

**Enabel**



## RAPPORT DE RÉSULTATS 2020

### PROGRAMME D'APPUI AU NIVEAU CENTRAL (PANC)

RDC 1419411

République Démocratique du Congo (RDC))



# 1 Table des matières

<b>1</b>	<b>ACRONYMES</b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>APERÇU DE L'INTERVENTION</b> .....	<b>6</b>
2.1	FICHE D'INTERVENTION .....	6
2.2	AUTO-EVALUATION DE LA PERFORMANCE .....	8
1.1.1	<i>Pertinence</i> .....	8
1.1.2	<i>Efficacité</i> .....	9
1.1.3	<i>Efficiéce</i> .....	10
1.1.4	<i>Durabilité potentielle</i> .....	11
1.1.5	<i>Conclusions</i> .....	11
<b>3</b>	<b>SUIVI DES RESULTATS</b> .....	<b>13</b>
3.1	EVOLUTION DU CONTEXTE.....	13
3.1.1	<i>Contexte général et institutionnel</i> .....	13
3.1.2	<i>Contexte de gestion</i> .....	15
3.2	PERFORMANCE DE L'OUTCOME.....	17
3.2.1	<i>Progrès des indicateurs</i> .....	17
3.2.2	<i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	22
3.3	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 1.....	23
3.3.1	<i>Progrès des indicateurs</i> .....	33
3.3.2	<i>État d'avancement des principales activités</i> .....	34
3.3.3	<i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	34
3.4	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 2.....	35
3.4.1	<i>Progrès des indicateurs</i> .....	35
3.4.2	<i>État d'avancement des principales activités</i> .....	36
3.4.3	<i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	36
3.5	PERFORMANCE DE L'OUTPUT 3.....	37
3.5.1	<i>Progrès des indicateurs</i> .....	37
3.5.2	<i>État d'avancement des principales activités</i> .....	37

3.5.3	<i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	37
<b>4</b>	<b>SUIVI BUDGETAIRE</b> .....	<b>39</b>
<b>5</b>	<b>RISQUES ET PROBLEMES</b> .....	<b>40</b>
<b>6</b>	<b>SYNERGIES ET COMPLEMENTARITES</b> .....	<b>49</b>
6.1	AVEC LES AUTRES INTERVENTIONS DU PORTEFEUILLE .....	49
6.2	AVEC LES PROJETS POUR TIERS .....	50
6.3	AUTRES SYNERGIES ET COMPLEMENTARITES .....	50
<b>7</b>	<b>THEMES TRANSVERSAUX</b> .....	<b>51</b>
7.1	ENVIRONNEMENT ET CHANGEMENT CLIMATIQUE.....	51
7.2	GENRE.....	51
7.3	DIGITALISATION.....	53
7.4	EMPLOI DECENTS .....	53
<b>8</b>	<b>LEÇONS APPRISES</b> .....	<b>53</b>
8.1	LES SUCCES .....	53
8.2	LES DEFIS .....	54
8.3	QUESTIONS D’APPRENTISSAGE STRATEGIQUE.....	54
8.4	SYNTHESE DES ENSEIGNEMENTS TIRES .....	54
<b>9</b>	<b>PILOTAGE</b> .....	<b>55</b>
9.1	MODIFICATIONS APORTEES A L’INTERVENTION .....	55
9.2	DECISIONS PRISES PAR LE COMITE DE PILOTAGE ET SUIVI .....	56
9.3	REORIENTATIONS STRATEGIQUES ENVISAGEES .....	58
9.4	RECOMMANDATIONS .....	58
<b>10</b>	<b>ANNEXES</b> .....	<b>62</b>
10.1	CRITERES DE QUALITE .....	62
10.2	CADRE LOGIQUE ET/OU THEORIE DE CHANGEMENT MIS A JOUR .....	67
10.3	FICHES DE SUIVI DE PROCESSUS DE CHANGEMENT (OPTIONNEL).....	67
10.4	APERÇU DES MORE RESULTS .....	67
10.5	RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS (Y – M) » .....	68
10.6	RESSOURCES EN TERMES DE COMMUNICATION.....	68

## 2 Acronymes

AMBABEL	Ambassade de Belgique en RDC
ATI	Assistant Technique International
ATN	Assistant Technique National
BCAF	Bureau Central d'Achats de la FEDECAME
ECZS	Equipe Cadre de la Zone de Santé
BM	Banque Mondiale
ESP	Ecole de santé publique
HGR	Hôpital général de référence
CCT	Comité de Coordination Technique
CCSC	Centre de Connaissances Santé au Congo
CDR	Central de distribution régional
CNP-SS	Comité national de pilotage du secteur santé
COMPAR	Comité des partenaires
CPP	Comité provincial de pilotage
CS	Centre de santé
CU	Contrat unique
DEP	Direction d'études et planification
D4H	Digitalisation for health – Digitalisation de la santé
DGD	Direction générale de coopération au développement
DGLM	Direction général de la lutte contre la maladie
DLM	Direction de lutte contre la maladie
DPM	Direction de pharmacie et médicament
DPS	Division provincial de la santé
DSE	Direction de surveillance épidémiologique
DTF	Document technique financier
FBP-FBR	Financement basé sur la performance – sur le résultat
FC	Franc congolais
FEDECAME	Fédération de centrales de distributions de médicaments essentiels
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization - Alliance Globale pour les Vaccins et l'Immunisation
MSP	Ministère de la santé publique
ODD	Objectifs de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non-gouvernementale
PANC	Programme d'appui au niveau central
PADP	Programme d'appui au DPS et ZS
PCA	Paquet complémentaire d'activités
PDSS	Projet de développement du système de santé
PEE	Programme d'études et expertise
PLVS	Programme de lutte contre les violences sexuelles
PMA	Paquet minimal d'activités
PNAM(E)	Programme national d'approvisionnement de médicaments (essentiels)
PNCNS	Programme nationale des comptes nationales de la santé
PNDS	Plan national de développement du secteur santé (2016-2020)
PRECOB	Programme de renforcement des capacités organisationnelles par l'octroi de bourses
PRODS	

PTF	Partenaires techniques financiers
RDC	République Démocratique du Congo
RIPSEC	Renforcement Institutionnel pour des Politiques de Santé basées sur l'Evidence en RDC
ROI	Règlement d'ordre intérieur
SDSR	Santé et les droits sexuels et reproductifs
SMCL	Structure mixte de coordination locale
SNAME	Système national d'approvisionnement de médicaments essentiels
SRSS	Stratégie de renforcement du système de santé
TFS	Tarifcation forfaitaire subsidiée
ULB	Université Libre de Bruxelles
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
USAID	United States Agency for International Development
ZS	Zone de santé

## 2 Aperçu de l'intervention

### 2.6 Fiche d'intervention

<b>Nom de l'intervention</b>	Programme d'Appui au Niveau Central (PANC)
<b>Code de l'intervention</b>	RDC 1419411
<b>Emplacement</b>	Kinshasa, République Démocratique du Congo (RDC)
<b>Budget total</b>	Document technique financier (DTF): 9.500.000 EUR Décision comité des partenaires (COMPAR) 03/2016: 5.000.000 EUR
<b>Institution partenaire</b>	Ministère de la Santé (MS)
<b>Durée du projet</b>	36 mois à partir de la réunion de mise en place de la Structure Mixte de Coordination Locale (SMCL 0)
<b>Date prévue de fin d'exécution</b>	DTF : 7 décembre 2019 Décision COMPAR 2019 : 21 juin 2020
<b>Groupes cibles</b>	La population Congolaise des zones de santé (ZS) dans les provinces de concentration éligibles de l'appui de cette intervention Les populations en général dans les autres ZS dans les provinces ciblées à travers l'appui aux divisions provinciales de la santé (DPS) Les cadres du MSP tant au niveau intermédiaire que périphérique, et, en particulier, les prestataires, actuels et futurs, au sein des structures bénéficiaires de cet appui Les cadres du MSP du niveau central à travers son alimentation en informations stratégiques et bonnes pratiques
<b>Objectif général (Impact)</b>	Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans le cadre global de lutte contre la pauvreté
<b>Objectif spécifique (Outcome)</b>	OS 1. Les capacités managériales de la direction d'études et planification (DEP) sont renforcées pour assurer ses missions dans la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du plan national de développement du secteur santé (PNDS) en priorité dans les aspects de réforme du secteur et du développement des ZS. OS 2. Les capacités managériales de la direction de lutte contre la maladie (DLM) sont renforcées pour assurer son leadership de gestion multi-bailleurs des maladies endémo-épidémiques et des maladies non transmissibles. OS 3. L'approvisionnement régulier et pérenne en médicaments, dispositifs médicaux et produits de diagnostic essentiels de qualité à un prix accessible, mission prioritaire du système national d'approvisionnement de médicaments essentiels (SNAME), est assuré par la fédération de centrales de médicaments essentiels (FEDECAME), régulé par la direction de la pharmacie et le

	médicament (DPM), suivi par le programme national d'approvisionnement de médicaments (PNAM), et destiné à toutes les formations sanitaires des ZS ciblées, via les centrales de distribution régionales (CDR) de Kisangani (CAMEKIS), de Bwamanda (CAMENE) et de Kikwit (CAMEBASU).
<b>Résultats (Outputs) après modification du cadre logique de 2017</b>	<p>Résultat 1 : Une planification coordonnée est assurée à tous les niveaux, afin de permettre le renforcement du système de santé et en particulier le développement des ZS.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Résultat 5 : Le management interne de la DEP est renforcé dans la vision de la réforme du système de santé.</p> <p>Résultat 6 : Le fonctionnement des programmes spécialisés prioritaires est coordonné et progressivement intégré dans le cadre des activités courantes de la DLM.</p> <p><del>Résultat 7 : La surveillance épidémiologique et la réponse contre les épidémies sont renforcées dans une vision multidisciplinaire et multi-bailleurs.</del></p> <p><del>Résultat 8 : Le fonctionnement du réseau des laboratoires est renforcé en appui à la lutte contre les épidémies et endémies prioritaires.</del></p> <p>Résultat 9 : Le management interne de la DLM est renforcé dans la vision de la réforme du système de santé.</p> <p>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.</p> <p>Résultat 11 : Le rôle du Programme National d'Approvisionnements en Médicaments (PNAM) dans la coordination et supervision du SNAME est renforcé.</p> <p>Résultat 12 : Le fonctionnement de la FEDECAME et du BCAF Ouest est renforcé afin d'assurer une disponibilité continue des médicaments dans les CDR.</p> <p><del>Résultat 13 : Les principales fonctions réglementaires de la DPM (D3) sont renforcées dont en particulier, l'enregistrement et l'inspection.</del></p>
<b>Année couverte par le rapport</b>	2018

## 2.7 Auto-évaluation de la performance

### 2.7.1 Pertinence

	<b>Performance</b>
<b>Pertinence</b>	<b>A</b>

#### **Pertinence**

Selon la revue à mi-parcours (MTR) de 2019, PANC intervient particulièrement à propos dans le contexte actuel de la RDC, dans la mesure où Enabel est une des seules agences à appuyer directement le niveau central du Ministère de la Santé (MS), et plus spécifiquement la Direction des Etudes et de la Planification (DEP) et la Direction de la Surveillance Epidémiologique (DSE).

Le MS étant engagé dans le processus de réforme du système de santé qui s'intègre dans la stratégie de renforcement du système de santé (SRSS) et le plan national de développement sanitaire (PNDS) qui s'en déclenche, PANC à travers son objectif d'appuyer la mise en œuvre de la réforme, est parfaitement aligné avec les orientations et priorités nationales.

Avec la volonté de renforcer les capacités techniques et de leadership de directions centrales (DEP, DSE) du MS, PANC s'inscrit aussi bien dans la stratégie de santé de la coopération internationale au développement de la Belgique, centrée sur le renforcement des capacités des acteurs locaux et plus globalement le renforcement de la performance du système de santé.

PANC intervient particulièrement à propos dans le contexte actuel de la RDC, dans la mesure où Enabel est une des seules agences, à part le programme de développement du système de santé (PDSS) financé par la Banque Mondiale (BM) et le Programme (PRODS) de la Union Européenne (UE) à appuyer directement le niveau central, et plus spécifiquement la DEP et la DSE.

Or la réforme actuelle du système de santé congolais, engagée depuis 2006, peine toujours à s'opérationnaliser du fait, entre autre, du désengagement des partenaires techniques et financiers (PTFs) sur les structures du niveau central. N'étant que peu soutenues par l'Etat congolais, l'accompagnement de ce niveau à la décentralisation a du mal à se réaliser, créant même un système à deux vitesses et le risque d'une déconnexion du niveau central et décentralisé.

Concernant l'appui au programme national d'approvisionnement en médicament (PNAM), la MTR a constaté que sans cet appui, le PNAM aurait eu du mal à jouer son rôle de pilotage et de coordination dans le domaine de la gestion de la chaîne d'approvisionnement, vu l'étendue du pays et surtout vu le fait que depuis plusieurs années, le PNAM n'a pas été en mesure fonctionner de manière performante et d'appuyer les structures provinciales dans le contexte de la mise en place de la réforme du secteur et l'exécution du plan stratégique du système national d'approvisionnement de médicaments essentiels (SNAME).

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

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

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

### 2.7.2 Efficacité

	<b>Performance</b>
<b>Efficacité</b>	<b>B</b>

L'efficacité et l'impact du PANC à fin 2019, le moment prévu pour la clôture selon la convention de mise en œuvre (CMO), est jugée moyenne par la MTR de 2019 : les objectifs fixés, certes ambitieux, n'ont pas été atteints entièrement. La MTR de 2019 juge la coupe budgétaire de près de 50% du PANC en 2016 comme un des facteurs causals à ce fait. Il est peu probable que les trois objectifs spécifiques soient atteints entièrement, même avec une prolongation jusqu'à fin juin 2020.

Sur le volet médicament, au niveau central, le PNAM exécute pleinement ses activités planifiées avec l'assistance technique dédiée. Par contre, la revue constate de nombreuses insuffisances sur la chaîne d'approvisionnement en produits de santé, entraînant un mauvais accès aux médicaments au niveau des zones de santé.

Cependant l'impact du PANC sur le fonctionnement même de la DEP est important, dans la mesure où il assure un financement direct des frais de fonctionnement de la DEP. Le coaching rapproché des hauts cadres des directions, à travers la présence physique des ATI, est aussi efficace.

En conséquence, bien des réalisations concrètes ont pu être faites, comme :

- l'appui à la production, la validation et la mise en œuvre de nombreux documents stratégiques du secteur,
- l'appui à l'amélioration du PAO de la DEP,
- le travail de support fait sur le recadrement du PNDS 2019-2022,
- l'appui à la mise en œuvre d'un budget programmatique quinquennal.

Il en est ainsi, pour la DEP et son rôle de mise en œuvre de la réforme du système de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et la DSE dans son rôle de coordination de l'ensemble des PTFs intervenant dans la riposte face aux épidémies.

