



**Dossier Technique et Financier additionnel**

**PROGRAMME D'APPUI AUX DIVISIONS  
PROVINCIALES DE SANTE (PADP)**

**RDC**

NN 3016484

RDC 1419411

## Table des matières

Acronymes .....	3
Fiche d'intervention.....	6
<b>1 Résumé Exécutif .....</b>	<b>8</b>
<b>2 Analyse de la situation .....</b>	<b>9</b>
2.1 Contexte.....	9
2.2 Cadre politique et stratégique du secteur.....	10
2.3 Etat d'avancement / Bilan (à décembre 2019).....	15
<b>3 Orientations stratégiques .....</b>	<b>18</b>
3.1 Axes stratégiques.....	18
3.2 Principes d'action .....	18
3.1 Critères de sélection .....	18
<b>4 Planification Opérationnelle .....</b>	<b>19</b>
4.1 Objectifs et résultats attendus .....	19
4.2 Activités.....	20
4.3 Synergies / complémentarités .....	27
4.4 Cadre logique, indicateurs et sources de vérification.....	27
4.5 Localisation.....	32
4.6 Bénéficiaires.....	32
4.7 Durée.....	33
<b>5 Ressources.....</b>	<b>33</b>
5.1 Ressources humaines .....	33
5.2 Ressources financières .....	33
<b>6 Modalités de mise en œuvre.....</b>	<b>33</b>
6.1 Gouvernance.....	33
6.2 Suivi des résultats et rapport .....	34
6.3 Evaluation et audit.....	34
<b>7 Analyse des risques .....</b>	<b>35</b>
<b>8 Annexes .....</b>	<b>37</b>
8.1 Budget total adapté .....	37
8.2 Budget additionnel détaillé .....	38

## 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
PRODS	Programme de Renforcement de l'Offre et le Développement de l'accès aux Soins de santé en RDC
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

<b>Intitulé</b>	PROGRAMME D'APPUI AUX DIVISIONS PROVINCIALES DE LA SANTE – PADP
<b>N° d'intervention DGCD</b>	3016484
<b>Code intervention</b>	RDC 1419411
<b>Zone d'intervention</b>	Provinces du Sud Ubangi et de la Tshopo
<b>Budget total</b>	Contribution belge : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selon le DTF original : 13.500.000 EUR</li> <li>• Suite à la décision du COMPAR (03/2016) : 15.500.000 EUR</li> <li>• Suite à la décision des COMPAR (11/2019 et 03/2020) : <b>18.500.000 euros</b></li> </ul>
<b>Institution partenaire</b>	Ministère de la Santé – RDC <ul style="list-style-type: none"> <li>• Divisions Provinciales de la Santé</li> <li>• Zones de Santé</li> </ul>
<b>Date de début de la Convention Spécif.</b>	22 décembre 2015
<b>Date de démarrage de l'intervention</b>	07 décembre 2016
<b>Date prévue de fin d'exécution</b>	06 décembre 2022
<b>Date de fin de la Convention Spécif.</b>	21 juin 2023
<b>Durée</b>	De la mise en œuvre de l'intervention : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selon le DTF : 36 mois, jusqu'à 06/12/2019</li> <li>• Selon l'échange de lettres du mois de septembre 2019 : 51 mois, jusqu'à 06/03/2021</li> <li>• Selon la période de transition : 72 mois, jusqu'à 06/12/2022</li> </ul> De la convention spécifique <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selon le DTF : 48 mois, jusqu'à 21/12/2019</li> <li>• Selon l'échange de lettres (09/2019) : 72 mois, jusqu'à 20/12/2021</li> <li>• Selon la période de transition : 90 mois, jusqu'à 20/06/2023</li> </ul>
<b>Groupes cibles</b>	La population Congolaise dans les zones de santé et hors-zone dans les provinces de concentration éligibles de l'appui de cette intervention  Les cadres du MSP tant au niveau intermédiaire que périphérique, et, en particulier, les prestataires, actuels et futurs, au sein des structures bénéficiaires de cet appui  Les cadres du MSP du niveau central à travers son alimentation en informations stratégiques et bonnes pratiques
<b>Objectif Global (Impact)</b>	Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans le cadre global de lutte contre la pauvreté
<b>Objectifs Spécifiques</b>	En vue de la vision gouvernementale de la République Démocratique du Congo de permettre à tous et toutes de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous et toutes à tout âge (Objectif de Développement Durable 3) :

	<p>Les zones de santé ciblées montrent une meilleure performance en termes de qualité et accessibilité des soins de leurs services de santé à travers un accompagnement fonctionnel par les ECZS et les DPS</p>
<p><b>Résultats</b></p>	<p>Dans le cadre de l'engagement de la République Démocratique du Congo d'atteindre la couverture sanitaire universelle vers 2030 :</p> <p>Résultat 1 : Les fonctions de la DPS telles que définies de manière organique sont assurées avec un focus sur la coordination, l'accompagnement des zones de santé, la gestion de l'information sanitaire et des ressources en vue de garantir une redevabilité permanente</p> <p>Résultat 2 : L'appui technique aux ZS par la Division Appui Technique est assuré.</p> <p>Résultat 3 : La Gestion au sein de la DPS est renforcée pour une mobilisation efficace des ressources disponibles, leur utilisation efficiente et une redevabilité permanente pour toutes les parties prenantes</p> <p>Résultat 4 : Les performances des ECZS sont assurées en matière de planification, d'encadrement des aires de santé et de gestion efficiente des ressources</p> <p>Résultat 5 : L'hôpital général de référence (HGR) dispose des capacités de fournir des soins de qualité et accessibles avec une gestion rationnelle des ressources</p> <p>Résultat 6 : Les centres de santé disposent des capacités améliorées de prise en charge des clients en fournissant un paquet minimal d'activités complet par un personnel compétent et en interaction continue avec la communauté desservie.</p> <p>Résultat 7 : L'intégration d'une approche territoriale de développement local –est impulsée autour de l'enjeu santé dans les territoires d'Isangi (Tshopo) et de Gwaka (Sud Ubangi).</p>

## 1 Résumé Exécutif

Ce document technique financier (DTF) additionnel donne les éléments essentiels de la prolongation du volet d'appui aux divisions provinciales de la santé (DPS) et aux zones de santé (ZS) dans les provinces de la Tshopo et du Sud Ubangi - PADP jusque fin 2022. Les activités du PADP pour la province du Kwilu, qui faisait partie de la période initiale du programme, ne sont plus reprises dans la prolongation depuis le mois de mai 2020.

Cette prolongation vise à relever certains défis de la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS, 2019 – 2022). En particulier, elle ambitionne à contribuer à répondre aux insuffisances des processus de planification, de coordination entre intervenants et de suivi et évaluation du PNDS, notamment au niveau de la performance des DPS. Elle est en phase avec l'engagement fait en 2019, par la présidence de la République Démocratique du Congo (RDC) à atteindre la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) en 2030,

Le deuxième aspect visé par cette prolongation se penche sur la persistance des problèmes d'offre de soins de qualité : les difficultés d'accès et les urgences de santé publique (épidémies récurrentes et pandémies qui bouleversent le système de santé avec beaucoup de pertes en vies humaines).

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 ». Il en est de même avec l'objectif spécifique « Les zones de santé ciblées montrent une meilleure performance en termes de qualité et accessibilité des soins et services de santé à travers un accompagnement fonctionnel par les ECZS et les DPS ».

Au total, 7 résultats sont proposés pour atteindre l'objectif spécifique retenu dont 6 résultats résiduels légèrement reformulés et un nouveau résultat commun auquel tous les secteurs d'interventions d'Enabel en RDC sont appelés à contribuer dans le cadre d'une approche territoriale de développement local. Il s'agit des résultats suivants :

Résultat 1 : Les fonctions de coordination, de planification, de mobilisation des ressources, de gestion de l'information et du contrôle de l'action sanitaire par la DPS sont assurées à tous les niveaux en vue de garantir une redevabilité permanente ; Résultat 2 : L'appui technique aux ZS par la Division Appui Technique est assuré ; Résultat 3 : La Gestion au sein de la DPS est renforcée pour une mobilisation efficace des ressources disponibles, leur utilisation efficiente et une redevabilité permanente pour toutes les parties prenantes ; Résultat 4 : Les performances des ECZS sont assurées (en matière de planification, d'encadrement des aires de santé et de gestion efficiente des ressources) ; Résultat 5 : L'hôpital général de référence (HGR) dispose des capacités de fournir des soins de qualité et accessibles et assure une gestion rationnelle des ressources, Résultat 6: Les centres de santé disposent des capacités améliorées de prise en charge des clients en fournissant un paquet minimal d'activités complet par un personnel compétent et en interaction continue avec la communauté desservie ; et Résultat 7 : L'intégration d'une approche territoriale de développement local est impulsée autour de l'enjeu santé dans les territoires d'Isangi (Tshopo° et de Gwaka (Sud Ubangi).

