyens pour renforcer la performance du rapport coût / efficacité de ses interventions ;
13. Revoir le mécanisme de décision pour corriger les lenteurs dans la mise en œuvre des PAO et ainsi accélérer la mise en œuvre des activités, notamment dans les trois Provinces ciblées ;

3 Orientations stratégiques

3.1 Axes stratégiques

- L'alignement critique sur la stratégie nationale du MS de la RDC afin d'atteindre la CSU, en contribuant au développement de cette stratégie et de la feuille de route de sa mise en œuvre ;
- Le maintien du dialogue et plaidoyer pour une meilleure harmonisation et cohésion entre les PTF dans le cadre de l'atteinte de la CSU à travers toutes plateformes possibles, entre autres le GIBS ;
- Le financement stratégique, à travers la FBR variante RDC, de la performance du niveau central via les contrats uniques en particulier avec DEP et le PNAM dans la mise en œuvre du PNDS 2019 – 2022 ;
- Vision de réforme en appuyant au processus des réformes du secteur santé qui sont en en cours ;
- La gouvernance adaptée au contexte à travers un pilotage bottom-up, multi-acteur et consensuel au niveau national du secteur santé en concrétisant le coaching technique des CNT du CNP-SS ; qui facilite la prise d'actions ;
- La mise au centre des populations à travers l'appui à la performance du SNAME et à la continuation de la mise en œuvre de son plan stratégique.
- La recherche de la durabilité et « value for money » à travers la mise en œuvre de la stratégie de maintenance intégrale, qui sera financé en majorité par le budget du volet d'appui aux DPS et ZS (PADP).
- Mise en priorité la recherche-action à tous les niveaux en développant des protocoles de recherche innovant et à haut impact.

3.2 Principes d'action

Comme expliqué dans le document de stratégie d'expertise d'Enabel de début 2020, le monde change rapidement. Et le contexte du développement, celui dans lequel Enabel opère en RDC, ne fait pas exception à la règle ; nous voyons constamment apparaître de nouveaux défis et un autre type de complexité.

Aussi le contexte du développement dans lequel Enabel opère en RDC change rapidement. Le programme santé d'Enabel est caractérisé par un appui au secteur de la santé à deux niveaux de l'organisation sanitaire : (i) au niveau central avec un appui à 3 structures clés du MS, (ii) au niveau décentralisé avec un appui aux DPS et aux ZS ; une 3^{ème} composante – la lutte contre la violence sexuelle – qui s'ajoute comme un thème d'attention particulière ancrée dans le secteur de la santé, mais avec des liens avec d'autres secteurs.

Cet appui de la Belgique s'aligne pleinement au niveau central où opère le programme santé dans la politique de santé du MS en contribuant à la réalisation des objectifs du Gouvernement dans le secteur de la santé. Le nouveau leadership présidentiel du pays a vite redistribué les accents et priorités sectorielles, en soulignant la CSU comme grande priorité. Dans ce contexte en pleine évolution, le rôle premier d'Enabel en tant qu'agence de développement et spécifiquement de son programme santé est de traduire les choix politiques des parties prenantes locales et belges en actions et réponses pertinentes en vue d'atteindre la CSU comme ODD. Le programme santé au niveau central est proche à cette prise de décision qui vont définir les choix.

A ce fin, l'expertise du programme santé d'Enabel pour le secteur de la santé doit encore mieux être placée dans le contexte des effets des défis mondiaux pour la RDC et au-delà, en tenant compte de sujets tels que

la fragilité de l'Etat, le désintérêt croissant en général pour le multilatéralisme, le cadre des ODD et les politiques européennes.

Pour mieux encadrer les choix à faire en tant qu'axes stratégiques, nous souhaitons ci-dessous clarifier les principes d'action sur lesquelles nous nous sommes basés :

3.2.1 Santé et droits sexuels et reproductifs, y compris planification familiale

Compte tenu du taux de fécondité élevé dans le RDC qui prévaut actuellement et de la croissance démographique en hausse, qui mettent les ressources et l'accès aux services de base sous pression et le pays en risque de « *l'entrapement démographique* », le PANC contribue à augmenter la proportion de femmes en âge de procréer (15-49 ans) qui utilisent des méthodes modernes de planification familiale, à travers de son appui à la DEP pour mettre en œuvre le PNDS 2019-2022.

3.2.2 Accès à des services de santé de base qualitatifs (soins de santé primaires)

Compte tenu de la grande fragilité du capital humain face aux chocs économiques et sanitaires, le PANC contribue à augmenter la proportion de la population bénéficiant de la CSU comme définie dans la stratégie nationale.

3.2.3 Réduire la fracture numérique

Compte tenu de l'importante fracture numérique actuelle et de ses conséquences sociétales, le programme santé d'Enabel contribue à augmenter la proportion de formations sanitaires ayant des systèmes d'information, d'administration et gestion financière et de soins de santé digitalisés, par type de compétence.

3.2.4 Protection et résilience dans les situations d'urgence et les situations de crise prolongées

A travers son appui continué aux DPS, ZS et à la DSE, même si cet appui est devenu réduit pendant la prolongation, le programme santé tient compte de la masse de personnes déplacées à l'intérieur de la RDC vivant dans des conditions défavorables et des impacts à court et long terme que cela pourrait avoir sur leur vie, et contribuera à augmenter le nombre de personnes dans des situations de crise ayant accès à des services de base de santé.

3.2.5 Cohésion sociale dans les villes

Compte tenu des écarts importants observés au sein des populations urbaines, le programme santé d'Enabel en RDC contribuera à une participation accrue à la société, en particulier des groupes vulnérables et défavorisés. A la ville de Kisangani, dans la Province d'intervention de la Tshopo, le PADP, PLVS et secteur d'éducation exploreront un modèle spécifique urbain pour mieux répondre à l'exercice des droits de santé et droits sexuels et reproductifs, y compris planification familiale pour le groupe stratégique des adolescentes.

3.3 Critères de sélection

Afin de choisir les activités pertinentes pour la prolongation, des critères absolus et optionnels ont été suivis :

3.3.1 Conditions de sélection absolues

Condition 1 : Optimisation des acquis et capitalisation de leçons prises du PANC et des programmes antérieurs d'Enabel : il s'agit de choisir les approches et réalisations réussies, avec de bons résultats, mais avec néanmoins des perfectionnements nécessaires ou souhaitables.

Condition 2 : Extension dans le temps d'un choix de résultats : il s'agit ici de choses qui fonctionnent bien, mais qui nécessitent uniquement la mise à l'échelle.

3.3.2 Conditions de sélection optionnelles

Condition 3 : Innovation avec une réflexion adressant un objectif global unique : comment innover davantage pour une amélioration permanente de la gouvernance dans le secteur santé.

Condition 4 : Adaptation intelligente aux nouveaux défis : il s'agit ici de promouvoir des activités qui sont en lien avec l'urbanisation, les inégalités socio-économiques, le climat & environnement, la migration.

4 Planification Opérationnelle

4.1 Objectifs et résultats attendus

4.1.1 Objectifs général et spécifique

L'objectif général est « Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans le cadre global de lutte contre la pauvreté ». En vue de la vision gouvernementale de la RDC de permettre à tous et toutes de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous et toutes à tout âge (ODD 3) à travers la CSU, les objectifs spécifiques sont :

OS 1. La performance de la DEP est renforcée pour assumer mieux son rôle dans la planification, coordination et suivi et évaluation dans le cadre du Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2019-2022 - en route vers l'atteinte de la couverture sanitaire universelle (CSU) en 2030 ;

OS 2. Le management de la DSE est renforcé dans la vision de la réforme du système de santé ;

OS 2. L'approvisionnement régulier et pérenne en médicaments, dispositifs médicaux et produits de diagnostic essentiels de qualité à un prix accessible, en exécutant le plan stratégique du système national d'approvisionnement de médicaments essentiels (SNAME), est assuré par la Fédération de centrales de médicaments essentiels (FEDECAME)

4.1.2 Résultats attendus

Lors du DTF initial il y avait 13 résultats qui ont été réduits à 10 en 2016 lors de la réduction budgétaire. Pour cette période de transition il n'y a plus que 8 résultats. Le résultat 4 lié à l'élaboration des politiques et normes n'est pas repris au vu des avancements, ni le résultat 6 lié au fonctionnement de la DLM/DSE, vu les résultats atteints. Mais le résultat 9 qui concerne cette même direction est reformulé pour mettre l'accent sur le réseau de laboratoire.

