



# FR

## CETTE ACTION EST FINANCÉE PAR L'UNION EUROPÉENNE

### Annexe

de la décision de la Commission modifiant la décision C(2016)843 du 15.02.2016  
relative à une mesure individuelle en faveur de la République démocratique du Congo  
à financer sur le 11<sup>e</sup> Fonds européen de développement

### Document relatif à l'action «Programme de renforcement de l'offre et développement de l'accès aux soins de santé en République démocratique du Congo (PRO DS)»

1. Le tableau à la première page est modifié comme suit:

<b>1. Intitulé/acte de base/numéro CRIS</b>	Programme de renforcement de l'offre et développement de l'accès aux soins de santé en République démocratique du Congo (PRO DS) Numéro CRIS: CD/FED/038-165 Financé par le 11 <sup>e</sup> Fonds européen de développement (FED) – Enveloppe A et Enveloppe B
<b>2. Zone bénéficiaire de l'action / localisation</b>	République démocratique du Congo L'action sera menée dans les provinces suivantes: Kasai Oriental, Lomami, Kasai Central, Nord Kivu, Ituri, Haut Uelé, Kongo Central.
<b>3. Document de programmation</b>	Programme indicatif national (PIN), 11 <sup>e</sup> FED 2014-2020.
<b>4. Secteur de concentration / domaine thématique</b>	Secteur de concentration 1 - Santé en lien avec Linking Relief, Rehabilitation and Development (LRRD)
<b>5. Montants concernés</b>	Coût total estimé: 217 450 000 EUR Montant total de la contribution du FED: 217 000 000 EUR – <i>Enveloppe A : 177 000 000 EUR</i> – <i>Enveloppe B : 40 000 000 EUR</i>  La présente action fait l'objet d'un cofinancement conjoint de la part du Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) pour un montant de 450 000 EUR.
<b>6. Modalité(s) d'aide et modalité(s) de mise en œuvre</b>	Modalité de projet : Gestion indirecte avec la République démocratique du Congo Gestion indirecte avec une organisation internationale (UNICEF)
<b>7. Code(s) CAD</b>	12220 / Soins et services de santé de base

8. Marqueurs (issus du formulaire CRIS CAD)	Objectif stratégique général	Non ciblé	Objectif important	Objectif principal
	Développement de la participation/bonne gouvernance	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
	Aide à l'environnement	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Égalité entre hommes et femmes (y compris le rôle des femmes dans le développement)	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
	Développement du commerce	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Santé génésique, de la mère, du nouveau-né et de l'enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
	Marqueurs de Rio	Non ciblé	Objectif important	Objectif principal
	Diversité biologique	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lutte contre la désertification	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atténuation du changement climatique	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Adaptation au changement climatique	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Programmes phares thématiques «Biens publics mondiaux et défis qui les accompagnent»	S.O.			
10.Objectifs de développement durable (ODD)	Objectif de développement durable principal: ODD 3 Objectifs de développement durable secondaires: ODD 2, 5 et 6			

## RESUME

- inchangé -

### 1. CONTEXTE

2. *La section est remplacée par le texte suivant :*

« Le développement de la République démocratique du Congo est caractérisé par le contraste entre les richesses naturelles dont elle regorge (agricoles, minières et énergétiques) et la pauvreté de la grande majorité de la population. Le produit intérieur brut (PIB) de la République démocratique du Congo (en USD constants de 2010) tiré pour l'essentiel par la croissance de la production de cuivre a augmenté en moyenne de 7,8 % par an entre 2011 et 2014. Malgré la présence de plusieurs facteurs favorables à une accélération de la croissance, l'économie de la République démocratique du Congo reste tributaire des cours mondiaux des minerais (notamment du cuivre) et de la situation sécuritaire à l'Est du pays. Les élections législatives et présidentielle qui devaient avoir lieu en 2016 se sont finalement tenues le 30 décembre 2018. Suite à de longues tractations entre les groupements politiques du nouveau président et de l'ancien président, le nouveau gouvernement de coalition entre les deux groupements a été formé et investi début septembre 2019. Dans l'intervalle, quelques groupes armés ont rendu les armes tandis que les autres ont intensifié leurs activités dans l'Est du pays. Le pays figure sur la liste des Etats fragiles de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et une déclaration de situation de crise est d'application pour l'UE depuis début 2009.