Les documents stratégiques qui étaient prévus être développés dans le DTF, ont été produits avec l'appui des ATI et validés par le CNP-SS sur des domaines qui suivent :

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

Spécifiquement sur l'impact de l'approche multi bailleurs du PANC, il faut souligner une forte implication du Programme. Le contrat unique a par exemple été leadé par le PANC. Globalement, le PANC est actif dans les réunions techniques et groupes d'échange sur la santé. De plus et malgré le fonctionnement du groupe inter bailleurs de santé (GIBS), bien que le programme santé d'Enabel peine à faire entendre sa voix sur le nécessaire appui au niveau central.

Enfin, l'emphase sur la recherche en système de santé a un impact fort au niveau décentralisé et donc, par ricochet, sur le PANC qui dispose de sources importantes d'informations permettant de mieux orienter l'action. Ces sources ne constituent pour autant pas des ressources opérationnelles qui sont utilisées dans le cadre du PANC.

### 2.7.3 Efficience

	<b>Performance</b>
<b>Efficience</b>	<b>B</b>

Sur les thématiques de renforcement du management interne de la DEP et de la DSE et sur la production d'outils normatifs et stratégiques, l'efficience du PANC a été jugé bonne par la MTR de 2019.

Le niveau de décaissement à fin 2019 est à 85%, étant la cause principal la non-exécution de plusieurs marchés publics concernant la dotation d'installations photovoltaïques dans les 3 centrales de distribution régionale (CDR).

Concernant l'objectif spécifique 1, il est à noter que l'appui financier à la DEP est jugé insuffisant, notamment en termes de moyens dévolus à la DEP pour superviser les activités de toutes les DPS du pays. Ce manque de moyen est en partie consécutif à la réduction budgétaire du PANC évoquée ci-dessus et la non-implication du MS.

De plus, la coordination de l'ensemble des PTFs et programmes spécialisés intervenant dans le secteur de la santé par la DSE est faible au niveau central à cause de son absorption quasi-complète par la coordination de la riposte de l'épidémie à Maladie Virus Ebola (MVE) en 2018 et 2019 dans respectivement le Nord et l'Est du pays.

Enfin, sur le volet médicament, la chaîne d'approvisionnement reste fragile dans sa fonctionnalité avec des ruptures ayant été constatées sur des médicaments essentiels dans les CDR, surtout dans le cas des produits pharmaceutiques approvisionnées par des PTF qui s'abusent du SNAME en implantant des circuits d'approvisionnement parallèles.

De manière globale les inputs sont difficilement transformés en outputs au niveau du PANC. En d'autres termes, les résultats sont difficilement atteints et certains (R6 et 9) n'ont pas connu d'avancées significatives. Des contraintes externes ont pesées, comme par exemple le fait que certains partenaires sont restés rétifs à tout appui au niveau central dans un contexte où l'Etat central ne joue pas sa partition dans l'appui au MS et à ses principales directions.

#### 2.7.4 Durabilité potentielle

	<b>Performance</b>
<b>Durabilité potentielle</b>	<b>C</b>

Enabel étant une des seules agences à soutenir directement le fonctionnement de la DEP, de la DSE et dans une moindre mesure le PNAM, la durabilité du PANC est jugée très fragile. Ainsi, sauf le PDSS avec financement de la BM, les autres coopérations multilatérales (ONU, UE) et les coopérations bilatérales ne financent pas le fonctionnement des directions du niveau central et cela est non prévu dans les interventions à venir.

De plus, le faible niveau actuel du financement du fonctionnement des directions par le PANC entraîne de facto une déconnexion avec le terrain faute de moyens pour assurer les supervisions, quand bien même les besoins sont très importants.

#### 2.7.5 Conclusions

- PANC intervient particulièrement à propos dans le contexte actuel de la RDC, dans la mesure où Enabel est une des seules agences à appuyer directement le niveau central du MS ;
- Sans l'appui du PANC, le PNAM aurait eu du mal à jouer son rôle de pilotage et de coordination dans le domaine de la gestion de la chaîne d'approvisionnement, vu l'étendue du pays ;

- Fin 2019 les objectifs fixés du PANC, certes ambitieux, n’ont pas été atteints entièrement, entre autres en conséquence de la coupe budgétaire de près de 50% du PANC en 2016 ;
- Le coaching rapproché des hauts cadres des directions appuyées, à travers la présence physique des experts d’Enabel, est arbitré comme efficace ;
- Les moyens disponibles sont difficilement transformés en résultats atteints au niveau du PANC, entre autres par le fait que certains PTF sont restés rétifs à tout appui au niveau central ;
- Enabel étant une des seules agences à soutenir directement le fonctionnement du niveau central, la durabilité du PANC est jugée très fragile, tandis que le faible niveau actuel du financement entraîne de facto une déconnexion avec le terrain ;

Conclusions principales de la MTR de 2019 concernant le PANC

- Malgré de nombreuses limites le programme santé d’Enabel mérite une appréciation positive, notamment du fait de :
  1. La pertinence des trois programmes au niveau central et décentralisé, en particulier pour le PLVS,
  2. Le mode de fonctionnement du Programme – immersion avec les acteurs nationaux, perçu par nombre d’acteurs comme un “*modèle de coopération*”,
  3. Le rôle du Programme dans la défense de l’approche d’harmonisation et d’alignement des PTFs engagés dans la santé en RDC, en particulier par le PANC ;
- Le PANC a en partie atteints ses objectifs spécifiques : appui à la mise en oeuvre de la réforme du système de santé et de la décentralisation au niveau réglementaire et organisationnelle, avec une pertinence et cohérence très bonnes, même si l’efficacité est moyenne, et en particulier l’approche d’alignement et d’harmonisation excellente, représentant un des succès clés du PANC, avec l’appui au PNAM ;
- A fin 2019, le programme santé d’Enabel a permis de renforcer substantiellement la performance du système de santé congolais à tous les niveaux ;
- Un avis favorable à la poursuite du programme en lui adjoignant une période d’extension d’une année minimum pour rattraper : (i) le lent démarrage et (ii) le ralentissement des activités suite aux évènements sociopolitiques de 2018.

Fonctionnaire exécution nationale	Fonctionnaire exécution Enabel
Dr. Alain Iyeli le suspension préventive temporaire	

## 3 Suivi des résultats

### 3.1 Evolution du contexte

#### 3.1.1 Contexte général et institutionnel

Avec une superficie de 2 345 410 km<sup>2</sup>, la RDC est l'un des plus vastes pays d'Afrique. En l'absence d'un recensement précis, sa population est estimée à environ 80 à 85 millions d'habitants<sup>1</sup>.

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

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

Le contexte global de la coopération au développement de la santé, intègre de plus en plus les principes d'alignement, d'harmonisation et d'efficacité, tels que formulés dans la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide. Ce contexte en RDC reflète aussi la politique de décentralisation qui a été opérée et qui renforce la capacité de prise de décisions par les pays en général pour une meilleure qualité des programmes et des interventions de santé publique.

La RDC a enfin organisé les élections présidentielles, parlementaires et provinciales le 30 décembre 2018. Au plan politique, l'année 2019 a été marquée par l'élection d'un nouveau président de la République au mois de Janvier. La proclamation des résultats a été émaillée par des manifestations de contestation entraînant des violences et même des morts aussi bien dans la capitale que dans les provinces notamment dans les fiefs de l'opposition actuelle.

Cette situation a très vite évolué positivement vers l'accalmie et la reconnaissance du Président. Une nouvelle coalition va alors être formée par le Front Commun pour le Congo (FCC) et le Cap pour le Changement (CACH) en vue de l'exercice du pouvoir. Si l'élection présidentielle a été remportée par CACH selon la CENI, l'essentiel des sièges aux parlements national et provinciaux ont été ravis par le FCC. Cette coalition loin d'être homogène et sujette à des conflits internes qui a tendance à entraver son fonctionnement optimal.

---

<sup>1</sup> Selon les estimations de l'Institut National des Statistiques (annuaire statistique 2014).

Ainsi la formation du gouvernement ait intervenu 5 mois après la prestation de serment du nouveau Président occasionnant un retard dans le traitement des dossiers. Le nouveau gouvernement de cohabitation n'est qu'en vigueur depuis l'été de 2019.

A titre d'illustration, l'échange de lettres entre les deux gouvernements pour formaliser la prolongation du programme santé a été effectif au mois de Novembre 2019 après la signature du gouvernement Congolais. Il faut souligner comme une avancée la normalisation des relations diplomatiques entre la RDC et la Belgique couronnée par la visite d'Etat du Président Congolais et la signature d'un Mémorandum qui ouvre la voie à un programme de transition en attendant l'élaboration d'un nouveau programme indicatif de coopération (PIC).

Au niveau provincial, de nouveaux gouverneurs par ailleurs, présidents des structures mixtes de coordination locale (SMCL), ont été élus dans toutes les zones d'interventions. Ces derniers connaissent peu le programme santé.

Au plan économique, la situation de la RDC ne s'est pas beaucoup améliorée. La parité entre le franc congolais et le dollar continue de se détériorer avec l'augmentation du coût de la vie. Cette dépréciation de la monnaie congolaise par rapport au dollar se traduit d'un taux d'échange a presque doublé de fin 2016 en fin 2019, passant d'un dollar pour 900 FC à un dollar pour 1.670 FC. Le corolaire de cette situation est une augmentation du niveau d'inflation, la cherté du coût de la vie et une baisse du pouvoir d'achat de la population y compris pour les soins de santé, qui sont fréquemment chargé à la prestation à tarif non-fixé, menant à des dépenses catastrophiques pour les familles.

Au plan sécuritaire, l'est du pays est toujours en proie aux conflits armés et violences intercommunautaires avec un déplacement continu de la population.

Sur le plan sanitaire, l'épidémie à MVE, bien que circonscrite dans certaines zones, n'est pas encore contrôlée. Le MS est entré dans la 4<sup>o</sup> génération du PNDS pour la période de 2019 à 2022, qui lui-même est axé sur la SRSS en RDC. Le PNDS 2019 – 2022 s'inscrit dans le cadre de la réalisation des ODD relatif à la santé, notamment la couverture sanitaire universelle.

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

En vue de s'assurer de la mise en œuvre effective de ce plan stratégique, un cadre de suivi et évaluation a été adopté en 2016. A travers ce cadre de suivi et évaluation se trouvent indiqués le rythme de suivi et des évaluations des performances du secteur santé. Une revue annuelle d'activités doit-être organisée chaque année, pour chaque niveau du système de santé (MS, DPS et ZS). Une évaluation à mi-parcours a été organisé en 2018 pour vérifier le niveau d'atteinte des résultats attendus, ce qui a mené au recadrage du même PNDS.

## **3.1.2 Contexte de gestion**

### **3.1.2.1 Modalités de partenariat**

Le GIBS continue les efforts de renforcer l'organisation d'harmonisation entre bailleurs de fonds et de l'alignement avec les stratégies du pays partenaire, la RDC. Le Programme Santé d'Enabel participe pleinement aux structures du GIBS, ensemble avec l'attachés dans le domaine de la santé de l'Ambassade de la Belgique (AMBABEL).

La participation du PANC / Enabel se présente tant au niveau des sous-groupes de financement, de gouvernance et de médicament du GIBS. Au niveau du pays, le programma santé d'Enabel contribue au mapping des interventions des PTF dans le secteur santé et aux instruments de contrôle de certains éléments de cette aide : les primes payées suivant le respect aux barèmes du GIBS, et d'autres.

En tant que dynamique entre acteurs belges, la coordination a maintenu sa coordination proche avec l'attaché de santé de l'AMBABEL. Par rapport au « hub santé », la plateforme belge d'acteurs ONG dans le secteur santé, Enabel est devenu membre (payant) et a pris le lead du groupe thématique de travail sur la 'digitalisation de la santé. De plus, plusieurs contacts bilatéraux avec des ONG et autres institutions belges se sont produits pendant 2018.

### **3.1.2.2 Modalités opérationnelles**

L'intervention PANC est une composante du programme santé de la coopération Belgo-Congolaise, qui dans son ensemble vaut 20.500.000 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. Le PANC est prévue pour une durée de 3 ans et compte sur un budget de 5.000.000 Euros.

Une prolongation sans augmentation budgétaire a été demandé en cours de 2019, validé par la SMCL du PANC et approuvée en COMPAR. Le processus de signature de l'échange de lettres avait abouti vers le mois de septembre 2019. La mise en œuvre du PANC a été prolongée jusqu'au 21 juin 2020 et la durée de sa convention spécifique jusqu'au 21 décembre 2020.

Une deuxième prolongation du PANC avec une augmentation budgétaire de 1.500.000 EUR a été facilitée dans le cadre d'une entente bilatérale entre la RDC et la Belgique depuis septembre 2019. Cette prolongation se cadre dans une période de transition jusqu'à fin 2022, en attente d'une nouvelle Commission Mixte entre les deux gouvernements. Les grandes lignes de cet accord bilatérale, retenues dans un mémorandum signé par les deux états en septembre à Bruxelles, ont été endossées par le COMPAR en novembre 2019 et communiquées à la SMCL du PANC en décembre dernier.

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 contrat unique (CU) comme modalité d'harmonisation et de coordination des interventions sectorielles, continuent à être la priorité pour le MS en 2019.

Pour le PANC, l'exécution en régie mais avec une approche centrée sur la prise de décision en commun avec nos partenaires, se consolide comme suffisante pour garantir un bon déroulement des activités. La mise en place du CU avec la DEP, DSE et PNAM offre en fait un bon encadrement, en plus géré par l'ensemble des partenaires, pour mettre en œuvre le suivi à la performance des institutions appuyées.

La SMCL du PANC fonctionne convenablement avec 2 réunions de mise en œuvre au mois d'avril et décembre 2019.

La gestion administrative et financière du PANC et du programme santé a connu l'intégration d'un RAFI a.i. pendant les 5 premiers mois de 2019 et un nouveau RAFI à partir de juillet. Le cycle de rapportage s'est réalisé comme attendu, consolidant l'outil Pilot au niveau de la coordination et les volets du programme. L'introduction du système UBW s'est fait attendre et a provoqué des retards considérables dans le rapportage de comptabilité.

L'amélioration du rapportage en vue de l'ensemble du programme santé continue à se donner comme point d'attention. La coordination a effectué en 2019 plusieurs missions de terrain en appui aux volets provinciaux, ainsi que l'accompagnement aux missions d'appui conseil du siège et de la MTR.

## 3.2 Performance de l'outcome



### 3.2.1 Progrès des indicateurs

A titre d'introduction :

Le programme santé en général et le PANC en particulier, ont choisi une stratégie qui aligne son système de M&E sur les systèmes existants du partenaire, le MSP et le système national d'information sanitaire (SNIS). Ces systèmes nationaux utilisent entre autres des indicateurs qui déclenchent du système de suivi et évaluation du PNDS (2019-2022).

Dès 2019, le secteur santé a vu la mise en place du nouveau PNDS 2019-2022, mais sa ratification s'est fait attendre à cause des retards de la mise en place d'un nouveau gouvernement en RDC. Ce nouveau PNDS, son titre étant « sur la route vers la couverture santé universelle en RDC », attaque le sous-financement observé notamment en ce qui concerne la contribution de l'Etat, mais aussi par des insuffisances dans l'utilisation de ressources.