Objectifs spécifiques	Résultats du DTF initial	Résultats après la réduction budgétaire de 2016	Résultats Avenant période de transition
OS 1. Les capacités managériales de la direction d'études et planification (DEP) sont renforcées pour assurer ses missions dans la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du plan national de développement du secteur santé (PNDS) en priorité dans les aspects de réforme du secteur et du développement des ZS.	Résultat 1 : Une planification coordonnée est assurée à tous les niveaux, afin de permettre le renforcement du système de santé et en particulier le développement des ZS.	Résultat 1 : Une planification coordonnée est assurée à tous les niveaux, afin de permettre le renforcement du système de santé et en particulier le développement des ZS.	Résultat 1 - une planification coordonnée par la DEP est assurée à tous les niveaux, afin de permettre le renforcement du système de santé en particulier le développement des zones de santé
	Résultat 2 : La coordination des appuis des différentes partenaires techniques et financiers du secteur de la santé –en termes de synergie, de complémentarité et de cohérence avec la stratégie sectorielle –est assurée à tous les niveaux.	Résultat 2 : La coordination des appuis des différentes partenaires techniques et financiers du secteur de la santé –en termes de synergie, de complémentarité et de cohérence avec la stratégie sectorielle –est assurée à tous les niveaux.	Résultat 2 - la coordination par la DEP est assurée à tous les niveaux pour les appuis des différentes partenaires techniques et financiers du secteur de la santé – en termes de synergie, de complémentarité et de cohérence avec la stratégie sectorielle
	Résultat 3 : Le suivi du développement du secteur est assuré à travers la gestion de l'information stratégique –provenant de tous les niveaux du système de santé –sous forme de capitalisation d'expériences ou d'études et de bases de données pour l'analyse sectorielle et macro-économique.	Résultat 3 : Le suivi du développement du secteur est assuré à travers la gestion de l'information stratégique –provenant de tous les niveaux du système de santé –sous forme de capitalisation d'expériences ou d'études et de bases de données pour l'analyse sectorielle et macro-économique.	Résultat 3 - Le suivi et évaluation par la DEP de la mise en œuvre du PNDS 2019-2022 est assuré à travers la gestion de l'information stratégique sous forme de recherche, capitalisation d'expériences ou d'études
	Résultat 4 : L'élaboration des politiques, des normes et des stratégies du secteur est basée sur la recherche en système de santé à tous les niveaux, en particulier au niveau opérationnel.	Résultat 4 : L'élaboration des politiques, des normes et des stratégies du secteur est basée sur la recherche en système de santé à tous les niveaux, en particulier au niveau opérationnel.	
	Résultat 5 : Le management interne de la DEP est renforcé dans la vision de la réforme du système de santé.	Résultat 5 : Le management interne de la DEP est renforcé dans la vision de la réforme du système de santé.	Résultat 4 – Le management interne de la DEP est renforcé dans la vision de la réforme du système de santé
OS 2. Les capacités managériales de la direction de lutte contre la maladie (DLM) sont renforcées pour assurer son leadership de gestion multi-bailleurs des maladies endémo-épidémiques et des maladies non transmissibles.	Résultat 6 : Le fonctionnement des programmes spécialisés prioritaires est coordonné et progressivement intégré dans le cadre des activités courantes de la DLM.	Résultat 6 : Le fonctionnement des programmes spécialisés prioritaires est coordonné et progressivement intégré dans le cadre des activités courantes de la DLM.	
	Résultat 7 : La surveillance épidémiologique et la réponse contre les épidémies sont renforcées dans une vision multidisciplinaire et multi-bailleurs.		
	Résultat 8 : Le fonctionnement du réseau des laboratoires est renforcé en appui à la lutte contre les épidémies et endémies prioritaires.		
	Résultat 9 : Le management interne de la DLM est renforcé dans la vision de la réforme du système de santé.	Résultat 9 : Le management interne de la DLM est renforcé dans la vision de la réforme du système de santé.	Résultat 5 - le management interne de la DLM est renforcé dans la vision de la réforme du système de santé avec accent sur la mise en réseau des laboratoires périphériques (ex-résultat 9) (Reformulé)
OS 3. L'approvisionnement régulier et pérenne en médicaments, dispositifs médicaux et produits de diagnostic essentiels de qualité à un prix accessible, mission prioritaire du système national d'approvisionnement de médicaments essentiels (SNAME), est assuré par la fédération de centrales de médicaments essentiels (FEDECAME), régulé par la direction de la pharmacie et le médicament (DPM), suivi par le programme national d'approvisionnement de médicaments (PNAM), et destiné à toutes les formations sanitaires des ZS ciblées, via les centrales de distribution régionales (CDR) de Kisangani (CAMEKIS), de Bwamanda (CAMENE) et de Kikwit (CAMEBASU).	Résultat 10 : L'appui aux trois CDR de Kisangani, Bwamanda et Kikwit permet d'assurer la disponibilité des médicaments FEDECAME de qualité et à prix accessible depuis la CDR jusqu'au zones de santé.	Résultat 10 : L'appui aux trois CDR de Kisangani, Bwamanda et Kikwit permet d'assurer la disponibilité des médicaments FEDECAME de qualité et à prix accessible depuis la CDR jusqu'au zones de santé.	Résultat 6 - L'appui aux Centrales de Distribution Régionale (CDR) des zones d'intervention permet d'assurer la disponibilité des médicaments de qualité et à prix accessible de la FEDECAME via les CDR jusqu'aux zones de santé (ex-résultat 10)
	Résultat 11 : Le rôle du Programme National d'Approvisionnements en Médicaments (PNAM) dans la coordination et supervision du SNAME est renforcé.	Résultat 11 : Le rôle du Programme National d'Approvisionnements en Médicaments (PNAM) dans la coordination et supervision du SNAME est renforcé.	Résultat 7 - Le rôle du PNAME dans la coordination et la supervision du SNAME est renforcé (ex-résultat 11)
	Résultat 12 : Le fonctionnement de la FEDECAME et du BCAF Ouest est renforcé afin d'assurer une disponibilité continue des médicaments dans les CDR.	Résultat 12 : Le fonctionnement de la FEDECAME et du BCAF Ouest est renforcé afin d'assurer une disponibilité continue des médicaments dans les CDR.	Résultat 8 - Le fonctionnement de la FEDECAME et du BCAF Ouest est renforcé afin d'assurer une disponibilité continue des médicaments dans les CDR (ex-résultat 12)
	Résultat 13 : Les principales fonctions réglementaires de la DPM (D3) sont renforcées dont en particulier, l'enregistrement et l'inspection.		

4.2 Activités

Les activités suivantes sont à ajouter ou intégrer au niveau des résultats attendus :

4.2.1 Résultat 1 : une planification coordonnée par la DEP est assurée à tous les niveaux, afin de permettre le renforcement du système de santé et en particulier le développement des ZS

A.01.01 Poursuivre les appuis techniques aux processus de planification opérationnel annuel (PAO)

A.01.02 Poursuivre les appuis techniques à la consolidation et simplification des outils de planification

4.2.2 Résultat 2 : la coordination par la DEP est assurée à tous les niveaux pour les appuis des différentes partenaires techniques et financiers du secteur de la santé – en termes de synergie, de complémentarité et de cohérence avec la stratégie sectorielle.

