REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

PROGRAMME D'APPUI
AUX DIVISIONS PROVINCIALES DE LA SANTE
ET ZONES DE SANTE
DANS LE CADRE DU PIC 2014-2015
DE LA COOPERATION BELGO-CONGOLAISE

Fiche d'identification globale

Octobre 2014

1. IDENTIFICATION DE LA PRESTATION DE COOPÉRATION

1.1. Dénomination de la prestation

Programme d'appui aux Divisions Provinciales de la Santé (DPS) et aux Zones de Santé (ZS) dans le cadre du PIC 2014-2015 de la coopération bilatérale entre la RDC et la Belgique.

Ce programme contribue à la réalisation des objectifs du Gouvernement dans le secteur de la santé par son alignement à la stratégie sectorielle, la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) et à son plan de mise en œuvre, et le Plan National de Développement sanitaire (PNDS) 2011-2015. L'appui institutionnel aux DPS constitue une contribution de la Belgique à la mise en œuvre de la décentralisation dans le secteur de la santé.

1.2. Ministère Responsable de la prestation

Le Ministère de la Santé Publique est responsable de la préparation et la mise en œuvre de cette prestation.

1.3. Groupe cible et localisation

1.3.1. Groupes cibles

Les bénéficiaires directs sont les populations des ZS dans les Provinces de concentration éligibles de l'appui de cette intervention et le personnel de santé des structures bénéficiaires de cet appui.

Le nombre des populations prises en charge dans le cadre de cette intervention est reparti de la manière suivante[1]:

1. DPS Sud-Ubangi	**2.705.262 habitants**
ZS de Bwamanda	222.050 habitants
ZS de Budjala	118.546 habitants
ZS de Gemena	327.108 habitants
ZS de Tandala	251.615 habitants
2. DPS de la Tshopo	**2.873.237 habitants**
ZS de Kabondo	1.559.193 habitants
ZS de Lubunga	144.756 habitants
ZS de Makiso	193.226 habitants
3. DPS du Kwilu	**4.288.456 habitants**
ZS de Mosango	117.896 habitants
ZS de Mokala	203.789 habitants

Les bénéficiaires indirects seront les populations en général dans les autres zones de santé dans les provinces ciblées, ainsi que le Ministère de la Santé Publique à travers son alimentation en informations stratégiques et bonnes pratiques.

[1] Source: DPS

La baseline de renforcement issue des phases précédentes, sera établie lors de la formulation par la CTB ainsi que les Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV) qui permettront que l' Objectif Spécifique soit mesurable et puisse être atteint à l'issu de l'intervention.

1.3.2. Localisation physique des interventions

La prestation porte sur 3 DPS au niveau des chefs-lieux des futures provinces et 9 ZS dans les territoires et/ou communes urbaines reparties dans les 3 provinces actuelles: le Bandundu, l'Equateur et la Province Orientale.

Les interventions seront menées dans trois des six Provinces de concentration de l'appui de la Coopération belge.

Les structures provinciales visées sont:
- La Division Provinciale du Kwilu dans la Province de Bandundu
- La Division Provinciale du Sud-Ubangi dans la Province de l'Equateur
- La Division Provinciale de la Tshopo en Province Orientale

Les Zones de Santé retenues sont:
- Les zones de Santé de Mosango dans le territoire de Masimanimba et la zone de Mokala dans le territoire d'Idiofa pour le Kwilu;
- Les zones de Santé de Gemena, Bwamanda et Tandala dans le territoire de Gemena et la zone de santé de Budjala dans le territoire de même nom au Sud-Ubangi;
- Les zones de Santé de Kabondo, Makiso-Kisangani et Lubunga dans la ville de Kisangani pour la Tshopo.

1.4. Contexte et justification de l'appui de la Belgique au Ministère de la Santé (MSP)

Le contexte décrit dans le programme d'appui au niveau central du MSP trouve toute sa pertinence ici en ce qui concerne (1) la spécificité de l'appui institutionnel belge, (2) la décision de l'inscription du secteur santé dans le PIC 2014-2015, et (3) les critères pour le choix des interventions.

