



CTB



RAPPORT DES RESULTATS 2016

PROGRAMME D'APPUI AU NIVEAU CENTRAL - PANC



FEVRIER 2017

ACRONYMES	5
1 APERÇU DE L'INTERVENTION.....	7
1.1 FICHE D'INTERVENTION.....	7
1.2 EXECUTION BUDGETAIRE.....	9
1.3 AUTOEVALUATION DE LA PERFORMANCE.....	10
1.3.1 <i>Pertinence</i>	10
1.3.2 <i>Efficacité</i>	10
1.3.3 <i>Efficiéce</i>	10
1.3.4 <i>Durabilité potentielle</i>	10
1.4 CONCLUSIONS.....	10
2 MONITORING DES RESULTATS	12
2.1 ÉVOLUTION DU CONTEXTE.....	12
2.1.1 <i>Contexte général</i>	12
2.1.1 <i>Contexte institutionnel</i>	15
2.1.2 <i>Contexte de gestion : modalités d'exécution</i>	16
2.1.3 <i>Contexte HARMO</i>	16
2.2 PERFORMANCE DE L'OUTCOME.....	17
2.2.1 <i>Progrès des indicateurs</i>	17
2.2.2 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	18
2.2.3 <i>Impact potentiel</i>	19
2.3 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 1.....	20
2.3.1 <i>Progrès des indicateurs</i>	20
2.3.2 <i>État d'avancement des principales activités</i>	20
2.3.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	20
2.4 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 2.....	22
2.4.1 <i>Progrès des indicateurs</i>	22
2.4.2 <i>État d'avancement des principales activités</i>	22
2.4.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	22
2.5 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 3.....	24
2.5.1 <i>Progrès des indicateurs</i>	24
2.5.2 <i>État d'avancement des principales activités</i>	24
2.5.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	24
2.6 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 4.....	26
2.6.1 <i>Progrès des indicateurs</i>	26
2.6.2 <i>État d'avancement des principales activités</i>	26
2.6.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	26
2.7 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 5.....	28
2.7.1 <i>Progrès des indicateurs</i>	28
2.7.2 <i>État d'avancement des principales activités</i>	28
2.7.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	28
2.8 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 6.....	30
2.8.1 <i>Progrès des indicateurs</i>	30
2.8.2 <i>État d'avancement des principales activités</i>	30
2.8.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	30

2.9	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 7.....	31
2.9.1	<i>Progrès des indicateurs.....</i>	31
2.9.2	<i>État d'avancement des principales activités.....</i>	31
2.9.3	<i>Analyse des progrès réalisés.....</i>	31
2.10	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 8.....	32
2.10.1	<i>Progrès des indicateurs.....</i>	32
2.10.2	<i>État d'avancement des principales activités.....</i>	32
2.10.3	<i>Analyse des progrès réalisés.....</i>	32
2.11	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 9.....	33
2.11.1	<i>Progrès des indicateurs.....</i>	33
2.11.2	<i>État d'avancement des principales activités.....</i>	33
2.11.3	<i>Analyse des progrès réalisés.....</i>	33
2.12	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 10.....	34
2.12.1	<i>Progrès des indicateurs.....</i>	34
2.12.2	<i>État d'avancement des principales activités.....</i>	34
2.12.3	<i>Analyse des progrès réalisés.....</i>	34
2.13	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 11.....	36
2.13.1	<i>Progrès des indicateurs.....</i>	36
2.13.2	<i>État d'avancement des principales activités.....</i>	36
2.13.3	<i>Analyse des progrès réalisés.....</i>	36
2.14	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 12.....	38
2.14.1	<i>Progrès des indicateurs.....</i>	38
2.14.2	<i>État d'avancement des principales activités.....</i>	38
2.14.3	<i>Analyse des progrès réalisés.....</i>	38
2.15	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 13.....	40
2.15.1	<i>Progrès des indicateurs.....</i>	40
2.15.2	<i>État d'avancement des principales activités.....</i>	40
2.15.3	<i>Analyse des progrès réalisés.....</i>	40
2.16	THEMES TRANSVERSAUX.....	41
2.16.1	<i>Genre.....</i>	41
2.16.2	<i>Environnement.....</i>	42
2.16.3	<i>Une approche basée sur les droits humains.....</i>	43
2.17	GESTION DES RISQUES.....	44
3	PILOTAGE ET APPRENTISSAGE.....	47
3.1	REORIENTATIONS STRATEGIQUES.....	47
3.2	RECOMMANDATIONS.....	47
3.3	ENSEIGNEMENTS TIRES.....	47
4	ANNEXES.....	48
4.1	CRITERES DE QUALITE.....	48
4.2	DECISIONS PRISES PAR LE COMITE DE PILOTAGE ET SUIVI.....	52
4.3	CADRE LOGIQUE MIS A JOUR.....	53
4.4	APERÇU DES MORE RESULTS.....	53
4.5	RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS (Y – M) ».....	53
4.6	RESSOURCES EN TERMES DE COMMUNICATION.....	53

Acronymes

AEP	Agences d'exécution partenaires
ANG	Acteurs belges non-gouvernementaux
APA	Autorité Politico Administrative
ARPN	Autorité de Réglementation Pharmaceutique Nationale
AS	Aire de Santé
ASLO	Association Locale
ASRAMES	Association Régionale d'Achat des Médicaments Essentiels
ASSNIP	Appui au Système de Santé du Niveau Intermédiaire et Périphérique
AT	Assistance Technique (ou Assistant Technique)
ATI	Assistant Technique International
ATN	Assistant Technique National
BCAF	Bureau Central d'Achats de la FEDECAME
BCZS	Bureau Central de la Zone de Santé
BM	Banque Mondiale
BTC	Belgian Technical Cooperation
BZS	Bureau de Zone de Santé
CA	Conseil d'Administration
CAG	Cellule d'Appui à la Gestion Financière
CCQ	Comité de Contrôle de la Qualité
CCT	Comité de Coordination Technique
CCSC	Centre de Connaissances Santé au Congo
CTB	Coopération Technique Belge
CU	Contrat Unique
COMPAR	Comité de Partenaires de la Coopération Belgo-Congolaise
DHIS 2	Logistique de gestion de données en santé
DPM	Direction de Pharmacie et Médicaments
DPS	Division Provinciale de la santé
DSRCP	Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté
DTF	Document Technique Financier
ECZS	Equipe Cadre de Zones de santé
FBP	Financement basé dans la performance
GIBS	Groupe Inter Bailleurs Santé
HGR	Hôpital Général de Référence
LIC	Low Income Countries
MSP	Ministère de la Santé Publique
MTR	Mid Term Review
OMS	Organisation Mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
PADP	Programme d'appui aux Divisions Provinciales et les Zones de la Santé
PANC	Programme d'appui au Niveau Central
PAO	Plan Annuel Opérationnel
PCA	Paquet Complémentaire d'activités
PDDS	Plan Directeur de Développement Sanitaire
PLVS	Programme de Lutte contre les Violences Sexuelles
PMA	Paquet minimum d'activités
PNDS	Plan National de Développement du Secteur santé
PNLS	Programme National de Lutte Contre le SIDA
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNS	Politique Nationale de Santé

PNUD	Programme des Nations Unies de Développement
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RDC	République Démocratique du Congo
SIDA	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SMCL	Structure Mixte de Concertation locale
SRSS	Stratégie de renforcement des soins de santé
ZS	Zones de Santé
CCSC	Centre de Connaissances Santé au Congo

1 Aperçu de l'intervention

1.1 Fiche d'intervention

Nom de l'intervention	Programme d'Appui au Niveau Central
Code de l'intervention	RDC 1419411
Emplacement	Ville de Kinshasa, Provinces de la Tshopo, du Sud-Ubangi et du Kwilu
Budget total	9.000.000 euros (DTF), 4.500.00 Euros (Decisión COMPRAR mars 20160)
Institution partenaire	Ministère de la Santé Publique
Durée du projet	36 mois à partir de la réunion de la SMCL de mise en œuvre
Date prévue de fin d'exécution	7 décembre 2019
Groupes cibles	<p>La population Congolaise des ZS dans les Provinces de concentration éligibles de l'appui de cette intervention</p> <p>Les populations en général dans les autres zones de santé dans les provinces ciblées à travers l'appui aux DP</p> <p>Les cadres du MSP tant au niveau intermédiaire que périphérique, et, en particulier, les prestataires, actuels et futurs, au sein des structures bénéficiaires de cet appui</p> <p>Les cadres du MSP du niveau central à travers son alimentation en informations stratégiques et bonnes pratiques</p>
Objectif général (Impact)	Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans le cadre global de lutte contre la pauvreté
Objectif spécifique (Outcome)	<p>OS 1. Les capacités managériales de la DEP sont renforcées pour assurer ses missions dans la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du PNDS en priorité dans les aspects de réforme du secteur et du développement des zones de santé.</p> <p>OS 2. Les capacités managériales de la DLM sont renforcées pour assurer son leadership de gestion multi-bailleurs des maladies endémo-épidémiques et des maladies non transmissibles.</p> <p>OS 3. L'approvisionnement régulier et pérenne en</p>

	médicaments, dispositifs médicaux et produits de diagnostic essentiels de qualité à un prix accessible, mission prioritaire du SNAME, est assuré par la FEDECAME, régulé par la DPM, suivi par le PNAM, et destiné à toutes les Formations sanitaires des ZS ciblées, via les CDR de Kisangani (CAMEKIS), de Bwamanda (CAMENE) et de Kikwit (CAMEBASU).
Résultats (Outputs)	Résultat 1 : Une planification coordonnée est assurée à tous les niveaux, afin de permettre le renforcement du système de santé et en particulier le développement des zones de santé.
	Résultat 2 : La coordination des appuis des différentes partenaires techniques et financiers du secteur de la santé –en termes de synergie, de complémentarité et de cohérence avec la stratégie sectorielle –est assurée à tous les niveaux.
	Résultat 3 : Le suivi du développement du secteur est assuré à travers la gestion de l'information stratégique – provenant de tous les niveaux du système de santé –sous forme de capitalisation d'expériences ou d'études et de bases de données pour l'analyse sectorielle et macro-économique.
	Résultat 4 : L'élaboration des politiques, des normes et des stratégies du secteur est basée sur la recherche en système de santé à tous les niveaux, en particulier au niveau opérationnel.
	Résultat 5 : Le management interne de la DEP est renforcé dans la vision de la réforme du système de santé.
	Résultat 6 : Le fonctionnement des programmes spécialisés prioritaires est coordonné et progressivement intégré dans le cadre des activités courantes de la DLM.
	Résultat 7 : La surveillance épidémiologique et la réponse contre les épidémies sont renforcées dans une vision multidisciplinaire et multi-bailleurs.
	Résultat 8 : Le fonctionnement du réseau des laboratoires est renforcé en appui à la lutte contre les épidémies et endémies prioritaires.
	Résultat 9 : Le management interne de la DLM est renforcé dans la vision de la réforme du système de santé.
	Résultat 10 : L'appui aux trois CDR de Kisangani, Bwamanda et Kikwit permet d'assurer la disponibilité des médicaments FEDECAME de qualité et à prix accessible depuis la CDR jusqu'au zones de santé.
	Résultat 11 : Le rôle du Programme National d'Approvisionnements en Médicaments (PNAM) dans la coordination et supervision du SNAME est renforcé.
	Résultat 12 : Le fonctionnement de la FEDECAME et du BCAF Ouest est renforcé afin d'assurer une disponibilité continue des médicaments dans les CDR.
	Résultat13 : Les principales fonctions règlementaires de la DPM (D3) sont renforcées dont en particulier,