A.02.01 Poursuivre l'appui avec coaching aux organes et mécanismes de coordination au niveau central

A.02.02 Poursuivre l'appui de manière technique à la mise en œuvre de la stratégie sectorielle

A.02.03 Poursuivre le plaidoyer pour un meilleur alignement et une meilleure harmonisation des PTF

4.2.3 Résultat 3 : le suivi et évaluation par la DEP de la mise en œuvre du PNDS 2019-2022 est assuré à travers la gestion de l'information stratégique sous forme de recherche, capitalisation d'expériences ou d'études.

A.03.01 Poursuivre les appuis techniques au renforcement de la collecte des données à travers l'analyse et synthèse des différentes études, enquêtes, expériences menées sur le terrain

A.03.02 Renforcer les appuis techniques pour la mobilisation des expertises en recherche de santé en priorisant la recherche action à tous les niveaux et développer des protocoles de recherche innovant et à haut impact (Equipe d'assistance)

Il s'agit d'activer une cellule d'assistance pour appuyer aux acteurs dans la recherche action dans la mise en œuvre de leurs protocoles.

A.03.03 Mettre à l'échelle les projets pilotes qui ont démontré leur efficacité, efficience et impact, en utilisant les CU comme outil de plaidoyer

4.2.4 Résultat 4 : le management interne de la DEP est renforcé dans la vision de la réforme du système de santé

A.04.01 Développement de l'environnement de travail (budget : A.05.02)

A.04.01 Poursuivre la contribution de manière technique et avec financement au FBR de la DEP (Budget : A.05.03)

4.2.5 Résultat 5 : le management interne de la DLM est renforcé dans la vision de la réforme du système de santé avec accent sur la mise en réseau des laboratoires périphériques (ex-résultat 9)

B.05.01 Soutien au laboratoires périphériques de santé en réseau avec les laboratoires provinciaux

Il s'agit de réintégrer le volet laboratoire au sein du PANC, en réactivant le réseau national des laboratoires et en appuyant de nouveau l'INRB et au niveau des DPS, en s'assurant d'un rehaussement du plateau technique des laboratoires dans les HGR et les CS. Cette action fera effet levier pour améliorer la qualité des soins des patients : le diagnostic biologique est en effet le meilleur indicateur pour prendre en charge de manière adaptée un patient. Sans nécessairement investir de manière conséquente dans des équipements, il importe davantage de (i) mobiliser un bio technicien pour effectuer une maintenance curative des appareils, (ii) former / recycler les techniciens de laboratoire sur les manipulations (par service) et la biosécurité (iii) renforcer l'intégration du laboratoire dans la PEC de patients à tous les niveaux¹ ;

B.05.02 Poursuivre la contribution de manière technique et avec financement au FBR de la DSE

4.2.6 Résultat 6 : l'appui aux CDR des zones d'intervention permet d'assurer la disponibilité des médicaments de qualité et à prix accessible de la FEDECAME via les CDR jusqu'aux zones de santé (ex-résultat 10)

A.06.01 Renforcer l'efficacité et l'efficience de la chaine d'approvisionnement sur les MEG et produits de laboratoire pour s'assurer d'une disponibilité suffisante ;

Il s'agit de l'informatisation dans les 3 CDR avec un serveur en une application pour envoi de SMS au téléphone portable pour chaque BCZS dans la zone d'intervention pour envoyer la liste et le prix des

¹A moyen terme, il conviendra aussi de remettre à plat la nomenclature des diagnostics biologiques essentiels, afin de développer une nouvelle tarification adaptée.

médicaments disponibles à la CDR chaque mois. Aussi pour prévenir les BCZS du passage du camion de la CDR avec un circuit trimestriel pour délivrer les médicaments les vendus et prises de commande additionnelles.

4.2.7 Résultat 7 : le rôle du PNAM dans la coordination et la supervision du SNAME est renforcé

A.07.01 Assurer une meilleure gestion de la chaîne d'approvisionnement en médicament à tous les niveaux

A.07.02 Contribuer de manière technique et avec financement au FBR du PNAM

4.2.8 Résultat 8 : Le fonctionnement de la FEDECAME et du BCAF Ouest est renforcé afin d'assurer une disponibilité continue des médicaments dans les CDR.

A.05.01 Assurer une meilleure performance de la FEDECAME comme maillon essentiel dans la CA.

Il s'agit entre autres de l'assistance technique en data management pour la FEDECAME.

Spécifiquement dans le domaine de la stratégie nationale pour atteindre la CSU en 2030, le programme santé appuiera selon les niveaux de différentes formes :

- Le PANC offrira de l'assistance technique à travers la commission mixte (MS et bailleurs) ad hoc mise en place depuis fin 2019 avec l'objectif de coordonner les activités de gouvernance pour lancer la stratégie et sa feuille de route, et
- Le PADP affinera et capitalisera le mécanisme de la tarification forfaitaire subsidiée comme élément important dans la configuration du pilier de financement dans la stratégie de la CSU.

4.3 Synergies / complémentarités

Le Programme santé a été conçu comme une intervention unique avec une approche multi sectorielle, multi niveaux et multi bailleurs, mis en œuvre dans le cadre du Programme indicatif de coopération (PIC) de 2015-2019 qui avait la réforme du système de santé comme secteur de concentration prioritaire pour la coopération belgo-congolaise.

De manière globale, l'approche du programme santé d'Enabel en RDC, vise, entre autre à (a) Intégrer et coordonner les volets du programme santé comme un ensemble cohérent pour une meilleure appropriation de l'appui institutionnel ; (b) Configurer un dispositif organisationnel, de pilotage, de suivi et appui qui est spécifique au programme santé et atypique par rapport aux autres interventions d'Enabel en RDC ; (c) Dynamiser le dialogue entre bailleurs / PTF pour une meilleure harmonisation et avec les partenaires pour un meilleur alignement aux politiques en vigueur ; (d) Promouvoir une attitude plus critique dans la gestion de la santé à travers une prise de décision liée à la recherche action.

Ensemble avec l'ancrage institutionnel de chaque volet, les aspects de la configuration du programme santé ont fait l'objet d'une étude approfondie par l'équipe de la revue à mi-parcours en 2019 :

« Tout d'abord, il faut noter que l'approche programmatique actuelle permet effectivement d'assurer une cohérence, complémentarité et, dans une moindre mesure, une articulation entre les volets. Ceci est facilité par trois dynamiques : (1) la nature même du PANC qui, en appuyant le niveau central dans sa fonction de coordination de l'action sanitaire nationale et dans son rôle de pilotage de la décentralisation avec les DPS, englobe de fait toutes les composantes, (2) le volet médicaments qui, par sa transversalité, intègre de facto le PANC, le PADP et le PLVS, (3) l'intégration effective du PLVS dans le PADP au niveau provincial. L'articulation opérationnelle entre les trois programmes est plus complexe, compte tenu des différentes composantes de ceux-ci et du manque de moyens alloués à ce travail de coordination au niveau central, mais aussi de manière horizontale entre DPS appuyées. La revue considère que l'approche systémique et intégrée est bien comprise par l'ensemble des parties prenantes, ce qui est facilité par l'inscription des résultats du Programme santé

d'Enabel dans les objectifs du PNDS. Le PLVS est parfaitement intégré au PADP, les objectifs autour de la Santé Maternelle Néonatale et Infantile regroupant de fait ces deux programmes. Le lien entre le PANC et le PLVS est quant à lui moins évident : ainsi, aucun résultat attendu du PANC ne mentionne la question du genre ou des VSBG. »

La prolongation fera participer tous les volets aux coûts de cette coordination du programme santé.