Pour rappel, suite à la multiplicité de donateurs dans le secteur de la santé ainsi que des résultats mitigés, la Belgique voyait, lors de la préparation du Programme Indicatif de Coopération (PIC) 2009-2013, qu'une pertinence limitée de rester dans le secteur de la santé.

En vue des réformes institutionnelles dans le secteur de santé initiées depuis 2010, ainsi que les défis et besoins dans le secteur, mais surtout dans l'optique d'une meilleure division de travail, le secteur de la santé a été réintégré dans le portefeuille de la coopération bilatérale comme un des secteurs prioritaires. En vue de l'obtention de résultats durables, la Belgique s'aligne aux nouvelles réformes au sein de la SRSS, comme p.ex. la Feuille de Route gouvernance, dans l'optique d'un développement progressif de procédures communes d'élaboration et de financement de programmes.

Les motivations pour ce retour ont conduit à un choix des appuis qui tiennent compte des critères suivantes:

- Le degré d'appropriation et de volonté politique du MSP, nécessaire à la réalisation des axes stratégiques de la SRSS;
- Les leçons apprises concernant la durabilité des résultats issus d'interventions passées;
- Les progrès dans la gouvernance et dans les réformes sectorielles;
- Une approche innovante, d'emblée multi-bailleurs;
- Un recentrage vers les zones de concentration de la Coopération gouvernementale arrêtées dans le PIC 2010-2013.

Dans le souci d'améliorer la gouvernance et en vue de répondre avec efficacité et efficience aux attentes de la population en matière d'offre et d'accès aux services et soins de santé de qualité, le MSP et ses partenaires ont adopté la feuille de route gouvernance (en annexe). Celle-ci traduit la volonté des différentes parties prenantes d'améliorer le pilotage et la redevabilité dans le secteur de la santé et de faire avancer la mise en œuvre des reformes prioritaires inscrites dans la stratégie de renforcement du système de santé. Pour le MSP et ses partenaires, la gouvernance est l'un des déterminants parmi les plus importants de la santé en RDC étant donné que les investissements qui ne prennent pas (ou trop peu) en compte les questions de gouvernance, risquent de n'avoir qu'un impact limité sur l'amélioration de l'offre et la qualité des soins.

En ce qui concerne l'approche multi bailleurs, le MSP et la coordination du Groupe Inter Bailleurs Santé (GIBS), dont fait partie la Belgique, ont signé une Charte de Partenariat (en annexe) qui engage tous les partenaires de travailler dans une logique de complémentarité et de synergie dans les zones d'intervention.

Dans le cadre de lutte contre la pauvreté et dans l'optique de l'atteinte des objectifs du millénaire, le MSP de la RDC s'attèle à la mise en œuvre de sa stratégie sectorielle de santé, (SRSS) qui propose:

- La réorganisation du niveau intermédiaire et la revitalisation des zones de santé à travers le renforcement du leadership des Equipes Cadre de Zone (ECZ),
- La rationalisation des structures des soins,
- L'amélioration de la qualité des soins,
- L'amélioration de la couverture sanitaire et le renforcement de la participation communautaire.

Concrètement, le niveau intermédiaire devrait connaître une réforme de son administration par la création et la mise en place de Divisions Provinciales de la Santé (DPS), pendant que le niveau opérationnel devra enclencher le développement des zones de santé (ZS).

Avec son intervention, la Belgique appui le Ministère de la santé dans la mise en œuvre de la SRSS et du PNDS. Cet appui se réalise à la fois au niveau intermédiaire qu'au niveau opérationnel et conduit à la reconstruction d'un système de santé efficace et performant offrant, à travers des centres de santé et des hôpitaux généraux de référence, des services et soins de santé globaux, continus et intégrés de qualité, accessible à la population.

Il s'agit essentiellement de l'ensemble de projets mis en œuvre dans le cadre de notre programme de la coopération bilatérale directe, le Programme d'Appui au Système de Santé aux niveaux Intermédiaire et Périphérique (CTB/ASSNIP) qui avait ciblé 4 sites et avait visé à la fois le niveau intermédiaire et le niveau opérationnel, les ZS.