	l'enregistrement et l'inspection.
Année couverte par le rapport	2016

1.2 Exécution budgétaire

RDC1419311 - PANC	Budget	Dépenses		Solde	Taux de déboursement à la fin de l'année 2016
		Années précédentes	Année couverte par le rapport (2016)		
Total	5.000.000	NA	141.901	4.858.099	3%
Objectifs Spécifique A	747.500	NA	19.063	728.437	3%
Résultat1	165.500		0	165.500	
Résultat2	185.500		0	185.500	
Résultat3	31.500		0	31.500	
Résultat4	42.000		0	42.000	
Résultat5	323.000		19.063	303.937	
Objectifs Spécifique B	638.500	NA	14.554	623.946	2%
Résultat1	38.500		0	38.500	
Résultat2	27.000		0	27.000	
Résultat3	15.000		0	15.000	
Résultat4	558.000		14.554	543.446	
Objectifs Spécifique C	2.424.000	NA	41.267	2.382.733	2%
Résultat1	1.504.000		0	1.504.000	
Résultat2	693.000		41.267	651.733	
Résultat3	227.000		0	227.000	
Résultat4	0		0	0	
Réserve Budgétaire	10.000		0	10.000	0%
Moyens Généraux	1.180.000	NA	67.016	1.112.984	6%
Frais de personnel	758.100		21.490	736.610	
Investissement	105.000		41.025	63.975	
Frais de fonctionnement	140.400		4.497	135.903	
Audit et Suivi et Evaluation	176.500		5	176.495	

1.3 Autoévaluation de la performance

1.3.1 Pertinence

	Performance
Pertinence	B

Le PANC comme intervention est bien aligné aux politiques de sante en vigueur à RDC et aux stratégies de la Coopération Belge en LIC.

1.3.2 Efficacité

	Performance
Efficacité	NA

1.3.3 Efficience

	Performance
Efficience	NA

1.3.4 Durabilité potentielle

	Performance
Durabilité potentielle	NA

1.4 Conclusions


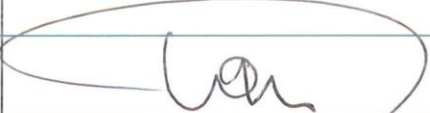


La mise en réalité de l'actuel Programme santé à la RDC a été un très long processus :

- En 2013 une première mission conjointe de la CTB avec plus tard cette même année l'étude de faisabilité relative à la création de « Centres Panzi » dans la Lutte contre les violences sexuelles ;
- En mars 2014 la réalisation des fiches d'identification et plus tard le même an l'étude sur le Contrat Unique (CU) ;
- En novembre 2014 le démarrage des termes de référence pour les formulations des différents volets ;
- En janvier 2015 le lancement du marché public pour la formulation et un mois plus tard la mission EST-Santé pour préparation des formulations ;
- Pendant le période de mars à juillet 2015 se sont réalisées les formulations, qui ont été validées par le MSP au mois de juillet ;
- Le 22 décembre 2015 ont été signées les conventions spécifiques ;
- A partir de juin 2016 se sont présentés les agréments des premiers ATI ;

- A partir d'avril 2016 se font les premiers recalibrages du PANC en conséquence à la décision du Comité de Partenaires de la Coopération Belgo-Congolaise (COMPAR) pendant sa réunion spéciale du 25 mars de 2016, de réaliser une réduction budgétaire du component central du Programme de Santé.
- La proposition faite pour le recalibrage du PANC lors d'une mission d'EST Santé pendant le mois de juillet, ratifiée par la SMCL du PANC est ajusté par l'Ambassade de la Belgique à RDC pendant le mois de septembre 2016.
- Le 13/10/2016 la SMCL du PANC ratifie la proposition de recalibrage faite par l'Ambassade.
- Le 06/12/2016 se réalisent les SMCL de mise en place du PADP.

On observe qu'appart d'autres phase dans la préparation du Programme Santé, aussi la phase de préparation du Programme Santé s'est décalé pour plus qu'une année à la suite des paramètres de disponibilité de l'équipe d'ATI de Santé d'un côté, mais aussi le recalibrage du PANC.

Ayant démarré pendant Q3 2016, les activités menées au sein du Programme Santé et le PANC n'ont pas encore atteint un niveau suffisant pour en arriver à des conclusions sur la performance.

Fonctionnaire exécution nationale	Fonctionnaire exécution CTB
	
	

2 Monitoring des résultats¹

2.1 Évolution du contexte

2.1.1 Contexte général

Contexte socio-politique en RDC.

La RDC, pays de l'Afrique centrale avec une superficie de 2.345.000 km², a connu une instabilité chronique, la faiblesse des institutions étatiques et de sa culture politique dominée par l'ingérence extérieure. Sur le plan de la situation politique du pays, le redressement du pays à partir des accords de paix de Lusaka de 1999, est en voie mais les efforts de paix et de relance économique ont été particulièrement perturbés par un contexte social difficile en 2016.

Le pays est confronté à plusieurs défis majeurs, comme la restauration de son intégrité territoriale, le désarmement des groupes rebelles, la réinsertion sociale et le développement du pays en vue de sa modernisation.

L'opposition et la majorité présidentielle ont signé le 31 décembre 2016 un compromis pour la gestion du pays jusqu'à la mise en place d'une transition politique, en attendant l'organisation d'élections présidentielles, législatives et communales d'ici à la fin de 2017.

Situation socio –démographique

Avec une population évaluée à 73.599.190 habitants (source : banque mondiale) la RDC devrait avoir atteinte et dépassée une population de 78 millions en 2015. La moitié de cette population est à moins de 25 ans, avec une proportion urbaine qui représenterait le 39.7 % en 2015. La population d'âge économiquement actif (20-64 ans) représente 44% de la population totale.

La situation de la santé en RDC

L'Espérance général de vie de la population à la naissance est de 45 ans, 54 ans pour les hommes, 45 ans pour les femmes. Les enquêtes rétrospectives sur la mortalité ont fait apparaître un taux de mortalité extrêmement élevé parmi les populations affectées par les conflits armés, et l'on estime que 3.8 millions de décès peuvent être attribués à la guerre depuis 1997. La mortalité infanto juvénile est passée de 192 et 220 décès pour 1000 naissances vivantes entre 1990 et 2001. Ce taux représentait entre 450.000 à 500.000 décès chaque année dans cette tranche d'âge (évaluation faite sur base d'une population estimée à 58.3 millions d'habitants).

Le ratio de mortalité maternelle qui était de 850 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1985 est passé à 549 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2007. Les données des sites sentinelles montrent que l'épidémie du VIH/SIDA est généralisée en RDC. En effet, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes fréquentant les services de consultation prénatale est de 4,3% (PNLS, 2008). Les données actuellement disponibles montrent que l'épidémie se ruralise (4,6% en milieu rural contre 4,2% en milieu urbain), se « juvénilise » et se féminise (sexe ratio : 1,3). Les zones géographiques particulières

¹ L'impact se réfère à l'objectif général ; l'outcome se réfère à l'objectif spécifique ; l'output se réfère au résultat escompté

joueraient un rôle particulier dans la propagation de l'épidémie. C'est le cas de gares ferroviaires, de ports maritimes, de zones minières et de postes frontaliers, etc.

On ne dispose pas des données sur le paludisme pour la période d'avant 1985 pour pouvoir les comparer aux données actuelles. Cependant, tout porte à croire que la désarticulation du système de santé a eu un effet néfaste sur les efforts de contrôle de cette endémie. En effet, en dépit de la création du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) et de la définition de la politique, il semble bien y avoir une fracture entre les principes édictés par la politique de lutte contre le paludisme et les habitudes des praticiens.

97% de la population congolaise sont exposés au paludisme endémique, les trois autres pourcentages le sont au paludisme épidémique dans les hautes montagnes de l'Est du pays. La prévalence de la fièvre chez les enfants de moins de 5 ans est de 42%. Ceci correspond à 6 à 10 épisodes par enfant et par an. Le nombre total annuel d'épisodes de fièvre présumée palustre dans le pays selon les estimations varie entre 60 et 100 000 000³. Cependant, l'OMS estime à 27 millions des cas du paludisme par an⁴.

La RDC est l'un des 22 pays les plus affectés par la tuberculose dans le monde. Elle occupe le 5^{ème} rang en Afrique et le 11^{ème} au niveau mondial (Source : OMS). L'OMS a estimé qu'en 2003 l'incidence annuelle des Tuberculoses Pulmonaires à Microscopie Positive (TPM+) en RDC était de 160 cas pour 100.000 habitants. Depuis 1987, le nombre de cas de TPM+ notifiés par le programme augmente progressivement.

La diversité géographique ponctuée par les forêts et les cours d'eau se combine à la grande diversité culturelle et linguistique pour accentuer la dispersion et l'enclavement géographique de différents groupes. Ainsi l'ampleur des besoins sociaux de base, en l'occurrence des besoins sanitaires, à satisfaire s'articule, pour les politiques nationales, à la complexité d'atteindre des populations dispersées sur de vastes étendues et, de surcroît, dans des zones d'accès très difficiles.

Situation socio-économique

Le taux de croissance économique de la RDC, après avoir chuté à 2,8 % en 2009 du fait de la crise financière internationale, s'est établi globalement à 7,7 % par an sur la période 2010-2015, soit un niveau bien supérieur à la moyenne de l'Afrique subsaharienne, avant tout en conséquence de la croissance des industries extractives. Le ralentissement de l'économie mondiale et la baisse des prix des minéraux, conjugués à l'instabilité politique dans le pays, ont influé négativement l'économie et le taux de croissance du PIB au dernier trimestre 2015 et au premier semestre 2016 : ralentissement à 6,9 % en 2015, contre 9,5 % en 2014. Les autorités de la RDC ont récemment revu à la baisse leurs prévisions de croissance pour 2016 et tablent à présent sur une progression de 4,3 %.

En 2016, il semble que la situation a aussi détérioré vers une hausse de l'inflation (à 2,2 %), une dépréciation du taux de change du Franc Congolais face au dollar (de 920 à 1230 francs congolais), et une baisse des réserves de devises, dont le niveau permet actuellement de couvrir 4,5 semaines d'importations.

Dans les dépenses de ménage congolais, l'alimentation représente 62,3% des dépenses totales. Cette structure de la dépense révèle que toute inflation affectant les produits alimentaires diminuerait leurs revenus réels, augmentant, toute chose égale par ailleurs le nombre des pauvres et des vulnérables. Dans un pays où la plupart des produits de

première nécessité sont importés, les variations de change perturbent vite les prix à la consommation, avec un impact particulièrement direct pour les populations les plus pauvres (augmentation de 50 à 100% de la farine de maïs, qui constitue la base de l'alimentation de nombreuses familles).

L'ampleur de la pauvreté varie considérablement d'une région à une autre, selon qu'on réside en milieu urbain et rural ainsi que selon les groupes socioprofessionnels (les travailleurs indépendants et les apprentis sont les plus pauvres (77%) ; suivies des manœuvres, des employés et ouvriers semi qualifié (66%). On compte plus de 40% de pauvres parmi les cadres de direction et de collaboration) ainsi que selon les groupes sociodémographiques (la pauvreté frappe surtout les ménages où l'âge du chef est compris entre 30 et 65 ans (plus de 70% de pauvres).