Parmi les autres acteurs impliqués, il faut citer

- les membres du GIBS,
- les universités publiques de la RDC et notamment les écoles de santé publique (ESP),
- les institutions scientifiques belges, comme l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, la Vrije Universiteit van Brussel/Université Libre de Bruxelles et l'Université Catholique de Louvain-La-Neuve,
- la Plateforme Be-Cause Health et des réseaux d'acteurs associatifs, par exemple le Forum des Acteurs Belges Santé au Congo (FABAC) et son Hub Santé.

Sur la configuration organisationnelle du programme santé, liée à ses caractéristiques multi bailleurs, multi niveaux et multi sites l'EMP a jugé qu'elle donne des résultats certains, mais parfois difficilement quantifiables tant ils sont dispersés.

Sur l'approche multi bailleurs, il a été constaté que le programme assume bien son rôle dans l'appui à l'application des principes d'harmonisation et d'alignement des politiques de santé en vigueur, notamment à travers son rôle actif dans le GIBS au niveau central et surtout décentralisé et dans sa participation à différentes plateformes. Le discours d'Enabel sur l'harmonisation et l'alignement nécessaires des interventions en santé en RDC est clair et un fort plaidoyer est effectué, qui se matérialise entre autres par des outils comme le contrat unique.

Ensuite, la EMP a également considéré que l'approche multi niveau du Programme est pertinente et efficace, même si elle manque d'efficacité et d'impact à cause des moyens humains et financiers qui sont insuffisants.

Enfin, l'approche multi site est intéressante dans la mesure où elle permet d'initier des stratégies différentes sur l'accès aux soins et le renforcement de la qualité de la PEC. Cependant, la revue considère que ces expériences ne sont pas encore assez capitalisées et que des recherches actions avec des protocoles solides en termes de cohérence devraient être développées.

4.4 Cadre logique, indicateurs et sources de vérification.

Voir Annexe 8.3.

4.5 Localisation

L'intervention sera active sur le territoire national de la RDC en ce qui concerne l'appui à la DEP et dans les trois provinces d'intervention, Sud Ubangi, Kwilu et Tshopo, avec des engagements spécifiques en ce qui concerne l'appui au SNAME. Ces activités et engagements seront orientées vers la consolidation des nouvelles infrastructures dans les 3 CDR et le renforcement de leur stock stratégique de produits pharmaceutiques et à l'amélioration de la performance du réseau d'acteurs dans la chaîne d'approvisionnement du SNAME.

4.6 Bénéficiaires

4.6.1 Bénéficiaires directs

4.6.1.1 Les détenteurs de droits

Le premier bénéficiaire direct est la population congolaise en général et les femmes et les enfants de moins de 5 ans en particulier, comme bénéficiaires prioritaires dans les activités de haut impact dans le cadre du PNDS 2019 - 2022.

4.6.1.2 3.5.1.2 Les porteurs d'obligations

Les bénéficiaires directs sont également les prestataires de services, à savoir les formations sanitaires des zones ciblées par le programme santé d'Enabel, et les professionnels de la santé qui bénéficieront des renforcements de capacités et de compétences.

Enfin, il y a le staff technique du niveau central, la DEP et le PNAM.

4.6.2 3.5.2 Bénéficiaires indirects

Les bénéficiaires indirects sont les autres structures centrales du MS indirectement impliqués.

4.7 Durée

La durée de mise en œuvre de l'intervention sera de 72 mois depuis décembre 2016 jusqu'à décembre 2022, et la durée de la convention spécifique sera de 90 mois, de décembre 2015 jusqu'à juin 2023.

5 Ressources

5.1 Ressources humaines

Les ressources humaines actuelles seront maintenues et prolongées jusque fin selon leur domaine d'intervention (prise en charge jusqu'au mois de juin 2020 déjà prévue sur le budget actuel).

Tableau 1 : Composition d'équipe d'exécution

Description de fonction	Rôle	Durée indicative de prestation
Equipe technique et de coordination		
ATI – conseiller en santé publique – coordinateur du programme santé	Gestion journalière de l'intervention, planification technique et financière, mise en œuvre, suivi, rapportage, dialogue technique, développement de partenariats, capitalisation et clôture.	75% jusqu'à mars 2023 et 25% sur le volet d'élimination de la THA.
ATI – expert en gestion pharmaceutique	Assistance technique, assurer la bonne exécution des activités comprises dans l'OS2, Contribuer à l'élaboration des termes de référence pour les études et des rapports et capitalisation du PANC.	100% jusqu'à décembre 2022
Equipe de gestion administrative et financière		
Un Responsable administratif et financier international (RAFI)	Gestion financière, préparation budget, suivi exécution financière, demande de fonds, suivi des audits financiers pour l'ensemble des volets du programme santé et le	10% jusqu'à mars 2023 (90% soldes sur autres volets du Programme Santé et Programme Eau)

	programme Eau.	
Un responsable administratif financier national (RAF)	Appui à la gestion financière, contrôle interne, préparation budget, suivi exécution financière, demande de fonds, suivi des audits financiers pour l'ensemble des volets du programme santé et le programme Eau.	10% jusqu'à mars 2023 (90% soldes sur autres volets du Programme Santé et THA et programme au)
Un responsable de logistique national	Gestion de la logistique pour les différents volets du programme santé basés à Kinshasa (PANC et élimination THA).	50% jusqu'à décembre 2022 (50% sur le volet élimination THA)
Une comptable – vérificatrice	Gestion de la comptabilité et vérification des soubassements comptables	100% jusqu'à décembre 2022
Une secrétaire à la coordination santé	Secrétariat des volets du programme santé basés à Kinshasa	100% jusqu'à décembre 2022
Un chauffeur et un chauffeur – assistant logistique	Gestion des véhicules du PANC	100% jusqu'à mars 2023
Une caissière	Gestion de la caisse	Mis à disposition par la DEP

5.2 Ressources financières

Un budget détaillé se trouve en annexe, (8.1 et 8.2)

6 Modalités de mise en œuvre

6.1 Gouvernance

En tant que programme multi-niveaux, l'intervention d'Enabel dans le secteur de la santé repose sur une gouvernance bicéphale : au niveau central, le pilotage stratégique du PANC est confié au MS de la RDC via 3 directions et au niveau décentralisé pour le PADP, chaque DPS, sous le leadership de chaque Ministre provincial à la charge de la santé.

Entre 2016 et 2019, de manière plus détaillée, le montage institutionnel du PANC était composé, au niveau central par le Secrétariat-Général à la Santé, la DEP, la DSE, les structures du SNAME et les CNT et CTT du CNP-SS.

Les Structures Mixtes de Concertation Locale (SMCL) du PANC ont été organisées convenablement depuis 2016, comme dialogue stratégique entre membres de la SMCL, les équipes techniques du PANC et les partenaires nationaux.

Enfin, il existe une dynamique de pilotage en consensus entre le MS et les PTF. Cette dynamique est composée de différentes commissions techniques nationales et provinciales qui réalisent le pilotage du secteur santé, composées d'acteurs nationaux et du GIBS. Le PANC participe activement à toutes plateformes

possibles, au niveau central comme provincial, avec accent sur les thématiques de gouvernance, médicament et financement.

Au niveau opérationnel, et pour l'ensemble des résultats attendus, il importe de faire la distinction entre d'une part les choix stratégiques et opérationnels et d'autre part la gestion administrative et financière.