Les 4 sites étaient:

1. la Province du Bas-Congo (Zones de santé de Boma, Lukula, Kisantu, Ngidinga et Nselo);
2. la Ville de Kisangani dans la Province Orientale (Zones de Santé de Kabondo, Lubunga et Makiso-Kisangani);
3. Sud-Ubangi dans la province de l'Equateur (Zones de Santé de Bwamanda, Budjala, Gemena et Tandala);
4. le Kwilu dans la province de Bandundu (Zones de Santé Mokala et Mosango).

Dans la dernière phase du programme santé du PIC 2010-2013, les résultats étaient axés, entre autres, sur la mise en place des Equipes cadre de province, des Equipes cadre des ZS, la rationalisation des structures, l'information sanitaire, et l'approvisionnement en médicaments.

Au niveau intermédiaire, l'appui belge a permis de matérialiser les DPS naissantes en mettant à disposition les infrastructures nécessaires et les moyens opérationnelles en amorçant la mise en place des Equipes cadres provinciales. Ce processus était inachevé.

L'évaluation finale du projet CTB/ASSNIP effectuée en Novembre 2013 a révélé un certain nombre de défis dans le cadre de la mise en œuvre de la SRSS, notamment:

- Le retard dans la mise en œuvre de la réforme au niveau central et de la décentralisation de l'administration publique;
- L'incoordination et manque d'alignement des PTF pour créer des synergies positives dans le développement des zones de santé;
- Le retard dans la mise en œuvre du processus d'intégration et rationalisation des programmes spécialisés;
- La faible qualité des soins et des données sanitaires dans les FOSA;
- La faible couverture sanitaire de la population par des services et soins de qualité
- La faible utilisation des services de santé liée notamment à la faible accessibilité financière de la population aux soins de qualité.

Dans le respect des acquis du passé, la Belgique veut, avec l'intervention actuelle, répondre aux défis révélés lors de l'évaluation susmentionnée, toujours conformément à la mise en œuvre du PNDS et les actions que le MSP a identifié à réaliser dans les zones de concentration dans le PIC 2014-2015. Ainsi, les actions prévues dans la feuille de route gouvernance seront prises en compte dans l'intervention actuelle du fait qu'elles concernent aussi le niveau provincial (DPS et ZS) et induisent une approche multi bailleurs.

Spécifiquement pour les 3 ZS, Bwamanda et Budjala en Equateur, et Mosango au Bandundu, où existent des appuis d'autres intervenants, dont MEMISA et Congo Dorpen (ex CDI-Bwamanda), l'intervention devra chercher une complémentarité et de la synergie entre la coopération bilatérale directe et la coopération indirecte.

2. Objectifs

2.1. Objectif général

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans le cadre global de lutte contre la pauvreté.

2.2. Objectif spécifique:

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.

La baseline de renforcement issue des phases précédentes, sera établie lors de la formulation par la CTB ainsi que les Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV) qui permettront que l' Objectif Spécifique soit mesurable et puisse être atteint à l'issu de l'intervention.

2.3. Résultats proposés

2.3.1.Résultats pour les Divisions Provinciales de la Santé

L'appui au niveau des Divisions Provinciales de la santé est envisagé autour des 5 résultats suivants:

Résultat 1: La DPS est organisée selon un modèle plus efficient pour un fonctionnement optimal conformément au cadre organique édicté par le Ministère de la Santé Publique;

Résultat 2: La DPS assure pleinement son rôle de coordination des partenaires, des financements et de contrôle de l'action sanitaire;

Résultat 3: L'accompagnement des zones de santé est assuré de manière à renforcer les capacités des ECZ à élaborer leurs plans d'action sanitaire, à les mettre en œuvre, et à les évaluer pour l'amélioration des prestations de services et des soins de santé;

Résultat 4: La gestion est renforcée pour la mobilisation efficace des ressources (nationales, provinciales et des PTF) et leur utilisation efficiente pour un fonctionnement harmonieux du système de santé;

Résultat 5: La récolte de l'information sanitaire est organisée et utilisée pour la prise de décision à tous les niveaux et le renforcement du leadership du MSP sur l'ensemble du secteur.