Selon les estimations démographiques basées sur les projections des données du recensement de 1984, la République démocratique du Congo compte en 2019 une population évaluée entre 85 et 90 millions d'habitants dont la tranche de moins de 15 ans représenterait environ 50 %. La croissance démographique urbaine est en forte augmentation, notamment en raison de l'exode rural, et les villes représenteraient plus de 40 % de la population totale. »

#### 1.1 Contexte sectoriel/national/régional/domaine thématique

3. *Les 3 paragraphes suivants sont ajoutés à la fin du texte :*

« Depuis le 1<sup>er</sup> août 2018, la RDC fait face dans l'Est du pays à sa 10<sup>e</sup> crise de la Maladie à Virus Ebola (MVE) depuis 1976 et la 2<sup>e</sup> crise la plus grave de son histoire (plus de 2000 décès atteints en août 2019). La réponse par les autorités a été compliquée par la présence des groupes armés et un déficit de communication avec les populations et les différentes parties prenantes. Ceci s'est traduit, notamment, par une propagation de fausses rumeurs sur l'origine de la maladie et une certaine résistance à sa prise en charge, ainsi que par l'attaque de centres de traitement des malades et contre le personnel humanitaire. Les succès dans la riposte à l'épidémie au virus Ebola ont ainsi été régulièrement annihilés et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré l'épidémie une "urgence de santé publique de portée internationale" le 17 juillet 2019. Le 22 juillet 2019, la Présidence de la République a repris le pilotage de la réponse en lieu et place du Ministre de la Santé. La stratégie de riposte a été amplement revue, débouchant sur un nouveau plan de lutte contre l'épidémie.

La riposte à cette épidémie particulièrement longue et meurtrière absorbe énormément de ressources. Depuis février 2019, le Ministère de la Santé a demandé à l'Union européenne de rediriger des fonds du PRO DS pour financer la gratuité des services de santé (une des mesures des Plans de réponses stratégiques contre la MVE) dans les zones de santé affectées par la MVE où le PRO DS est mis en œuvre.

Parallèlement, la situation de sécurité alimentaire et nutritionnelle est particulièrement préoccupante sur l'ensemble du pays. Entre 2015 et 2019, la population congolaise en situation d'insécurité alimentaire est passée de 4,4 millions de personnes (13<sup>e</sup> cycle IPC de 2015) à près de 16 millions selon la dernière enquête d'août 2019<sup>1</sup>. La crise nutritionnelle en RDC est considérée comme la deuxième plus grande crise au monde, après le Yémen<sup>2</sup>. »

### **1.1.1 Évaluation de la politique publique et cadre stratégique de l'UE**

4. *Le paragraphe suivant est ajouté à la fin du texte :*

« Au vu de l'aggravation de la situation en RDC, la Commission a décidé la mobilisation de 50 000 000 EUR de la réserve du FED (enveloppe B) en vertu de l'article 72 de l'Accord de Cotonou pour couvrir les besoins humanitaires urgents non prévus dus à l'épidémie d'Ebola et à la crise nutritionnelle. Ces fonds, sont destinés (1) à garantir l'accès gratuit aux soins dans les zones de santé affectées par le virus Ebola (25 000 000 EUR) et (2) à améliorer l'état nutritionnel, la résilience nutritionnelle et la sécurité alimentaire de la population (25 000 000 EUR). L'enveloppe destinée à améliorer l'état nutritionnel comprend une composante sécurité alimentaire (10 000 000 EUR, qui font l'objet d'une nouvelle décision) complémentaire à une composante prise en charge de la malnutrition sévère aigue par le système de santé et amélioration de l'accès à des aliments nutritifs diversifiés, notamment par la relance de la production agricole locale, sur des zones de convergence avec le PRO DS ».