- Les stratégies d'intervention, les lignes directrices stratégiques et les cadres budgétaires sont définis par la SMCL. Notamment le plan d'action annuel et le budget du programme, ainsi que ses éventuelles actualisations en cours d'année, doivent être validés par les membres de la SMCL.
- L'ensemble des activités sont définies conjointement avec les différentes structures impliquées (DEP, DSE, SNAME), tout comme les audits externes et le backstopping qui intègrent l'ensemble des partenaires. En d'autres mots, le portage technique était systématiquement assuré par l'institution bénéficiaire, comme les différents partenaires du PANC ou les différentes directions du MS au niveau central.
- La gestion financière ainsi que la logistique et la gestion des achats sont gérés par Enabel, selon les procédures financières en vigueur et les procédures de marchés publics belges et européennes, selon le seuil du montant de chaque marché public (en mode « régie »).

La contribution congolaise est principalement constituée de la part du budget de l'Etat consacrée annuellement à alimenter les différentes dotations du MS, en particulier la DEP, la DLM, le SNAME et les DPS. Elles sont gérées directement par les entités déconcentrées et décentralisées du MS. Cette contribution congolaise n'est pas intégrée dans la gestion budgétaire et comptable du PANC.

6.2 Suivi des résultats et rapport

Le suivi technique et financier courant de la mise en œuvre reste inchangé.

Il sera réalisé en continu, selon le système de suivi interne technique et financier d'Enabel. Sur cette base, l'équipe d'intervention procédera à une mise à jour complète du « Monitoring Opérationnel (MO) » tous les 3 mois conformément à la politique de suivi d'Enabel. Ce MO a pour objet de planifier l'évolution de l'intervention et de rendre compte des résultats par rapport à la planification précédente. Il contient des informations administratives et financières, ainsi que des informations sur les activités et les outputs (progrès accomplis, planification et risques) ; suivi des progrès des outputs ; planification et suivi opérationnels ; gestion des risques ; suivi des décisions ; programmation et suivi financier ; planification et suivi des marchés publics, subsides et accords d'exécution. Le suivi des résultats sera fait annuellement.

Un rapport d'avancement annuel et un rapport final seront réalisés conformément aux obligations contractuelles. Chaque rapport rendra compte de la mise en œuvre, des difficultés rencontrées, des changements mis en place, ainsi que des résultats obtenus (réalisations et effets directs), mesurés par rapport aux indicateurs correspondants, en utilisant comme référence la matrice du cadre logique. Le rapport sera présenté de manière à permettre le suivi des moyens envisagés et employés et des modalités budgétaires. Le rapport final, narratif et financier, couvrira toute la période de mise en œuvre.

6.3 Evaluation et audit

6.3.1 Evaluation

Une évaluation finale de l'intervention est prévue. Les évaluations sont utilisées pour analyser la performance, et réorienter les interventions afin d'atteindre l'objectif spécifique, de fournir les informations nécessaires à la prise de décisions stratégiques, et d'identifier les enseignements tirés.

6.3.2 Audit

Des audits indépendants seront effectués conformément aux règles d'Enabel en la matière. L'audit vérifiera que les dépenses effectuées reflètent bien la réalité, sont exhaustives et ont été effectuées dans le respect des procédures.

7 Analyse des risques

Risque lié à la mise en œuvre	Niveau du risque	Mesure d'atténuation
La situation sécuritaire dans le pays peut se dégrader, et en particulier dans les zones d'intervention du PANC.	Moyen	Suivre et anticiper aux changements de la situation sécuritaires et politiques
La situation politique du pays est stable actuellement, mais elle n'est pas très claire vis-à-vis des engagements du gouvernement installé.	Moyen	Aucune action ne peut être menée pour ce risque, sauf le respect aux résultats des élections démocratiques en RDC
Les PTF n'honorent pas leurs engagements décrits dans la charte d'accord (2012) au sein du GIBS	Moyen	Participation active dans les structures de pilotage entre le MS et de la communauté multi-bailleurs. Les SMCL du Programme sont un important instrument pour faciliter les CU des DPS et au niveau central, comptant sur leur flexibilité à s'adapter au contexte local. Le PS SNAME de 2017 doit être mis en réalisation et doit être distribué au et approprié par le niveau opérationnel. Tenue de missions conjointes du GIBS.
Le PDSS avec financement de la Banque Mondiale accumule trop de retard dans sa mise en œuvre, provoquant un impact négatif sur la réalisation des activités du Programme Santé, dans les domaines de la TFS et la gestion du médicament au niveau des CDR.	Haut	A travers le GIBS et le dialogue bilatéral avec le PDSS et la BM on cherche des aménagements des activités du PDSS. Enabel doit faire de la pression afin de se faire intégrer dans la plateforme de coordination du PDSS. Enabel a participé activement de l'évaluation à mi-parcours du PDSS et en attend les résultats et recommandations.
Le budget réduit du PANC ne permet plus de remédier la fragmentation persistante de capitalisation d'expériences entre provinces, entre provinces et niveau central, entre PTF	Moyen	Rechercher activement collaboration avec les ESP, RIPSEC, sous leadership de la DEP. A la recherche d'une collaboration conceptuelle au niveau des zones d'apprentissage de la recherche du RIPSEC.

		<p>Créer une piste de "excellence par bonnes pratiques" au sein du Programme, avec l'organisation d'événements de distribution et de systématisation de bonnes pratiques.</p> <p>IL faut accentuer le rôle des ENP et EPP et les encadrer de manière suffisante pour jouer ce rôle.</p>
La résistance aux changements de la réforme de santé persiste chez les directeurs des programmes spécialisés et ne permet pas de mettre en œuvre efficacement la réforme du MS.	Haut	<p>La restructuration de la DSE, devenue Direction Générale de Lutte contre la Maladie, a déclenché en Q1 2018. Il faut appuyer à cette DGLM dans la mise en réalisation de la réforme.</p> <p>Intégrer les résultats de l'évaluation de la réforme au niveau central à l'évaluation à mi-parcours du PNDS 2016-2020 en 2018.</p>
Les achats par certains PTF de médicaments persistent en dehors du système FEDECAME (BCAF) et sont contre-productifs à une réelle amélioration du SNAME.	Très élevé	<p>Concertation forte et permanente des PTF au GIBS et lors des CNP-SS.</p> <p>Plans Opérationnels du SNAME en cours d'élaboration.</p>
Risque de durabilité		
Pas d'initiatives de l'Etat pour graduellement assurer le paiement des compléments de salaire du personnel des directions appuyées par le projet	Haut	<p>Concertation forte et permanente avec le GIBS et l'état congolais, le MS, les gouvernements provinciaux.</p> <p>Garantir visibilité des contributions de l'état congolais par rapport au secteur santé via les CU aux DPS et aux programmes spécialisés et directions centrales du MS.</p>