2.3.2. Résultats pour les zones de Santé

Les interventions dans les zones de santé sont organisées autour de 5 résultats:

Résultat 1: L'ECZS mise en place assure le pilotage de la ZS à travers l'élaboration des Plans, le développement progressif de la couverture sanitaire et l'encadrement des formations sanitaires de premier contact (CS) et de premier niveau de référence (HGR);

Résultat 2: Dans les ZS, l'HGR et un nombre des FOSA sont rationalisés (en organisation et en fonctionnement) pour offrir des services et soins de qualité conformément aux prescriptions de la SRSS;

Résultat 3: Les initiatives permettant l'amélioration de l'accès financier et géographique des populations aux soins et services de santé de qualité sont mis en place et documentées;

Résultat 4: La gestion administrative et technique des ressources des zones de santé (y compris l'approvisionnement en médicaments et le suivi de leur gestion) est améliorée;

Résultat 5: L'apprentissage basé sur les évidences et expériences du terrain est assuré en vue d'améliorer le fonctionnement du système local de santé, d'alimenter le renforcement du système au niveau provincial, et d'adapter les politiques et normes sanitaire au niveau central.

3. MONTAGE INSTITUTIONNEL ET SYNERGIE AVEC D'AUTRES BAILLEURS

Le programme d'appui au niveau provincial comporte 3 volets correspondant aux 3 zones géographiques ou provinces pour la mise en œuvre. Chaque volet comporte 2 niveaux d'interventions ou sous-volets (Provincial et ZS).

Au niveau de chaque province ou volet, la mise en œuvre de ce programme sera assurée par les DPS et les ZS en collaboration avec les autres partenaires techniques et financiers dans une vision de synergie et de complémentarité. Le pilotage des interventions sera assuré par les responsables des DPS et les ECZ sur base de leurs Plan d'Action Opérationnel (PAO) respectifs. En effet, la SRSS et son plan de mise en œuvre servent de référence pour les interventions dans le secteur de la santé pour tous les partenaires et intervenants.

La planification des actions au niveau des zones de santé (ECZ, HGR et CS) et dans les DPS sera réalisée de façon à faciliter l'harmonisation des interventions et la traçabilité des appuis des différents partenaires. S'inscrivant dans une approche multi-bailleur, en lien avec la réforme du financement et la mise en place de l'unité de gestion au sein de la DPS, un mécanisme commun de gestion pour tous les PTF sera mis en place pour servir d'appui à la planification commune. Ceci dans l'esprit de la Charte de Partenariat, signé par le Groupe Inter Bailleurs santé (GIBS), dont fait partie la Belgique, qui engage tous les partenaires de travailler dans une logique de complémentarité et de synergie dans les zones d'intervention.

Un Mémorandum d'entente entre les PTF et le Ministère de la Santé sera signé à cet effet. Les fonds belges seront gérés dans l'esprit de ce mécanisme commun avec une assistance technique immergée au sein de la DPS axé sur l'appui technique, administratif et financier.

L'accompagnement technique, ainsi que l'encadrement administratif et financier des ZS est sous la responsabilité de la DPS, avec l'appui de l'unité administratif et financier de la CTB[2].

[2] Comme pour le niveau central, la mise en place des unités de gestion des projets au sein des DPS, n'est pas envisagé, par contre une assistance technique au sein de la structure appuyée est prévue.

le Comité Provincial de Pilotage du Secteur de la Santé (CPP-SS) reste le seul organe de pilotage et de dialogue sectoriel au niveau de la DPS.

Cependant, dans le cadre de la coopération bilatérale entre la RDC et la Belgique, la structure de suivi bilatéral quotidien (Structure Mixte de Concertation Locale ou SMCL) sera mise en place conformément aux directives de la coopération belgo-congolaise.

Les décisions prises dans le SMCL par rapport aux dispositions et les orientations de mise en œuvre du programme bilatérale, seront partagées avec l'ensemble des partenaires dans le cadre du CPP-SS (cf. Charte de Partenariat).