Trois résultats portent sur les fonctions essentielles de la DPS et un résultat est retenu par entité ZS, l'Hôpital Général de Référence (HGR) et le Centre de Santé (CS). En termes d'innovation, un résultat commun au secteur santé, insertion professionnelle et développement rural a été formulé de manière à intégrer progressivement une approche territoriale de développement local dans les zones d'intervention d'Isangi et de Gwaka.



Les activités retenues sous les 6 résultats résiduels sont en rapport avec la poursuite des appuis à la planification, les supervisions, les revues et le suivi/évaluation et l'encadrement des ZS. Le renforcement des capacités de démarche qualité des soins par la tarification forfaitaire subsidiée (TFS) et le financement basé sur les performances (FBR ou FBP) avec un bonus qualité des soins à l'HGR. L'approche d'incitation à la performance par la FBR sera étendue aux centres de santé pour un nombre réduit de domaines tarifaires. Les ZS seront soutenues dans leur mission d'encadrement des aires de santé (AS) avec des activités de supervision, de revues et de monitoring à la base.

Les réunions des différents comités de gestion et comités de santé (COSA) seront appuyées. Pour la DPS, l'accent sera mis sur les aspects de la coordination et du pilotage en consensus avec approche multi-acteurs et gestion multi-bailleurs et du suivi et évaluation du PNDS 2019 – 2022. Elles mettent le plaidoyer pour un meilleur alignement critique et une harmonisation efficace entre PTF au centre du secteur, dans une approche qui s'appuie sur le contrat unique (CU).

Le budget du DTF additionnel est à hauteur de 18.500.000 EUR, et le programme est prolongé jusqu'au 21 décembre 2022.

En matière de couverture géographique, les 7 résultats seront orientés dans les deux provinces à savoir celles de la Tshopo et Sud Ubangi.

En matière de ressources mobilisées, les ressources humaines disponibles sont suffisantes et aucun recrutement ne sera entrepris pendant la période d'extension.

## **2 Analyse de la situation**

### **2.1 Contexte**

Avec une superficie de 2 345 410 km<sup>2</sup>, 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'état fragile qui se trouve dans une phase de transition entre l'urgence et le développement, du fait, d'une part, 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, 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.

Enfin, la RDC a organisé les élections présidentielles, parlementaires et provinciales le 30 décembre 2018. Le nouveau gouvernement de cohabitation est en vigueur 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 forte décongélation 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 (autour de 800 morts maternelles par 100.000 nés vivants) et infanto-juvénile parmi les plus élevées d'Afrique, bien que la mortalité infanto-juvénile ait baissé entre 2007 (158 pour 1.000 nés vivants) et 2015 (104 pour 1.000 nés vivants) ;
- Des situations d'urgence humanitaire complexes ;
- Une fragmentation du système de santé avec un accès faible aux services par une population à majorité pauvre.

Surtout l'année 2019 a été difficile avec des épidémies prolongées de la maladie de virus Ebola (MVE), la rougeole et le choléra, en absence d'une riposte effective. L'année 2020 a commencé avec un sérieux problème de santé publique mondiale suite à la pandémie de COVID-19, qui a déjà occasionné de pertes de vies humaines.

Des progrès sont néanmoins observés :

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

Ainsi dans le cadre des objectifs de développement durable (ODD), dans le 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.

Dans le cadre de la multisectorialité, la réalisation des ODD exige d'améliorer les politiques et les investissements dans de nombreux domaines en dehors du système de santé mais connexes à la 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) Le mise en place d'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) La formulation et la vulgarisation des politiques et stratégies dans certains domaines stratégiques ;
- c) La mise en place un système de financement des soins permettant l'équité dans l'accès aux soins ;

- d) Le renforcement d'un système de santé à même de répondre aux besoins des populations après plusieurs années de crise (conflits armés, catastrophes naturelles) ;
- e) La réduction de 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) Le renforcement de 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 (SSSP) 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.

Après une actualisation du PNDS 2016 – 2019, et une évaluation à mi-parcours (EMP), qui a été réalisé pour garantir que le PNDS 2019 – 2022 permette la réalisation de la CSU, le PNDS se trouve dans sa 4<sup>e</sup> génération. Les grands axes du PNDS actuel demeure : 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.

La CSU en RDC – dans le cadre du 3<sup>e</sup> ODD - fait actuellement l'objet d'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. Il semble que le Chef de l'Etat souhaite annoncer avant la fin de l'année 2019 la mise en application de la CSU.

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 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'approbation.

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), les médicaments, les infrastructures sanitaires et les équipements. 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 de toutes les catégories de personnes 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 : comparée 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 d'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, de la police, des forces armées ainsi que le personnel d'autres employeurs publics, participent à une mutuelle de santé obligatoire. 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 d-les 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 de 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.

Alors que la législation et la réglementation prévoit l'accès aux soins dans les services de santé étatiques pour les fonctionnaires, l'accès à ces soins est, dans la pratique, très limité. L'insolvabilité de l'Etat vis-à-vis de ces structures a comme conséquence que les fonctionnaires de l'Etat Congolais sont devenus personnes 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 à travers la RDC mais la plupart ont peu d'adhérents, à l'exception de quelques rares initiatives plus importantes qui peuvent compter, pour les deux plus grandes, jusqu'à 10.000, voire 60.000

personnes. 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 Subsidée (TFS) où une convention de 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 de 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 concernés par ce projet réparti 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). Cependant, 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 promotionnels, 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 disponibles, pour l'ensemble de la population congolaise, des soins et des services de santé de qualité, la situation en matière de prestation de service est très loin d'être satisfaisante, tant pour ce qui concerne la quantité que la qualité.

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

Mais le secteur de la santé ne bénéficie que d'un faible financement de l'Etat, loin des 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 soins, 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.

## 2.3 Etat d'avancement / Bilan (à décembre 2019)

### 2.3.1 Analyse SWOT

Forces	Faiblesses
<p>Enabel respecté par les autres parties prenantes au niveau central et au niveau intermédiaire et périphérique du MS.</p> <p>Plaidoyer réussi pour un meilleur 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 présente au niveau intermédiaire dans trois provinces (Tshopo, Sud Ubangi et Kwilu) et dans deux provinces (Tshopo et</p>	<p>Certain retard au niveau de décaissement de 60% à la conclusion du PADP 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.</p> <p>Les moyens pour l'appui directe du PANC à la DEP sont évalués insuffisants.</p> <p>La CA de médicaments reste en défis de nombreuses ruptures et a été évaluée en grand partie comme peu fonctionnelle.</p> <p>Communication limitée vers l'extérieur sur les</p>

<p>Sud Ubangi) pendant la phase de prolongation.</p> <p>L'impact du PADP sur le fonctionnement même de la DPS est évalué important.</p> <p>Le coaching rapproché des cadres intermédiaires de la DPS, à travers la présence physique des Assistants Techniques Internationaux (ATI), est évalué efficace.</p> <p>Les efforts avec la TFS autour des HGR ont mené un impact visible dans les hôpitaux en tant que taux d'utilisation (multiplié par 2 ou 3) et qualité des soins de santé.</p>	<p>résultats.</p>
<p><b>Opportunités</b></p>	<p><b>Menaces</b></p>
<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 forte accent sur l'approche multisectorielle dans des zones limitées et concentrées d'intervention.</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 légal et stratégiques du secteur santé sont à jour et en phase d'implémentation, bien qu'avec des retards.</p>	<p>Nouvelles coupes budgétaires, comme celle de 2016 à 50%, auront encore des conséquences plus négatives sur l'efficacité et l'impact du PANC.</p> <p>Contexte de menace épidémique de tout genre (MVE, Rougeole, Choléra).</p> <p>Contexte économique dégradant et pauvreté généralisée de la population.</p> <p>Faible disponibilité de personnel qualifié dans le niveau 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>Continuité 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 la RDC.</p> <p>Corruption dans le pays dans un état de fragilité et manque de redevabilité.</p> <p>La crise autour de la pandémie COVID-19 et son impact attendu sur le système de santé congolais.</p>

### 2.3.2 Les réalisations : bref aperçu

La revue à mi-parcours (MTR) du PADP a souligné les apports remarquables du projet à travers les changements positifs qu'il apporté en termes de leadership de la DPS, des performances des équipes cadres des ZS (ECZS) et des améliorations de l'accès et de la qualité des soins au niveau des formations sanitaires. La MTR a recommandé de mettre plus d'attention notamment sur la mise à échelles des approches qui ont fait preuve de leur efficacité, efficience et impact en utilisant le contrat



unique comme plaidoyer : maternités rurales, système de référence et contre référence adaptés selon les milieux, prise en charge de la malnutrition chronique et aiguë et la prise en charge des victimes de violences sexuelles (VVS). La MTR recommande également le renforcement de la mise en œuvre des activités au niveau des centres de santé et des HGR.