Une quantité d'indicateurs pour le nouveau pour PNDS 2019-2022 ont été mis en place et sont intégrés dans le mécanisme de M&E du plan. Ils ont été et seront revus pendant les revues sectorielles annuelles de 2018 et des années qui suivent au niveau des ZS, DPS et le niveau central.

Pour le suivi de l'impact et les outcomes du PANC, nous avons sélectionné et retenus 37 indicateurs dans le cadre de ce PNDS 2019-2022. La source de ces données dans leur grande majorité provient soit du SNIS soit des programmes spécialisés, soit d'autres source de données. Nous faisons référence aux faiblesses connues du SNIS en ce qui concerne leur complétude des données rapportées, amplitude des formations sanitaires qui rapportent et leur qualité ou fiabilité des chiffres rapportés.

### L'impact

Résultat indicateur	Valeur Baseline 2016	Valeurs 2017	Valeurs 2018	Valeurs 2019	Cibles 2019	Cibles finale	Unité de mesure
<b>Impact: contribuer à l'état à l'amélioration de l'état de santé de la population dans le cadre globale de la lutte contre la pauvreté</b>							
Indicateurs nationaux liés au monitoring du PNDS 2016-2020	50	50	37	37	37	37	Nombre d'indicateurs
Pourcentage du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé	6,6	6,7	7,6	11	15	15	% du budget
Taux d'exécution du budget (santé) de l'Etat	96	97,2 vs 52,2	53,6	57	75	90	% du budget
Ratio de mortalité maternelle	846	ND	ND	ND	827	827	Nbre décès maternel pour 100 000 NV

17

Résultat indicateur	Valeur Baseline 2016	Valeurs 2017	Valeurs 2018	Valeurs 2019	Cibles 2019	Cibles finale	Unité de mesure
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	104	56,9	ND	70	101	101	Nbre décès infanto-juvénile pour 1000 NV
Taux de mortalité infantile	54	ND	ND	43	56	56	Nbre décès infantile pour 1000 NV
Taux de mortalité néonatale	28	31,2	ND	14	ND	60	Nbre décès néo natal pour 1000 NV
Proportion des femmes enceintes qui ont utilisé la CPN 4 lors de la dernière grossesse	48	44	59	48	55	55	%
Proportion d'enfants souffrant de la malnutrition aiguë pris en charge dans les structures de santé conformément à la politique nationale	15	56	ND	ND	50	50	%

### 3.2.2 Analyse des progrès réalisés

Pour 2019, le budget de l'Etat alloué au secteur de la santé qui avait été voté dans le parlement fin 2018, était de 11%. La source des données pour le taux d'exécution de 57% de ce budget est le programme national de comptes nationaux de la (PNCNS). Il existe souvent des écarts entre les données du PNCNS et le Ministère du Budget.

Les dépenses publiques totales de santé par habitant en RDC restent très limitées, passant de 15 USD en 2008 à 23 USD en 2016, mais restant largement en dessous des dépenses considérées par l'OMS comme minimum pour garantir un paquet de services essentiels, de 80 USD par habitant. En conséquence, il est considéré qu'en RDC les familles apportent de leur panier environ 40 à 45% des dépenses totales du pays en santé et l'ensemble des PTF de 35 à 40%.

Ce qui fait que la contribution de l'Etat pour les dépenses totales en santé du pays stagne autour de 15 à 20% depuis 2008. Le budget de l'Etat alloué à la santé reste d'ailleurs en dessous du seuil minimal budgétaire de 15% du budget d'Etat agréé par la déclaration de chefs d'états africains à Abuja en 2000.

En absence d'une enquête nationale de la santé et démographique (ESD), qui était prévu en 2018, les projections d'estimation de la mortalité maternelle dans le PNDS 2019-2022 restent décourageantes car elles confirment que la RDC est située dans les pires conditions du continent en tant que santé maternelle et de toutes façons avec une situation beaucoup plus préoccupante que dans les pays voisins de la RDC. En 2019 il n'y a pas eu non plus une EDS pour mettre à jour cette valeur.

Ayant réalisé une enquête MICS entre 2017 et 2018, les nouvelles données par rapport à la santé de l'enfant et les tendances des mortalités d'enfants se présentent de la manière suivante :

- Entre 0 et 28 jours de vie ou mortalité néonatale : de 42 (valeur EDS 2013 comme baseline) à 14 (valeur enquête MICS 2017),
- Avant leur premier anniversaire ou mortalité infantile : de 54 (valeur EDS 2013 comme baseline) à 43 (valeur enquête MICS 2017),
- Enfants morts avant leur 5<sup>e</sup> anniversaire : de 104 (valeur enquête EDS 2013 comme baseline) à 70 (valeur enquête MICS 2017).

En tant que l'indicateur par rapport à la situation de malnutrition, nous notons que ces indicateurs n'ont presque pas progressé pendant les dernières quinze années.

### L'outcome 1

Résultat indicateur	Valeur Baseline 2016	Valeurs 2017	Valeurs 2018	Valeurs 2019	Cibles 2019	Cibles finale	Unité de mesure
<b>Outcome: OS1 les capacités managériales de la DEP sont renforcées pour assurer ses missions dans la mise en œuvre, le suivi évaluation du PNDS</b>							
Evolution des indicateurs nationaux	ND	50	37	37	37	37	Nbre d'indicateurs de suivi du PNDS 2016-2020
Indicateurs nationaux liés au monitoring du PNDS	ND	6	5	5	5	5	Nbre d'indicateurs sélectionnés du PNDS 2016-2020
Appréciation du bilan annuel des activités du PNDS	9	57/110	74/110	?	90/110	100/110	Nbre d'activités réalisées/activités programmées x an
Taux de mise en œuvre de recommandations du CNP-SS	33	ND	ND	10	75	75	%
Nombre de DPS appliquant le CU	2	8	11	14	26	26	Nombre de DPS
Taux de réalisation des missions d'accompagnement des provinces (revues annuelles, PAO, CPP-SS, réformes, etc.)	24/72 (30%)	ND	31/48 (65%)	50	75%	75%	Nombre de missions / Nombre de missions programmées
Nombre d'évaluations trimestrielles de la performance (contrat unique/ FBR) par année	0	0	4/4	4/4	4/4	4/4	Evaluations réalisées / évaluations programmées
Proportion de la population couverte par des centres de santé offrant un paquet minimum d'activités (PMA) conforme aux normes	ND	50	ND	ND	ND	50	%
Proportion de la population couverte par HGR offrant un paquet complémentaire d'activités (PCA) conforme aux normes	ND	100	ND	ND	ND	50	%
Taux d'utilisation des services de consultation curative de santé	39	40,4	41,8	ND	30	30	%
Proportion de la population couverte par un mécanisme de partage du risque maladie	1,5	ND	ND	ND	ND	10	%
Proportion de Hôpitaux généraux de référence (HGR) & centres de santé (CS) appliquant la tarification forfaitaire subsidiée	1,5	ND	ND	HGR : 68% et CS : 70%	ND	10	%

### 3.2.3 Analyse des progrès réalisés

Le PNDS 2019-2022 a bel et bien été validé par le CNP-SS au mois d'octobre 2018, mais n'a pas été endossé en cours de 2019 par le nouveau cabinet de ministres. En conséquence, il n'a pas été distribué officiellement au jour.

Il est attendu que chaque DPS et le niveau central organisent des revues du PNDS chaque trimestre, donc la cible est de 110 activités d'appréciation de bilan (26 DPS x 4 et niveau central x 6).

Le niveau central (MSP) a organisé sa revue sectorielle annuelle (sur 2018) mais avec beaucoup de retard, pendant le mois de novembre 2019. La thématique centrale de cette revue a été l'engagement présidentiel d'atteindre en 2030 la couverture santé universelle (CSU) en RDC. Les recommandations de cette revue, endossées par le CNP-SS font déjà l'objet des plans d'actions 2020 pour toutes les commissions techniques nationales dans le pilotage de l'exécution du PNDS 2019-2022. Les DPS ont aussi fourni des grands efforts pour la tenue de leurs revues sectorielles, ayant organisé dans plus ou moins 70% des cas.

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

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

Cependant, au vu de la réalité de l'état actuel du secteur santé et de la complexité qui accompagne la mise en place de la CSU, l'objectif de cette mission a dû être revu. Le mandat de la mission est devenu d'établir une feuille de route sur les étapes de l'analyse approfondie qui doit être conduite pour permettre, dans un second temps, de préparer une feuille de route pour la CSU. Cette feuille de route est en processus d'élaboration à travers d'une commission mixte ad hoc d'experts du MS et des bailleurs de fonds du secteur santé. La stratégie nationale pour l'atteinte de la CSU et la feuille de route seront présentées pendant une conférence internationale au début de 2020.

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

Le déploiement du FBR, de la tarification forfaitaire subsidiée (TFS) comme mécanisme d'achat stratégique de soins de santé de qualité s'est élargi dans le pays, impliquant des nouveaux PTF comme l'USAID et le PRODS de l'UE en 2019. Ainsi, plus que moitié des DPS en 2019 sont caractérisées par ces appuis intégraux qui sont appliquées dans plus que 2/3 des ZS (63%) du pays. 70% des HGR dans le pays pratiquent maintenant la TFS, ainsi que 70% des centres de santé.

La mise en œuvre des CU a souffert en 2019 d'une fatigue. Seulement 14 sur 26 (55%) des DPS sont arrivées à en signer un. Au niveau central cette même malaise s'est produite, étant la DEP la seule direction ayant signé un CU. Une révision de la grille d'évaluation de la performance a été réalisée cependant.

## L'outcome 2

Résultat indicateur	Valeur Baseline 2016	Valeurs 2017	Valeurs 2018	Valeurs 2019	Cibles 2019	Cibles finale	Unité de mesure
<b>Outcome: OS2 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</b>							
Appréciation du bilan annuel des activités du PNDS 2016-2020	65	69/105	ND	53	65	105	Nbre d'activités/an / Nbre d'activités programmées
Evolution des indicateurs nationaux	50	50	50	50	50	50	Nbre d'indicateurs du PNDS 2016-2020
Taux d'incidence du VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans et taux de mortalité lié au VIH/Sida	0,03	0,03	0,03	0,02	ND	ND	%
	ND	1,66	ND	ND	ND	ND	%
Taux de Prévalence et Taux de Mortalité Lié Au Paludisme	60	45,6	ND	ND	ND	ND	%
	ND	20,8	ND	ND	ND	ND	%
Taux d'incidence de la tuberculose et la mortalité liée à la tuberculose	ND	322	ND	ND	ND	ND	Nbre cas/100.000 hab
	ND	60	ND	ND	ND	ND	Nbre décès/100.000 hab
Mortalité liée à l'hypertension artérielle chez les personnes adultes	ND	1,28	ND	ND	ND	Nbre x 1/3	Nbre de décès pour 100 habitants
Proportion des femmes enceintes dépistées au VIH	ND	1,04	ND	ND	ND	ND	% gestantes dépistées

### 3.2.4 Analyse des progrès réalisés

La RDC se caractérise par un profil épidémiologique marqué par l'émergence et réémergence de plusieurs épidémies de maladies transmissibles. En même temps le pays connaît une transition épidémiologique avec une augmentation de maladies non-transmissibles. En 2019, tant comme l'année antérieure, le pays a été touché par des épidémies de choléra, de MVE, de poliomyélite, et de rougeole, ainsi qu'une épidémie locale de chikungunya à Kinshasa (bien qu'elle ne soit jamais déclaré officiellement).

Le suivi des activités dans le PNDS 2019-2022 concernant la lutte contre les maladies est mis en œuvre partiellement au niveau des ZS, DPS et niveau central, comme nous constatons : environ 65% de ces activités ont été accomplies et les indicateurs sont connus et consensuels. L'interprétation des indicateurs de suivi ne changent pas à la situation décrite dans le RAR du PANC en 2018 (voir RAR 2018).

### L'outcome 3

Résultats Indicateurs/marqueurs de progrès	Valeur de base 2016	Valeur année précédente 2018	Valeur année rapportage 2019	Cible année rapport	Cible finale
<b>Outcome S3.: L'approvisionnement régulier et pérenne en 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)</b>					
Chiffre d'Affaires des 3 CDR du programme en USD					
<i>CAMEBASU</i>	1.526.986	1.370.381	<b>1.646.493</b>	2.030.000	2.030.000
<i>CAMENE</i>	1 255.461	1.221.828	<b>1.254.394</b>	1.350.000	1.350.000
<i>CAMEKIS</i>	167.725	713.310	<b>616.386</b>	300.000	300.000
Taux d'autonomie financière atteint par les 3 CDR du programme en %					
<i>CAMEBASU</i>	100	76	<b>96</b>	100	100
<i>CAMENE</i>	70	79	<b>98</b>	100	100
<i>CAMEKIS</i>	ND	111	<b>86</b>	?	?
Proportion de produits pré-qualifiés par la FEDECAME présents dans les 3 CDR en %					
<i>CAMEBASU</i>	88	74	<b>67</b>	97	97
<i>CAMENE</i>	57	42	<b>43</b>	90	90
<i>CAMEKIS</i>	ND	99	<b>95</b>	95	95
Taux de disponibilité en % d'un panier de médicaments traceurs (62) dans les 3 CDR					
<i>CAMEBASU</i>	91	93	<b>76</b>	97	97
<i>CAMENE</i>	81	82	<b>75</b>	95	95
<i>CAMEKIS</i>	ND	77	<b>96</b>	90	90

#### 3.2.5 Analyse des progrès réalisés

La mise en œuvre du plan stratégique du SNAME s'est accélérée en 2019 sous l'impulsion du PNAM et des PTF. Le PAO 2019 du PNAM, qui en est issu, a été grandement exécuté, ainsi que ceux de la plupart des PTF. En effet, suite aux échanges au sein du GIBS que le PANC a régulièrement animé, ce plan stratégique sert de plus en plus à guider tous les acteurs impliqués. Toutes les CDR reçoivent un appui d'un PTF au moins, et une nouvelle CDR est en construction

avec ces appuis. Également, des activités du niveau central ont été prises en compte. La plupart des financements annoncés dans ces POA ont été engagés au cours de l'année. Même si la mise en œuvre de ce plan stratégique a pris du retard, l'implication de tous produit des résultats sur le plan structurel. Néanmoins, une mise à jour de ce Plan est nécessaire, notamment pour le mettre en concordance avec le PNDS 2019 – 2022.

Bien qu'il soit 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'arrive toujours pas à offrir aux formations sanitaires de façon continue les médicaments de la liste nationale de médicaments essentiels retenus. En effet, malgré les appuis des PTF au BCAF et aux CDR, la FEDECAME n'arrive pas à réformer sa structuration et son mode de fonctionnement. Tant les produits destinés aux programmes spécialisés (VIH, malaria, santé de la reproduction, etc.) que les autres médicaments essentiels ont encore un taux de disponibilité très insuffisant.