Le Gouvernement s'est engagé en 2006, à travers le Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (DSCR) qui a couvert la période allant de 2006 à 2008, à mettre en place une nouvelle génération de réformes économiques et sociales pour lutter contre l'extrême pauvreté. L'objectif est d'une part de consolider les acquis des programmes économiques passés et rendre durable la croissance, et d'autre part de renforcer la sphère sociale et de s'assurer que les bonnes performances économiques se traduisent par une nette amélioration des conditions de vie des populations.

L'objectif ultime que le Gouvernement vise à travers la présente stratégie est l'amélioration durable et effective des conditions de vie des populations pour une période d'une génération de 25 ans (vision 26/25) répartie sur trois ans, en s'attaquant aux principales causes de la pauvreté telles que relevées dans le diagnostic.

Concernant la santé, le DSCR stipule que l'amélioration de l'état de santé des populations est un objectif à la fois économique et social de développement. La réalisation d'un tel objectif nécessite la contribution de l'ensemble des secteurs de la vie nationale, ce qui revient à agir sur les déterminants de la santé tels que l'eau, l'hygiène et l'assainissement (l'environnement), l'amélioration de conditions de vie des populations, l'éducation, la promotion de bonnes habitudes alimentaires, etc. en même temps qu'on met en place les services de santé et qu'on se rassure de leur utilisation par la population.

La Politique Nationale de la Santé adoptée en 2001, met l'accent sur les soins de santé primaires. L'unité opérationnelle de mise en œuvre de la PNS est la Zone de Santé. La mise en œuvre de cette PNS a démarré avec le Plan Directeur de Développement Sanitaire (PDDS) 2000-2009. Le financement du PDDS a été essentiellement extraverti. Etant donné la structure de l'aide internationale dont la plus grande partie est destinée à la lutte sélective contre la maladie, la plupart des Zones de Santé mises en place pour une offre des soins de santé à la fois globaux, continus et intégrés, ont fini par céder à la fragmentation.

En 1987, la RDC a adopté la Convention 102 du 4 juin 1952 concernant la sécurité sociale sans le volet relatif aux soins de santé. Seuls 5% de la population active bénéficient de la protection en matière des soins de santé : il s'agit des employés du secteur privé et des fonctionnaires de l'Etat.

Comme mesures de protection sociale en santé existantes, il existe actuellement en RDC beaucoup d'initiatives locales de création de « mutuelles » ou « mutualités » qui ont pour

objet d'intervenir au profit de leurs membres en leur proposant des interventions sociales sous la forme, le plus souvent, de primes forfaitaires en cas de maladies, de décès ou de mariages et naissances.

Les premières expériences datent d'avant les années 80 mais depuis 2000, il semble cependant y avoir une croissance de nouvelles initiatives même si l'extension du phénomène « mutualiste » reste encore relativement faible. On dénombre à ce jour 102 associations mutualistes réparties dans toutes les Provinces de la RDC avec un total de plus de 500.000 bénéficiaires.

Le code du travail en RDC, prévoit que toute entreprise ou établissement doit assurer un service médical à ses travailleurs. Il prévoit en plus en cas de maladie, d'accident, de grossesse ou d'accouchement, et même en cas de suspension du contrat pour une cause de force majeure, que l'employeur est tenu de fournir les soins au travailleur et à sa famille jusqu'à la fin du contrat.

Le médicament, un maillon essentiel du développement du système de Santé, connaît beaucoup de problèmes de la définition des besoins du Pays en médicaments, de la fragmentation des approvisionnements et de la distribution, de la disponibilité des médicaments essentiels génériques et intrants spécifiques dans les formations sanitaires, d'accessibilité géographique et économique pour la population à cause des multiples taxes et frais sur les médicaments comme objet de commerce plutôt qu'un objet stratégique et social, de la qualité par l'absence d'un système rigoureux de contrôle de qualité, de la gestion et de l'usage rationnel par les prestataires.

La mise en œuvre de la politique pharmaceutique nationale et l'exécution de quelques stratégies du plan directeur pharmaceutique national ont permis le début de solution de certains problèmes, surtout en ce qui concerne l'approvisionnement avec la création du SNAME et la promotion de la production locale, le renforcement des capacités des Pharmaciens de la DPM et l'implantation du Centre National de Pharmacovigilance.

2.1.1 Contexte institutionnel

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

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

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

les plus instables de la RDC et la prévalence des violences sexuelles reste élevée.

A la suite des événements politiques dans le pays, l'actuel cabinet de ministres du gouvernement du premier ministre, instauré le 19 décembre 2016, reste peu claire sur sa légitimité politique. Tous les fonctionnaires publiques du niveau central du MSP, par exemple, agissent de façon intérim dans leurs activités.

Dans le contexte du DTF du PANC, le choix du Financement Basé sur la Performance (FBP) comme stratégie d'amélioration des prestations des services de santé, ainsi que le CU comme modalité d'harmonisation et de coordination des interventions sectorielles, sont des choix qui ont été validés par le MSP et qui sont soutenus par les PTF. D'autres interventions financées par des PTF se sont déjà engagés dans la mise en œuvre de ces approches et donc le PADP à l'intérêt de s'y inscrire de même.

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

2.1.2 Contexte de gestion : modalités d'exécution

L'intervention PANC est une composante du programme santé de la coopération Belgo-Congolaise, qui dans son ensemble vaut 21 000 000 Euros.

Cet appui s'inscrit dans la dynamique de l'accompagnement par le niveau central dans le sens de la décentralisation en RDC avec la création d'un système de santé en multiples niveaux avec des rôles et responsabilités spécifiques à chacun. L'intervention est prévue pour une durée de 3 ans et compte sur un budget de 4.500.000 Euros.

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

Avec la loi Belge du 22 mai 2003 qui définit le subside comme « une contribution financière directe à un organisme bénéficiaire poursuivant un but d'intérêt général, par voie de donation ou paiement de nature non commerciale, prélevé sur le budget d'un projet/programme afin de financer la réalisation d'activités et/ou leur fonctionnement, en vue de contribuer à l'atteinte des résultats et objectifs de l'intervention » et la modification de l'art 8 de la Loi portant à la création de la CTB en février 2014 permet et autorise la CTB d'octroyer des Subsides. A partir de 01/01/2016 ceci est mis en œuvre avec les conventions de subsides.

2.1.3 Contexte HARMO

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

Au niveau central, il n'y a que 30% des Directions et 23% des Programmes Spécialisés

qui reçoivent plus ou moins régulièrement une aide internationale au développement. Quel que soit le volume de cet appui, il reste encore très sélectif.

L'influence d'autres partenaires techniques et financiers sur le PANC est remarquable. Comme exemple de initiatives d'harmonisation avec les autres PTF, le PANC au sein du CNP contribuera à réunir tous les acteurs de développement, ainsi comme dans les Comités Provinciaux de Pilotage de chaque Province bénéficiaée.

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

La formulation du PANC a été réalisé ensemble avec les partenaires congolais. Un étroit alignement sur les stratégies ou les systèmes du partenaire congolais est prévu dans les stratégies d'intervention.

Les premiers pris de contacts avec les partenaires centraux laissent entendre un degré avancé d'appropriation par ce partenaire.

2.2 Performance de l'outcome



2.2.1 Progrès des indicateurs

Outcome:					
OS 1. Les capacités managériales de la DEP sont renforcées pour assurer ses missions dans la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du PNDS en priorité dans les aspects de réforme du secteur et du développement des zones de santé.					
OS 2. Les capacités managériales de la DLM sont renforcées pour assurer son leadership de gestion multi-bailleurs des maladies endémo-épidémiques et des maladies non transmissibles.					
OS 3. L'approvisionnement régulier et pérenne en médicaments, dispositifs médicaux et produits de diagnostic essentiels de qualité à un prix accessible,					
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Valeur année 2016	Valeur année 2017	Cible année 2018	Cible finale
Appréciation du bilan annuel des activités du PNDS, Source de vérification : Présentations au CNP-SS, Revues sectorielles	NA				
Evolution des indicateurs nationaux, Source de vérification : Rapports annuels d'activités SNIS, Rapports analyse sectorielle.	NA				
Indicateur : % du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé, Source de vérification : Comptes nationaux, Budget de l'état.	NA				
Taux d'exécution du budget du secteur de la santé, Source de vérification : Comptes nationaux	NA				
Chiffre d'Affaires des 3 CDR du programme, Sources de vérification : <u>en routine</u> dans les rapports comptables et financiers des 3 CDR	NA				

concernées et <u>en vérification</u> dans les rapports d'audit externe de CDR (Bilan et compte d'exploitation des 3 CDR).					
Proportion de produits pré-qualifiés par la FEDECAME présents dans les CDR, Sources de vérification : Rapport d'évaluation PNAM, Rapport activités AT au PNAM	NA				
Taux de disponibilité (ou son inverse, le taux de rupture de stock) d'un panier de médicaments traceurs (< 30), Sources de vérification : Rapport d'évaluation PNAM, Rapport activités AT au PNAM	NA				
Taux de disponibilité (ou son inverse, le taux de rupture de stock) d'un panier de médicaments traceurs (< 30), Sources de vérification : Rapport d'évaluation PNAM, Rapport activités AT au PNAM	NA				

L'hypothèse principale de faisabilité est qu'il y ait aucune provocation de rupture de la coopération due au contexte politico-militaire.

Le Plan stratégique du SNAME se maintient en cours d'élaboration et sera en principe approuvé par la Commission Nationale du Médicament et le Comité de Pilotage National d'ici début 2017. Nous nous reposons pour l'instant sur l'organisation actuelle du SNAME pour mettre en place les activités proposées.

Il est admis actuellement en RDC que le circuit FEDECAME (BCAF + CDR) constitue le seul qui garantit la traçabilité et la qualité des médicaments qu'il commercialise. Cependant, ce circuit n'est pas encore arrivé à offrir aux FOSA de façon continue les médicaments de la LNME retenus (ME + dispositifs médicaux + produits de diagnostic essentiels).

Pour rendre la disponibilité permanente des médicaments effective dans les FOSA, l'intervention voudrait à l'instar des projets antérieurs s'assurer que :

- Les trois CDR ciblées par le programme puissent disposer d'un patrimoine technique (locaux –équipements de stockage–chaîne de froid –moyens logistiques adéquats au transport des médicaments) en bon état, ainsi qu'un personnel bien formé et des procédures conformes aux Bonnes Pratiques de Distribution (BPD) et que le rayonnement de leur clientèle s'accroisse pour que les FOSA aient des ME de qualité sur leurs étagères ;
- La FEDECAME (BCAF Ouest + Secrétariat Permanent) puisse d'avantage se développer pour devenir plus efficiente en termes de mise à disposition de produits pharmaceutiques ;
- Le PNAM puisse améliorer ses prestations en se focalisant plus sur la coordination du SNAME par le suivi des achats des ME (au BCAF) et de leurs distributions dans les CDR ;
- La DPM puisse assurer la réglementation du secteur pharmaceutique et l'enregistrement des médicaments.

2.2.2 Analyse des progrès réalisés

Ayant démarré pendant le Q3 2016, les activités menées au sein du Programme Santé et le PANC n'ont pas encore atteint un niveau suffisant pour accéder à un impact sur l'outcome. Les activités pendant la phase de démarrage incluent spécifiquement la réalisation d'un plan de ligne de base. Cette ligne de base sera réalisée pendant la période de février jusqu'à fin de juin 2017.