Le suivi et la mise en œuvre du PNDS en priorité dans les aspects de réforme du secteur et du développement des ZS laissent supposer que la DPS est déjà en mesure de jouer son rôle de gouvernance, ce qui est fait partiellement suite à des contraintes financières et en ressources humaines avec un alignement limité des PTF.

Dans le cadre de l'approche territoriale de développement local, des synergies intersectorielles seront menées autour d'un résultat commun dans les ZS santé d'Isangi dans la province de la Tshopo et celle de Gwaka au Sud Bangui.

Les principaux résultats obtenus jusqu'à présent sont :

L'appui au renforcement de la performance la DPS a permis en partie à cette direction de pouvoir remplir ses différentes missions de : Coordination, encadrement des zones de santé, supervisions, gestion de l'information sanitaire et des ressources etc.

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 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,
- De la carence identifiée d'une véritable capacité de planification du personnel de santé,
- etc.

Au niveau provincial, la structure de pilotage est configurée par le 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, ressemblant 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 (CdA) des HGR (HGR), 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 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.

Un ensemble de 30 à 40 experts au niveau national (et d'environ 10 personnes dans chaque DPS) conformement 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.

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 de-connectivité, et plus sérieusement d'un manque de promptitude et surtout de qualité des données registrées. 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.

### **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 en 2019 et 2020 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 ;
- Le financement stratégique, à travers la FBR variante RDC, de la performance du niveau central via contrats uniques en particulier avec les DPS et ZS dans la mise en œuvre du PNDS 2019 – 2022 ;
- Vision de réforme par l'appui au processus de réformes du secteur santé qui sont en en cours ;
- La gouvernance adaptive au contexte à travers un pilotage bottom-up, multi-acteur et consensuel au niveau national du secteur santé en concrétisant le coaching technique des groupes de travail du CPP-SS ; qui facilite la prise d'actions ;
- La recherche de la durabilité et « value for money » à travers la mise en œuvre de la stratégie de maintenance intégrale ;
- L'intégration d'une approche territoriale du développement local.

#### **3.2 Principes d'action**

- Droits en matière de santé sexuelle et planification familiale (She Decides),
- Protection et résilience dans les situations d'urgence et les situations de crise prolongées,
- Développer des villes (secondaires) durables et inclusives : Planification et gestion urbaines participatives intégrées et Cohésion sociale dans les villes.

#### **3.1 Critères de sélection**

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

##### **3.1.1 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.

### **3.1.2 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 de « 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 République Démocratique du Congo de permettre à tous et toutes de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous et toutes à tout âge (Objectif de Développement Durable 3), l'objectif spécifique est « Les zones de santé ciblées montrent une meilleure performance en termes de qualité et accessibilité des soins de leurs services de santé à travers un accompagnement fonctionnel par les ECZS et les DPS. »

Les résultats attendus sont :

Résultat 1 : Les fonctions de la DPS telles que définies de manière organique sont assurées avec un focus sur la coordination, l'accompagnement des zones de santé, la gestion de l'information sanitaire et des ressources en vue de garantir une redevabilité permanente

Résultat 2 : L'appui technique aux ZS par la Division Appui Technique est assuré.

Résultat 3 : La Gestion au sein de la DPS est renforcée pour une mobilisation efficace des ressources disponibles, leur utilisation efficiente et une redevabilité permanente pour toutes les parties prenantes

Résultat 4 : Les performances des ECZS sont assurées en matière de planification, d'encadrement des aires de santé et de gestion efficiente des ressources

Résultat 5 : L'hôpital général de référence (HGR) dispose des capacités de fournir des soins de qualité et accessibles avec une gestion rationnelle des ressources

Résultat 6 : Les centres de santé disposent des capacités améliorées de prise en charge des clients en fournissant un paquet minimal d'activités complet par un personnel compétent et en interaction continue avec la communauté desservie.

Résultat 7 : L'intégration d'une approche territoriale de développement local est impulsée autour de l'enjeu santé dans les territoires d'Isangi (Tshopo) et de Gwaka (Sud Ubangi).

## 4.2 Activités

Les activités suivantes sont à ajouter ou intégrer au niveau des 4 résultats attendus :

### 4.2.1 Activités du Résultat 1 :

Les fonctions de la DPS telles que définies de manière organique sont assurées avec un focus sur la coordination, l'accompagnement des zones de santé, la gestion de l'information sanitaire et des ressources en vue de garantir une redevabilité permanente

#### A.01.01 : Appui à la coordination et à l'élaboration des planifications de la DPS

En matière de planification : Il s'agit d'appuyer la planification au niveau de la DPS qui se doit d'être l'endroit des synthèses des plans des zones de santé et des analyses et bilans conduisant à des prises de décisions fondées. Des ateliers de consolidation du PAO seront organisés par DPS. Ce processus de planification tient compte également des Réunions du CPP-SS pour la validation ainsi que les séances d'évaluation trimestrielles du contrat unique. En outre, des Revues semestrielles et annuelles du PAO seront poursuivies et une seule revue sera prise en compte la dernière année (2022).

Le FBR dans la province de la Tshopo restera appliquée à la DPS pour inciter continuellement les performances dès l'équipe de la DPS à travers ses bureaux spécifiques calquées aux fonctions régaliennes de l'entité. Dans la logique de la stratégie Exit déjà connue à la phase initiale du projet, des réductions annuelles et progressives des primes payables à l'équipe de la DPS et aux ECZS seront appliquées dans une proportion de 20% par an. La DPS bénéficiera des appuis plafonnés pour son fonctionnement.

Dans le domaine de la coordination, il s'agit d'appuyer la coordination de toutes les parties prenantes actives dans chaque DPS d'une part. D'autre part, pour les PTF, il s'agira d'appuyer le développement du Plan d'Acton trimestriel, qui couvrira toutes les actions à financer, sa mise en œuvre et le déroulement régulier des diverses instances de concertation et de suivi, notamment les revues périodiques au niveau de la DPS. Ceci sous-entend également la conduite d'un bon dialogue sectoriel autour du CPP-SS et la facilitation des échanges d'informations entre toutes les structures et toutes parties prenantes au niveau provincial.

Le projet contribuera à la fonctionnalité des CPP au sein du Ministère Provincial de la Santé (MPS). Le CPP ne se réduit pas à une réunion périodique mais reste une instance qui doit générer des commissions et groupes de travail pour l'avancement de la politique sanitaire au niveau provincial.

#### A.01.02 : Supervision/encadrement des ECZS

Des missions de supervision et d'encadrement des zones de santé par la DPS seront appuyées et l'équipe de Enabel sur place veillera à la qualité des supervisions conduites par des descentes conjointes et ciblées avec l'équipe de la DPS.

Sur base du plan de développement des ressources humaines existant, différentes formations seront organisées par la DPS avec pour but de Renforcer les capacités techniques des ECZS.

#### A.01.03 : Appui à la gestion de l'information sanitaire

Une bonne gestion de l'information sanitaire, fiable et pertinente, est un élément clé d'un système de santé. L'intervention travaillera sur la gestion de l'information sanitaire en termes de collecte, monitoring et diffusion, la finalisation et/ou actualisation de la cartographie sanitaire pour l'ensemble des ZS de la DPS, comme préalable au développement de la carte sanitaire complète, la capitalisation des expériences et bonnes pratiques pour alimenter les discussions sur la politique sanitaire. En matière de production, manipulation et exploitation de données, un encadrement des ECZS par la DPS à l'utilisation du DHS2 sera poursuivi.

En lien avec les orientations stratégiques du Plan National de Développement de l'Informatique de la Santé (PNDIS) de deuxième génération, la digitalisation des ZS, des HGR et de la DPS déjà lancée dans la province du Sud Ubangi à la phase initiale du projet sera poursuivie dans les deux provinces et dans les six ZS restantes. Pour garantir un fonctionnement optimal de la digitalisation, un abonnement Internet par satellite sera pris pour les deux provinces d'intervention.

Dans le but d'améliorer continuellement la qualité des données, des audits type RDQA seront conduits dans les zones de santé.

#### A.01.04 : Assistance technique nationale

Dans la mise en œuvre du projet, une assistance technique nationale sera maintenue dans les deux provinces par des ATN de gestion en appui au bureau de gestion des ressources.

### 4.2.2 Résultat 2 :

**L'appui technique aux ZS par la Division Appui Technique est assuré.**

Les supervisions et l'encadrement des zones de santé seront poursuivis par la DPS et bénéficieront des appuis du projet pendant cette phase de prolongation. Il en sera de même pour le renforcement des capacités des ECZS. Dans le but de réduire sensiblement la verticalité des programmes de santé, le projet continuera à soutenir l'Intégration administrative et opérationnelle des programmes spécialisés, vers la suppression progressive des bureaux de coordination particuliers.