En matière d'engagements mutuels, le financement belge est complémentaire aux apports additionnels et croissants congolais. Le suivi de la mise en œuvre de la Feuille de Route sur la gouvernance sera pris en compte dans le dialogue bi- et multilatéral avec la partie congolaise.

Lors de la formulation, le montage institutionnel de ce programme et ses différents volets sera affiné en fonction des opportunités concrètes, tout en s'inscrivant dans une vision à long terme et en définissant les liens étroits (organisationnels/opérationnels) avec le programme d'appui au niveau central.

4. RELATION DE LA PRESTATION AVEC LE DSCRP ET LES OMD

Le document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (DSCRP) inclut l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD).

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2011-2015) de sa part s'inscrit dans l'accélération de l'atteinte des OMD relatifs à la santé.

L'appui apporté par le Royaume de Belgique à travers ce programme s'inscrit dans le cadre de la stratégie de réduction de la pauvreté et l'accélération de l'atteinte des OMD.

Les actions qui seront menées au niveau des ZS telles que proposées notamment dans les résultats 2 et 3, s'inscrivent pleinement dans le but de contribuer à l'atteinte des OMD. Elles devront améliorer les indicateurs sanitaires en rapport avec: (1) l'objectif 4 visant la réduction de la mortalité infantile, (2) l'objectif 5 visant la réduction de la mortalité maternelle et (3) l'objectif 6 qui se concentre sur la lutte contre le VIH/Sida, le Paludisme et les autres maladies.

A ce jour, deux rapports nationaux sur les OMD ont été publiés en RD Congo, le premier en 2004, le second en 2010. Ces deux rapport montrent les progrès réalisés en vue de l'atteinte de ces objectifs dont les 3 en rapport avec la santé. Ces progrès peuvent être actualisés avec les données récentes qui viennent d'être publiés dans le rapport de l'Enquête Développement et Santé – EDS –RDC II 2013-2014.

La tendance nationale dans l'évolution des OMD indique des améliorations mais tous s'accordent à dire que ces OMD ne seront pas atteints en 2015 pour ses cibles, à savoir en santé: (1) Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, (2) Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle, (3) D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/Sida et commencé à inverser la tendance actuelle et (4) D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies et avoir commencé à inverser la tendance actuelle.

En effet, pour ces différents objectifs, la RDC présente ces tendances:

- La mortalité infantile est passée de 148 pour 1000 en 1995 à 126 pour 1000 en 2001, de 97 pour 1000 en 2010. Pour la période 2009-2013, l'enquête EDS-RDCII indique une mortalité infantile évaluée à 58 décès pour 1 000 naissances vivantes et une mortalité juvénile à 49 ‰.
- En 2007, selon EDS-RDC I, la mortalité maternelle était de 549 pour 100.000 naissances vivantes. Les modèles des Nations Unies ont ignoré ce chiffre Ils l'ont estimé en 2007 à 930/100.000 naissances. Selon EDS-RDC II, ce taux est toujours élevé, autour de 846/100.000, et correspond à la projection des modèles des NU, qui donne actuellement un taux de 730/100.000 naissances. Avec le taux de fécondité qui a légèrement augmenté depuis 2007, d'une moyenne de 6,3 à une moyenne de 6,6 enfants par femme, les femmes en RDC courent un risque de 1 sur 18 de décéder à cause de leur maternités.
- De 2001 à 2007, il y a une augmentation de 17% de femmes qui vont en consultation prénatale avec une couverture de 92% dans le milieu urbain contre 81% en milieu rural. Selon l'EDS-RDC II, ce pourcentage est compris entre 85,7% et 90,5% selon le groups d'âge de femmes enceintes.
- Selon l'EDS-RDC II, la prévalence du VIH dans la population générale de 15-49 ans est de 1,2%, en 2007 elle était estimée à 1.3%. La prévalence parmi les femmes (1,6%) est nettement plus élevée que parmi les hommes (0,6%).
- Le paludisme demeure toujours l'endémie majeure et la première cause de morbidité avec près de 10 épisodes par an et par enfant et de 3 épisodes par an par personne. On estime entre 150.000 et 250.000, le nombre d'enfants de moins de 5 ans qui meurent chaque année du paludisme.