La mise en place du volet central du PANC a été menée de manière positive, avec une présence physique de l'équipe d'ATI à partir du mois d'octobre 2016. L'intégration et

l'appropriation avec les partenaires nationaux et des autres PTF est en cours : l'installation des ATI dans leurs postes, la présentation du Programme aux autorités administratives et politique et les partenaires au niveau MSP et au niveau opérationnel et la participation des ATI aux activités développés dans leurs directions. A fin de 2016, les équipes d'appui aux ATI étaient en phase de recrutement.

La préparation de la structure mixte de concertation locale (SMCL) de mise en place a été une activité importante, car a occasionné un appui à la planification des activités au niveau central.

En termes de nouvelle programmation opérationnelle et financière, pour l'ensemble du PANC des marchés publics seront lancées à partir de janvier 2017. Cette planification a été présentée à la SMCL de mise en place le 7 décembre 2016 à Kinshasa.

Une stratégie cohérente pour la gestion administrative et financière a été développée afin de garantir une gestion logique dans le cadre d'un Programme Santé composé de différents volets ayant des interrelations (PADP, PLVS et PANC). Le cycle de rapportage commencera au mois de janvier 2017 avec la consolidation du MONOP du dernier trimestre 2016 et du premier trimestre de 2017.

Ayant séjourné à la DEP, DLM et PNAME les ATI se sont rendu compte de la disponibilité de données utiles pour planifier la ligne de base du Programme. A partir des résultats de ce diagnostic, un plan de ligne de base a été établi et soumis à la SMCL de mise en place pour approbation. Les études à être programmées, ainsi que la recollection de données pour la ligne de base seront lancées à partir de janvier 2017. Leur fin est envisagée à la fin du mois de juin 2017.

2.2.3 Impact potentiel

On s'attend à que l'outcome puisse contribuer à l'impact, tel que supposé lors de la formulation. Cette probabilité sera analysé vis-à-vis les données de la Baseline.

2.3 Performance de l'output 1



2.3.1 Progrès des indicateurs

Output 1 : Une planification coordonnée est assurée à tous les niveaux, afin de permettre le renforcement du système de santé et en particulier le développement des zones de santé.					
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeur année 2016	Valeur année 2017	Cible année 2018	Cible finale
Nombre de missions de supervisions pour appréciation de la disponibilité de PAO produits avant l'année d'exécution, alignés sur un PNDS actualisé (2016-2020), priorisés et budgétisés	NA				2x/an lors des revues semestrielles
PAO unique à financement multi-bailleur pour le MSP élaboré et approuvé avant l'année d'exécution	NA				
Inventaire des outputs pertinents obtenus lors des ateliers d'échanges pour affiner les différents processus sectoriels et intersectoriels en cours	NA				

2.3.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités ²	État d'avancement :			
	A	B	C	D
Activité A.1.1 : Poursuivre les appuis aux processus de planification				
Activité A.1.2 : Développer les outils de planification				

2.3.3 Analyse des progrès réalisés

On a situé et détaille les sources de vérification : PAO annuels, Rapports d'ateliers, Rapport mission, Rapports d'ateliers, PV des réunions, etc.

L'hypothèse principale reste que la réforme de l'administration publique et du MSP en particulier se poursuit.

Pour garantir l'appui au suivi des différents Plans Annuels Opérationnels (PAO) aux différents niveaux, le PANC s'inscrit déjà dans la dynamique multi bailleurs en cours depuis 2016 au sein de la DEP pour assurer la disponibilité et la bonne utilisation des outils pour assumer une planification ascendante, comme des directives de planification adaptées à la réalité des DPS et ZS et des outils compréhensible de planification financière alignés au PNDS 2016 – 2020. Le premier but est d'avoir ces outils opératifs

² A : Les activités sont en avance
 B : Les activités sont dans les délais
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

pour mettre à preuve la méthodologie déjà pour un POA 2017 unique central du MSP, qui sera évalué pendant 2017.

La mise en contact pendant le démarrage aide à disposer d'une bonne connaissance des différents appuis–et de leurs alignements de fait –apportés au secteur par l'ensemble des différents partenaires.

Dans une dynamique multi bailleurs le PANC cherchera à accompagner et appuyer les efforts de la DEP sur le suivi et l'évaluation des responsabilités des DPS décentralisées.

La dynamique mentionnée plus haut tient en compte une simplification des mécanismes de planification, ainsi qu'une meilleure communication et accompagnement du processus ascendante.

Dans la mesure que le PANC s'adhère à la stratégie du Performance Based Rémunération, il y est intentionné aussi le développement d'outils de "suivi des performances » dans le cadre de l'exécution de la planification. Le PANC appuiera à la bonne mise en œuvre du portail internet de la DEP.

Voir remarque à la section 2.2.2.

2.4 Performance de l'output 2

2.4.1 Progrès des indicateurs

Output 2 : La coordination des appuis des différentes partenaires techniques et financiers du secteur de la santé –en termes de synergie, de complémentarité et de cohérence avec la stratégie sectorielle –est assurée à tous les niveaux.					
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeur année 2016	Valeur année 2017	Cible année 2018	Cible finale
Nombre de réunions du CNP et de CCT (avec participation multi-bailleur) tenues avec rapport écrit décrivant l'inventaire des outputs apportés	NA				2x/an
Pool d'experts polyvalents mis en place pour accompagner les provinces	NA				2x/an
Inventaire des outputs pertinents dans le processus de dévolution de la CAG-F vers DAF	NA				

2.4.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités ³	État d'avancement :			
	A	B	C	D
Activité A.2.1 Appui aux organes et mécanismes de coordination				
Activité A.2.2 : Appui technique mise en œuvre stratégie sectorielle				
Activité A.2.3 : Appui à la mise en œuvre de la DAF				

2.4.3 Analyse des progrès réalisés

Les sources de vérification ont été identifiées : PV des réunions CNP, PV des réunions CCT, Ordre de jour des réunions, documents préparatoires techniques, feuille de route de la mise en place de la DAF.

L'hypothèse principale reste que le PANC arrive à s'inscrire dans des dynamiques multi-bailleurs, vu la coupe de budget réalisé.

Le PANC appuiera à la qualité des réunions et le fonctionnement du Comté de Pilotage National et des Comités de Pilotage Provinciales dans une dynamique multi-bailleurs et alignée au PNDS 2016-2020.

Le PANC appuiera au sein de la DEP a la coordination et suivi de la cohérence de formulations de nouveaux programmes sectoriels avec la PNDS et dans le cadre du Charte de partenariat du Groupe GIBS de 2014. Pour les directions centrales du MSP

³ A : Les activités sont en avance
 B : Les activités sont dans les délais
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

PANC mobilisera des expertises polyvalentes, tant au niveau central comme au niveau provincial, en appui à la démarche de coaching des encadreurs polyvalentes qui sont déjà mis en place para la DEP aux DPS.

L'appui à la réflexion de la "Démarche Qualité" a été déprogrammé dans le budget. PANC cherchera à mettre en œuvre à travers le Programme d'Appui aux DPS et ZS (PADP).

L'appui à la mise en œuvre de la future DAF a été déprogrammé dans le budget. Il en est de suivre attentivement la réalisation de la feuille de route au sein du MSP pour la création de la DAF selon les instructions en vigueur. Le PANC se mettra en contact avec les PTF en appuie à cette démarche pendant le démarrage.

Voir remarque à la section 2.2.2.

2.5 Performance de l'output 3

2.5.1 Progrès des indicateurs

Output 3 : Le suivi du développement du secteur est assuré à travers la gestion de l'information stratégique –provenant de tous les niveaux du système de santé –sous forme de capitalisation d'expériences ou d'études et de bases de données pour l'analyse sectorielle et macro-économique.					
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Valeur année 2016	Valeur année 2017	Cible année 2018	Cible finale
Inventaire des études, recherches et dossiers de capitalisation d'expériences de terrain produits et validés par le CCT	NA				4x/an
Portail PAO/FBR articulé avec les données de l'information sanitaire (portail SNIS) d'ici fin 2016 2017	NA				
Nombre d'analyses et de synthèses diffusées par le centre de veille stratégique	NA				

2.5.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités ⁴	État d'avancement :			
	A	B	C	D
Activité A.3.1 : Renforcement de la collecte des données				
Activité A.3.2 : Développement d'un outil "centre de veille stratégique"				

2.5.3 Analyse des progrès réalisés

Les sources de vérification ont été identifiées : rapports de missions, liens clairs entre les portails, Site web fonctionnel et données exploitables et compréhensibles, Rapports d'analyses et de synthèses, PV des réunions.

L'hypothèse principal reste que le PANC arrive à s'inscrire dans des dynamiques multi-bailleurs, vu la coupe de budget réalisé.

Le PANC soutiendra l'exercice de la DEP pour une analyse et synthèse des études, enquêtes, expérience de terrain et leur distribution. L'appui au portail SNIS a été déprogrammé dans le budget, ce qui fait que le PANC explorera une collaboration

⁴ A : Les activités sont en avance
 B : Les activités sont dans les délais
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

méthodologique avec le PADPDSS de la Banque Mondiale pour l'articulation avec données de l'information sanitaire.

L'appui à la conception et mise en place de l'outil « centre de veille stratégique » a été déprogrammé dans le budget.

Voir remarque à la section 2.2.2.

2.6 Performance de l'output 4

2.6.1 Progrès des indicateurs

Output 4 : L'élaboration des politiques, des normes et des stratégies du secteur est basée sur la recherche en système de santé à tous les niveaux, en particulier au niveau opérationnel.					
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Valeur année 2016	Valeur année 2017	Cible année 2018	Cible finale
Nombre de documents politiques élaborés ou adaptés sur la base des résultats de recherche ou de données probantes (centre de veille stratégique et du centre de connaissance en santé en RDC)	NA				
Document sur la stratégie de gestion des connaissances et la communication élaboré, validé et diffusé à tous les niveaux du MSP	NA				
Document stratégique de financement du secteur et de CSU cohérent élaboré sur base des différentes expériences dans le pays	NA				
	NA				

2.6.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités ⁵	État d'avancement :			
	A	B	C	D
Activité A.4.1 : Appui à la mobilisation des expertises en recherche				
Activité A.4.2 : Appui à l'élaboration des politiques et des réformes				

2.6.3 Analyse des progrès réalisés

Les sources de vérification ont été identifiées : dossiers de capitalisation, publications, Rapports de recherche, documents politiques, document stratégique sur la gestion des connaissances et la communication, rapport d'activités des centres de veille stratégique et de connaissance en santé.

L'hypothèse principale reste que le PANC arrive à s'inscrire dans des dynamiques multi-bailleurs, vu la coupe de budget réalisé.

L'appui à l'interconnexion avec le projet RIPSEC a été déprogrammé dans le budget. En conséquence le PANC va redresser sa stratégie en consolidant une connexion institutionnelle forte avec les institutions de recherche congolais comme les Ecoles de Santé Publique afin de développer leur capacité de gestion de connaissance en santé et la diffusion des différents documents et résultats de recherche.

Dans le cadre de la réalisation des documents clés du secteur de santé il est encourageant que le développement du PNDS 2016 – 2020 ait eu sa conclusion.