### 4.2.3 Activités du Résultat 3 :

**La Gestion au sein de la DPS est renforcée pour une mobilisation efficace des ressources disponibles, leur utilisation efficiente et une redevabilité permanente pour toutes les parties prenantes.**

Afin de mieux renforcer les capacités de gestion de la DPS, l'organisation du service chargé du partenariat et de l'administration des finances bénéficiera des appuis du projet ainsi que l'organisation du service chargé des ressources humaines, des ressources matérielles et de la logistique et de la maintenance.

### 4.2.4 Activités du Résultat 4 :

**Les performances des ECZS sont assurées en matière de planification, d'encadrement des aires de santé et de gestion efficiente des ressources**

#### A.04.01. Renforcement des performances de l'ECZS dans le cadre du FBR

La notion de supervision intégrée reste en général moins élaborée. En dehors des missions d'encadrement qui sont globales en termes de couverture, les « sorties » de supervisions organisées sont jusque-là verticales sur des programmes et domaines spécifiques et engendrent beaucoup d'occasions manquées pour un appui global au système de santé. Des missions de supervisions se font généralement au cas par cas et avec une unique orientation de régler des problèmes particuliers. Il reste une grande marge d'amélioration dans la qualité de l'accompagnement technique des zones de santé et des aires de santé.

Pour continuer à inciter à la performance des équipes, des primes à l'ECZS resteront maintenues mais seront progressivement revues à la baisse d'année en année dans les mêmes proportions que celles appliquées à la DPS (20%).

Appui opérationnel aux ZS : Afin mieux jouer son rôle d'accompagnement et de coaching aux aires de santé, l'ECZS bénéficie d'un appui pour son fonctionnement opérationnel et institutionnel avec des activités notamment les missions de supervision des aires de santé, le monitoring à la base, les revues périodiques dans les aires de santé et la tenue des réunions de COGE.

Formation des CS pour les 9 ZS : Des formations ciblées pour améliorer la qualité des soins seront conduites par les ZS à l'endroit des centres de santé (CS) de leur ressort. Les besoins en formation par Zone de santé seront préalablement définis et validés par la DPS et Enabel.

#### **4.2.5 Activités du Résultat 5 :**

**L'hôpital général de référence (HGR) dispose des capacités de fournir des soins de qualité et accessibles avec une gestion rationnelle des ressources.**

A.05.01. Tarification forfaitaire subsidiée (TFS) conjointement avec un financement basé sur les performances dans les hôpitaux généraux de référence (HGR)

Les mécanismes d'amélioration de l'accès aux soins et les innovations de la phase initiale du projet seront poursuivis et étendus. Il s'agit spécifiquement de la TFS couplée à l'amélioration de la qualité de soins à l'hôpital et des formules similaires.

Un processus bien balisé durant la phase précédente, sera appliqué pour la tarification forfaitaire. Dans les deux zones de santé retenues pour le développement territorial dans le cadre du Résultat commun et où la TFS n'a pas été appliquée, une étude situationnelle et une étude de coûts permettra de déterminer ce que les patients sont capables de payer. La TFS sera d'application dans l'ensemble des zones de santé (9) appuyées et spécifiquement à l'hôpital. Pour les deux nouvelles zones de santé, le démarrage de la TFS sera décalé et sera lancé au mieux le mois de juin 2020.

A.05.02. Appui à l'amélioration de la qualité des soins complet (PCA)

La qualité des soins résulte d'un processus multifactoriel qu'il convient de conceptualiser dans chaque hôpital à travers son paquet complet d'activités défini dans les documents de normes sanitaires. Elle constitue une dimension essentielle en matière de CSU à laquelle la RDC s'est engagée à atteindre d'ici 2030.

A cette phase de prolongation, l'appui du projet s'inscrira dans une perspective systémique de l'établissement visant une démarche Qualité Intégrée (DQI) et reposera entre autres sur (1)



l'infrastructure pour améliorer la qualité de diagnostic de laboratoire et d'imagerie médicale, (2) les équipements de laboratoire, de radiographie et de transfusion sanguine avec des banques de sang photovoltaïques dans les ZS qui n'en disposent pas. La mise en place des banques de sang dans les ZS constitue une solution spécifique aux problèmes de mortalité maternelle et infanto-juvénile constamment observées suite aux hémorragies et anémies graves. Dans cette dynamique d'amélioration de la qualité des soins et la sécurité des soignants et des soignés en milieu des soins, des appuis substantiels seront apportés aux HGR dans le but d'améliorer l'hygiène hospitalière par la prévention et le contrôle des infections (PCI) et une gestion sécurisée des déchets biomédicaux. Les comités d'hygiène seront redynamisés et un renforcement des capacités des membres sera assuré par le projet.

Pour faire fonctionner correctement le matériel et équipements qui seront mis en place dans les hôpitaux, des formations seront organisées sur l'utilisation et la maintenance du dispositif mis en place. Ce renforcement des capacités pourrait être assuré par le biais d'un mentor qui serait pris en charge dans le cadre du projet. Il en est de même avec les services d'entretien du matériel et équipement en question.

#### **4.2.6 Activités du Résultat 6 :**

**Les centres de santé disposent des capacités améliorées de prise en charge des clients en fournissant un paquet minimal d'activités complet par un personnel compétent et en interaction continue avec la communauté desservie.**

##### **A.06.01. Système de Référence et contre Référence à l'aide des motos ambulances**

Dans le but d'accélérer la réduction de la mortalité en général et de la mortalité maternelle et infanto-juvénile en particulier, l'accès aux soins essentiels de qualité constitue la clé de voute et surtout face aux urgences médico-chirurgicales, néonatales et obstétricales. Pour cela, un système de référence et contre référence adapté au contexte local doit être développé et rendu fonctionnel. En milieu rural, la référence est souvent rendue difficile à cause obstacles naturels et les véhicules ambulances n'accèdent à toutes les formations sanitaires et le pronostic vital des patients en besoin d'être référés en dépend. C'est ainsi que la dotation des motos ambulances aux FOSA difficiles d'accès aux véhicules sera effectuée dans le cadre du projet. Les FOSA bénéficiaires seront objectivement et conjointement identifiées par les ambulances par les ZS, la DPS /PNSR et ENABEL. Des motos ambulances adaptées à la fonction seront achetées et mises à disposition dans le cadre du projet.

##### **A.06.02. Unités de maternités rurales**

En vue d'améliorer l'accessibilité géographique aux soins pour ne laisser personne pour compte et aussi dans le but d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale conformément aux cibles nationales et mondiales sous l'ODD 3, la mise en place des maternités rurales avec la participation communautaire a été identifiée comme une meilleure pratique dans la province de Sud Ubangi durant la phase précédente du projet. Cette meilleure pratique a le mérite d'être portée à l'échelle des zones de santé des deux provinces d'intervention pendant cette phase de prolongation du projet. A cet effet, des maternités rurales seront construites dans les trois zones de santé de la province de la

Tshopo à l'instar de ce qui a été fait au Sud Ubangi. Cependant, la mobilisation et l'engagement communautaire constitue un préalable pour la fourniture des matériaux locaux de construction. La ZS de santé doit s'investir à mobiliser la communauté dans cette dynamique et le projet apportera l'expertise et le matériel de construction ne disponible localement.

#### A.06.03. Dynamique multisectorielle de lutte de contre la malnutrition sous toutes ses formes (chronique et aiguë)

Dans le domaine de la nutrition, les provinces d'intervention du projet sont touchées par la malnutrition chronique et aiguë et ceci reste posé comme problème de santé publique. Pendant cette phase d'extension du projet, une approche holistique et multisectorielle sera mise en œuvre pour répondre à cette situation. Des approches de prise en charge de la malnutrition aiguë selon la PCIMA 2016 et à l'aide des aliments disponibles produits localement seront renforcées et le projet apportera des appuis dans ce domaine. Des capacités de suivi de croissance de l'enfant de 0- 59 mois et de dépistage chez les femmes en âge de procréer et les adolescentes seront renforcées particulièrement à travers des programmes de consultations préscolaires (CSP). Enfin la promotion des pratiques familiales clés matière de nutrition et alimentation du nourrisson et du jeune enfant sera appuyée à travers l'organisation des séances de nutrition à base communautaire (NAC).

Les interventions multisectorielles en nutrition seront plus développées à travers les Résultat 5, commun où des synergies entre les secteurs d'appui Enabel seront suivies et documentées avec un cadre de suivi spécifique.