Les difficultés de mise en œuvre du PDSS, programme phare du MS, ont limité les performances attendues dans ses zones de couverture, notamment dans le Kwilu et le Sud Ubangi, ce qui n'a pas permis aux 2 CDR (CAMENE et CAMEBASU) qui y sont implantées de consolider leurs résultats malgré l'appui du programme Santé d'Enabel.

La CAMEKIS, de son côté, continue à progresser en termes de performance ; bien que son chiffre d'Affaires annuel ait légèrement baissé, cela est dû aux variations de cycle de paiement des prestations de services aux programmes spécialisés (VIH-TB, malaria, etc.), le chiffre d'affaires annuel des produits vendus a lui encore augmenté pour représenter une proportion plus équilibrée du chiffre d'affaires global et garantir une pérennité d'autofinancement.

### **3.2.6 Impact potentiel (impact d'outcome 1 à 3)**

Les indicateurs qui cherchent à illustrer l'influence des outcomes 1, 2 et 3 sur l'impact potentiel ont été définis dans le DTF et validés dans la Baseline de 2016. Ils sont représentés dans le tableau sous les sections antérieures.

A fin 2019, comme avéré par la MTR de 2019, il reste plausible de supposer que l'ensemble des 3 outcomes contribue conceptuellement à l'impact recherché et que cette partie de la logique du PANC est encore valable. Toutefois, PANC n'arrive pas à atteindre pleinement l'atteinte de ces 3 outcomes, à cause de facteurs qui ont été discutés ci-dessus.

### 3.3 Performance de l'output 1



#### 2.7.6 Progrès des indicateurs

Une planification coordonnée est assurée à tous les niveaux, afin de permettre le renforcement du système de santé et en particulier le développement des ZS.	Valeur Baseline (2016)	Valeur 2017	Valeur 2018	Valeur 2019	Cible 2019
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	9	8	10	17	13*
PAO unique à financement multi-bailleurs pour le MSP élaboré et approuvé avant l'année d'exécution	0	0	0	1	1
Nombre d'ateliers d'échanges par année pour affiner les différents processus sectoriels et intersectoriels qui répondent aux TDR de ces ateliers.	9/52	9/52	ND	16/52	52/52

\* 1x par an dans 50% des provinces

#### 2.7.7 État d'avancement des principales activités

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

#### 2.7.8 Analyse des progrès réalisés

Selon les critères du MS en accord avec ses PTF, il est conseillé dans le processus du PAO d'avoir une mission de supervision par année par des encadreurs polyvalents nationaux du niveau central à chaque DPS dans le cadre de l'appréciation de PAO :

- La réalisation l'atelier de défense du PAO,
- La réunion du CPP pour valider le PAO
- L'atelier de mise en place du CU.

Par manque de financement dans l'ensemble des provinces, le nombre des missions avait été limité à 13 (cible) mais quand-même 17 missions ont été réalisées.

Entre PDSS, Enabel et PRODS il y avait en 2018 le financement pour couvrir 23 provinces, ce qui devrait constituer la cible pour l'année 2018. Selon son rapport annuel 2018, la DEP a accompagné 5 (63%) ateliers de défense de PAO sur 8 programmés, 12 (75%) revues provinciales sur 16 programmées et 14 (60%) réunions de CPP-SS sur 24 programmées.

A fin décembre 2018, le DEP du MS a réussi à remettre un draft de PAO unique pour l'année 2019. Le processus s'est donc bouclé pour première fois dans le délai prévu.

Comme déclencheur du cadre de suivi et évaluation du PNDS 2019-2022, la revue sectorielle annuelle du MS par rapport aux résultats de la gestion 2018 ne s'est déroulé qu'au mois de novembre 2019, faute d'avoir un nouveau gouvernement.

La DEP a poursuivi la mise en œuvre de CU aux DPS, programmes spécialisés et directions centrales. En 2018, les CU ont été signés dans 12 sur 26 DPS et dans 7 structures au niveau central. Les évaluations trimestrielles se sont réalisées, bien que hors délais des fois, et se centrent sur le suivi du financement des engagements de PTF et de l'Etat aux activités, sur l'évaluation des performances des structures, et sur le paiement des subventions des performances. Cependant, on remarque des grandes irrégularités dans les délais de paiement des primes de performance, notamment de la part du PDSS, ce qui sape la motivation du personnel.

En conclusion, l'atteinte de cet output reste sur la bonne voie, bien qu'avec la persistance de pas mal d'obstacles dans le processus de planification et avec des retards dans la mise en œuvre des CU.

### 3.4 Performance de l'output 2

#### 2.7.9 Progrès des indicateurs

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.	Valeur de la Baseline 2016	Valeur 2017	Valeurs 2018	Valeurs 2019	Cibles 2019
Nombre de réunions du CNP et de CCT (avec participation multi-bailleur) tenues avec rapport écrit décrivant l'inventaire des (outputs) recommandations apportées (cible: 2x/an)	1 CNP et 3 CCT	1 CNP et 5 CCT	2 CNP et 4 CCT	1 CNP et 5 CCT	2 CNP et 4 CCT

Nombre (Pool) d'experts polyvalents mis en place pour accompagner les provinces	10*	31**	45	28	40
Inventaires des outputs pertinents dans le processus d'évolution de la CAG-F vers la DAF	ND	ND	ND	2	ND

\* moins d'un expert par province : 26 en total ; \*\* plus d'un expert/prov/an ; \*\*\* plus d'un expert/prov/an

### 2.7.10 État d'avancement des principales activités

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

### 2.7.11 Analyse des progrès réalisés

Toutes les activités de coordination sectorielle du CNP-SS et CCT programmées au niveau central se sont réalisées en 2019. En plus, toutes (24) les réunions prévues des commissions nationales techniques sous la présidence de la DEP (Gouvernance et Financement / CSU) se sont données. A la fin de 2019, le DEP a contribué intensivement à une commission ad hoc sur la CSU, afin de mettre en place un plan stratégique et une feuille de route en vue de l'atteinte de la CSU en RDC à 2030.

Le PANC est représenté et participe aux réunions de 3 commissions : de la gouvernance, de la lutte contre la maladie et du médicament. Plus que participer, les ATI donnent de l'assistance technique à ces plateformes de pilotage, en synergie avec des ATI de l'OMS et d'autres PTF.

Au niveau décentralisé l'organisation du pilotage du secteur santé s'est organisé de la même façon. Un comité provincial de pilotage (CPP), présidé par le gouverneur, se réunit au moins 2 fois par année, avec appui direct d'Enabel. Chaque CPP contient 5 sous-groupes de travail. Bien que pour l'ensemble du pays la performance de ces CPP est très variable, au moins dans les provinces appuyées par le PADP d'ENABEL ces structures semblent fonctionner convenablement et les revues annuelles de la santé s'organisent comme attendu au niveau de la DPS et les ZS appuyées.

Du côté du PANC, l'appui se donne au niveau central (DEP, DLM et PNAM) mais aussi aux encadreurs polyvalents du niveau central qui reçoivent de l'aide afin de se mobiliser pour l'accompagnement des DPS d'intervention. Le pool d'experts polyvalents au niveau central pour l'accompagnement des DPS dans le pays a été élargi de à 40 personnes, qui ont été formées en synergie avec le PDSS.

Le relatif dysfonctionnement de certaines commissions du CNP-SS reste un obstacle à la bonne coordination sectorielle. Les recommandations de l'analyse et évaluation de la performance de

des commissions, réalisée au début de 2019, ont été mises en vigueur en cours de l'année, avec des résultats positifs.

Parallèlement à toutes ces activités de pilotage sectoriel, la DEP s'est chargée aussi avec la réalisation de pas moins d'une douzaine de réunions de structures de pilotage liées à des projets et programmes qui interviennent au niveau central (Enabel, PRODS, GAVI-RSS, Tripartite EU, etc.).

### 3.5 Performance de l'output 3

#### 2.7.12 Progrès des indicateurs

Développement du secteur assuré à travers la gestion de l'information stratégique du système de santé	Valeur de la <i>Baseline</i> (2016)	Valeur 2017	Valeur 2018	Valeur 2019	Cible finale
Inventaire de nombre d'études, recherches et dossiers de capitalisation d'expériences de terrain produits et validés par le CCT	5	0	5	0	1

#### 2.7.13 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :			
	A	B	C	D
Renforcement de la collecte des données		X		

#### 2.7.14 Analyse des progrès réalisés

Bien que nous connaissons les investissements nécessaires pour la D4H au niveau central, en 2018 ce processus n'a pas démarré comme priorité.

Le rôle du CCSC est de plus en plus prioritaire dans la mise en perspective de l'élaboration de nouveaux documents d'importance sectorielle.

### 3.6 Performance de l'output 4

#### 2.7.15 Progrès des indicateurs

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.	Valeur de la <i>Baseline</i> (2016)	Valeur 2017	Valeur 2018	Valeur 2019	Cible finale
Nombre de documents politiques élaborés ou adaptés.	9	1	1	0	11

Nombre de documents politiques élaborés ou adaptés sur la base des résultats de recherche ou des données probantes (centre de veille stratégique et du centre de connaissance en santé en RDC)	0	0	0	?	1
Document sur la stratégie de gestion des connaissances et la communication élaboré, validé et diffusé à tous les niveaux du MSP	0	0	0	0	1
Document stratégique de financement du secteur et de CSU cohérent élaboré sur base des différentes expériences dans le pays	0	0	1	0	1

### 2.7.16 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1 Appui à la mobilisation des expertises en recherche	X			
2 Appui à l'élaboration des politiques et des réformes		X		

### 2.7.17 Analyse des progrès réalisés

Par rapport à 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, le travail de la DEP s'est concentré plus que tout sur les dossiers suivants :

- Les analyses et la mobilisation d'expertise sur la cadre d'application de la Loi fixant les principes fondamentaux d'organisation de la santé publique de décembre 2018 ;
- L'endossement du PNDS 23019-2022 par le nouveau MS ;
- La migration de l'approche budgétaire basée sur les moyens vers la budgétisation programmatique en élaborant la matrice du budget du PNDS 2019 – 2022.

Il n'y a eu plus de progrès dans le dossier de l'endossement de la stratégie national de financement de la santé, en intégrant les remarques levées par le Centre de Connaissance Santé en RDC, approuvée à l'assemblée générale du CNP-SS de juillet 2018. Cette stratégie sera aussi plus importante comme cadre d'application du plan stratégique de la CSU en RDC.

Sur un total de 20 activités de développement du secteur programmées dans le PAO 2019, la DEP a réussi une réalisation de 80%.

Les documents et dossiers qui nécessitent maintenir le suivi et la réalisation en 2019 sont :

- Mise à jour du CDMT Sante 2019 – 2021 selon l'approche budget programme du PNDS 2019 – 2022 ;
- Documentation des mécanismes de subventionnement des soins dans les FOSA ;
- Documentation de l'organisation et fonctionnement des EUP ;
- Documentation pour l'institutionnalisation de l'achat stratégique ;
- Finalisation de la guide et directives de la TFS ;
- Documentation d'interventions retenues dans le cadre de la SRMNEA ;

- L'élaboration de la carte sanitaire, qui n'a pas encore démarrée.

De la liste des documents mentionnés sur la page 64 du DTF, il existe à fin 2018 10 réalisés (9 en 2016, 1 en 2018), donc encore 1 document reste en cours d'élaboration : la guide et directive sur la TFS.

Il n'y a pas eu de progrès par rapport à une stratégie au niveau national d'installation d'une attitude de gestion de la santé avec des réflexions critiques et continues sous la forme de la recherche action.

## 2.7 Performance de l'output 5

### 2.7.1 Progrès des indicateurs

Management interne de la DEP renforcé dans la vision de la réforme	Valeur de la Baseline (2016)	Valeur 2017	Valeur 2018	Valeur 2019	Cible finale
Ressources humaines (recrutées par appel à candidature) ; 2) présente avec description de postes et 3) évaluées régulièrement /cadre organique rationalisé	10/24	10/24	10/24	10/24	20/24
Evaluation positive de la cellule d'audit interne de la DEP sur les développements de ses compétences (administratives et organisationnelles, compétences financières et comptables)	0	0	1	0	1
Nombre de restitutions systématiques à l'équipe élargie de la DEP après participations à des missions, conférences ou réunions	11	1	11	19	48

### 2.7.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des principales activités	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1 Appui aux budget de fonctionnement courant	X			
2 Appui au paiement de primes au personnel	X			

### 2.7.3 Analyse des progrès réalisés

L'appui au budget de fonctionnement courant de la DEP et au paiement de primes au personnel s'est donné en 2019 dans le cadre du FBR à travers le CU. Pour le paiement des primes nous faisons référence aux barèmes du GIBS sur le sujet.

Il n'y a pas eu de nouvelle sélection de ressources humaines à la DEP en 2019 non plus, au contraire la DEP a perdu des experts, rendant encore plus précaire sa situation de staff. La direction DEP organise ses réunions hebdomadaires de staff, avec invitation, ordre du jour et compte rendu distribué dans les délais. Pendant ses réunions se produisent des restitutions à l'équipe de la DEP après participations à des missions, conférences ou réunions, mais pas de façon systématique.

Même avec moins d'appui du PANC que prévu, la DEP réalise des avances dans son organisation interne. Les dynamiques avec d'autres PTF autour de son CU en est le motif. Les activités incluses dans le CU entre des PTF et la DEP veilleront à ce que la capacité interne de la DEP concorde avec sa mission dans la réforme. Cet output reste pour le moment pertinent et valide.

## 2.8 Performance de l'output 6

### 2.8.1 Progrès des indicateurs

Le fonctionnement des programmes spécialisés prioritaires est coordonné et progressivement intégré dans le cadre des activités courantes de la DLM.	Valeur de la <i>Baseline</i> (2016)	Valeur 2017	Valeur 2018	Valeur 2019	Cible finale
Nombre de programmes spécialisés effectivement "coordonnés" par la DLM/nombre de programmes spécialisés existant en début de la présente intervention	29/52	27/50	27/50	27/50	11/11
Nombre de textes réglementaires et juridiques produits et adoptés/nombre de textes programmés dans le PAO des différents niveaux	7/9	1	1	0	7
Plan stratégique des MNT (avec intégration au niveau des DPS) réalisé et validé par le MSP	0	0	0	0	1

### 2.8.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1 Structuration des programmes spécialisés			X	
2 Intégration programmes spécialisés dans les DPS			X	

### 2.8.3 Analyse des progrès réalisés

Les soucis par rapport à la sous-performance persistante en méthodologie, prise de décision et globalement en efficacité de la commission de lutte contre la maladie (DLM + direction de labos + direction d'hygiène) sont maintenus.

En théorie, la réforme du niveau central par rapport à l'intégration des programmes spécialisés ne retient qu'11 programmes. De ces 11 programmes, le Programme National de Lutte contre les Maladies Tropicales négligées (PNLMTN) a repris 3 programmes originaux. 8 de ces 11 programmes ressortent sous la coordination directe de la nouvelle DGLM. Ceci dit, cette réforme n'avance plus depuis 2017. C'est la raison pour laquelle nous continuons à reporter nos valeurs sur un dénominateur de 50 programmes.