⁵ A : Les activités sont en avance
 B : Les activités sont dans les délais
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

L'appui pour la réflexion sur les modalités de financement du secteur / CSU a été déprogrammé dans le budget. L'ATI d'économie de la santé n'a pas été retenu dans la structure du programme. Dans ce cas le Programme Santé mobilisera l'expertise de son équipe d'ATI Santé afin de collaborer avec des partenaires, comme MEMISA, SOCMUT et Rotary for Development etc.

Voir remarque à la section 2.2.2.

2.7 Performance de l'output 5

2.7.1 Progrès des indicateurs

Output 5 : Le management interne de la DEP est renforcé dans la vision de la réforme du système de santé.					
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Valeur année 2016	Valeur année 2017	Cible année 2018	Cible finale⁶
Ressources humaines (recrutées par appel à candidature) présentes avec description de postes et évaluées régulièrement/ cadre organique rationalisé	NA				
Evaluation positive de la cellule d'audit interne de la DEP sur le développement de ses compétences (administratives et organisationnelles, compétences financières et comptables)	NA				
Nombre de restitutions systématiques à l'équipe élargie de la DEP après participations à des missions, conférences ou réunions	NA				

2.7.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités ⁷	État d'avancement :			
	A	B	C	D
Activité A.5.1 : Développement de l'environnement de travail				
Activité A.5.2 : Développement de la dynamique de travail				

2.7.3 Analyse des progrès réalisés

Les sources de vérification ont été identifiées : PV des réunions, Rapports d'activités sur la dynamique de travail, Procédures DEP et MSP, Rapport d'audit interne, Rapport de missions

Hypothèse : Le PANC arrive à s'inscrire dans des dynamiques multi-bailleurs, vu la coupe de budget réalisé.

L'appui à la DEP en ce qui concerne résoudre les besoins en matériel roulant, mobilier et en bureautique a été fortement réduit. Il est envisagé seulement l'appui avec l'acquisition d'un véhicule. Aussi l'appui au budget de fonctionnement courant a été réduit, impliquant que le PANC pour ces activités devra s'inscrire au maximum dans une dynamique multi-bailleurs, en faisant une condition pour préparer au sein de la DEP le contrat unique.

⁶ La valeur cible à la fin de l'intervention.

⁷ A : Les activités sont en avance
 B : Les activités sont dans les délais
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

L'appui du PANC a été réduit à une participation au paiement de primes pour le personnel clé de la DEP. Un consensus a été déjà atteint avec des autres bailleurs au sujet.

Voir remarque à la section 2.2.2.

2.8 Performance de l'output 6

2.8.1 Progrès des indicateurs

Output 6 : Le fonctionnement des programmes spécialisés prioritaires est coordonné et progressivement intégré dans le cadre des activités courantes de la DLM.					
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Valeur année 2016	Valeur année 2017	Cible année 2018	Cible finale
Nombre de programmes spécialisés effectivement « coordonnés » par la DLM/ nombre de programmes spécialisés existant en début de la présente intervention	NA				
Nombre de textes réglementaires & juridiques produits et adoptés/ nombre textes programmés dans les PAO des différents niveaux	NA				
Plan stratégique des MNT (avec intégration au niveau des DPS) réalisé et validé par le MSP	NA				

2.8.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités ⁸	État d'avancement :			
	A	B	C	D
Activité B.6.1 (B.1.1) Structuration des programmes spécialisés				
Activité B.6.2 (B.1.2) Intégration programmes spécialisés dans les DPS				
Activité B.6.3 Msec en œuvre outils programmatiques, normes, directives				

2.8.3 Analyse des progrès réalisés

L'appui du PANC à la structuration des programmes spécialisés a été déprogrammé. Suite à la démarche d'instructions récentes du MSP au sujet de la méthodologie d'intégration progressive des programmes dans des différentes directions centrales du MSP, le PANC accompagnera cette stratégie.

Le PANC accompagnera à la DLM dans son effort de garantir un coaching des DPS pour transfert de compétences aux EPP et une analyse de besoins en services logistiques spécifiques.

L'appui du PANC à la mise en œuvre d'outils, à l'élaboration ou mise à jour des différents textes, des formations, diffusion de textes réglementaires et la capitalisation des recherches existantes ou en préparation a été déprogrammé

Voir remarque à la section 2.2.2.

⁸ A : Les activités sont en avance
 B : Les activités sont dans les délais
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

2.9 Performance de l'output 7

2.9.1 Progrès des indicateurs

Output 7 : La surveillance épidémiologique et la réponse contre les épidémies sont renforcées dans une vision multidisciplinaire et multi-bailleurs.					
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Valeur année 2016	Valeur année 2017	Cible année 2018	Cible finale
Plan national de contingence actualisé, validé et disponible au niveau des DPS	NA				
Nombre d'épidémies détectées et gérées correctement / total épidémies enregistrées /an	NA				
Fonds de réserve pour mobilisation des équipes du niveau centrale des DPS effectivement disponible	NA				

2.9.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités ⁹	État d'avancement :			
	A	B	C	D
Activité B.7.1 (B2.1) Appui aux investigations & réponses au niveau central				
Activité B.7.2 (B.2.2) Appui technique au niveau des DPS				
Activité B.7.3 (B.2.3) Renforcement des outils d'information sanitaire spécifique				

2.9.3 Analyse des progrès réalisés

L'appui du PANC à la Politique Nationale et le Plan de contingence pour des épidémies et de gestion de catastrophes naturelles a été déprogrammé dans le budget. Le Programme Santé cherchera à mettre le point sur cette activité à travers le PADP.

Le PANC cherchera l'établissement des kits d'intervention et d'urgence (stocks stratégiques) au sein du SNAM et les DPS au sein des CDR soit mené en collaboration avec le volet du PANC de l'appui au PNAM.

L'appui du PANC au renforcement de la mise place d'outils d'information a été réduit dans le budget à un appui à l'intégration des données des DPS dans base de données de la DLM.

Voir remarque à la section 2.2.2.

⁹ A : Les activités sont en avance
 B : Les activités sont dans les délais
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

2.10 Performance de l'output 8

2.10.1 Progrès des indicateurs

Output 8 : Le fonctionnement du réseau des laboratoires est renforcé en appui à la lutte contre les épidémies et endémies prioritaires.					
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Valeur année 2016	Valeur année 2017	Cible année 2018	Cible finale
Missions de supervision formative réalisées par l'INRB / missions programmées dans les PAO de la DLM	NA				

2.10.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités ¹⁰	État d'avancement :			
	A	B	C	D
Activité B.8.1 (B.3.1) Renforcement de l'INRB				
Activité B.8.2 (B.3.2) Soutien au réseau périphérique de laboratoire de santé				

2.10.3 Analyse des progrès réalisés

Le soutien du PANC à l'INRB et le réseau périphérique de laboratoires de santé publique a été fortement réduit. L'activité remmenant d'appuyer à la fourniture d'intrants spécifiques par l'INRB ne sera pas suffisant pour garantir un effet sur la mission de l'INRB.

Voir remarque à la section 2.2.2.

¹⁰ A : Les activités sont en avance
 B : Les activités sont dans les délais
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

2.11 Performance de l'output 9

2.11.1 Progrès des indicateurs

Output 9 : Le management interne de la DLM est renforcé dans la vision de la réforme du système de santé.					
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Valeur année 2016	Valeur année 2017	Cible année 2018	Cible finale
Ressources humaines (recrutées par appel à candidature) présentes avec description de postes et évaluées régulièrement/ cadre organique rationalisé	NA				
Existence de procédures écrites conformes au manuel de procédure nationale	NA				
Existence de rapports systématiques / tous ateliers et missions gérés par la DLM	NA				

2.11.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités ¹¹	État d'avancement :			
	A	B	C	D

2.11.3 Analyse des progrès réalisés

L'appui du PANC au renforcement institutionnel de la DLM a été fortement réduit. Comme remmenant il y reste un appui au budget de fonctionnement courant de la DLM et une participation au paiement de primes pour son personnel.

Voir remarque à la section 2.2.2.

¹¹ A : Les activités sont en avance
 B : Les activités sont dans les délais
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

2.12 Performance de l'output 10

2.12.1 Progrès des indicateurs

Output 10 : L'appui aux trois CDR de Kisangani, Bwamanda et Kikwit permet d'assurer la disponibilité des médicaments FEDECAME de qualité et à prix accessible depuis la CDR jusqu'au zones de santé.					
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Valeur année 2016	Valeur année 2017	Cible année 2018	Cible finale
Locaux de stockage effectivement disponibles et équipés, Sources de vérification : PV de réception des locaux, rapport d'inventaire d'équipement et matériel	NA				
Niveau de stock de sécurité dans les 3 CDR, Sources de vérification : Outils de gestion de stock des CDR	NA				
Prix de cession dans les 3 CDR pour les produits traceurs / prix d'achat BCAF, Sources de vérification : PV de réception et facture d'achat BCAF, Catalogue produits et prix de cession des CDR	NA				

2.12.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités ¹²	État d'avancement :			
	A	B	C	D
Activité C.01.01 : Appuyer la CDR KISANGANI (CAMEKIS)				
Activité C.01.02 : Appuyer la CDR BWAMANDA (CAMENE)				
Activité C.01.03 : Appuyer la CDR KIKWIT (CAMEBASU)				
Activité C.01.04 : Appuyer le fonctionnement pour l'autonomie des CDR				

2.12.3 Analyse des progrès réalisés

La construction de magasins et l'équipement de cette CDR doivent être réévalués car d'autres partenaires l'appuient. Le budget USAID/OMS est périmé, mais GAVI appuie son agrandissement. De plus, un hub pharmaceutique est bien prévu à Kisangani (budget GAVI Alliance, UNICEF), mais son rôle, son mode de gestion et son fonctionnement ne sont pas encore déterminés.

Pour la reconstitution capital médicament, les modalités du stock sécurité et des lignes de crédit pour les ZS de la Tshopo sont à déterminer pour garantir leur efficacité. Une harmonisation avec le PDSS et une coordination avec les autres acteurs de la santé sont nécessaires concernant les modalités de gestion, d'approvisionnement et de distribution/mise à disposition de ces produits pharmaceutiques.

¹² A : Les activités sont en avance
 B : Les activités sont dans les délais
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

Le projet GAVI appui la construction ou l'agrandissement d'une CDR à Gemena (2^{nde} localisation de la CAMENE de Bwamanda) et d'un dépôt secondaire à Gbadolite. Donc cette activité est à réétudier.

GAVI appuie la construction ou l'agrandissement de la CDR de Kikwit (CAMEBASU) et d'un dépôt relais à Kengé, donc la construction de magasins et l'équipement de cette CDR doivent être réévalués.

Des subventions seront données aux trois CDR : la CDR CAMENE y compris les dépôts de Karawa et de Gemena ; la CDR CAMEBASU y compris le Dépôt relais d'Idiofa et la CDR CAMEKIS.

Si ces budgets sont alloués au fonctionnement des CDR, les modalités devront être précisées ; primes de salaire, frais logistiques (électricité, carburant...) doivent s'harmoniser avec les autres appuis (PDSS notamment) et les normes et stratégies des DPS et du MSP. Le FBP et le Contrat Unique / Contrat de performances sont des outils recommandés par le MSP et le GIBS mais ils ne sont pas encore en place.