#### A.06.04. Extension de la Tarification Forfaitaire (TFS) au Centres de santé

Dans le cadre de l'accroissement de l'offre des soins de santé primaires à travers un PMA assuré au premier niveau de contact (CS) et dans le but de désengorger les hôpitaux Généraux de Référence qui sont appelés à offrir un paquet complet d'activités (PCA), l'approche de TFS sera progressivement introduite au niveau des centres de santé en commençant par un paquet réduit de services tarifaires. Il est envisagé de commencer par un nombre limité de zones de santé et de centres de santé et faire une extension progressive du paquet et des centres de santé. L'approche permettra de mettre en complémentarité les centres de santé (CS) et les hôpitaux Généraux de Référence (HGR) et ceci conduira les HGR de s'occuper des activités du PCA. Dans l'opérationnalisation, une étude de coûts sera réalisée pour analyser les capacités de paiement d'un ticket modérateur par les clients.

### 4.2.7 Activités du Résultat 7 :

**L'intégration d'une approche territoriale de développement local est impulsée autour de l'enjeu santé dans les territoires d'Isangi (Tshopo) et de Gwaka (Sud Ubangi).**

Dans un contexte général de changement du paradigme de l'aide, qui voit le rôle de l'Etat évoluer du modèle de "principal-agent" vers celui d'action collective, de cocréation de l'action publique, le programme de transition offre l'opportunité de mettre progressivement en place une approche territoriale de développement local.

Le développement local renvoie à une vision transversale du changement social et se définit comme une dynamique ascendante et non institutionnelle d'acteurs sur un territoire. Basé sur la mobilisation d'acteurs individuels ou collectifs, le développement local se construit par la base et ne s'inscrit pas toujours dans les limites administratives d'un territoire. Il cherche à



valoriser les ressources locales tout en renforçant la capacité des acteurs à se penser comme les moteurs du développement de leur territoire et non plus comme de simples bénéficiaires.

L'approche territoriale du développement local s'inscrit dans le cadre général des changements que nous souhaitons voir advenir, à la fois comme résultat de tout ce qui a été mené jusqu'à présent et comme réflexion prospective de nouvelles approches de développement, tant pour la Tshopo que la Mongala ainsi que dans les futurs programmes santé en général. Il s'agit d'être en mesure d'identifier les actions susceptibles d'amorcer des changements, les processus qui peuvent les alimenter et celles et ceux qui en sont les groupes porteurs. Cette démarche, dans un contexte d'incertitude et de risques, se devra d'être dynamique. Raison pour laquelle, comme pour l'ensemble des actions menées durant cette phase, il sera pertinent de mettre en place un monitoring permanent du « changement en train de se faire » qui intègre les risques, leur gestion et une capacité d'adaptation des pratiques aux signaux envoyés par le contexte. L'ensemble s'inscrira aussi dans un dispositif d'apprentissages et de capitalisation d'expériences qui se greffera sur celui existant tout en l'élargissant, le systématisant et l'adaptant si nécessaire.

Dans la province de la Tshopo, Isangi, zone d'intervention commune d'EDUT, PRODAT et PRODET, est un territoire essentiellement agricole et de pêche. Considéré comme l'un des greniers de la province, on peut y relever de nombreuses « potentialités de développement local ».

Dans la province de la Mongala, Gwaka, zone d'intervention d'EDUMOSU, présente l'ASBL Elikyia comme moteur potentiel du développement local, un maillon nécessaire à la pérennité des acquis de l'intervention.

Dans ce contexte, les territoires d'Isangi (Province de la Tshopo) et de Gwaka (Province de la Mongala) permettent de dépasser les logiques sectorielles d'appui pour expérimenter des modalités d'accompagnement qui s'inscrivent plus profondément dans les nouvelles orientations de la coopération belge et d'Enabel (développement économique local, secteur privé, intervention dans et sur la fragilité, etc.). Dès lors, renforcer les articulations entre les programmes PRODAT, EDUT et santé d'une part, EDUMOSU et santé d'autre part, en vue d'expérimenter une approche territoriale intégrée et intersectorielle de développement local paraît pertinent.

Cependant, ces « potentiels de développement », perçus comme autant d'atouts sont, en eux-mêmes, faute d'articulation entre eux et de leadership clair sur les processus, insuffisants pour induire une dynamique nouvelle et un passage à l'échelle du territoire. De plus, l'impression d'une certaine fragmentation du paysage, fait d'une juxtaposition d'initiatives mais aussi sans doute de sous-ensembles territoriaux dotés de caractéristiques propres prévaut. La compréhension des dynamiques particulières n'est, à ce stade, pas pleinement intelligible. Enfin, si en théorie, le processus de décentralisation donne davantage de prérogatives aux ETD pour mener des projets locaux et une politique d'aménagement plus pertinente adaptée à chaque territoire, dans la pratique ce n'est pas le cas.

En conclusion, malgré les « potentiels de développement » et le travail déjà mené par EDUT et PRODAT à Isangi et par EDUMOSU à Gwaka, d'une part, les conditions permettant la mise en place d'une approche territoriale de développement local sur la zone rurale-urbaine d'Isangi et son hinterland (à l'instar de ce qui est envisagé sur le territoire de Ngandajika au Kasai) sont, à ce jour, insuffisantes et, d'autre part, il est essentiel, pour piloter et mettre en

œuvre cette approche, de disposer d'un « référentiel de zone » pertinent et robuste (un ensemble de données quantitatives et qualitatives qui pourrait servir de « logiciel »).

Dès lors, il s'agira, pour cette phase de transition, de travailler sur un certain nombre d'éléments constitutifs du territoire (les ressources naturelles, le capital humain et social, le secteur privé, les infrastructures, l'institutionnalité, les dynamiques organisationnelles, marchandes etc.) afin de créer les conditions du développement local. Ce travail fera l'objet d'actions spécifiques dans le cadre du résultat 6. L'hypothèse considérée de changements est que les acteurs stratégiques clés, de taille et de niveau technique variables sont susceptibles d'unir leurs forces et de mutualiser leurs moyens pour contribuer à la création et au développement d'un pôle de développement agricole.

La construction du référentiel constitue l'une des actions phares de cette expérience pilote autour notamment de la santé, enjeu commun à l'ensemble des acteurs.

A\_07\_01 Accompagner les acteurs potentiels du développement local (synergie EDUT et PRODAT)

Il s'agit, outre la construction d'un référentiel de base (à partir de cartographies participatives, d'analyses ad hoc, etc.) de mettre les acteurs en relation via des activités qui suscitent un intérêt commun et de soutenir les projets, moteurs de dynamisme local, qui favorisent la concertation.

A\_07\_02 Renforcer les acteurs dans leurs capacités à se mettre ensemble pour développer leur zone à partir des questions de nutrition, de planning familial et de violences sexuelles et domestiques (synergie EDUMOSU)

A partir d'une analyse continue de l'existant (analyse des conditions du travail féminin, analyse des déterminants sociaux de la malnutrition, scan organisationnel de l'hôpital de référence de Gwaka, etc.) des activités qui permettent de créer du lien social entre les femmes de Gwaka seront organisées.

A\_07\_03 Stimuler l'insertion professionnelle et la création d'emploi pour les jeunes dans l'hinterland d'Isangi (synergie PRODAT, PRODET, EDUT).

Après avoir élaboré un plan d'action commun (PRODAT, PRODET, PADP, EDUT) pour l'insertion et l'entrepreneuriat (emploi et auto-emploi) en milieu rural, duquel de nouvelles sous-activités pourront être formulées, il s'agira de :

- Développer une offre de service de maintenance du matériel roulant des Centres de santé appuyés ainsi qu'une offre de service de maintenance des équipements médicaux et de la chaîne du froid des Centres de santé appuyés (synergie EDUT)
- Former le personnel de santé (personnel médical, technicien médical, etc.) via une convention de subsides avec l'ONG « médecins sans vacances » (synergie EDUT)

A\_07\_04 Renforcer l'insertion professionnelle des femmes de la zone (synergie EDUMOSU)

L'accent sera porté sur l'insertion socio-économique des femmes victimes de violences sexuelles, en lien avec le one-stop-center de Gwaka. De manière plus générale, les conditions du travail féminin seront analysées et pourront aboutir à la mise en place d'actions qui favorisent le travail féminin, comme la mise en place un système de garderie d'enfants par exemple.

A\_07\_05 Capitaliser l'intégration d'une approche territoriale de développement local (synergie EDUT, PRODAT, EDUMOSU)

À partir d'outils numériques de collecte de données développés en commun, des produits de capitalisation seront élaborés sur l'intégration d'une approche territoriale de développement local.

### 4.3 Synergies / complémentarités

Parmi les autres acteurs impliqués, il faut citer

- Les membres du GIBS au niveau provincial,
- 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, l'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.