8 Annexes

8.1 Budget total adapté

BUDGET TOTAL RDC 14 193 11		BUDGET SMCL 12/2019	BUDGET ADDITIONNEL	BUDGET TOTAL	% augmentation
A	Objectif spécifique 1 : Les capacités managériales de la DEP sont renforcées	740.823	548.000	1.288.823	74%
A 01	<i>Planification coordonnée</i>	142.189	80.000	222.189	56%
A 01 01	Poursuivre les appuis aux processus de planification	91.000	80.000	171.000	
A 01 02	Développer les outils de planification	51.189	0	51.189	
A 02	<i>Coordination & renforcement sectoriel</i>	65.070	55.000	120.070	85%
A 02 01	Appui aux organes et mécanismes de coordination	57.602	55.000	112.602	
A 02 02	Appui technique mise en oeuvre stratégie sectorielle	7.468		7.468	
A 02 03	Appui à la mise en oeuvre de la DAF	0		0	
A 03	<i>Développement & gestion de l'information stratégique</i>	668	0	668	0%
A 03 01	Renforcement de la collecte des données	668		668	
A 03 02	Développement d'un outil "centre de veille stratégique"	0		0	
A 04	<i>Production des documents stratégiques du secteur</i>	8.174	35.000	43.174	428%
A 04 01	Appui à la mobilisation des expertises en recherche	2.547	35.000	37.547	
A 04 02	Appui à l'élaboration des politiques et des réformes	5.627		5.627	
A 05	<i>Renforcement du Management de la DEP</i>	524.722	378.000	902.722	72%
A 05 01	Développement administratif et financier	0		0	
A 05 02	Développement de l'environnement de travail	129.829	36.000	165.829	
A 05 03	Développement de la dynamique de travail (dont 46.5% pour l'appui aux salaires)	394.893	342.000	736.893	
B	Objectif spécifique 2 : Les capacités managériales de la DLM sont renforcées	682.108	302.500	984.608	44%
B 01	<i>Coordination & intégration des programmes spécialisés</i>	51.825	25.000	76.825	48%
B 01 01	Structuration des programmes spécialisés	15.057	0	15.057	
B 01 02	Intégration programmes spécialisés dans les DPS	36.615	25.000	61.615	
B 01 03	Mise en oeuvre outils programmatiques, normes, directives	153	0	153	
B 02	<i>Renforcement surveillance & réponse contre les épidémies</i>	37.869	25.000	62.869	66%
B 02 01	Appui aux investigations & ripostes au niveau central	1.163	0	1.163	
B 02 02	Appui technique au niveau des DPS	36.542	25.000	61.542	
B 02 03	Renforcement des outils d'information sanitaire spécifique	164	0	164	
B 03	<i>Renforcement du réseau des laboratoires provinciaux</i>	10.067	101.300	111.367	1006%
B 03 01	Renforcement de l'INRB	0		0	
B 03 02	Soutien au réseau périphérique de laboratoire de santé	10.067	101.300	111.367	
B 04	<i>Renforcement du Management de la DLM</i>	582.347	151.200	733.547	26%
B 04 01	Développement administratif et financier	0		0	
B 04 02	Développement de l'environnement de travail	99.213		99.213	
B 04 03	Développement de la dynamique de travail (dont 60.6 % pour l'appui aux salaires)	483.134	151.200	634.334	
C	Objectif spécifique 3 : Approvisionnement régulier en MED par SNAME	2.408.903	1.106.000	3.514.903	46%
C 01	<i>Appui aux CDR de Kisangani, Bwamanda et Kikwit</i>	1.303.520	375.000	1.678.520	29%
C 01 01	CDR Kisangani viable avec disponibilité MED	445.966	123.000	568.966	
C 01 02	CDR Bwamanda viable avec disponibilité MED	323.075	123.000	446.075	
C 01 03	CDR Kikwit viable avec disponibilité MED	364.924	123.000	487.924	
C 01 04	Appui commun pour l'autonomie des CDR	169.555	6.000	175.555	
C 02	<i>Appui au PNAM</i>	923.961	609.000	1.532.961	66%
C 02 01	Développement de l'environnement de travail (dont 14.3% pour l'appui aux salaires)	839.875	570.000	1.409.875	
C 02 02	PNAM coordonne et supervise le SNAME	84.086	39.000	123.086	
C 03	<i>Appui à la FEDECAME (renforcement structures centrales)</i>	179.378	122.000	301.378	68%
C 03 01	Appui BCAF Kinshasa	87.341	6.000	93.341	
C 03 02	Appui au secrétariat FEDECAME	92.037	116.000	208.037	
C 04	<i>Appui à la DPM</i>	2.044	0	2.044	0%
C 04 01	Appui à la fonction réglementation: élaboration textes	2.044		2.044	
C 04 02	Appui formation Enregistrement et Inspection	0		0	
X	Réserve budgétaire (max 5% * total activités)	10.000	0	10.000	0%
X 01	<i>Réserve budgétaire</i>	10.000	0	10.000	0%
X 01 01	Réserve budgétaire REGIE	10.000			
Z	Moyens généraux	1.158.166	543.500	1.701.666	47%
Z 01	<i>Frais de personnel</i>	787.716	384.000	1.171.716	49%
Z 01 01	Assistant technique	458.815	284.400	743.215	
Z 01 02	Equipe finance et administration	266.545	68.000	334.545	
Z 01 03	Autres frais de personnel	62.356	31.600	93.956	
Z 02	<i>Investissements</i>	103.912	0	103.912	0%
Z 02 01	Véhicules	71.097		71.097	
Z 02 02	Equipe bureau	20.042		20.042	
Z 02 03	Equipe IT	12.773		12.773	
Z 03	<i>Frais de fonctionnement</i>	176.323	122.500	298.823	69%
Z 03 01	Services et frais de maintenance	1.248	5.000	6.248	
Z 03 02	Frais de fonctionnement des véhicules	71.995	49.000	120.995	
Z 03 03	Télécommunications	28.778	25.000	53.778	
Z 03 04	Fournitures de bureau, petit matériel, consommables informat	31.586	19.000	50.586	
Z 03 05	Missions	18.351	3.000	21.351	
Z 03 06	Frais SMCL	499	3.500	3.999	
Z 03 07	Frais SDS (SMCL Programme)	8.963		8.963	
Z 03 08	Formation	4.388	12.000	16.388	
Z 03 09	Frais financiers	10.514	6.000	16.514	
Z 04	<i>Audit et Suivi et Evaluation</i>	90.215	37.000	127.215	41%
Z 04 01	Frais de baseline, suivi et évaluation	67.561	15.000	82.561	
Z 04 02	Atelier de démarrage	4.436		4.436	
Z 04 03	Audit	8.539	10.000	18.539	
Z 04 04	Formation & suivi contrat-cadre gestion des déchets	374		374	
Z 04 05	Support scientifique	855		855	
Z 04 06	Backstopping	8.449	12.000	20.449	
TOTAL		5.000.000	2.500.000	7.500.000	50%