Les modalités de reconstitution des stock tampons sont à étudier. La CDR de Bwamenda (CAMENE) semble avoir des dettes au niveau du BCAF. Si la CDR de Gemena est construite, il faudra aussi étudier la constitution de son Fonds de Roulement.

Pour faciliter une gestion saine et améliorer la bonne gouvernance, un audit comptable des CDR sera réalisé annuellement et le programme appuiera la participation des CDR à la table ronde de l'inter CDR, y compris l'audit comptable et les charges supplémentaires à la participation à l'inter CDR.

Voir remarque à la section 2.2.2.

2.13 Performance de l'output 11

2.13.1 Progrès des indicateurs

Output 11 : Le rôle du Programme National d'Approvisionnements en Médicaments (PNAM) dans la coordination et supervision du SNAME est renforcé.					
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeur année 2016	Valeur année 2017	Cible année 2018	Cible finale
Nb de CDR évaluées / 6 CDR par an Sources de vérification : Rapport d'évaluation PNAM, Rapport activités AT au PNAM	NA				
Nb de CDR sous FBP-Contrat Unique / 16 CDR, Sources de vérification : Rapport d'évaluation PNAM, Rapport activités AT au PNAM	NA				
Nb de réunions sous-commissions d'approvisionnement (MEG/PPP) / nb prévu, sources de vérification : Compte Rendu de réunion, Rapport activités AT au PNAM	NA				

2.13.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités ¹³	État d'avancement :			
	A	B	C	D
Activité C.02.01 : Appuyer le développement de l'environnement de travail				
Activité C.02.02 : Appuyer la coordination et à la supervision du SNAME				

2.13.3 Analyse des progrès réalisés

Depuis sa création, le PNAM n'aurait jamais bénéficié d'un budget du gouvernement (hors RH fonction publique). Une réorganisation du MSP est prévue, et le PNAM perdrait son statut de programme (rattaché au SG) et deviendrait une division de la DPM. Cela pourrait-il lui permettre d'envisager un budget ?

D'autre part, l'appui au PNAM se fera dans le cadre d'une convention de subsides qui sera lui en alignement avec la stratégie FBP et dans le contexte du Contrat Unique. A la suite de la réduction budgétaire de l'appui aux ressources matérielles qui a été déprogrammé, tous ces investissements ont été déprogrammés bien que certains semblent nécessaires.

Le PNAM fonctionne depuis 2006, grâce à l'appui au développement institutionnel de la Coopération belge. Ses dépenses de fonctionnement regroupent le carburant, l'électricité et les fournitures de bureau. Un complément de salaire est prévu pour le personnel (20 employés).

¹³ A : Les activités sont en avance
 B : Les activités sont dans les délais
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

L'élaboration et la finalisation du Plan Stratégique du SNAME est une condition préalable aux activités de coordination et supervision.

Pour l'appui à l'évaluation des CDR existantes, le coût des missions d'évaluation devra être réévalué et leur réalisation s'intégrer dans un processus d'appui multi-bailleurs. Pour l'appui à l'organisation de la table ronde annuelle inter-CDR, bien que cet appui soit déprogrammé, l'activité reste essentielle et il est donc nécessaire pour le PNAM de trouver des subventions pour l'organiser. Pour l'appui à la mise à jour du Guide des CDR, l'intérêt et le coût de cette activité devront être réévalués. Pour l'appui à l'accréditation des CDR, l'intérêt et le coût de cette activité devront être réévalués. D'autres partenaires du PNAM sont nécessairement concernés par cette mission (GAVI, BM, FM, UNICEF, UNFPA, OMS, USAID).

L'appui au fonctionnement de la Sous-Commission Approvisionnement et Distribution, cette commission est supervisée et conduite par le Directeur de Cabinet du Ministre, mais celui-ci ne l'a jamais convoquée. Le coût de cette activité devra être réévalué. D'autres partenaires du PNAM sont nécessairement concernés par cette mission (GAVI, BM, UNICEF, UNFPA, OMS, USAID).

Aussi l'appui à la promotion de « comportements rationnels a été déprogrammée, la DPM est sensée conduire ce type d'activité en coordination avec le PNAM. L'intérêt et le coût de cette activité devront être réévalués. D'autres partenaires du PNAM sont nécessairement concernés par cette mission. Le même chose pour les ressources pour les réalisations de promotion devront être trouvées dans d'autres volets du budget ou subventions d'autres partenaires.

L'appui à la rédaction des outils techniques et mise à disposition a été déprogrammé, les ressources pour ces réalisations devront être trouvées dans d'autres volets du budget ou subventions d'autres partenaires.

La sollicitation de subventions PRECOB est en cours de préparation pour le PNAM, la FEDECAME et la DPM, et la procédure doit être engagée rapidement car les inscriptions doivent être enregistrées avant le 15/12/2016.

Voir remarque à la section 2.2.2.

2.14 Performance de l'output 12

2.14.1 Progrès des indicateurs

Output 12 : Le fonctionnement de la FEDECAME et du BCAF Ouest est renforcé afin d'assurer une disponibilité continue des médicaments dans les CDR.					
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeur année 2016	Valeur année 2017	Cible année 2018	Cible finale
CA du BCAF Ouest, source de vérification : Compte d'exploitation BCAF	NA				
Nombre correct de produits et de fournisseurs pré-qualifiés, Sources de vérification : Rapport d'analyse des appels d'offres, Bons de livraison	NA				
1. Prix de cession acceptable du BCAF pour les produits traceurs (prix référence Afrique Centrale et catalogue IDA) 2. Sources de vérification : Rapport d'analyse des appels d'offres, Factures, Listing prix de cession BCAF	NA				

2.14.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités ¹⁴	État d'avancement :			
	A	B	C	D
Activité C.03.01 : Appuyer le BCAF				
Activité C.03.02 : Appuyer le secrétariat de la FEDECAME				

2.14.3 Analyse des progrès réalisés

L'appui aux ressources matérielles est déprogrammé : suite à l'incendie de ses locaux en 2011, la FEDECAME ne dispose plus actuellement de bureaux, elle est donc hébergée par le PNAM, et pour l'entreposage elle utilise un petit entrepôt de 250 m² en location. Elle doit donc trouver une solution pour avoir de nouveaux locaux ; plusieurs pistes avaient été envisagées mais sans résultat ; actuellement la seule piste est celle d'une entente avec GAVI et le PEV pour la gestion du ou des hubs en construction (Kinshasa, Lubumbashi, Kisangani).

Pour l'appui au FDR, actuellement le stock tampon de la FEDECAME est minime (=268 000 USD) mais avec certains produits à faible rotation et risque de péremption) et ses

¹⁴ A : Les activités sont en avance
B : Les activités sont dans les délais
C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

capacités de stockage limitées. Cet apport pourrait certainement les aider à améliorer leur stock tampon mais ne peut pas suffire pour relancer le cycle d'approvisionnement.

Certaines dépenses de fonctionnement de la FEDECAME sont déjà appuyées actuellement. Il faut donc étudier avec les partenaires impliqués et l'équipe de la FEDECAME les modalités de cet appui. Il se fera dans le cadre d'une subvention de subsides qui sera lui en alignement avec la stratégie FBP et dans le contexte du Contrat Unique. La FEDECAME pourrait être l'Etablissement d'Utilité Publique (EUP) qui vérifiera les performances des CDR dans le cadre de leur contrat de performance (FBP).

Bien que le Business Plan de la FEDECAME soit dans les TdR de l'ATI PRSDHU-BM qui y est positionné, cette activité manque de pertinence tant qu'un plan stratégique et un plan opérationnel n'auront pas d'abord été élaborés et validés pour la FEDECAME avec l'implication du MSP. Le manque de locaux (bureaux et entrepôts) limite fortement les capacités de cette entité et son rôle dans le SNAME.

Voir remarque à la section 2.2.2.

2.15 Performance de l'output 13

2.15.1 Progrès des indicateurs

Output 13 : Résultat13 : Les principales fonctions réglementaires de la DPM (D3) sont renforcées dont en particulier, l'enregistrement et l'inspection.					
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeur année 2016	Valeur année 2017	Cible année 2018	Cible finale
	NA				
	NA				
	NA				

2.15.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités ¹⁵	État d'avancement :			
	A	B	C	D
Activité C.04.01 : Appuyer le volet réglementaire				
Activité C.04.02 : Appuyer l'enregistrement des médicaments et l'inspection				

2.15.3 Analyse des progrès réalisés

L'appui à LA DPM a été déprogrammé. Même si aucun budget n'est prévu, des activités de renforcement de la DPM sont envisageables, notamment par l'intermédiaire d'autres budgets CTB ou d'autres partenaires. De plus, une ATI de la BM via le projet PRSDHU appuie déjà la DPM pour le renforcement de ses capacités en matière réglementaire (homologation des produits, enregistrement des importations, textes légaux de régulation du secteur pharmaceutiques, pharmacovigilance, etc.).

L'élaboration de texte légaux encadrant le secteur pharmaceutique et l'exercice des fonctions pharmaceutiques a bien progressée, mais leur validation par des lois n'a pas encore pu avoir lieu, et seuls quels arrêtés ont donné une force légale à certains d'entre eux.

La commission d'homologation est déjà en train de se mettre en place pour l'appui à l'enregistrement. Des formations d'inspecteurs ont été faites, mais en nombre insuffisant. Des solutions sont envisagées pour augmenter le nombre et la qualité des inspecteurs.

¹⁵ A : Les activités sont en avance
 B : Les activités sont dans les délais
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

L'assermentation des inspecteurs doit aussi être envisagée.

Voir remarque à la section 2.2.2.

2.16 Thèmes transversaux

Les deux thèmes transversaux retenus par la coopération belge au développement intègre de façon transversale dans toutes ses interventions :

1. La dimension du genre
2. La protection de l'environnement et des ressources naturelles, y compris la lutte contre les changements climatiques, la sécheresse et la déforestation mondiale.

L'actuelle intervention prêtera soin au développement d'activités en respectant pleinement les aspects environnement et genre. Il sera sans doute un défi de veiller pour une intégration pertinente d'indicateurs dans le système de monitoring et évaluation du PADP au cours de l'exercice de la ligne de base pendant 2017.

2.16.1 Genre

(Source : OMS) Les rôles et les comportements distincts des hommes et des femmes – qui sont régis par les normes et les valeurs de la société dans laquelle ils vivent – conduisent à *des différences de "genre"*. Les normes et les valeurs de "genre" conduisent toutefois aussi à *des inégalités de "genre"* – c'est-à-dire des différences entre les hommes et les femmes qui donnent systématiquement plus de pouvoirs à un groupe au détriment d'un autre.

Dans le secteur de la santé, il est observé que ce secteur est particulièrement vulnérable à des questions d'inégalités de genre. Ces différences et les inégalités de "genre" peuvent conduire à des situations assez souvent observées, par exemple en matière de santé et d'accès aux soins de santé :

- Une femme ne peut pas recevoir les soins de santé dont elle a besoin parce que les normes de sa communauté ne lui permettent pas de voyager et de se rendre seule dans une clinique.
- Un adolescent meurt dans un accident de voiture parce qu'il pense devoir prendre des risques "téméraires" afin de répondre aux attentes de ses pairs qui estiment que les jeunes hommes doivent être "hardis" et prêts à prendre des risques.
- Une femme mariée est atteinte d'infection à VIH parce que les normes de la société dans laquelle elle vit encouragent le mari à la licence des mœurs et simultanément empêchent l'épouse d'insister pour l'emploi de préservatifs.
- Les taux nationaux de mortalité due au cancer du poumon chez les hommes dépassent de loin les taux correspondant chez les femmes parce que l'habitude de fumer est considérée comme une caractéristique de masculinité séduisante, tandis qu'elle est désapprouvée chez les femmes et considérée comme un comportement peu féminin.