## 2.9 Performance de l'output 7

### 2.9.1 Progrès des indicateurs

La surveillance épidémiologique et la réponse contre les épidémies sont renforcées dans une vision multidisciplinaire et multi-bailleurs.	Valeur de la <i>Baseline</i> 2016	Valeur 2017	Valeur 2018	Valeur 2019	Cible finale
Plan national de contingence actualisé, validé et disponible au niveau des DPS	1	0	0	0	1
Nombre d'épidémies détectées et gérées selon la normatif et protocoles de prise en charge existants (correctement) / total épidémie enregistrée / an***	7/7	9/9	56/61	158/183	100%

### 2.9.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :			
	A	B	C	D
Appui technique au niveau des DPS			X	

### 2.9.1 Analyse des progrès réalisés

Faute d'appui, le plan de contingence tardera dans sa réalisation, y inclus l'actualisation des modules de prise en charge, la définition les kits d'intervention et la stratégie de mise en place des équipes d'intervention rapide.

En 2019, le plan de contingence national d'épidémie de MVE a été actualisé, ainsi que le plan de contingence national "global".

## 2.10 Performance de l'output 8

### 2.10.1 Progrès des indicateurs

Le fonctionnement du réseau des laboratoires est renforcé en appui à la lutte contre les épidémies et endémies prioritaires.	Valeur <i>Baseline</i> 2016	Valeur 2017	Valeur 2018	Valeur 2019	Cible finale 2019
Missions de supervision formative réalisées par l'INRB/missions programmées dans le PAO de la DLM	15/52	10/52	19/52	10/52	52/52

### 2.10.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :			
	A	B	C	D
Soutien au réseau périphérique de laboratoire de santé			X	

### 2.10.3 Analyse des progrès réalisés

Pas de progrès enregistré en 2019.

## 2.11 Performance de l'output 9

### 2.11.1 Progrès des indicateurs

Le management interne de la DLM est renforcé dans la vision de la réforme du système de santé.	Valeur <i>Baseline</i> 2016	Valeur 2017	Valeur 2018	Valeur 2019	Cible finale
Ressources humaines (recrutées par appel à candidature) présente avec description de postes et évaluées régulièrement /cadre organique rationalisé	7/54	7/54	7/54	7/54	10/54
Existence de procédures écrites conformes au manuel de procédure national	1	1	1	0	5
Existence de rapports systématiques/tous ateliers et missions gérés par la DLM	65	29	35	48	65

### 2.11.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1 Appui aux budget de fonctionnement courant		X		
2 Appui au paiement de primes au personnel		X		

### 2.11.3 Analyse des progrès réalisés

L'appui au budget de fonctionnement courant de la DSE et au paiement de primes au personnel s'est donné en 2019 sans le cadre formel du FBR, c'est-à-dire à travers le CU. Pour le paiement des primes nous faisons référence aux barèmes du GIBS sur le sujet.

Il n'y a pas eu de nouvelle sélection de ressources humaines à la DSE 2019 non plus, au contraire la DSE s'est trouvé sous-straffé à cause de son absorption totale dans la riposte de l'épidémie à MVE.

## 3.12 Performance de l'output 10



### 3.12.1 Progrès des indicateurs

Indicateurs	Valeur de base 2016	Valeur 2018	Valeur 2019	Cible 2019	Cible finale
<b>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.</b>					
Locaux de stockage effectivement disponibles et équipés, Sources de vérification : PV de réception des locaux, rapport d'inventaire d'équipement et matériel	0%	30%	<b>61%</b>	100%	100%
Niveau de stock de sécurité dans les 3 CDR, Sources de vérification : Outils de gestion de stock des CDR	74/ND /ND	39/ND /33	<b>65/70/79</b>	86/80/80	86/80/80
Prix de cession dans les 3 CDR pour les produits traceurs / prix d'achat BCAF, Sources de vérification : PV de réception et	NA	NA	<b>NA</b>	NA	NA

facture d'achat BCAF, Catalogue produits et prix de cession des CDR					
---	--	--	--	--	--

### 3.12.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement, les activités sont :			
	En avance	Dans les délais	Retardées <sup>2</sup>	En sérieux retard <sup>3</sup>
Activité C.01.01 : Appuyer la CDR KISANGANI (CAMEKIS)			X	
Activité C.01.02 : Appuyer la CDR BWAMANDA (CAMENE)			X	
Activité C.01.03 : Appuyer la CDR KIKWIT (CAMEBASU)			X	
Activité C.01.04 : Appuyer le fonctionnement pour l'autonomie des CDR			X	

### 3.12.3 Analyse des progrès réalisés

Concernant la CAMEKIS (CDR de Kisangani), l'appui a continué avec l'objectif de renforcer les capacités de gestion et de santé publique. Elle a été une des CDR du réseau FEDECAME ayant été incluse dans le nouveau Système d'Information en Gestion Logistique (SIGL) permettant de produire en temps réel les données sur la gestion des stocks et des flux de produits et finances et de les analyser. La construction de magasins et équipement de cette CDR sont en cours d'être finalisés. Le Fonds de Roulement de la CDR a été sérieusement augmenté. De l'équipement de manutention, stockage et mobilier supplémentaire est en cours d'acquisition.

Concernant la CAMENE (CDR de Gemena/ Bwamanda), la réhabilitation de ses locaux de Gemena est finie. Les études pour un équipement en production d'énergie électrique photovoltaïque ont été réalisées pour les 3 CDR, seules la CAMENE et la CAMEBASU sont intéressées ; mais la Cellule Marché Public d'Enabel en RDC n'arrive pas à lancer ces marchés assez complexes. Un marché pour la fourniture et la pose d'un isolant aluminium dans tous les locaux des 3 CDR a aussi été lancé.

Le nouvel entrepôt avec bureaux de la CAMEBASU (Kikwit) est terminé, et l'acquisition d'équipement de manutention, stockage et mobilier supplémentaire est en préparation. Une importante installation photovoltaïque est en cours de préparation pour lancer le marché.

<sup>2</sup> Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises

<sup>3</sup> Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

L'élaboration d'un Business Plan prévue pour chacune d'elles en se basant sur les calculs de coûts de fonctionnement issus d'une comptabilité analytique a commencé pour la CAMEKIS, mais une harmonisation du format s'est révélée nécessaire entre structures impliqués. Et pour la CAMENE et la CAMEBASU, les difficultés générées par la mise en œuvre du PDSS et celles du BCAAF à les approvisionner ne leur ont pas permis d'être dans une situation sur laquelle il serait correct de baser un Business Plan.

### 3.13 Performance de l'output 11



#### 3.13.1 Progrès des indicateurs

Indicateurs	Valeur de base 2016	Valeur 2018	Valeur 2019	Cible 2019	Cible finale
<b>Le rôle du Programme National d'Approvisionnements en Médicaments (PNAM) dans la coordination et supervision du SNAME est renforcé.</b>					
Nb de CDR évaluées / 6 CDR par an Sources de vérification : Rapport d'évaluation PNAM, Rapport activités AT au PNAM	6	13	<b>19</b>	9	9
Nb de CDR sous FBP-Contrat Unique / 16 CDR, Sources de vérification : Rapport d'évaluation PNAM, Rapport activités AT au PNAM	0	12	<b>16</b>	15	15
Nb de réunions sous-commissions d'approvisionnement (MEG/PPP) / nb prévu, sources de vérification : Compte Rendu de réunion, Rapport activités AT au PNAM	6	10	<b>11</b>	9	9

### 3.13.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement, les activités sont :			
	En avance	Dans les délais	Retardées <sup>4</sup>	En sérieux retard <sup>5</sup>
Activité C.02.01 : Appuyer le développement de l'environnement de travail		X		
Activité C.02.02 : Appuyer la coordination et à la supervision du SNAME	X			

### 3.13.3 Analyse des progrès réalisés

Le PNAM n'a toujours pas bénéficié d'un budget de fonctionnement du MS en 2019, mais l'appui des PTF s'est lui considérablement renforcé permettant d'atteindre des objectifs ambitieux. Le PAO 2019 a donc pu être exécuté en grande partie. Les performances du PNAM et sa production sont considérées parmi les meilleures au niveau du MS.

L'appui du PANC a permis au PNAM de progresser, laissant plus d'initiatives au personnel pour leur permettre une meilleure autonomie. Les dossiers techniques les plus complexes sont en cours d'exécution : Système d'Information en Gestion Logistique, processus de quantification national principalement.

Grâce aux appuis des PTF et au dynamisme du nouveau directeur, le PNAM consolide sa place de leadership dans l'encadrement et la supervision du SNAME. Les nombreuses activités qui lui sont dévolues dans le Plan Stratégique du SNAME sont pour la plupart engagées, même si l'exécution en prend du retard.

Suite aux difficultés de mise en œuvre du PDSS, à la réorganisation du réseau des CDR toujours non effective et à l'échec de l'élaboration du Plan Stratégique de la FEDECAME et de son Business Plan, l'élaboration du modèle de Business Plan pour les CDR a été sérieusement retardé. Un modèle est dorénavant disponible mais doit être testé.

<sup>4</sup> Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises

<sup>5</sup> Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

### 3.14 Performance de l'output 12



#### 3.14.1 Progrès des indicateurs

Indicateurs	Valeur de base 2016	Valeur 2018	Valeur 2019	Cible 2019	Cible finale
<b>Le fonctionnement de la FEDECAME et du BCAF Ouest est renforcé afin d'assurer une disponibilité continue des médicaments dans les CDR.</b>					
Chiffre d'Affaires du BCAF Ouest, source de vérification : Compte d'exploitation BCAF (en USD)	434 493	828 232	<b>261 300</b>	5,0 M	5,0 M

#### 3.14.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des principales activités 6	État d'avancement, les activités sont :			
	En avance	Dans les délais	Retardées <sup>7</sup>	En sérieux retard <sup>8</sup>
Activité C.03.01 : Appuyer le BCAF			X	
Activité C.03.02 : Appuyer le secrétariat de la FEDECAME			X	

#### 3.14.3 Analyse des progrès réalisés

Le Bilan 2019 de la FEDECAME n'est pas plus positif que celui de 2018, et ceux malgré l'appui de plusieurs autres PTF (UE, FM).

Sur le plan institutionnel, le plan stratégique de la FEDECAME n'a toujours pas été élaboré, et le business plan sur financement de la BM non plus car le document proposé par les consultants est d'une qualité inadéquate. La restructuration de l'organigramme est

<sup>7</sup> Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises

<sup>8</sup> Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

prévue, mais toujours non finalisée. Seul le recrutement de nouveaux personnels de qualité a pu avoir lieu : un gestionnaire financier et un pharmacien répartiteur.

Sur le plan fonctionnel, les commandes lancées en début 2019 commençaient petitement à être livrées en fin d'année, ce qui a lourdement handicapées les CDR dépendant du BCAF Ouest. La disponibilité à ASRAMES (BCAF Est) étant limitée également pour différentes raisons.

La construction d'un entrepôt préfabriqué (de 1000m<sup>2</sup>) n'a pas commencé pour des retards administratifs au niveau des 2 bailleurs (FM et USAID), ni celle des bureaux sur fonds UE. Le dossier de la gestion des entrepôts nationaux (Hub pharma) situés à Kinkole n'a pas abouti, le MS n'ayant toujours pas réussi à se décider sur un mode de gestion définitif. La FEDECAME semble désormais en mauvaise posture pour en prendre le contrôle. Fin 2019, la FEDECAME n'a toujours pas d'entrepôts en propre, et donc plus de stock propre, et reste hébergé dans les bureaux du PNAM. Elle devrait commencer à constituer son fonds de roulement en 2020.

La collaboration avec ASRAMES comme pôle d'acquisition du BCAF continue, mais cela n'a pas permis d'améliorer la disponibilité des produits dans le réseau FEDECAME car ASRAMES continue aussi à connaître des difficultés à s'approvisionner. En conséquence, le Chiffre d'Affaire annuel a encore chuté, menaçant la survie de la FEDECAME, et les stocks des CDR sont au plus bas.

## 4 Suivi budgétaire

PANC	Budget DTF	Dépenses jusqu'à fin décembre 2019	Exécution jusqu'à fin 2019 (%)	Total 2020	TOTAL DEPENSE	Exécution jusqu'à juin 2020 (%)
<b>TOTAL ACTIVITE</b>	<b>3 831 835</b>	<b>3 171 663</b>	<b>83</b>	<b>664 500</b>	<b>3 836 163</b>	<b>100%</b>
RDC1419311_A	740 825	604 738	82	125 100	729 838	99%
RDC1419311_A01	142 189	98 861	70	35 000	133 861	94%
RDC1419311_A02	65 070	25 616	39	32 500	58 116	89%
RDC1419311_A03	668	668	100	0	668	100%
RDC1419311_A04	8 175	8 174	100	0	8 174	100%
RDC1419311_A05	524 723	471 419	90	57 600	529 019	101%
RDC1419311_B	682 108	612 257	90	67 600	679 857	100%
RDC1419311_B01	51 825	51 824	100	0	51 824	100%
RDC1419311_B02	37 869	37 867	100	0	37 867	100%
RDC1419311_B03	10 067	10 067	100	0	10 067	100%
RDC1419311_B04	582 347	512 499	88	67 600	580 099	100%
RDC1419311_C	2 408 902	1 954 668	81	471 800	2 426 468	101%
RDC1419311_C01	1 303 520	936 653	72	350 000	1 286 653	99%
RDC1419311_C02	923 960	833 648	90	121 800	955 448	103%
RDC1419311_C03	179 378	182 323	102	0	182 323	102%
RDC1419311_C04	2 044	2 044	100	0	2 044	100%
RDC1419311_X	10 000	0	0	0	0	0%
RDC1419311_Z	1 158 165	979 409	85	184 103	1 163 512	100%
RDC1419311_Z01	787 716	713 703	91	90 873	804 576	102%
RDC1419311_Z02	103 912	70 181	68	33 730	103 911	100%
RDC1419311_Z03	176 323	134 953	77	36 500	171 453	97%
RDC1419311_Z04	90 214	60 572	67	23 000	83 572	93%
<b>Total général</b>	<b>5 000 000</b>	<b>4 151 072</b>	<b>83</b>	<b>848 603</b>	<b>4 999 675</b>	<b>100%</b>

Le taux d'exécution du PANC au 31 décembre 2019 s'élève à 83%. Une modification budgétaire a été faite au cours de l'année 2019 et validé par la SMCL début décembre. Cette modification a été motivée par la prolongation à travers le COMPAR de la mise en œuvre de l'intervention sans augmentation budgétaire jusqu'au 21 Juin 2020 et de la convention spécifique jusqu'au 21 décembre 2020.