8.2 Budget additionnel détaillé

BUDGET TOTAL RDC 14 193 11				SOLDE BUDGETAIRE	BUDGET ADDITIONNEL	BUDGET PROGRAMME PROCHAINES ANNEES	2020	2021	2022	2023
A		Objectif spécifique 1 : Les capacités managériales de la DEP sont renforcées		118.209	548.000	666.209	133.242	266.484	266.484	0
A	01	<i>Planification coordonnée</i>		43.903	80.000	123.903	24.781	49.561	49.561	0
A	01 01	Poursuivre les appuis aux processus de planification		30.573	80.000	110.573	22.115	44.229	44.229	
A	01 02	Développer les outils de planification		13.331	0	13.331	2.666	5.332	5.332	
A	02	<i>Coordination & renforcement sectoriel</i>		39.308	55.000	94.308	18.862	37.723	37.723	0
A	02 01	Appui aux organes et mécanismes de coordination		39.282	55.000	94.282	18.856	37.713	37.713	
A	02 02	Appui technique mise en oeuvre stratégie sectorielle		26		26	5	10	10	
A	02 03	Appui à la mise en oeuvre de la DAF		0		0	0	0	0	
A	03	<i>Développement & gestion de l'information stratégique</i>		0	0	0	0	0	0	0
A	03 01	Renforcement de la collecte des données		0		0	0	0	0	
A	03 02	Développement d'un outil "centre de veille stratégique"		0		0	0	0		
A	04	<i>Production des documents stratégiques du secteur</i>		0	35.000	35.000	7.000	14.000	14.000	0
A	04 01	Appui à la mobilisation des expertises en recherche		0	35.000	35.000	7.000	14.000	14.000	
A	04 02	Appui à l'élaboration des politiques et des réformes		0		0	0	0	0	
A	05	<i>Renforcement du Management de la DEP</i>		34.998	378.000	412.998	82.600	165.199	165.199	0
A	05 01	Développement administratif et financier		0		0	0	0	0	
A	05 02	Développement de l'environnement de travail		34.999	36.000	70.999	14.200	28.400	28.400	
A	05 03	Développement de la dynamique de travail (dont 46.5% pour l'appui aux salaires)		0	342.000	342.000	68.400	136.800	136.800	
B		Objectif spécifique 2 : Les capacités managériales de la DLM sont renforcées		52.588	302.500	355.088	71.018	142.035	142.035	0
B	01	<i>Coordination & intégration des programmes spécialisés</i>		140	25.000	25.140	5.028	10.056	10.056	0
B	01 01	Structuration des programmes spécialisés		0	0	0	0	0	0	
B	01 02	Intégration programmes spécialisés dans les DPS		141	25.000	25.141	5.028	10.056	10.056	
B	01 03	Mise en oeuvre outils programmatiques, normes, directives		0	0	0	0	0	0	
B	02	<i>Renforcement surveillance & réponse contre les épidémies</i>		0	25.000	25.000	5.000	10.000	10.000	0
B	02 01	Appui aux investigations & ripostes au niveau cental		0	0	0	0	0	0	
B	02 02	Appui technique au niveau des DPS		0	25.000	25.000	5.000	10.000	10.000	
B	02 03	Renforcement des outils d'information sanitaire spécifique		0	0	0	0	0	0	
B	03	<i>Renforcement du réseau des laboratoires provinciaux</i>		0	101.300	101.300	20.260	40.520	40.520	0
B	03 01	Renforcement de l'INRB		0		0	0	0	0	
B	03 02	Soutien au réseau périphérique de laboratoire de santé		0	101.300	101.300	20.260	40.520	40.520	
B	04	<i>Renforcement du Management de la DLM</i>		52.447	151.200	203.647	40.729	81.459	81.459	0
B	04 01	Développement administratif et financier		0		0	0	0	0	
B	04 02	Développement de l'environnement de travail		52.448		52.448	10.490	20.979	20.979	
B	04 03	Développement de la dynamique de travail (dont 60.6 % pour l'appui aux salaires)		0	151.200	151.200	30.240	60.480	60.480	
C		Objectif spécifique 3 : Approvisionnement régulier en MED par SNAME		360.078	1.106.000	1.466.078	293.216	586.431	586.431	0
C	01	<i>Appui aux CDR de Kisangani, Bwamanda et Kikwit</i>		319.586	375.000	694.586	138.917	277.834	277.834	0
C	01 01	CDR Kisangani viable avec disponibilité MED		92.791	123.000	215.791	43.158	86.316	86.316	
C	01 02	CDR Bwamanda viable avec disponibilité MED		74.051	123.000	197.051	39.410	78.820	78.820	
C	01 03	CDR Kikwit viable avec disponibilité MED		152.744	123.000	275.744	55.149	110.298	110.298	
C	01 04	Appui commun pour l'autonomie des CDR		0	6.000	6.000	1.200	2.400	2.400	

BUDGET TOTAL RDC 14 193 11				SOLDE BUDGETAIRE	BUDGET ADDITIONNEL	BUDGET PROGRAMME PROCHAINES ANNEES	2020	2021	2022	2023
C 02		Appui au PNAM	40.492	609.000	649.492	129.898	259.797	259.797		0
C 02 01		Développement de l'environnement de travail (dont 14.3% pour l'appui aux salaires)	32.269	570.000	602.269	120.454	240.908	240.908		
C 02 02		PNAM coordonne et supervise le SNAME	8.223	39.000	47.223	9.445	18.889	18.889		
C 03		Appui à la FEDECAME (renforcement structures centrales)	0	122.000	122.000	24.400	48.800	48.800		0
C 03 01		Appui BCAF Kinshasa	0	6.000	6.000	1.200	2.400	2.400		
C 03 02		Appui au secrétariat FEDECAME	0	116.000	116.000	23.200	46.400	46.400		
C 04		Appui à la DPM	0	0	0	0	0	0		0
C 04 01		Appui à la fonction réglementation: élaboration textes	0		0					
C 04 02		Appui formation Enregistrement et Inspection	0		0					
X		Réserve budgétaire (max 5% * total activités)	10.000	0	10.000	0	0	10.000	0	0
X 01		Réserve budgétaire	0	0	0	0	0	10.000		0
X 01 01		Réserve budgétaire REGIE						10.000		
Z		Moyens généraux	120.493	543.500	663.993	154.503	222.645	224.645	62.200	
Z 01		Frais de personnel	29.036	384.000	413.036	82.607	141.214	141.214		48.000
Z 01 01		Assistant technique	0	284.400	284.400	56.880	93.760	93.760		40.000
Z 01 02		Equipe finance et administration	29.036	68.000	97.036	19.407	34.814	34.814		8.000
Z 01 03		Autres frais de personnel	0	31.600	31.600	6.320	12.640	12.640		
Z 02		Investissements	27.131	0	27.131	27.131	0	0		0
Z 02 01		Véhicules	27.131		27.131	27.131	0	0		
Z 02 02		Equipement bureau	0		0		0	0		
Z 02 03		Equipement IT	0		0		0	0		
Z 03		Frais de fonctionnement	35.240	122.500	157.740	31.548	54.996	56.996		14.200
Z 03 01		Services et frais de maintenance	0	5.000	5.000	1.000	2.000	2.000		
Z 03 02		Frais de fonctionnement des véhicules	21.570	49.000	70.570	14.114	23.228	23.228		10.000
Z 03 03		Télécommunications	7.608	25.000	32.608	6.522	11.043	13.043		2.000
Z 03 04		Fournitures de bureau, petit matériel, consommables informat	6.061	19.000	25.061	5.012	9.525	9.525		1.000
Z 03 05		Missions	0	3.000	3.000	600	1.200	1.200		
Z 03 06		Frais SMCL	0	3.500	3.500	700	1.400	1.400		
Z 03 07		Frais SDS (SMCL Programme)	0		0	0	0	0		
Z 03 08		Formation	0	12.000	12.000	2.400	4.800	4.800		
Z 03 09		Frais financiers	0	6.000	6.000	1.200	1.800	1.800		1.200
Z 04		Audit et Suivi et Evaluation	29.087	37.000	66.087	13.217	26.435	26.435		0
Z 04 01		Frais de baseline, suivi et évaluation	29.087	15.000	44.087	8.817	17.635	17.635		
Z 04 02		Atelier de démarrage	0		0	0	0	0		
Z 04 03		Audit	0	10.000	10.000	2.000	4.000	4.000		
Z 04 04		Formation & suivi contrat-cadre gestion des déchets	0		0	0	0	0		
Z 04 05		Support scientifique	0		0	0	0	0		
Z 04 06		Backstopping	0	12.000	12.000	2.400	4.800	4.800		
TOTAL			661.368	2.500.000	3.161.368	651.979	1.217.595	1.229.595	62.200	