Ces taux sont repartis différemment d'une province à l'autre ou d'une ZS à une autre. Pour les Zones ciblées dans la présente intervention, la formulation spécifiera différents indicateurs contenus dans chacun des OMD santé afin que la mise en œuvre de ce programme puisse en prendre compte et suivre les progrès dans chacune de ZS ciblée.

Les actions soutenues par ce programme s'inscrivent également dans les axes prioritaires du DSCRP qui repose sur cinq piliers: (i) Promouvoir la bonne gouvernance et le renforcement des institutions, (ii) Améliorer l'accès aux services sociaux et réduire la vulnérabilité, (iii) Combattre le VIH/Sida, et (iv) Promouvoir la dynamique communautaire.

Ces actions contribuent à améliorer la fonctionnalité des DPS et des ECZ, ainsi que l'investissement, ce qui devra permettre aux Zones de Santé d'étendre la couverture sanitaire et d'offrir le paquet minimum d'activités (PMA) au niveau des CS et le paquet complémentaire d'activités (PCA) au niveau des HGR.

5. BUDGET INDICATIF

Le budget indicatif global de l'appui aux divisions provinciales et zones de santé dans le cadre du PIC 2014-2015 est de 13.500.000 euros répartis de la manière suivante:

- 4.500.000 euros pour le volet Kisangani à raison de 1.500.000 euros pour la DPS et 1.000.000 euros pour chacune de 3 zones de santé;
- 5.500.000 euros pour le volet Sud-Ubangi à raison de 1.500.000 euros pour la DPS et 1.000.000 euros pour chacune des 4 zones de santé;

- 3.500.000 euros pour le volt Kwilu à raison de 1.500.000 euros pour la DPS et 1.000.000 euros pour chacune des 2 zones de santé.

Ce financement sera utilisé conjointement avec les autres appuis sur lesquels les différents volets peuvent compter, entre autre le volet Renforcement du Système de Santé du Fonds Mondial et de GAVI.

Toutes les DPS bénéficieront du budget de l'Etat, notamment pour la rémunération du personnel et l'appui au fonctionnement. La DPS Tshopo pourra aussi compter sur la Coopération Britannique à travers le projet d'appui aux soins de santé primaires (ASSP). Les DPS et les ZS du Sud Ubangi et du Kwilu pourront aussi compter sur l'appui du projet de développement du secteur de la santé (PDSS) financé par la Banque Mondiale dont le processus de formulation est en cours de finalisation.

La formulation affinera la répartition du budget en fonction des besoins réels et des autres ressources disponibles, toujours en veillant à sauvegarder les enveloppes par province et par niveau. Toutefois, dans une province, les ZS verront leur budget redistribuer entre elles en fonction des besoins réels de chacune. Lors de la Formulation, on pourrait néanmoins prévoir un mécanisme de réaffectation éventuelle entre les provinces en cas de graves problèmes pendant l'exécution.

6. MESURES VISANT LA DURABILITE ET LA PERENITE

- La rationalisation des ressources humaines dans les structures ciblées avec l'appui du programme;
- Le renforcement des capacités des ressources humaines et l'amélioration du cadre de travail pendant l'intervention;
- La dotation adéquate des ressources domestiques par le Gouvernement dans le cadre de l'appui au fonctionne ment des structures de l'administration (appropriation de la réforme de l'administration publique);
- L'amélioration de la transparence dans la gestion et le suivi de l'utilisation des recettes générées par les prestations dans les structures de soins qui constituent aussi des fonds publics.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme des finances publiques et en vue de garantir l'efficacité de l'aide au développement, le MSP mettra progressivement les mécanismes de suivi de la gestion des ressources apportés par divers PTF, en place. Comme au niveau central, la DPS sera responsabilisée pour la coordination de l'ensemble des appuis en vue de créer des synergies positives dans le développement des zones de santé.