Dans chacun de ces cas, les normes et les valeurs de "genre", et les comportements qui en résultent, ont un impact négatif sur la santé des femmes.

Le PADP fera donc le nécessaire d'intégrer des éléments dans son système de monitoring, suivi et évaluation qui seront sensibles à la question *des différences de "genre" et des inégalités de "genre"*.

2.16.2 Environnement

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

Plusieurs facteurs influencent l'état de santé d'un individu :

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

L'environnement étant tout ce qui nous entoure, il agit de manière directe sur l'organisme humain. La qualité de l'air que nous respirons, de l'eau que nous buvons et des aliments que nous mangeons, ainsi que les objets que nous utilisons, le bruit que nous subissons sont autant de facteurs qui influencent notre santé de manière positive ou négative. Ils agissent sur le corps humain à travers les voies respiratoires, le système digestif, la peau et les organes des sens.

Aujourd'hui, selon certaines estimations reprises par l'OMS, 25 à 33 % des maladies dans le monde seraient dues à des facteurs environnementaux. L'environnement influence la santé des personnes de diverses manières - par une exposition aux facteurs de risque physiques, chimiques et biologiques et par des changements de comportement en réaction à ces facteurs. Encore selon l'OMS, 13 millions de décès par an sont causés par des phénomènes environnementaux qui pourraient être évités. La prévention du risque environnemental pourrait sauver jusqu'à 4 millions de vie par an, ne serait-ce que parmi les enfants, la plupart dans les pays en voie de développement.

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

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

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

Le PADP fera donc le nécessaire d'intégrer des éléments dans son système de monitoring, suivi et évaluation qui seront sensibles aux facteurs de l'environnement sur la santé et à l'impact de l'intervention sur l'environnement.

2.16.3 Une approche basée sur les droits humains

Les trois composantes du programme santé s'inscrivent pleinement dans une approche basée sur les droits humains et n'envisage pas seulement le renforcement du rôle du MSP au niveau central dans le développement du cadre normatif et régulateur nécessaire mais met aussi un accent spécifique sur l'amélioration de l'accessibilité des soins de qualité au niveau opérationnelle. Ceci se fera au travers de plusieurs initiative comme, par exemple :

- une rationalisation et optimalisation de l'utilisation des ressources disponibles ;
- un appui au développement d'un système de financement de la santé afin de faciliter l'accès de la population aux soins ;
- un appui au développement d'un système d'approvisionnement de médicaments et d'équipements de qualité assurée ;
- un appui aux Centres de Santé (première niveau) et aux Hôpitaux Généraux de Références (2ième niveau) qui envisage la fourniture du Paquet Minimum d'Activités (CS) ainsi que le Paquet Complémentaire d'Activités (HGR) ;
- l'appui au développement des protocoles de prise en charge appropriées aux contextes socio-culturels et socio-économiques des régions d'intervention ;
- une attention spécifique pour les droits et les besoins des victimes de violences sexuelles.

La participation communautaire est assurée à plusieurs niveaux en collaborant avec les différentes structures communautaires établies par le système de santé (les Relais Communautaires et les Comités d'Action Communautaire) et la promotion de la participation communautaire active dans différentes structures de concertation, dans les enquêtes de satisfaction ainsi que dans la sensibilisation et la prévention de la violence sexuelle.

2.17 Gestion des risques

Identification du risque ou problème			Analyse du risque ou problème			Traitement du risque ou problème			Suivi du risque ou problème	
Description du Risque	Periode d'identification	Catégorie	Probabilité	Impact Potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Deadline	Progress	Status
La situation de sécurité du pays est stable actuellement, mais peut connaître une instabilité, pas grande	Décembre	DEV	Low	Medium	Low Risk	Aucune action ne peut être menée pour ce risque				En cours
						<i>Insérer une ligne ici</i>				
La situation politique du pays est stable actuellement, mais elle n'est pas très claire vis-à-vis les engagements du gouvernement installé.	Décembre	DEV	Low	Medium	Low Risk	Aucune action ne peut être menée pour ce risque				En cours
						<i>Insérer une ligne ici</i>				
Structures de dialogue politique (CNP-SS et ses différentes commissions et groupes de travail) inefficaces	dec 2016	OPS	Medium	Medium	Medium Risk	Accompagnement de l'ATI par rapport aux TDR et le processus des commissions et groupes de travail	ATI, DEP, DLM, PNAM	Continu	Structures sont installées et fonctionnent.	En cours
						Plaidoyer au sein du GIBS pour renforcer les structures de dialogue nationaux	CTB Ambabel	Continu	L'ATI coordinateur ne participe pas encore des réunions pertinentes du GIBS.	
						<i>Insérer une ligne ici</i>				
Développement par le GIBS d'un circuit de groupes de travail parallèles aux structures de dialogue nationales	dec 2016	OPS	Medium	Medium	Medium Risk	Concertation forte et permanente du GIBS avec le Cabinet du MSP et le secrétariat général	CTB, Ambabel	Continu	L'ATI coordinateur ne participe pas encore des réunions pertinentes du GIBS.	En cours
						<i>Insérer une ligne ici</i>				

Identification du risque ou problème			Analyse du risque ou problème			Traitement du risque ou problème			Suivi du risque ou problème	
Description du Risque	Periode d'identification	Catégorie	Probabilité	Impact Potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Deadline	Progress	Status
Perte du personnel formé au niveau central et décentralisé	dec 2016	OPS	High	High	Very High Risk	Coordination entre bailleurs (migration interne)	GIBS, ATI, DEP, DLM, PNAM	Continu	Existe coordination entre bailleurs au niveau national, mais ces structures de coordination au niveau local et opérationnel ne sont pas très claires	En cours
						Renforcement des mesures de nominations des cadres	ATI, MSP	Continu	Pas d'information à ce moment	
						<i>Insérer une ligne ici</i>				
Les PTF n'honorent pas leurs engagements décrits dans la chartre d'accord au sein du GIBS	dec 2016	OPS	Medium	Medium	Medium Risk	Concertation forte et permanente des PTF, au sein du GIBS et avec la DEP et le Cabinet du MSP	CTB, AMBABEL, Programme	Continu		En cours
						Flexibilité dans la mise en œuvre (cf. mécanisme de la SMCL)	CTB, MSP	Continu	Les 7 SMCL du Programme de Santé mises en place (3 PADP, 3 PLVS, 1PANC)	
						<i>Insérer une ligne ici</i>				
Fragmentation dans la capitalisation des expériences entre provinces, entre provinces et niveau central, entre PTF	dec 2016	OPS	Medium	Medium	Medium Risk	Collaboration avec les ESP en particulier le RIPSEC (appui scientifique)	Programme	Continu	Le budget pour collaboration avec le RIPSEC a été coupé.	En cours
						Leadership du MSP	MSP	Continu		
						<i>Insérer une ligne ici</i>				
Sollicitations fréquentes et non rationnelles de la DEP par les directions centrales non rationalisées, et les PTF	dec 2016	OPS	Medium	Medium	Medium Risk	Concertation forte et permanente des PTF pour un appui aux autres directions (DGOS)	Programme, DEP	Continu	Le budget pour renforcer la DOS a été coupé.	En cours
						Mise en place d'équipes d'encadreurs polyvalents	Programme, DEP	Continu	Les encadreurs sont installés.	
						<i>Insérer une ligne ici</i>				
Blocage au niveau des structures de dialogue politique (CNP-SS et ses différentes commissions et groupes de travail)	dec 2016	OPS	Medium	Medium	Medium Risk	Accompagnement de l'ATI /PTF par rapport au processus liés aux commissions et groupes de travail	ATI, DLM	Continu		
						Responsabilisation des cadres de la DLM/DEP	ATI, DLM	Continu		
						<i>Insérer une ligne ici</i>				

Identification du risque ou problème			Analyse du risque ou problème			Traitement du risque ou problème			Suivi du risque ou problème	
Description du Risque	Periode d'identification	Catégorie	Probabilité	Impact Potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Deadline	Progress	Status
Blocage des réformes au niveau central et décentralisé	dec 2016	OPS	Medium	Medium	Medium Risk	Concertation forte et permanente des PTF avec le GIBS et le Cabinet du MSP	CRB, AMBABEL	Continu	L'ATI ne participe pas encore des réunions pertinentes du GIBS	
						<i>Insérer une ligne ici</i>				
Absence de financement et de RH adéquates pour le fonctionnement des DPS	dec 2016	OPS	Medium	Medium	Medium Risk	Nécessité des appuis au niveau décentralisé et de la coordination des PTF	Programme, DEP, DLM	Continu		
						<i>Insérer une ligne ici</i>				
Résistance aux changements des directeurs des programmes spécialisés	dec 2016	OPS	Medium	Medium	Medium Risk	Concertation régulière avec le bureau du Secetariat General à la Santé	ATI, DLM	Continu	Le decret suprême de ratification des programmes specialisées a été mise en œuvre	
						<i>Insérer une ligne ici</i>				
Absence de coordination entre les différents partenaires impliqués dans la réponse aux grandes épidémies	dec 2016	OPS	Medium	Low	Low Risk	Concertation forte et permanente des PTF et des ONG avec le GIBS, la DLM/DEP et le Cabinet du SG à la santé	CTB, AMBABEL, Programme	Continu		
						<i>Insérer une ligne ici</i>				
Manque de ressources pour l'INRB afin de conduire des missions de supervision formative	dec 2016	OPS	Medium	Medium	Medium Risk	Plaidoyer des PTF pour assurer un financement correct de l'INRB avec un engagement progressif de l'état	Programme, DLM	Continu	Il y a peu de PTF an appui a l'INRB. Le budget du PANC destiné à l'INRB a été coupé.	
						<i>Insérer une ligne ici</i>				
Pas d'initiatives de l'état pour graduellement assurer le paiement des compléments de salaire du personnel des directions bénéficiaires	dec 2016	FIN	High	Medium	High Risk	Concertation forte et permanente avec le GIBS et l'état congolais/MSP	CTB, AMBABEL	Continu		
						<i>Insérer une ligne ici</i>				
Financement insuffisant des acteurs du SNAME	dec 2016	FIN	Medium	High	High Risk	Mobilisation plus importante des PTF	GIBS, PNAM,	Continu		
						<i>Insérer une ligne ici</i>				
Refus de certains PTF de sécuriser le stock tampon au BCAF Ouest	dec 2016	FIN	High	High	Very High Risk	Assurer un accompagnement fort de la DPM dans l'enregistrement et l'inspection pharmaceutique	Programme, PNAM	Continu		
						<i>Insérer une ligne ici</i>				
Blocages par rapport à la réglementation concernant les ME	dec 2016	OPS	Medium	High	High Risk	Sensibilisation continue du programme au niveau du GIBS et PTF	CTB, AMBABEL	Continu		
						<i>Insérer une ligne ici</i>				
Retards dans l'exécution des marchés publics à suite du décalage du démarrage du programme	dec 2016	FIN	Medium	High	High Risk	Programmer et mettre en œuvre les MP prévues dans le DTF	ATI, RAFi, cellule MP	janv-17	Liste de MP identifiée	
						<i>Insérer une ligne ici</i>				

3 Pilotage et apprentissage

3.1 Réorientations stratégiques

Il est trop tôt pour en arriver à des réorientations stratégiques éventuelles du PANC pour les prochaines années.