Des ajustements ont donc été opérés pour s'assurer de la disponibilité des moyens généraux jusqu'à cette nouvelle échéance. En ce qui concerne les activités, nous avons procédé avec respect aux distributions budgétaires originales, ayant une marge d'économies sur le budget de

fonctionnement (lignes Z) du PANC par rapport au DTF. Aussi, une proportion des coûts d'assistance technique par rapport à la coordination a été redistribué sur d'autres volets du programme santé.

L'outcome 3, sur le médicament, reste l'accent principal du point de vue d'activités pendant le période de prolongation de 6 mois de la mise en œuvre. Les modifications réalisées ne seront pas en mesure d'améliorer significativement l'atteinte des outputs et outcomes OS1 et OS2. Pour cela, une augmentation budgétaire sera indispensable.

Une augmentation avec 2 millions d'Euros est envisagée dans le cadre de la prolongation jusqu'à fin 2022 par rapport au période de transition mentionnée ci-dessus.

## **5 Risques et problèmes**

Voir page suivante.

Identification des risques et problèmes			Analyse des risques		
Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total
La situation sécuritaire dans le pays peut se dégrader, et en particulier dans les zones d'intervention du projet (Kinshasa, Kisangani, Gemena et Kikwit)	01/12/2016	DEV	Moyen	Moyen	Moyen
La situation politique du pays est stable actuellement, mais elle n'est pas très claire vis-à-vis des engagements du gouvernement installé	01/02/2018	DEV	Moyen	Moyen	Moyen
Les PTF n'honorent pas leurs engagements décrits dans la charte d'accord (2012) au sein du GIBS	07/12/2016	OPS	Faible	Moyen	Moyen
Le PDSS avec financement de la Banque Mondiale accumule trop de retard dans sa mise en œuvre, provoquant un impact négatif sur la réalisation des activités du Programme Santé, dans les domaines de la TFS et la gestion du médicament au niveau des CDR	07/12/2016	OPS	Moyen	Haute	Haute

Identification des risques et problèmes			Analyse des risques		
Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total
Le budget réduit du PANC ne permet plus de remédier la fragmentation persistante de capitalisation d'expériences entre les niveaux central et provincial, entre MS et PTF et entre PTF	07/12/2016	OPS	Moyen	Moyen	Moyen
La résistance aux changements de la réforme de santé persiste chez les directeurs des programmes spécialisés et ne permet pas de mettre en œuvre efficacement la réforme du MSP.	07/12/2016	OPS	Haute	Moyen	Haute
Les achats par certains PTF de médicaments persistent en dehors du système FEDECAME (BCAF) et sont contreproductifs à une réelle amélioration du SNAME.	15/01/2016	OPS	Haute	Moyen	Haute
Courte durée de la CS du PANC au regard des plafonds de trésorerie qui poussent à reporter d'une année à l'autre l'atteinte des résultats.	15/01/2018	OPS	Haute	Haute	Très Élevé

Identification des risques et problèmes			Analyse des risques		
Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total
Pas d'initiatives de l'Etat pour graduellement assurer le paiement des compléments de salaire du personnel des directions appuyées par le PANC.	07/12/2016	FIN	Haute	Moyen	Haute

Traitement des risques et problèmes			Suivi des risques et problèmes	
Action(s)	Resp.	Echéance	Progression	Statut
Suivre et anticiper aux changements de la situation sécuritaire et politique	RESREP	Fin 2019	En tant que situation politique du la RDC 2019 a été surtout marqué par l'absence d'un nouveau gouvernement congolais (et belge). Aussi l'installation de nouvelles autorités provinciales ne s'est pas produit sans de l'instabilité, inclus dans deux de nos trois provinces d'intervention.	En cours
Lancer le dialogue avec les nouvelles autorités provinciales et au niveau central du MS à partir de mois de juillet 2019	NA	30/12/2018	Il y a eu pendant le Q3 2019 enfin l'installation d'un nouveau gouvernement. Les relations bilatérales entre les deux pays font preuve d'un réchauffement avec des visites réciproques. Dialogue avec autorités rétabli.	En cours
Participation active dans les structures de pilotage entre MSP et multi-bailleurs : CNP-SS, CCT et commissions, GIBS et sous-groupes.	PANC	Continue	PANC participe activement dans les séances du CNP-SS, du CCT et de 3 sur 6 commissions existantes + participation ad hoc dans d'autres commissions. PANC et programme santé (ensemble avec AMBABEL) participent dans plus que 80% des séances du GIBS et sous-groupes.  Les SMCL du Programme sont devenues encore plus un instrument de mobilisation,	En cours

Traitement des risques et problèmes			Suivi des risques et problèmes	
Action(s)	Resp.	Echéance	Progression	Statut
			d'apprentissage et d'échange sectorielle pour le Programme, bien qu'en 2019 il n'y a pas eu des semaines d'échange. Les 4° et 5° SMCL de MEO du PANC se sont réalisées.	
Le PS SNAME de 2017 doit être consolidé dans son exécution en 2019 et doit être distribué au niveau opérationnelle.	PANC	Tout 2019	La plupart des PTF s'alignent en 2019 sur une stratégie nationale d'achat, distribution et stockage des médicaments essentiels et génériques centrée sur la FEDECAME et les CDR. La Banque Mondiale reste posée sur la FEDECAME, après des rumeurs de s'en vouloir retirer, et au même moment le Fonds Mondiale s'y est aligné.	En cours
A travers le GIBS et le dialogue bilatéral avec le PDSS et la BM on cherche des aménagements des activités du PDSS. Enabel doit pressionner afin de se faire intégrer dans la plateforme de coordination du PDSS en 2019.	PANC, AMBABEL	Continue juillet 2019	Les retards administratifs du PDSS continuent à perturber des stratégies comme la TFS, le FBR, etc. PANC a participé en juillet 2019 activement à la MTR du PDSS, mais cette occasion d'analyse critique n'a pas été saisie pleinement.	En cours, avec retard
Rechercher activement collaboration avec les ESP, RIPSEC, sous leadership de la DEP.	PANC, DEP	Continue	La DEP n'arrive pas à mettre le point sur la RA comme dossier fédérateur au niveau national. Tout l'espoir reste maintenant sur les cadres	En cours

Traitement des risques et problèmes			Suivi des risques et problèmes	
Action(s)	Resp.	Echéance	Progression	Statut
<p>A la recherche d'une collaboration conceptuelle au niveau national.</p> <p>Créer une piste de "excellence par bonnes pratiques" au sein du Programme, avec l'organisation d'événements de distribution et de systématisation de bonnes pratiques.</p> <p>IL faut accentuer le rôle des ENP et EPP et les encadrer de manière suffisante pour jouer ce rôle.</p> <p>Tenue de missions conjointes du GIBS avec le MS.</p>			<p>des provinces et zones de santé du Programme qui ont participé du RSS (Belgique) et les provinces, entre provinces et niveau central, entre PTF des ZAR du RIPSEC.</p> <p>Les participants de maîtrises en Santé Publique (Kinshasa, Lubumbashi) et du RSS ont lancé des propositions de protocoles de RA. Le programme santé reste sur la piste d'appuyer à la MEO de ces nouvelles compétences</p> <p>Le financement des EPP est une priorité dans les contrats uniques signées.</p> <p>Première mission conjointe en mars 2018 à Bandundu, 2° en novembre 2018 à Sud et Nord Ubangi, 3° en mai 2019 à la DPS Katanga. PANC essaye de participer dans le mesure du possible.</p>	
<p>La restructuration de la DSE, devenue Direction Générale de Lutte contre la Maladie, déclenchée en 2018 doit être mis en relief comme élément essentiel de la réforme au niveau central du MS.</p>	PANC, MS	Continue	<p>PANC continue à appuyer la DSE. En 2019, la DGLM ne s'est pas mise en place non plus. 2 épidémies consécutives de MVE ont surchargé et presque décime la DSE toute comme la DGLM tout 2019. Le MSP et le SG à la Santé n'ont pas retenu parmi leur priorités réelles la</p>	En retard

Traitement des risques et problèmes			Suivi des risques et problèmes	
Action(s)	Resp.	Echéance	Progression	Statut
Intégrer l'évaluation de la réforme au niveau central à l'évaluation à mi-parcours du PNDS de 2018.			<p>mise en place complète de la réforme au niveau central.</p> <p>L'EMP du PNDS a fait intégrer des recommandations au secteur santé pendant la revue annuelle en cours de 2018. Le MS a manqué du leadership dans la matière de la réforme au niveau central.</p>	
Concertation forte et permanente des PTF au GIBS et lors des CPN	PANC, PNAM, GIBS	Continue	PANC participe de cette concertation dans la commission, le GIBS et au niveau central. Plan Opérationnel du SNAME en cours d'élaboration. Le PAO 2018 du PNAM prend en compte le Plan Stratégique du SNAME pour sa mise en œuvre. Cependant la mise en œuvre de son plan 'opérationnalisation' est en retard.	
Envisager une prolongation des CS du Programme Santé jusqu'à fin 2020, sans augmentation budgétaire.	Coordination santé, EST Santé, RESREP	Septembre 2019	La 3 <sup>e</sup> SMCL d'exécution du PANC, du PLVS et PADP, respectivement de début 2019 et fin 2018, a endossé la demande. L'échange de lettres confirmant cette prolongation a été signée au mois de septembre 2019.	

Traitement des risques et problèmes			Suivi des risques et problèmes	
Action(s)	Resp.	Echéance	Progression	Statut
<p>Concertation forte et permanente avec le GIBS et l'état congolais (MS) et les gouvernements provinciaux.</p> <p>Accentuer la visibilité des contributions de l'état congolais par rapport au secteur santé via les CU aux DPS et aux programmes spécialisés et directions centrales du MSP.</p>	GIBS, MS	Décembre 2019	L'exécution du budget de l'Etat reste faible et le budget même est insuffisant, même si le budget de santé pour 2019 s'annonçait à 10% du budget national. Le GIBS fait des plaidoyers constants.	

## 6 Synergies et complémentarités

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

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

### 6.1 Avec les autres interventions du portefeuille

L'approche programmatique actuelle permet effectivement d'assurer une cohérence, complémentarité et, dans une moindre mesure, une articulation entre les volets. Ceci est facilité par trois dynamiques :

- (1) la nature même du PANC qui, en appuyant le niveau central dans sa fonction de coordination de l'action sanitaire nationale et dans son rôle de pilotage de la décentralisation avec les DPS, englobe de fait toutes les composantes,
- (2) le volet médicaments qui, par sa transversalité, intègre de facto le PANC, le PADP et le PLVS,
- (3) l'intégration effective du PLVS dans le PADP au niveau provincial. L'articulation opérationnelle entre les trois programmes est plus complexe, compte tenu des différentes composantes de ceux-ci et du manque de moyens alloués à ce travail de coordination au niveau central, mais aussi de manière horizontale entre DPS appuyées.

La MTR de 2019 a considéré que l'approche systémique et intégré est bien comprise par l'ensemble des parties prenantes, ce qui est facilité par l'inscription des résultats du Programme santé d'Enabel dans les objectifs du PNDS. Le PLVS est parfaitement intégré au PADP, les objectifs autour de la SMNI regroupant de fait ces deux programmes. Le lien entre le PANC et le PLVS est quant à lui moins évident : ainsi, aucun résultat attendu du PANC ne mentionne la question du genre ou des VSBG.

Au niveau de l'approche intersectorielle avec d'autres interventions du portefeuille d'Enabel en RDC, il est avéré que l'implantation du programme santé n'a pas été formulée de manière pertinent en avec trop d'écarts et distance entre zones d'intervention des secteurs agriculture, désenclavement, éducation et eau & assainissement. En septembre 2019, pendant un échange entre programmes d'Enabel en RDC, une adhésion à la stratégie de développement local ou territorial a été analysée et proposée comme modèle pour les interventions pendant la période de transition à fin 2022, tout comme pour l'ensemble du portefeuille en RDC du prochain PIC.

En cours de 2019 une dynamique s'est présentée, sous le lead de l'équipe EST Santé du siège, entre toutes les interventions d'Enabel dans le secteur santé en Afrique. Toutes les équipes de ces interventions santé dans 11 pays partenaires du continent se sont réunies à la ville de Ouagadougou au Burkina Faso. Les différents modèles, ainsi que la nouvelle génération d'interventions sante « She Decides », ont été présentés

et analysée de manière comparative. Vers la fin de 2019, à Bruxelles et de nouveau sous le lead de l'équipe EST Santé du siège, un échange technique entre partenaires belges et congolais du secteur santé s'est réalisé autour des thématiques de la CSU et le modèle des « one-stop-centers » dans la lutte contre les violences sexuelles.

## 6.2 Avec les projets pour tiers

Sauf l'intégration du volet de l'approche décentralisé à l'élimination de la maladie de sommeil, à partir de juillet 2019, en sous-contraction avec l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, le programme santé dans son ensemble n'intègre pas encore des activités pour tiers.

## 6.3 Autres synergies et complémentarités

Sur la configuration organisationnelle du programme santé, liée à ses caractéristiques multi bailleurs, multi niveaux et multi sites la MTR de 2019 a jugé qu'elle donne des résultats certains, mais parfois difficilement quantifiables tant ils sont dispersés.

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

L'approche multi niveau du PANC est jugée pertinente et efficace, même si elle manque un peu d'efficacité et d'impact à cause des moyens humains et financiers qui sont insuffisants.

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

Parmi les autres acteurs impliqués, il faut citer :

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

## 7 Thèmes transversaux

### 7.1 Environnement et changement climatique

Le programme santé regarde à la santé d'une perspective des droits de l'homme, soulignant le concept des déterminantes sociales dans la prise en charge holistique des problèmes de santé publique au niveau communautaire, de la famille et personnel.

Un de ces déterminantes, 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.

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.

Dans le domaine de l'environnement et nos interventions au niveau central comme thématique transversale nous n'avons pas beaucoup de marge de manœuvre. Comme équipe d'exécution PANC, nous essayons de limiter nos déplacements sur le terrain aux visites strictement indispensables. Où relevant, nous nous déplaçons en voiture plutôt qu'en avion.

Avec le budget d'appui au fonctionnement nous investissons dans l'entretien préventif et correctif des véhicules officielles et nous essayons d'en éviter l'utilisation inapte.

Pour nos constructions (dans les CDR), nous avons pris soin de faire des choix écologiques et d'investir dans les installations d'énergie solaire uniquement. Pour l'ensemble du programme santé en 2018, avec le lancement à fin 2019 de plusieurs chantiers de constructions dans les hôpitaux, nous avons inclus des thèmes environnementaux dans le suivi aux chantiers. Comme tout programme d'ENABEL, Santé prendra en compte les risques environnementaux et formera les partenaires impliqués à l'identification et à la gestion de ces risques.

### 7.2 Genre

Ce que le Programme Santé veut atteindre est le gender mainstreaming ou approche intégrée de la dimension de genre dans l'ensemble de ces activités. En ce qui concerne l'approche à deux voies en matière de genre, le programme santé a entrepris une action spécifique dans l'octroi de bourses d'études à 32 professionnels de santé pour une maîtrise en santé publique à l'école de santé publique de l'université de Kinshasa en 2018, en s'assurant qu'il y ait une représentation biaisée vers les femmes dans les participants. L'ESP de Kinshasa connaissait depuis des années un déficit de femmes parmi les candidats à des maîtrises et en conséquence aussi parmi les participants de la maîtrise.