### 4.4 Cadre logique, indicateurs et sources de vérification.

Objectif spécifique	Indicateurs	Valeur de base 2018	Cible finale	Sources de vérification	Hypothèses
Objectif général : Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans le cadre global de la lutte contre la pauvreté					
Objectif spécifique :					
<b>Les zones de santé ciblées montrent une meilleure performance en termes de qualité et accessibilité des soins de leurs services de santé à travers un accompagnement fonctionnel par les ECZS et les DPS</b>	Satisfaction des populations entre première année et troisième année	<b>72%</b>	<b>90%</b>	Enquête	-La stabilité politique et sécuritaire est assuré
	Taux d'accouchements assistés	<b>85,5</b>	<b>85%</b>	Registre de patients CS et HGR	- Le financement de l'Etat dans le secteur de la santé augmente progressivement, en particulier par rapport à la rémunération du personnel du niveau provinciale
	Mortalité intra hospitalière réduite avec suivi régulier (audit médical) des décès maternels	<b>1,88</b>	<b>1%</b>	CR d'audit médical	- RH formés sont disponibles et motivés
	Equipes DPS complètes et bénéficiant de salaires et primes de risque	<b>56%</b>	<b>100%</b>	Liste de paiements, rapporte trimestriels	

Objectif spécifique	Indicateurs	Valeur de base 2018	Cible finale	Sources de vérification	Hypothèses
	Prévalence contraceptive moderne	<b>2,65</b>	<b>10%</b>	Rapports	
<b>Résultat 1 :</b>					
Les fonctions de la DPS telles que définies de manière organique sont assurées avec un focus sur la coordination, l'accompagnement des zones de santé, la gestion de l'information sanitaire et des ressources en vue de garantir une redevabilité permanente	Comité Provincial de Pilotage - SS régulier et moteur de changement	2	2	CR des réunions du CPP et ses groupes de travail	Les processus de décentralisation, réforme de la fonction publique et du secteur de la santé se poursuivent. Le MSP améliore son pilotage dans la mise en place des DPS en arrivant à coordonner tous les bailleurs par DPS. La Mise en place du cadre organisationnel des 3 DPS est complétée dans le respect des normes de sélection du personnel. Pas d'affectation non justifiée de personnel dans les structures de santé  Les différents bailleurs et partenaires intègrent leurs financements et activités dans Un seul Plan d'Action annuel au niveau provincial (DPS), dans une logique
	RAC de qualité	2	2	Rapport de RAC	
	Information sanitaire intégrée en DHIS2 et cartographiée	Cpl : 91% Pro : 27%	Cpl : 100% Pro : 100%	Rapports SNIS	
	Supervisions formatives faites et de valeur ajoutée objectivée	16	16	Rapports de supervisions, évaluation trimestrielle	
	Contrat Unique en place en 2019	3	3		
	Système de gestion informatisé multi acteurs en place et fonctionnel	1	1		

Objectif spécifique	Indicateurs	Valeur de base 2018	Cible finale	Sources de vérification	Hypothèses
					s'orientant vers un seul budget
Résultat 2 :					
L'appui technique aux ZS par la Division est assuré.	Nbre de supervisions/missions d'encadrement par ZS	ND	10	Rapports de missions	La DPS organise des missions de supervision de qualité et l'équipe Enabel assure le suivi pour garantir la qualité
Résultat 3 :					
La Gestion au sein de la DPS est renforcée pour une mobilisation efficace des ressources disponibles, leur utilisation efficiente et une redevabilité permanente pour toutes les parties prenantes	Contrat unique signé annuellement	ND	3	Document de contrat unique signé avec des rapports d'évaluation trimestrielle de suivi	Les autorités provinciales (MSP, Gouverneur) et les responsables de la DPS s'engagent à promouvoir la gestion unique transparente et redevable des ressources utilisées par le système de santé
Résultat 4					
Les performances des ECZS sont assurées en matière de planification, d'encadrement des aires de santé et de gestion efficiente des ressources	Proportion des membres de l'ECZ formés en MSSP	60%	100%		Les différents partenaires intègrent leurs financements et activités dans Un seul Plan d'Action annuel au niveau de la Zone de santé (ECZS), dans
	ECZ avec un score d'évaluation trimestrielle de la grille de performance > 70%	ND	90%		
	Proportion des	100%	100%		

Objectif spécifique	Indicateurs	Valeur de base 2018	Cible finale	Sources de vérification	Hypothèses
	réunions de CA ténues avec PV				<p>une logique s'orientant vers un seul budget (Etat et PTF).</p> <p>assurées (en matière de planification, l'encadrement efficace des formations sanitaires et la gestion efficiente des ressources).</p> <p>** ECZ rationalisée et performante</p> <p>Grilles de mesure de performances en place</p> <p>Tarifification forfaitaire en place (9/9)</p> <p>Enquêtes de satisfaction réalisées et avec évidence d'amélioration</p> <p>La composition du personnel des ECZS est faite dans le respect des normes et de la réforme, apportant la stabilité du personnel en place</p>
	Nombre des FOSA appliquant la tarification forfaitaire	24	24	Evaluation trimestrielle	
	Proportion des supervisions / coaching réalisées	100%	100%	Rapport de supervisions	
	Nombre d'enquêtes de satisfaction réalisées dans les ZS	1	2	Enquête	
<b>Résultat 5</b>					
L'hôpital général de référence (HGR) dispose des capacités de fournir des soins de	Existence d'un Plan Directeur à l'HGR	1	1	Plan	
	Proportion d'interventions supplémentaires	8%	75%	Registre patients	

Objectif spécifique	Indicateurs	Valeur de base 2018	Cible finale	Sources de vérification	Hypothèses
qualité et accessibles avec une gestion rationnelle des ressources	intégrées pour amélioration du PCA			Rapport d'évaluation	
	Score de la grille qualité trimestrielle > 70%	ND	90%		
	Taux d'occupation de lit supérieur à 80%	79%	80%	Registre des patients	
<b>Résultat 6</b>					
Les centres de santé disposent des capacités améliorées de prise en charge des clients en fournissant un paquet minimal d'activités complet par un personnel compétent et en interaction continue avec la communauté desservie.	Nombre de CS ayant intégré les interventions manquantes pour compléter le PMA	8	11	Rapport de supervision, rapport SNIS	La PMA est complet et actualisé
	Nombre de CS avec Score de la grille qualité trimestrielle > 70%	ND	80%		
	Taux d'utilisation des services curatif	76,1%	70%		
	Taux des cas référés	2,7%	10%		
	Proportion des Cellules d'Animation Communautaire (CAC) fonctionnelle	100%	100%		
	Proportion de la population ayant accès à l'eau potable				
<b>Résultat 7</b>					

Objectif spécifique	Indicateurs	Valeur de base 2018	Cible finale	Sources de vérification	Hypothèses
L'intégration d'une approche de développement local est impulsée autour de l'enjeu santé dans les territoires d'Isangi (Tshopo) et de Gwaka (Sud Ubangi).	Nombre d'activités intersectorielles (qui réunissent Santé et Insertion)				
	Nombre de rencontres collectives entre femmes (minimum 10) de la plantation au cours du mois précédent	<b>ND</b>	<b>ND</b>	Enquêtes	
	Les déterminant sociaux de la malnutrition sont connus par les acteurs locaux (Hôpital, Asbl Elikya)	<b>ND</b>	<b>ND</b>	(1) Rapport SNIS de l'hôpital Rapport d'enquêtes	

#### 4.5 Localisation

L'intervention sera active sur le territoire national de la RDC en ce qui concerne les Provinces de la Tshopo et du Sud Ubangi.

#### 4.6 Bénéficiaires

##### 4.6.1 Bénéficiaires directs

- **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 priorités dans les activités de haut impact dans le cadre du PNDS 2019 - 2022.

- **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 intermédiaire et opérationnel, la DPS et la ZS.

##### 4.6.2 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 2022 selon leur domaine d'intervention (prise en charge jusqu'au mois de juin 2020 déjà prévue sur le budget actuel), à l'exception de l'équipe de Kikwit.

### 5.2 Ressources financières

Un budget détaillé se trouve en annexe.