8.3 Cadre logique et indicateurs

Logique d'intervention		Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses
OG	Objectif global : Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans le cadre global de lutte contre la pauvreté.	Indicateurs nationaux liés au monitoring du PNDS % du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé Taux d'exécution du budget de l'Etat	· PNDS · Budget de l'Etat · Comptes Nationaux	
OS 1	Objectif spécifique 1 : La performance de la DEP est renforcée pour assumer mieux son rôle dans la planification, coordination et suivi et évaluation dans le cadre du PNDS 2019-2022 - en route vers l'atteinte de la couverture sanitaire universelle en 2030	Indicateurs déjà sélectionnés nationaux liés au monitoring du PNDS Appréciation du bilan annuel des activités du PNDS Evolution des indicateurs nationaux	· Présentations au CNP-SS · Revues sectorielles · Rapports annuels d'activités SNIS	· Stabilité du contexte socio-politique · Evolution favorable du contexte économique · Poursuite processus réforme de la fonction publique · Amélioration du financement public dans le domaine de la santé
R 1	Résultat 1 : une planification coordonnée par la DEP est assurée à tous les niveaux, afin de permettre le renforcement du système de santé et en particulier le développement des ZS.	Nombre de missions de supervisions pour appréciation de la disponibilité de PAO produits avant l'année d'exécution, alignés sur un PNDS actualisé (2016-2020), priorisés et budgétisés (cible 2x/an) PAO unique à financement multi-baillleur pour le MSP élaboré et approuvé avant l'année d'exécution	· PAO annuels · Rapports d'ateliers · Rapport missions d'accompagnement · Rapports d'ateliers · PV des réunions	· Collaboration harmonieuse des différents services du MS · Collaboration concertée des PTF et du Gouvernement
R 2	Résultat 2 : la coordination par la DEP est assurée à tous les niveaux pour les appuis des différents partenaires techniques et financiers du secteur de la santé – en termes de synergie, de complémentarité et de cohérence avec la stratégie sectorielle	Nombre de réunions du CNP et de CCT (avec participation multi-baillleur) tenues avec rapport écrit décrivant l'inventaire des outputs apportés (cible : 2x/an) Pool d'experts polyvalents mis en place pour accompagner les provinces (cible : 2x/an)	· PV des réunions CNP /CCT · Ordre de jour des réunions · Documents préparatoires techniques	· Poursuite de la dynamique enclenchée avec le contrat unique
R 3	Résultat 3 : le suivi et évaluation par la DEP de la mise en œuvre du PNDS 2019-2022 est assuré à travers la gestion de l'information stratégique sous forme de recherche, capitalisation d'expériences de terrain, et études	Inventaire des études, recherches et dossiers de capitalisation d'expériences de terrain produits et validés par le CCT (cible – 4x/an)	· Rapports de missions · Rapports d'analyses et de synthèses · PV des réunions	· Réelle volonté de partage des différents acteurs · Et PTF
R 4	Résultat 4 – Le management interne de la DEP est renforcé dans la vision de la réforme du système de santé	Ressources humaines (recrutées par appel à candidature) présentes avec description de postes et évaluées régulièrement/ cadre organique rationalisé Evaluation positive de la cellule d'audit interne de la DEP sur le développement de ses compétences (administratives et organisationnelles, compétences financières et comptables) Nombre de restitutions systématiques à l'équipe élargie de la DEP après participations à des missions, conférences ou réunions	· Rapports de missions · Rapports d'activités et d'audit interne · Procédures DEP et MSP · PV des réunions	· Instructions claires largement diffusées par le MSP

Logique d'intervention		Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses
OS 2	OS 2. Les capacités managériales de la direction de lutte contre la maladie (DLM) sont renforcées pour assurer son leadership de gestion multi-bailleurs des maladies endémo-épidémiques et des maladies non transmissibles	Appréciation du bilan annuel des activités du PNDS Evolution des indicateurs nationaux	· Revues sectorielles · Rapports annuels d'activités SNIS	· Stabilité du contexte socio-politique · Evolution favorable du contexte économique · Poursuite processus réforme de la fonction publique · Amélioration du financement public dans le domaine de la santé
R 5	Résultat 5 - le management interne de la DSE (ex DLM) est renforcé dans la vision de la réforme du système de santé avec accent sur la mise en réseau des laboratoires périphériques (ex-résultat 9) (Reformulé)	Nombre d'épidémies détectées et gérées correctement / total épidémies enregistrées /an Missions de supervision formative réalisées par l'INRB / missions programmées dans les PAO de la DLM Existence de procédures écrites conformes à la manuelle procédure nationale	Rapport d'évaluation externe sur l'efficacité des réponses aux épidémies Rapport annuel activités INRB et DLM Procédures existantes	Expertises scientifiques INRB facilement mobilisables · Instructions claires largement diffusées par le MSP
OS 3	Objectif spécifique 3 : L'approvisionnement régulier et pérenne en médicaments, dispositifs médicaux et produits de diagnostic essentiels de qualité à un prix accessible, en exécutant le plan stratégique du système national d'approvisionnement de médicaments essentiels, est assuré par la fédération de centrales de médicaments essentiels	Augmentation régulière du chiffre d'affaires des 3 CDR du programme Taux d'autonomie financière correct atteint par les 3 CDR du programme Majorité des produits pré-qualifiés par la FEDECAME présents dans les CDR	· Rapport d'audit externe de CDR (Bilan et compte d'exploitation des 3 CDR) · Répertoire DPM des produits enregistrés · Rapport d'évaluation PNAM · Rapport activités AT au PNAM	· Les autorités sanitaires sont engagées dans le processus d'appui au SNAME c'est-à-dire appui à la DPM, à la FEDECAME, au PNAM et aux CDR. · Les salaires des personnels engagés dans le SNAME sont régulièrement suffisants. · Les PTF complètent l'appui technique à la DPM et la situation du pays permet un assainissement et une régulation du secteur du médicament. · Les PTF apportent un appui complémentaire à la FEDECAME afin de lui permettre d'assurer un approvisionnement continu des CDR.
R 6	Résultat 6 - L'appui aux Centrales de Distribution Régionale (CDR) des zones d'intervention permet d'assurer la disponibilité des médicaments de qualité et à prix accessible de la FEDECAME via les CDR jusqu'aux zones de santé (ex-résultat 10)	Locaux de stockage effectivement disponibles et équipés · Présence d'un stock de sécurité suffisant dans les 3 CDR	· PV de réception des locaux · Compte d'exploitation des CDR et indicateurs de suivi PNAM · PV de réception et facture d'achat BCAF · Catalogue produits et prix de cession · Analyse Vente clients dans CDR	· Les ZS et les FOSAS achètent exclusivement dans les CDR et non pas dans le secteur privé. · La LNME est respecté à tous les niveaux de soins. · Les circuits privés du médicament proposent un médicament enregistré au niveau national via la DPM et de qualité. · Le personnel de santé prescrit sous DCI et dans le respect de la liste des médicaments essentiels
R 7	Résultat 7 - Le rôle du PNAM dans la coordination et la supervision du SNAME est renforcé (ex-résultat 11)	Nb de CDR évaluées / 18 CDR par an Nb de CDR accréditées / nb d'évaluations effectuées Nb de réunions sous-commissions d'approvisionnement (MEG/PPP) / nb prévu	· Rapport d'évaluation des CDR · Rapport inter-CDR · Indicateurs de suivi PNAM · Rapport activités AT au PNAM	· Les salaires du personnel sont régulièrement suffisants · Les indicateurs de suivi des CDR sont correctement remplis · Le personnel est plus de 80% présent au PNAM · L'organigramme technique proposé fin 2014 est mis en place et appliqué (selon audit organisationnel)
R 8	Résultat 8 - Le fonctionnement de la FEDECAME et du BCAF Ouest est renforcé afin d'assurer une disponibilité continue des médicaments dans les CDR (ex-résultat 12)	Locaux de stockage effectivement disponibles et équipés Augmentation significative du CA du BCAF Ouest Nombre correct de produits et de fournisseurs pré-qualifiés Prix de cession acceptable du BCAF pour les produits traceurs (prix référence centrale Afrique et catalogue IDA)	PV de réception des locaux Indicateurs de suivi du PNAM Compte d'exploitation BCAF Rapport de dépouillement des appels d'offres Listing prix de cession BCAF	Les PTF utilisent le circuit FEDECAME et évitent définitivement les achats et la distribution des médicaments hors circuit FEDECAME La FEDECAME est appuyée techniquement et financièrement par d'autres PTF.