Dans nos efforts de formation au niveau communautaire, qui sont prévus dans le cadre de la participation voire cogestion de la population dans la gestion de leur santé au centre de santé, à l'hôpital, nous prenons des actions spécifiques sur la participation des femmes. Nous cherchons à être inclusifs vers des thématiques d'intérêt pour les femmes et nous faisons ces choix ensemble avec les interventions d'Enabel dans le secteur éducation.

### 7.2.1.1 SDR : Tarification forfaitaire subsidiée (TFS)

Avec la TFS nous voulons introduire dans les hôpitaux des tarifs fixes pour les soins de santé. Suite à un manque de participation de l'Etat dans le financement des formations sanitaires, beaucoup d'hôpitaux sont glissés vers un mode de survie où ils appliquent des tarifs « variables » selon leur besoin et la charge de nourrir la pléthore de personnel soignant qui demeure des fois avec des attentes irrationnelles dans les hôpitaux. En plus ces tarifs sont payables « à l'acte » ce qui permet de l'irrationalité dans les soins fournis par les soignants, en incluant des prestations qui ne sont pas indispensables. La tarification forfaitaire introduit le paiement par le patient d'un tarif fixe, qui couvre toute un épisode de maladie. Le patient sait donc plus ou moins combien un épisode de maladie lui va coûter.

Ceci renforce l'accessibilité financière aux soins de santé, en RDC sans doute encore la barrière principale à l'exercice du droit à la santé. Une meilleure utilisation de l'hôpital en sera une conséquence quasi immédiate et donc une meilleure prise en charge de la santé d'une population.

Mais nous faisons plus. Pour garantir que des paquets de soins, par exemple l'accouchement, le planning familial, les soins au nouveau-né et de l'enfant, la césarienne, soient encore plus accessible, nous subventionnons la formation sanitaire. Mais nous les subventionnons après vérification sur l'output – des soins de santé fournis avec qualité et égalité – et nous orientons les subventions vers les soins de santé pour le bien-être la santé de la femme, la mère et l'enfant.

En mettant en œuvre le cadre de la TFS il est important d'impliquer la population, surtout les femmes, dans les négociations pour qu'elles se rendent compte de l'opportunité que le TFS leur donne de prendre en charge leur propre santé en renforçant leur participation communautaire dans l'ensemble de la gestion de l'hôpital. Nous accompagnons cet exercice avec de la communication pour le développement (C4D).

### 7.2.1.2 SDR : Protection des droits et lutte contre les violences : PLVS

Le Projet d'Enabel d'appui de la lutte contre les violences sexuelles (PLVS) et les violences basées sur le genre est centré sur l'approche du gender mainstreaming. Encore plus, le PLVS cherche à fournir des meilleures connaissances en RDC pour construire des approches correctes et informées dans le domaine de la prévention et promotion et de la prise en charge holistique des victimes 'clinique, psychologique, juridique et socio-économique.

### 7.2.1.3 SDR : Système de monitoring et suivi spécifique

Pendant le démarrage, nous nous sommes rendu compte que les choix faits pour le design du système de M&E pendant la formulation du programme santé d'ENABEL n'étaient pas tout à fait inclusifs pour les indicateurs spécifiquement sensibles à la question du genre. Dans le cadre de l'exercice de la mise en œuvre de la ligne de base des différents composants du Programme, nous avons réalisé un effort de mettre un accent supplémentaire sur la recherche de ces indicateurs et leur degré de disponibilité en RDC.

Nos enquêteurs ont sollicité explicitement dans toutes les institutions qui nous fournissent des données soit pour la ligne de base (valeurs 2016) soit pour le monitoring de l'année N+1 (valeurs 2017) de nous transmettre aussi tous les indicateurs qu'elles gèrent concernant la sensibilité au genre. Cette collecte d'indicateurs a été croisée avec le système de M&E qui est validé au Ministère du Genre.

### 7.3 Digitalisation

Le programme santé à travers le PADP s'est engagé en 2019 à digitaliser la DPS, l'HGR et la ZS de Gemena et Budjala. Les installations pour la connexion internet et l'énergie ont été faites, les tablettes achetées et remises aux partenaires. Les formations seront finies début 2020.

Ces différentes structures auront donc accès à Internet et pourront même dématérialiser les dossiers physiques des patients. Cela va également contribuer à une plus grande transparence dans la gestion des ressources. Il est prévu répliquer cette initiative aux partenaires dans la Province de la Tshopo en cours de 2020.

### 7.4 Emploi décent

Le PANC, comme tous les volets du programme santé, met un pont d'honneur au respect des dispositions du règlement intérieur de Enabel afin de contribuer au bien-être des collaborateurs.

Le PANC fait des plaidoyers pendant les réunions du comité de pilotage pour la rémunération des agents de santé pour garantir la dignité de ces derniers et leur bien-être. On a pu observer en 2019, une amélioration dans ce sens même si beaucoup reste encore à faire.

## 8 Leçons apprises

### 8.1 Les succès

- PANC intervient particulièrement à propos dans le contexte actuel de la RDC, dans la mesure où Enabel est une des seules agences à appuyer directement le niveau central du MS ;
- Sans l'appui du PANC, le PNAM aurait eu du mal à jouer son rôle de pilotage et de coordination dans le domaine de la gestion de la chaîne d'approvisionnement, vu l'étendue du pays ;
- Le coaching rapproché des hauts cadres des directions appuyées, à travers la présence physique des experts d'Enabel, est arbitré comme efficace ;
- Malgré de nombreuses limites le programme santé d'Enabel mérite une appréciation positive, notamment du fait de :
  - La pertinence des trois programmes au niveau central et décentralisé, en particulier pour le PLVS,
  - Le mode de fonctionnement du Programme – immersion avec les acteurs nationaux, perçu par nombre d'acteurs comme un *“modèle de coopération”*,
  - Le rôle du Programme dans la défense de l'approche d'harmonisation et d'alignement des PTFs engagés dans la santé en RDC, en particulier par le PANC ;
- Le PANC a en partie atteint ses objectifs spécifiques : appui à la mise en oeuvre de la réforme du système de santé et de la décentralisation au niveau réglementaire et organisationnelle, avec une pertinence et cohérence très bonnes, même si l'efficacité est moyenne, et en particulier l'approche d'alignement et d'harmonisation excellente, représentant un des succès clés du PANC, avec l'appui au PNAM ;

- A fin 2019, le programme santé d'Enabel a permis de renforcer consubstantiellement la performance du système de santé congolais à tous les niveaux ;
- Un avis favorable à la poursuite du programme en lui adjoignant une période d'extension d'une année minimum pour rattraper : (i) le lent démarrage et (ii) le ralentissement des activités suite aux événements sociopolitiques de 2018.

## 8.2 Les défis

- Fin 2019 les objectifs fixés du PANC, certes ambitieux, n'ont pas été atteints entièrement, entre autres en conséquence de la coupe budgétaire de près de 50% du PANC en 2016 ;
- Les moyens disponibles sont difficilement transformés en résultats atteints au niveau du PANC, entre autres par le fait que certains PTF sont restés rétifs à tout appui au niveau central ;
- Enabel étant une des seules agences à soutenir directement le fonctionnement du niveau central, la durabilité du PANC est jugée très fragile, tandis que le faible niveau actuel du financement entraîne de facto une déconnexion avec le terrain ;

## 8.3 Questions d'apprentissage stratégique

Dans cette intervention, on n'a pas formulé de question d'apprentissage stratégique spécifique. Néanmoins le PANC a adopté une posture d'apprentissage tout au long de la mise en œuvre.

Au cours de l'année 2019, le principal apprentissage stratégique réalisé est l'encadrement des interventions et activités du secteurs santé dans la stratégie nationale de l'atteinte de la CSU en RDC jusqu'à 2030.

## 8.4 Synthèse des enseignements tirés

*Nous reprenons ici les enseignements tirés proposés par la MTR de 2019.*

Enseignements tirés	Public cible
Des programmes comme le PANC, le PADP et le PLVS, qui visent des renforcements de capacités multi niveaux et des transformations systémiques (Réforme du système de santé), requièrent un appui suffisamment poursuivi dans le temps. Idéalement il faudrait envisager (au moins la possibilité) d'une succession d'interventions. La durée d'exécution devrait être portée à 5 ans aux moins, afin d'assurer une phase de mise en œuvre effective (à rythme de croisière) d'au moins 3,5 à 4 ans.	AMBABEL, RESREP, Siège Enabel
Pour éviter un éparpillement des résultats (vingt pour les trois Programmes), il importe de créer des résultats transversaux qui apparaissent dans les trois programmes. Peut-être faut-il aussi limiter davantage les axes d'intervention et cibler l'atteinte d'une masse critique suffisante de résultats et de conditions de succès pour générer des progrès et/ou des transformations durables.	EST, RESREP, Coordinations Santé

L'ancrage physique des équipes du Programme santé au sein du MS est une très bonne pratique à reproduire. En effet, elle permet de faire émerger une synergie entre Enabel et les acteurs locaux appuyés.	Siège Enabel, RESREP, AMBABEL, MS
Les spécificités du Programme santé d'Enabel requièrent l'octroi de ressources humaines additionnelles, notamment pour appuyer, au niveau central, la dynamisation du dialogue entre PTFs avec pour objectif une meilleure harmonisation et coordination des interventions. Il semble que la double fonction de l'ATI comme chef de mission et chef du PANC limite l'investissement pourtant nécessaire à toutes les réunions techniques, plateformes et échanges qui sont nombreux sur le volet santé à Kinshasa.	RESREP
Le « backstopping technique » de l'équipe de coordination santé et externe est fondamental, d'autant plus que l'intervention dans trois Provinces et au niveau de Kinshasa crée de facto des gaps. Il importe d'appuyer cette équipe par une remise en question constructive de haut niveau ; cela peut idéalement être lié à l'exercice de passage en revue annuelle de la théorie de changement.	RESREP

## 9 Pilotage

### 9.1 Modifications apportées à l'intervention

Après la modification du cadre logique effectuée et approuvée en 2017 certaines synergies se sont présentées avec d'autres PTF dans certains domaines. La nouvelle intervention de l'élimination de la maladie de sommeil en RDC, qui a démarré en juillet 2019, mettra l'accent sur l'approche décentralisée et intégrée de la détection, traitement et control de vecteur.

## 9.2 Décisions prises par le Comité de pilotage et suivi

Décision à prendre		
Décision à prendre	Période d'identification	Source
La 2° SMCL PADP/PLVS et PANC s'est prononcé sur la possibilité de solliciter une prolongation a certains volets du Programme Santé. Les membres de la SMCL ont demandé à l'équipe d'exécution de préparer un dossier pour analyser la faisabilité de cette sollicitude.	30/06/2018	PV réunion Comité de pilotage
La 2° SMCL s'est prononcé sur la pertinence d'une évaluation à mi-parcours pour le programme santé de 36 mois. En cas de approbation et en attente des avances de cette procédure, il a été demandé à l'équipe de coordination du Programme de préparer et activer la procédure de tenir une EMP du Programme.	30/06/2018	PV réunion Comité de pilotage

Action			Suivi	
Action(s)	Resp.	Echéance	Progression	Statut
Présenter dossier solide de sollicitude de prolongation de la CS et de la MEO du PANC, dans le cadre d'une revue stratégique du portefeuille des interventions d'Enabel en RDC entre RR et siège.	Coordinateur santé, RESREP, DEP	Avril 2019	La revue de portefeuille prévoyait la prolongation des CS du Programme Santé jusqu'à fin 2020/2021.  PANC a présenté le dossier qui a été endossé par la SMCL en avril 2019. Echange de lettre signe au mois de septembre 2019.	Accompli

<p>Le dossier pour la tenue d'une MTR du Programme santé a été réalisé avec RR et siège et soumis à des fournisseurs de service en février 2019.</p>	<p>Coordinateur santé, RESREP, OPS</p>	<p>Mai 2019</p>	<p>La MTR s'est déroulé pendant les mois de mai à juin 2019. 06/06/2019. Elle a été réalisée par le consortium EVA et le rapport final a été reçu en septembre 2019. Un plan d'action post-MTR sera intégré dans la proposition de prolongation.</p>	<p>Accompli</p>
--	--	-----------------	--	-----------------

### 9.3 Réorientations stratégiques envisagées

Les propositions de réorientations stratégique envisagées seront remises dans le dossier de demande de prolongation qui sera repris dans un DTF additionnel.

### 9.4 Recommandations

la MTR recommande de poursuivre le Programme en lui adjoignant une période d'extension d'une année minimum et en intégrant les recommandations suivantes:

1. Poursuivre le plaidoyer au niveau central et provincial pour un meilleur alignement et une meilleure harmonisation des PTFs intervenants dans le secteur de la santé et une intégration effective dans le PNDS et la SRSS ;
2. Accélérer la mise en œuvre des activités à tous les niveaux, notamment au niveau décentralisée des DPS avec le PADP :
  - La performance des activités relatives aux résultats 5 (appui à l'HGR) et 6 (appui aux centres de santé) peut largement être améliorée, notamment en travaillant sur le volet de la qualité des soins ;
  - Développer l'ensemble des protocoles de recherches actions attendus et démarrer la phase de terrain ;
  - Concevoir une stratégie pérenne de sortie progressive du système de tarification forfaitaire subventionnée par Enabel, pour améliorer la durabilité potentielle des bons résultats obtenus sur la fréquentation des soins.
3. Activer le principe de fongibilité asymétrique pour accélérer le décaissement du budget total du PADP. Compte tenu de l'importance des besoins exprimés, de nombreuses pistes existent et des thématiques comme l'hygiène hospitalière (gestion des déchets biomédicaux) n'ont été que peu mise en œuvre à ce jour ;
4. Renforcer l'efficacité et l'efficience de la CA sur les MEG et produits de laboratoire pour s'assurer d'une disponibilité d'au moins 90%. Le critère de qualité des soins ne pourra pas être amélioré si les produits de santé ne sont pas disponibles et accessibles à la population. La revue propose les pistes suivantes ;
  - Appuyer les DPS pour le recrutement d'un pharmacien analyste chargé de la logistique médicale au niveau du bureau technique (poste qui est prévu dans l'organigramme des DPS mais non financé) dont le rôle sera central et reposera sur trois tâches principales : (i) la supervision de toute la chaîne d'approvisionnement des médicaments, (ii) l'analyse des données du système l'information sur la Gestion logistique et (iii) la coordination des partenaires à travers le groupe de travail médicament.
  - Recruter un assistant technique national au niveau provincial (via la création d'une nouvelle ligne budgétaire sur le budget du PADP) qui aura pour rôle d'appuyer les DPS à améliorer la supervision du volet médicament (de la quantification à la distribution en passant par la commande et le suivi des consommations moyennes mensuelles agrégées), la coordination des partenaires (sous-groupe médicament au sein du GIBS et groupe de travail médicament) et la collecte et l'analyse des données sur le système d'information de la gestion logistique.
  - Tenir compte des besoins en fond de roulement rationnellement estimé au niveau du BCAF et des CDR afin d'apporter un appui financier substantiel visant à renforcer la disponibilité des médicaments essentiels génériques sur toute la chaîne d'approvisionnement dans le cadre de ce projet.