## 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	<p>Participation active dans les structures de pilotage entre le MS et de la communauté multi-bailleurs.</p> <p>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.</p> <p>Le PS SNAME de 2017 doit être mis en réalisation et doit être distribué au et approprié par le niveau opérationnel.</p> <p>Tenue de missions conjointes du GIBS.</p>
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	<p>A travers le GIBS et le dialogue bilatéral avec le PDSS et la BM on cherche des aménagements des activités du PDSS.</p> <p>Enabel doit faire de la pression afin de se faire intégrer dans la plateforme de coordination du PDSS en Q1 2019.</p> <p>Enabel a participé activement de l'évaluation à mi-parcours du PDSS et en attend les résultats et recommandations.</p>

Risque lié à la mise en œuvre	Niveau du risque	Mesure d'atténuation
<b>Risque de durabilité</b>		
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

RDC14 194 11 PADP BUDGET TOTAL					BUDGET SMCL 12/2019	BUDGET ADDITIONNEL	BUDGET TOTAL	% Augmentation
A		<b>Objectif spécifique (part) : Les zones de santé ciblées montrent une meilleure performance en termes de qualité et accessibilité des soins de leurs services de santé à travers un accompagnement fonctionnel par les ECZ et les DPS</b>	<b>9.467.759</b>	<b>4.013.648</b>	<b>13.481.407</b>	<b>42%</b>		
A	1	Résultat 1 : Les fonctions de la DPS telles que définies de manière organique sont assurées avec un focus sur la coordination, l'accompagnement des zones de santé, la gestion de l'information sanitaire et des ressources en vue de garantir une redevabilité permanente	2.558.073	1.114.000	3.672.073	44%		
A	01	01 Appui à la mise en place d'une DPS performante	1.377.793	189.000	1.566.793			
A	01	02 Appui à l'élaboration des planifications (plan de développement moyen terme, PAO, ...)	547.532	369.000	916.532			
A	01	03 Appui au développement de mécanismes de coordination des parties prenantes	183.933	36.000	219.933			
A	01	04 Appui à la gestion de l'information sanitaire	320.350	520.000	840.350			
A	01	05 Renforcement du métier "inspection et contrôle"	128.465		128.465			
A	2	Résultat 2 : L'appui technique aux ZS par la Division Appui Technique est assuré.	305.332	140.000	445.332	46%		
A	02	01 Assurer les supervisions en appui aux EC de toutes les ZS (63) de la DPS	94.723		94.723			
A	02	02 Appui au renforcement des capacités des ECZS par la DPS	209.141	140.000	349.141			
A	02	03 Appuyer l'intégration administrative et opérationnelle des programmes spécialisés, vers la suppression progressive des bureaux de coordination particuliers	1.468		1.468			
A	3	Résultat 3 : La Gestion au sein de la DPS est renforcée pour une mobilisation efficace des ressources disponibles, leur utilisation efficiente et une redevabilité permanente pour toutes les parties prenantes.	640.109	174.804	814.913	27%		
A	03	01 Appuyer l'organisation du service chargé du partenariat et de l'administration des finances	549.358	174.804	724.162			
A	03	02 Organisation du service chargé des ressources humaines	74.896		74.896			
A	03	03 Organisation du service chargé de la gestion des ressources matérielles, de la logistique médicale et de la maintenance	15.855		15.855			
A	4	Résultat 4 : Les performances des ECZS sont assurées en matière de planification, d'encadrement des aires de santé et de gestion efficiente des ressources	1.384.334	235.000	1.619.334	17%		
A	04	01 Appui à la mise en place d'ECZS performantes	924.646	135.000	1.059.646			
A	04	02 Appui au pilotage des HGR, des CS et des organes de participation communautaire par l'ECZS	237.686		237.686			
A	04	03 Mise en place d'initiatives d'amélioration de l'accès financier pour les populations	168.609	100.000	268.609			
A	04	04 Mise en place de mécanismes d'amélioration de la qualité de l'information sanitaire et de génération des évidences en vue de	53.393		53.393			
A	5	Résultat 5 : L'hôpital général de référence (HGR) dispose des capacités de fournir des soins de qualité et accessibles avec une gestion rationnelle des ressources	3.856.353	1.229.844	5.086.197	32%		
A	05	01 Appui à l'amélioration de la qualité des soins complet (PCA)	344.479	83.844	428.323			
A	05	02 Appui à l'organisation des services de et la rationalisation de l'HGR	1.576.738	320.000	1.896.738			
A	05	03 Améliorer l'accessibilité pour la population des soins et des services de l'HGR	1.935.136	826.000	2.761.136			
A	6	Résultat 6 : Les centres de santé disposent des capacités améliorées de prise en charge des clients en fournissant un paquet minimal d'activités complet par un personnel compétent et en interaction continue avec la communauté desservie.	723.558	500.000	1.223.558	69%		
A	06	01 Améliorer la qualité du paquet de services (PMA) offerts à la population	294.806	50.000	344.806			
A	06	02 Appuyer la fonctionnalité des Centres de santé existants	314.093	250.000	564.093			
A	06	03 Dynamiser la participation et interaction avec la communauté de l'aire de santé	114.659	200.000	314.659			
A	7	Résultat 7 : L'intégration d'une approche territoriale de développement local – territorial avec stratégie multisectorielle est impulsée autour de l'enjeu santé dans les territoires d'Isangi (Tshopo) et de Gwaka (Sud Ubangi).	0	620.000	620.000	NA		
A	07	01 Accompagner les acteurs potentiels du développement local (synergie EDUT et PRODAT)	0	150.000	150.000			
A	07	02 Renforcer les capacités des acteurs dans leurs capacités à se mettre ensemble pour développer leur zone à partir des questions de	0	150.000	150.000			
A	07	03 soutenir l'insertion professionnelle et la création d'emploi pour les jeunes dans l'infirmerie d'Isangi (synergie PRODAT et EDUT)	0	120.000	120.000			
A	07	04 Renforcer l'insertion professionnelle des femmes de la zone (synergie EDUMOSU)	0	120.000	120.000			
A	07	05 Capitaliser l'intégration d'une approche territoriale de développement local (synergie EDUT, PRODAT, EDUMOSU)	0	80.000	80.000			
X	1	<b>Réserve budgétaire</b>	<b>0</b>	<b>100.000</b>	<b>100.000</b>	<b>NA</b>		
X	01	01 Réserve budgétaire REGIE	0	100.000	100.000			
Z		<b>Moyens généraux</b>	<b>4.032.241</b>	<b>886.352</b>	<b>4.918.593</b>	<b>22%</b>		
Z	1	Frais de personnel	3.124.004	608.862	3.732.866	19%		
Z	01	01 Conseillers Techniques Internationaux DPS	2.416.367	216.000	2.632.367			
Z	01	02 Conseiller Technique Nationale DPS	0		0			
Z	01	03 Equipe finance et administration	595.378	277.362	872.740			
Z	01	04 Autres frais de personnel	112.259	115.500	227.759			
Z	2	Investissements	253.405	10.000	263.405	4%		
Z	02	01 Véhicules	173.096		173.096			
Z	02	02 Equipement bureau	20.417		20.417			
Z	02	03 Equipement IT	57.632	10.000	67.632			
Z	02	04 Aménagements du bureau	2.260		2.260			
Z	3	Frais de fonctionnement	482.638	187.490	670.128	39%		
Z	03	01 Frais de fonctionnement des véhicules	85.340	40.000	125.340			
Z	03	02 Télécommunications	129.785	30.000	159.785			
Z	03	03 Fournitures de bureau	59.401	50.000	109.401			
Z	03	04 Missions	88.977	30.000	118.977			
Z	03	05 Frais de représentation et de communication externe	5.840	2.490	8.330			
Z	03	06 Formation (y compris sensibilisation VIH)	12.590		12.590			
Z	03	07 Frais de consultance	422		422			
Z	03	08 Frais financiers	34.536	15.000	49.536			
Z	03	09 Autres frais de fonctionnement	65.747	20.000	85.747			
Z	4	Audit et Suivi et Evaluation	172.194	80.000	252.194	46%		
Z	04	01 Frais de suivi & évaluation (partagé)	120.050	60.000	180.050			
Z	04	02 Audit (partagé)	19.329		19.329			
Z	04	03 Capitalisation	9.848		9.848			
Z	04	04 Backstopping (y compris Infra)	22.967	20.000	42.967			
<b>TOTAL</b>			<b>13.500.000</b>	<b>5.000.000</b>	<b>18.500.000</b>	<b>37%</b>		