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

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

3.2 Recommandations

Recommandations	Acteur	Date limite
<i>Donner les garanties à l'approche « Programme » du volet du PANC dans l'ensemble du Programme Santé.</i>	<i>CTB RR et ATI- Coordinateur Programme santé</i>	<i>2016-2019</i>

3.3 Enseignements tirés

Il est trop tôt pour en retirer déjà des « lessons learned » de l'expérience du Programme Santé. Il est important souligner que le Programme santé actuel vient donner de la continuité à des antérieures interventions en santé de la CTB à RDC.

Enseignements tirés	Public cible

4 Annexes

4.1 Critères de qualité

1. PERTINENCE : le degré dans lequel l'intervention est cohérente avec les politiques et priorités locales et nationales ainsi qu'avec les attentes des bénéficiaires.				
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins un 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i>				
Évaluation de la PERTINENCE : note totale	A	B	C	D
		X		
1.1 Quel est le degré de pertinence actuel de l'intervention ?				
A	...	Clairement toujours ancré dans les politiques nationales et la stratégie belge, satisfait aux engagements en matière d'efficacité de l'aide, extrêmement pertinent par rapport aux besoins du groupe cible.		
B	...	S'inscrit toujours bien dans les politiques nationales et la stratégie belge (sans être toujours explicite), relativement compatible avec les engagements en matière d'efficacité de l'aide, pertinent par rapport aux besoins du groupe cible.		
C	...	Quelques questions par rapport à la cohérence avec les politiques nationales et la stratégie belge, l'efficacité de l'aide ou la pertinence.		
D	...	Contradictions avec les politiques nationales et la stratégie belge, les engagements en matière d'efficacité de l'aide ; la pertinence vis-à-vis des besoins est mise en doute. Des changements majeurs sont requis.		
1.2 La logique d'intervention, telle qu'elle est conçue actuellement, est-elle toujours la bonne ?				
A		Logique d'intervention claire et bien structurée ; logique verticale des objectifs réalisable et cohérente ; indicateurs appropriés ; risques et hypothèses clairement identifiés et gérés ; accompagnement de sortie d'intervention mis en place (si cela est applicable).		
B		Logique d'intervention appropriée bien qu'elle puisse avoir besoin de certaines améliorations en termes de hiérarchie d'objectifs, d'indicateurs, de risques et hypothèses.		
C		Les problèmes par rapport à la logique d'intervention peuvent affecter la performance d'une intervention et sa capacité à contrôler et évaluer les progrès ; améliorations requises.		
D		La logique d'intervention est erronée et nécessite une révision en profondeur pour que l'intervention puisse espérer aboutir.		

2. EFFICIENCE DE LA MISE EN ŒUVRE JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel les ressources de l'intervention (fonds, expertise, temps, etc.) ont été converties en résultats de façon économe.				
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins deux 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A; Deux fois un 'B', pas de 'C' ni de 'D' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i>				
Évaluation de l'EFFICIENCE : note totale	A	B	C	D
2.1 Dans quelle mesure les inputs (finances, RH, biens & équipements) sont-ils correctement gérés ?				
A		Tous les inputs sont disponibles à temps et dans les limites budgétaires.		
B		La plupart des inputs sont disponibles dans des délais raisonnables et ne nécessitent pas d'ajustements budgétaires considérables. Une certaine marge d'amélioration est cependant possible.		

C	La disponibilité et l'utilisation des inputs posent des problèmes qui doivent être résolus, sans quoi les résultats pourraient courir certains risques.
D	La disponibilité et la gestion des inputs comportent de sérieuses lacunes qui menacent l'atteinte des résultats. Des changements considérables sont nécessaires.
2.2 Dans quelle mesure la mise en œuvre des activités est-elle correctement gérée ?	
A	Les activités sont mises en œuvre dans les délais.
B	La plupart des activités sont dans les délais. Certaines sont retardées, mais cela n'a pas d'incidence sur la fourniture des outputs.
C	Les activités sont retardées. Des mesures correctives sont nécessaires pour permettre la fourniture sans trop de retard.
D	Les activités ont pris un sérieux retard. Des outputs ne pourront être fournis que moyennant des changements majeurs dans la planification.
2.3 Dans quelle mesure les outputs sont-ils correctement atteints ?	
A	Tous les outputs ont été et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps et de bonne qualité, ce qui contribuera aux outcomes planifiés.
B	Les outputs sont et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps, mais une certaine marge d'amélioration est possible en termes de qualité, de couverture et de timing.
C	Certains outputs ne s(er)ont pas livrés à temps ou de bonne qualité. Des ajustements sont nécessaires.
D	La qualité et la livraison des outputs comportent et comporteront plus que vraisemblablement de sérieuses lacunes. Des ajustements considérables sont nécessaires pour garantir au minimum que les outputs clés seront livrés à temps.

3. EFFICACITÉ JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel l'outcome (objectif spécifique) est atteint, tel que prévu à la fin de l'année N

Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins un 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D

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

3.1 Tel qu'il est mis en œuvre actuellement, quelle est la probabilité que l'outcome soit réalisé ?

A	La réalisation totale de l'outcome est vraisemblable en termes de qualité et de couverture. Les résultats négatifs (s'il y en a) ont été atténués.
B	L'outcome sera atteint avec quelques minimales restrictions ; les effets négatifs (s'il y en a) n'ont pas causé beaucoup de tort.
C	L'outcome ne sera atteint que partiellement, entre autres en raison d'effets négatifs auxquels le management n'est pas parvenu à s'adapter entièrement. Des mesures correctives doivent être prises pour améliorer la probabilité de la réalisation de l'outcome.
D	L'intervention n'atteindra pas son outcome, à moins que d'importantes mesures fondamentales soient prises.

3.2 Les activités et les outputs sont-ils adaptés (le cas échéant) dans l'optique de réaliser l'outcome ?

A	L'intervention réussit à adapter ses stratégies/activités et outputs en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. Les risques et hypothèses sont gérés de manière proactive.
B	L'intervention réussit relativement bien à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. La gestion des risques est relativement passive.

C	L'intervention n'est pas totalement parvenue à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes de façon appropriée ou dans les temps. La gestion des risques a été plutôt statique. Une modification importante des stratégies s'avère nécessaire pour garantir à l'intervention la réalisation de son outcome.
D	L'intervention n'est pas parvenue à réagir à l'évolution des circonstances externes ; la gestion des risques a été insuffisante. Des changements considérables sont nécessaires pour réaliser l'outcome.

4. DURABILITÉ POTENTIELLE : le degré de probabilité de préserver et reproduire les bénéfices d'une intervention sur le long terme (au-delà de la période de mise en œuvre de l'intervention).

Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins 3 'A', pas de 'C' ni de 'D' = A; Maximum 2 'C', pas de 'D' = B ; Au moins 3 'C', pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D

Évaluation de la DURABILITÉ POTENTIELLE : note totale	A	B	C	D

4.1 Durabilité financière/économique ?

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

4.2 Quel est le degré d'appropriation de l'intervention par les groupes cibles et persistera-t-il au terme de l'assistance externe ?

A	Le Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes sont fortement impliqués à tous les stades de la mise en œuvre et s'engagent à continuer à produire et utiliser des résultats.
B	La mise en œuvre se base en grande partie sur le Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes impliqués eux aussi, dans une certaine mesure, dans le processus décisionnel. La probabilité d'atteindre la durabilité est bonne, mais une certaine marge d'amélioration est possible.
C	L'intervention recourt principalement à des arrangements ponctuels et au Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes en vue de garantir la durabilité. La continuité des résultats n'est pas garantie. Des mesures correctives sont requises.
D	L'intervention dépend totalement des structures ponctuelles n'offrant aucune perspective de durabilité. Des changements fondamentaux sont requis pour garantir la durabilité.

4.3 Quels sont le niveau d'appui politique fourni et le degré d'interaction entre l'intervention et le niveau politique ?

A	L'intervention bénéficie de l'appui intégral de la politique et des institutions, et cet appui se poursuivra.
B	L'intervention a bénéficié, en général, de l'appui de la politique et des institutions chargées de la mettre en œuvre, ou à tout le moins n'a pas été gênée par ceux-ci, et cet appui se poursuivra vraisemblablement.
C	La durabilité de l'intervention est limitée par l'absence d'appui politique. Des mesures correctives sont requises.
D	Les politiques ont été et seront vraisemblablement en contradiction avec l'intervention. Des changements fondamentaux s'avèrent nécessaires pour garantir la durabilité de l'intervention.

4.4 Dans quelle mesure l'intervention contribue-t-elle à la capacité institutionnelle et de gestion ?

A	L'intervention est intégrée aux structures institutionnelles et a contribué à l'amélioration de la capacité institutionnelle et de gestion (même si ce n'est pas là un objectif explicite).
----------	---

B	La gestion de l'intervention est bien intégrée aux structures institutionnelles et a contribué d'une certaine manière au renforcement des capacités. Une expertise supplémentaire peut s'avérer requise. Des améliorations sont possibles en vue de garantir la durabilité.
C	L'intervention repose trop sur des structures ponctuelles plutôt que sur des institutions ; le renforcement des capacités n'a pas suffi à garantir pleinement la durabilité. Des mesures correctives sont requises.
D	L'intervention repose sur des structures ponctuelles et un transfert de compétences vers des institutions existantes, qui permettrait de garantir la durabilité, est improbable à moins que des changements fondamentaux n'interviennent.

4.2 Décisions prises par le Comité de pilotage et suivi

Décision				Action			Suivi		
N°	Décision	Periode d'identification (mmm.aa)	Source*	Acteur	Action(s)	Resp.	Deadline	Avancement	Status
1	SMCL de mise en place "0": Aprobation du draft ROI, Présentation du plan de démarrage, de l'organigramme. Validation du Plan Baseline, de la planification initiale.	déc-16	PV Réunion	SMCL, CTB, MSP, Programme	Les éléments pour aprobation et validation de la SMCL "0" ont été distribuyé à tous les mebres de la SMCL	ATI, DLM, DEP, PNAM	30/01/2017	Le PV de la réunion est en voie de signature.	ONGOING
					<i>Insérer une ligne ici</i>				
2	Prochaine SMCL : juillet 2017. Puis, éventuellement SMCL extraordinaire pour recommandations MTR en octobre-novembre 2017								
					<i>Insérer une ligne ici</i>				

4.3 Cadre logique mis à jour

Le cadre logique n'a pas connu de profonds changements au cours des 12 derniers mois.

4.4 Aperçu des MoRe Results

Résultats ou indicateurs du cadre logique modifiés au cours des 12 derniers mois ?	NON
Rapport <i>Baseline</i> enregistré dans PIT ?	En COURS
Planning de la MTR (enregistrement du rapport)	07/2018 (estimation)
Planning de l'ETR (enregistrement du rapport)	10/2019 (estimation)
Missions de backstopping depuis le 01/01/2016	NON

4.5 Rapport « Budget versus Actuels (y – m) »

Le document FIT Execution 2016 accompagne ce document de manière électronique.

4.6 Ressources en termes de communication

Au moment de donner l'actuel rapport le Programme ne compte pas encore avec des ressources en termes de communication proprement dis.