- Faire un plaidoyer auprès d'autres partenaires afin de renforcer l'appui aux niveaux central et provincial pour améliorer le rôle de leadership du PNAM et des DPS, et renforcer le rôle du BCAF dans le but d'améliorer le système des acquisitions de médicaments et de rendre disponible les médicaments essentiels génériques sur toute la chaîne
5. Prioriser la recherche action à tous les niveaux et développer des protocoles de recherche innovant et à haut impact, par exemple sur la SMNI visant à faire baisser les taux de mortalité infantile et maternelle
  6. Spécifiquement pour le PLVS, il est nécessaire de renforcer la prise en charge holistique des victimes de violence sexuelle, en insistant sur les volets juridique et socio-économique (voir ci-dessous, recommandation en cas de prolongation).
  7. Poursuivre la mise en œuvre du PANC en intensifiant le plaidoyer auprès des PTFs pour un appui au niveau central et en s'assurant d'une meilleure gestion de la chaîne d'approvisionnement en médicament à tous les niveaux. Les efforts du PADP doivent être concentrés sur des interventions à haut impact pour améliorer la qualité des soins (bio sûreté et biosécurité<sup>9</sup> par exemple);
  8. Mettre à l'échelle les projets pilotes qui ont démontré leur efficacité, efficience et impact, en utilisant les CU comme outil de plaidoyer. La revue pense ici au système de transport des patients et à la PEC des VVS ;
  9. Intégrer le volet laboratoire<sup>10</sup> au sein du Programme : au niveau du PANC, en réactivant le réseau national des laboratoires et en appuyant de nouveau l'INRB et au niveau des DPS, en s'assurant d'un rehaussement du plateau technique des laboratoires dans les HGR et les CS. Cette action fera effet levier pour améliorer la qualité des soins des patients : le diagnostic biologique est en effet le meilleur indicateur pour prendre en charge de manière adaptée un patient. Sans nécessairement investir de manière conséquente dans des équipements, qui sont pour la majorité des sites visités déjà présents, il importe davantage de (i) mobiliser un bio technicien pour effectuer une maintenance curative des appareils, (ii) former / recycler les techniciens de laboratoire sur les manipulations (par service) et la biosécurité (iii) renforcer l'intégration du laboratoire dans la PEC de patients à tous les niveaux<sup>11</sup> ;
  10. Concernant le PLVS, la revue émet les recommandations suivantes : (i) Renforcer les mécanismes de prise en charge en général pour adapter les interventions du PLVS aux vulnérabilités spécifiques des filles mineures face aux VSBG et renforcer la méthodologie utilisée pour les formations, (ii) Renforcer la prise en charge médicale , notamment en prenant en charge les besoins permanents de services et/ou infrastructures : l'approvisionnement régulier en intrants comme les kits PEP ; l'appui en matériel et équipements (lits de consultation, lits d'accouchement, appareils d'échographie, lampes frontales, balances) et salles de consultation. De plus, il faut anticiper la pérennisation de la gratuité de la PEC des survivant(e)s de VS, (iii) Renforcer la prise en charge juridique en envisageant la fourniture d'un appui institutionnel au secteur judiciaire qui nécessite un budget supplémentaire non programmé sur le PLVS et qui impliquerait d'autres Ministères<sup>12</sup>, en vue de garantir plus de confidentialité aux auditions des victimes survivant(e)s et en poursuivant le programme de formation juridique, de préférence en collaboration avec des spécialistes de la réforme du secteur judiciaire (par ex GIZ) et (iv) Renforcer la prise en charge socio-économique, avec

---

<sup>9</sup>L'annexe 11 du rapport est utile pour avoir la liste des équipements nécessaires dans un laboratoire.

<sup>10</sup>Afin de donner plus de consistance à cette proposition, nous avons fait figurer en annexe 11 de ce rapport plusieurs listes exhaustives décrivant les équipements, les réactifs et consommables nécessaires à la réalisation des examens biologiques essentiels. Nous pensons que cet outil pourrait aider le Programme à mieux définir les besoins en appui.

<sup>11</sup>A moyen terme, il conviendra aussi de remettre à plat la nomenclature des diagnostics biologiques essentiels, afin de développer une nouvelle tarification adaptée.

<sup>12</sup>Ministère de la Justice, Ministère du genre par exemple.

comme levier l'intégration de la prise en charge juridique des victimes une aide à se constituer partie civile pour obtenir des réparations. Il est aussi fondamental de promouvoir des mesures durables de prévention et réponse aux VSBG.

### **Recommandations pour la DEP, la DES, le PNAM, les DPS et les PTFs impliqués dans les GIBS**

11. Intensifier les efforts en vue d'augmenter effectivement et significativement la contribution de l'Etat congolais au financement du secteur de la santé, au niveau central et décentralisé ;
12. Renforcer le rôle de leadership du MS à la fois pour la planification de la mise en œuvre du PNDS (DEP) et pour la réponse opérationnelle aux maladies (DES) ; Le cas récent d'Ebola a montré les limites de ce leadership ;
13. Diffuser et mettre en œuvre les différents plans stratégiques développés dans le cadre du PANC, principalement au niveau décentralisé ;
14. Participer activement à la poursuite de toutes les activités et à la reformulation du programme en étroite collaboration avec Enabel ;
15. Au niveau provincial, des ressources humaines additionnelles pourraient lever certains goulots d'étranglement : par exemple, des fonctions clés comme la logistique santé (conseiller en chaîne d'approvisionnement) et la maintenance générale et hospitalière pourraient s'incorporer aux équipes actuelles<sup>13</sup> en permettant de résoudre d'importantes difficultés constatées sur le terrain : le CCA assurerait le lien entre le CDR, la DPS (pour la planification et le suivi), l'HGR, les centres et postes de santé pour la distribution des médicaments aux patients. La formation d'un pool de « maintenanciers » nationaux apparaît aussi tout à fait critique au regard de la quantité d'appareils médicaux hors-service qui s'accumulent dans les structures de santé. Renforcer la fonctionnalité de ces appareils biomédicaux conduirait à renforcer la qualité de la PEC des patients.
16. Pour les partenaires du GIBS : Respecter les engagements pris à travers la mise en œuvre du Contrat unique, notamment les montants des financements et les calendriers de paiement

### **Recommandations pour la poursuite de la coopération Belge en santé en République démocratique du Congo**

17. La revue recommande de poursuivre l'appui au niveau central, dans la mesure où (i) le renforcement du niveau central est une condition sine qua non de la restauration de la légitimité du MS comme institution de l'Etat et de la bonne mise en œuvre de la décentralisation en RDC, pilier de la politique de Réforme du système de santé et (ii) la Belgique est presque la seule coopération à réaliser cet appui (avantage comparatif et stratégique certain) ;
18. La revue recommande fortement à la coopération Belge de davantage mutualiser ses moyens pour renforcer la performance du rapport coût / efficacité de ses interventions. En effet, à l'exception du Sud-Ubangi, où le PADP a mutualisé une partie des aspects logistiques (bureau d'ingénieur en construction commun, appui pour les déplacements dans la province) avec un projet d'Enabel sur l'éducation, le Programme santé est relativement peu intégré aux autres interventions de la Belgique. Le choix des DPS ciblées doit ainsi être interrogé ;
19. Revoir le mécanisme de décision pour corriger les lenteurs dans la mise en œuvre des PAO et ainsi accélérer la mise en œuvre des activités, notamment dans les trois Provinces ciblées ;

---

<sup>13</sup> Dans l'idéal, un expert en laboratoire et déchets médicaux permettrait d'avoir une équipe complète, permettant de renforcer l'ensemble des volets des structures de soins, du diagnostic de biologie médicale jusqu'à la prise en charge de qualité.

20. Appuyer le plaidoyer envers les Autorités Politico-Administratives pour éviter tout gap entre la période de la fin du PLVS actuel, les négociations PIC (2020) et la mise en œuvre du nouveau programme issu du nouveau PIC (2021) dans la budgétisation de la province.

21. Dupliquer l'expérience du PLVS à d'autres sites, sous réserve des améliorations nécessaires

## 10 Annexes

### 10.1 Critères de qualité

Pour chacun des critères (Pertinence, Efficience, Efficacité et Durabilité potentielle), plusieurs sous-critères et des assertions relatives à ces derniers ont été formulés. En choisissant la formulation qui correspond le mieux à votre intervention (ajouter un « X » pour choisir une formulation), vous pouvez calculer la note totale applicable à ce critère spécifique (voir infra pour les instructions de calcul).

<b>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.</b>				
<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>				
<b>Évaluation de la PERTINENCE : note totale</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
<b>1.1 Quel est le degré de pertinence actuel de l'intervention ?</b>				
...	<b>A</b>	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>B</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.		
...	<b>C</b>	Quelques questions par rapport à la cohérence avec les politiques nationales et la stratégie belge, l'efficacité de l'aide ou la pertinence.		
...	<b>D</b>	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.		
<b>1.2 La logique d'intervention, telle qu'elle est conçue actuellement, est-elle toujours la bonne ?</b>				
	<b>A</b>	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>B</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.		
	<b>C</b>	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.		
	<b>D</b>	La logique d'intervention est erronée et nécessite une révision en profondeur pour que l'intervention puisse espérer aboutir.		

<b>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.</b>				
<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>				
<b>Évaluation de l'EFFICIENCE : note totale</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
<b>2.1 Dans quelle mesure les inputs (finances, RH, biens &amp; équipements) sont-ils correctement gérés ?</b>				
<b>A</b>	Tous les inputs sont disponibles à temps et dans les limites budgétaires.			
<b>B</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.			
<b>C</b>	La disponibilité et l'utilisation des inputs posent des problèmes qui doivent être résolus, sans quoi les résultats pourraient courir certains risques.			
<b>D</b>	La disponibilité et la gestion des inputs comportent de sérieuses lacunes qui menacent l'atteinte des résultats. Des changements considérables sont nécessaires.			
<b>2.2 Dans quelle mesure la mise en œuvre des activités est-elle correctement gérée ?</b>				
<b>A</b>	Les activités sont mises en œuvre dans les délais.			
<b>B</b>	La plupart des activités sont dans les délais. Certaines sont retardées, mais cela n'a pas d'incidence sur la fourniture des outputs.			
<b>C</b>	Les activités sont retardées. Des mesures correctives sont nécessaires pour permettre la fourniture sans trop de retard.			
<b>D</b>	Les activités ont pris un sérieux retard. Des outputs ne pourront être fournis que moyennant des changements majeurs dans la planification.			
<b>2.3 Dans quelle mesure les outputs sont-ils correctement atteints ?</b>				
<b>A</b>	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>B</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.			
<b>C</b>	Certains outputs ne s(er)ont pas livrés à temps ou de bonne qualité. Des ajustements sont nécessaires.			
<b>D</b>	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*

<b>Évaluation de l'EFFICACITÉ : note totale</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>

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

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

<b>A</b>	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>B</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.
<b>C</b>	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.
<b>D</b>	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*

	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
--	----------	----------	----------	----------

<b>Évaluation de la DURABILITÉ POTENTIELLE : note totale</b>					
<b>4.1 Durabilité financière/économique ?</b>					
<b>A</b>	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>B</b>	La durabilité financière/économique sera vraisemblablement bonne, mais des problèmes peuvent survenir en raison notamment de l'évolution de facteurs économiques externes.				
<b>C</b>	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.				
<b>D</b>	La durabilité financière/économique est très discutable, à moins que n'interviennent des changements majeurs.				
<b>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 ?</b>					
<b>A</b>	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>B</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.				
<b>C</b>	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.				
<b>D</b>	L'intervention dépend totalement des structures ponctuelles n'offrant aucune perspective de durabilité. Des changements fondamentaux sont requis pour garantir la durabilité.				
<b>4.3 Quels sont le niveau d'appui politique fourni et le degré d'interaction entre l'intervention et le niveau politique ?</b>					
<b>A</b>	L'intervention bénéficie de l'appui intégral de la politique et des institutions, et cet appui se poursuivra.				
<b>B</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.				
<b>C</b>	La durabilité de l'intervention est limitée par l'absence d'appui politique. Des mesures correctives sont requises.				
<b>D</b>	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.				
<b>4.4 Dans quelle mesure l'intervention contribue-t-elle à la capacité institutionnelle et de gestion ?</b>					
<b>A</b>	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>B</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.
<b>C</b>	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.
<b>D</b>	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.

## 10.2 Cadre logique et/ou théorie de changement mis à jour

Il n'y a pas eu de mise à jour du cadre logique ou de l'application de la théorie de changement en cours de 2019.

## 10.3 Fiches de suivi de processus de changement (optionnel)

Titre Output 1	
Quelle est l'hypothèse de travail (1 phrase) qui donne l'orientation pour arriver à l'outcome intermédiaire ?	
Est-ce que la Théorie de Changement (modèle, principes, valeurs) sous-jacente à l'hypothèse de travail a été développée d'une façon explicite ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui o Changements majeurs apportés au Toc durant l'année ?  Si oui : lesquels ? (éventuellement ToC modifiée en annexe)	
Quelles ont été les décisions majeures prises durant l'année pour réaliser le changement sur base de l'hypothèse de travail, et leur justification ? <input type="radio"/> Décision 1 : ..... <input type="radio"/> Justification Décision 1 : ..... <input type="radio"/> Décision 2 : ..... <input type="radio"/> Justification Décision 2 : .....	
Y-a-t-il eu des opportunités dans le contexte (spécifiquement en lien avec le résultat) qui ont facilité le processus de changement et l'atteinte de l'outcome intermédiaire ?	
Y-a-t-il eu des contraintes majeures dans le contexte (spécifiquement en lien avec le résultat) qui ont influencé négativement facilité le processus de changement et l'atteinte de l'outcome intermédiaire ?	
Le processus de changement (recherche-action) a-t-il été documenté ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Si oui, sous quelle forme ?	
Y-a-t-il eu une communication par rapport au processus de changement documenté ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Si oui, sous quelle forme ?	

## 10.4 Aperçu des MoRe Results

Résultats ou indicateurs du cadre logique modifiés au cours des 12 derniers mois ?	Non
Rapport Baseline enregistré dans PIT ?	Oui, depuis 2017
Planning de la MTR (enregistrement du rapport)	Réalisée mai- juin /2019
Planning de l'ETR (enregistrement du rapport)	Vers fin 2022

Missions de backstopping depuis le 01/01/2017	4
---	---

### **10.5 Rapport « Budget versus Actuels (y – m) »**

Fournir le rapport « Budget versus Actuels (y – m) » (il peut simplement être joint au présent document et ne doit pas faire partie du rapport en tant que tel).

### **10.6 Ressources en termes de communication**

Ne s'applique pas en cours de 2019.