## 8.2 Budget additionnel détaillé

RDC14 194 11 PADP BUDGET TOTAL				SOLDE BUDGETAIRE	BUDGET ADDITIONNEL	BUDGET PROGRAMME PROCHAINES	2020	2021	2022	2023
<b>A</b>			<b>Objectif spécifique (part) : Les zones de santé ciblées montrent une meilleure performance en termes de qualité et accessibilité des soins de leurs services de santé à travers un accompagnement fonctionnel par les ECZ et les DPS</b>	<b>3.122.447</b>	<b>4.013.648</b>	<b>7.136.095</b>	<b>1.430.360</b>	<b>2.827.867</b>	<b>2.827.867</b>	<b>50.000</b>
A	1		Résultat 1 : Les fonctions de la DPS telles que définies de manière organique sont assurées avec un focus sur la coordination, l'accompagnement des zones de santé, la gestion de l'information sanitaire et des ressources en vue de garantir une redevabilité permanente	587.127	1.114.000	1.701.127	340.439	670.344	670.344	20.000
A	01	01	Appui à la mise en place d'une DPS performante	102.145	189.000	291.145	58.229	106.458	106.458	20.000
A	01	02	Appui à l'élaboration des planifications (plan de développement moyen terme, PAO, ...)	378.283	369.000	747.283	149.457	298.913	298.913	
A	01	03	Appui au développement de mécanismes de coordination des parties prenantes	19.634	36.000	55.634	11.127	22.254	22.254	
A	01	04	Appui à la gestion de l'information sanitaire	86.798	520.000	606.798	121.360	242.719	242.719	
A	01	05	Renforcement du métier "inspection et contrôle"	267		267	267	0	0	
A	2		Résultat 2: L'appui technique aux ZS par la Division Appui Technique est assuré.	110.777	140.000	250.777	50.716	100.030	100.030	0
A	02	01	Assurer les supervisions en appui aux EC de toutes les ZS (63) de la DPS	567		567	567	0	0	
A	02	02	Appui au renforcement des capacités des ECZS par la DPS	110.076	140.000	250.076	50.015	100.030	100.030	
A	02	03	Appuyer l'intégration administrative et opérationnelle des programmes spécialisés, vers la suppression progressive des bureaux de coordination particuliers	134		134	134	0	0	
A	3		Résultat 3: La Gestion au sein de la DPS est renforcée pour une mobilisation efficace des ressources disponibles, leur utilisation efficiente et une redevabilité permanente pour toutes les parties prenantes.	48.092	174.804	222.896	46.385	78.256	78.256	20.000
A	03	01	Appuyer l'organisation du service chargé du partenariat et de l'administration des finances	45.835	174.804	220.639	44.128	78.256	78.256	20.000
A	03	02	Organisation du service chargé des ressources humaines	771		771	771	0	0	
A	03	03	Organisation du service chargé de la gestion des ressources matérielles, de la logistique médicale et de la maintenance	1.486		1.486	1.486	0	0	
A	4		Résultat 4 : Les performances des ECZS sont assurées en matière de planification, d'encadrement des aires de santé et de gestion efficiente des ressources	102.962	235.000	337.962	68.153	129.904	129.904	10.000
A	04	01	Appui à la mise en place d'ECZS performantes	49.007	135.000	184.007	36.801	68.603	68.603	10.000
A	04	02	Appui au pilotage des HGR, des CS et des organes de participation communautaire par l'ECZS	701		701	701	0	0	
A	04	03	Mise en place d'initiatives d'amélioration de l'accès financier pour les populations	53.253	100.000	153.253	30.651	61.301	61.301	
A	04	04	Mise en place de mécanismes d'amélioration de la qualité de l'information sanitaire et de génération des évidences en vue de renforcer la politique de santé	0		0	0	0	0	
A	5		Résultat 5 : L'hôpital général de référence (HGR) dispose des capacités de fournir des soins de qualité et accessibles avec une gestion rationnelle des ressources	1.817.576	1.229.844	3.047.420	609.484	1.218.968	1.218.968	0
A	05	01	Appui à l'amélioration de la qualité des soins complet (PCA)	79.168	83.844	163.012	32.602	65.205	65.205	
A	05	02	Appui à l'organisation des services de et la rationalisation de l'HGR	1.271.793	320.000	1.591.793	318.359	636.717	636.717	
A	05	03	Améliorer l'accessibilité pour la population des soins et des services de l'HGR	466.615	826.000	1.292.615	258.523	517.046	517.046	
A	6		Résultat 6 : Les centres de santé disposent des capacités améliorées de prise en charge des clients en fournissant un paquet minimal d'activités complet par un personnel compétent et en interaction continue avec la communauté desservie.	455.914	500.000	955.914	191.183	382.365	382.365	0
A	06	01	Améliorer la qualité du paquet de services (PMA) offerts à la population	196.364	50.000	246.364	49.273	98.546	98.546	
A	06	02	Appuyer la fonctionnalité des Centres de santé existants	248.341	250.000	498.341	99.668	199.336	199.336	
A	06	03	Dynamiser la participation et interaction avec la communauté de l'aire de santé	11.209	200.000	211.209	42.242	84.484	84.484	

RDC14 194 11 PADP BUDGET TOTAL				SOLDE BUDGETAIRE	BUDGET ADDITIONNEL	BUDGET PROGRAMME PROCHAINES	2020	2021	2022	2023
A	7		Résultat 7 : L'intégration d'une approche territoriale de développement local – territorial avec stratégie multisectorielle est impulsée autour de l'enjeu santé dans les territoires d'Isangi (Tshopo) et de Gwaka (Sud Ubangi).	0	620.000	620.000	124.000	248.000	248.000	0
A	07	01	Accompagner les acteurs potentiels du développement local (synergie EDUT et PRODAT)	0	150.000	150.000	30.000	60.000	60.000	
A	07	02	Renforcer les acteurs dans leurs capacités à se mettre ensemble pour développer leur zone à partir des questions de nutrition, de planning familial et de violences sexuelles et domestiques (synergie EDUMOSU)	0	150.000	150.000	30.000	60.000	60.000	
A	07	03	Stimuler l'insertion professionnelle et la création d'emploi pour les jeunes dans l'hinterland d'Isangi (synergie PRODAT et EDUT).	0	120.000	120.000	24.000	48.000	48.000	
A	07	04	Renforcer l'insertion professionnelle des femmes de la zone (synergie EDUMOSU)	0	120.000	120.000	24.000	48.000	48.000	
A	07	05	Capitaliser l'intégration d'une approche territoriale de développement local (synergie EDUT, PRODAT, EDUMOSU)	0	80.000	80.000	16.000	32.000	32.000	
X	1		<b>Réserve budgétaire</b>	<b>0</b>	<b>100.000</b>	<b>100.000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>100.000</b>	<b>0</b>
X	01	01	Réserve budgétaire REGIE	0	100.000	100.000	0		100.000	0
Z			<b>Moyens généraux</b>	<b>397.528</b>	<b>886.352</b>	<b>1.283.880</b>	<b>258.044</b>	<b>486.169</b>	<b>486.169</b>	<b>53.500</b>
Z	1		Frais de personnel	296.458	608.862	905.320	181.064	337.128	337.128	50.000
Z	01	01	Conseillers Techniques Internationaux DPS	294.734	216.000	510.734	102.147	184.294	184.294	40.000
Z	01	02	Conseiller Technique Nationale DPS	0		0	0	0	0	
Z	01	03	Equipe finance et administration	1.034	277.362	278.396	55.679	106.359	106.359	10.000
Z	01	04	Autres frais de personnel	690	115.500	116.190	23.238	46.476	46.476	
Z	2		Investissements	18.685	10.000	28.685	5.749	11.468	11.468	0
Z	02	01	Véhicules	18.000		18.000	3.600	7.200	7.200	
Z	02	02	Equipement bureau	15		15	15	0	0	
Z	02	03	Equipement IT	670	10.000	10.670	2.134	4.268	4.268	
Z	02	04	Aménagements du bureau	0		0	0	0	0	
Z	3		Frais de fonctionnement	62.477	187.490	249.967	50.642	97.913	97.913	3.500
Z	03	01	Frais de fonctionnement des véhicules	4.970	40.000	44.970	8.994	16.988	16.988	2.000
Z	03	02	Télécommunications	26.785	30.000	56.785	11.357	22.714	22.714	
Z	03	03	Fournitures de bureau	11.369	50.000	61.369	12.274	24.047	24.047	1.000
Z	03	04	Missions	9.976	30.000	39.976	7.995	15.991	15.991	
Z	03	05	Frais de représentation et de communication externe	0	2.490	2.490	498	996	996	
Z	03	06	Formation (y compris sensibilisation VIH)	714		714	714	0	0	
Z	03	07	Frais de consultance	96		96	96	0	0	
Z	03	08	Frais financiers	170	15.000	15.170	3.034	5.818	5.818	500
Z	03	09	Autres frais de fonctionnement	8.397	20.000	28.397	5.679	11.359	11.359	
Z	4		Audit et Suivi et Evaluation	19.908	80.000	99.908	20.590	39.660	39.660	0
Z	04	01	Frais de suivi & évaluation (partagé)	18.891	60.000	78.891	15.778	31.557	31.557	
Z	04	02	Audit (partagé)	725		725	725	0	0	
Z	04	03	Capitalisation	35		35	35	0	0	
Z	04	04	Backstopping (y compris Infra)	258	20.000	20.258	4.052	8.103	8.103	
<b>TOTAL</b>				<b>3.519.975</b>	<b>5.000.000</b>	<b>8.519.975</b>	<b>1.688.404</b>	<b>3.314.036</b>	<b>3.414.036</b>	<b>103.500</b>