### **1.1.2 Analyse des parties prenantes**

5. *Le paragraphe suivant est ajouté à la fin du texte :*

« Dans le cadre de la réponse à Ebola, la partie congolaise (gouvernement, Présidence) a défini des Plans de riposte stratégiques et en assure le leadership global, avec l'appui majeur de l'OMS et d'autres partenaires ».

### **1.1.3 Domaines d'appui prioritaires/analyse des problèmes**

6. *Les deux paragraphes suivants sont ajoutés à la fin de la section (en complément des changements de la 2<sup>e</sup> modification):*

« Depuis février 2019, à la demande du ministère de la santé, le PRO DS contribue aux plans stratégiques de riposte contre l'épidémie de la MVE en assurant la gratuité totale des soins dans les zones de santé qu'il appuie dans le Nord Kivu et l'Ituri et affectées par la MVE. La gratuité des soins permet: (i) une meilleure surveillance de la propagation du virus; (ii) l'augmentation de la résistance de la population au virus; (iii) une meilleure acceptation de la prise en charge par la population. En outre, cette mesure permet de réagir de façon systémique dans le cadre du système de santé publique plutôt que dans le cadre de l'urgence humanitaire en parallèle du système de santé. Cette approche permet de renforcer la résilience du système de santé ».

## **2. RISQUES ET HYPOTHÈSES**

- inchangé –

<sup>1</sup> <http://www.ipcinfo.org/ipc-country-analysis/details-map/en/c/1152131/?iso3=COD>

<sup>2</sup> See the 2019 Global Report on Food Crises (GRFC 2019):  
[http://www.fsinplatform.org/sites/default/files/resources/files/GRFC\\_2019-Full\\_Report.pdf](http://www.fsinplatform.org/sites/default/files/resources/files/GRFC_2019-Full_Report.pdf).

### **3. ENSEIGNEMENTS TIRÉS, COMPLÉMENTARITÉ ET QUESTIONS TRANSVERSALES**

#### **3.1 Enseignements tirés**

- inchangé –

#### **3.2 Complémentarité, synergie et coordination des donateurs**

*7. Le paragraphe suivant est ajouté à la fin de la section :*

« La 4<sup>e</sup> Plan de riposte stratégique, pour la période d'août 2019 à janvier 2020 et avec un budget estimé à près de 580 000 000 USD, prévoit une stratégie intégrée avec une coordination et des actions multisectorielles. Dans ce cadre, les actions promouvant le développement, la résilience, l'approche communautaire, et la sécurité des populations sont privilégiées. Le renforcement du système de santé publique et l'accès de la population aux services de santé restent prioritaires. C'est dans ce contexte que s'inscrit l'action du PRO DS, en complémentarité des actions d'urgence spécifiques aux cas suspects et confirmés d'Ebola (logistique, vaccination, laboratoires, centre de traitement, accès aux soins de santé, etc.) et de soutien communautaire prévues par ECHO, ainsi que de l'action, financée par FPI, de soutien au renforcement de la sécurité dans le Nord Kivu et en Ituri pour favoriser une plus grande efficacité de la riposte Ebola. Les résultats de recherches en sciences sociales financées par la DG RTD pourront aussi être exploités ».

#### **3.3 Questions transversales**

*8. Le paragraphe suivant est ajouté à la fin du premier point « genre et les droits des enfants » :*

« L'application de l'approche fondée sur les droits humains et le genre à la crise Ebola signifie que tous les acteurs impliqués doivent se concentrer sur la réalisation des droits de ceux qui sont actuellement les plus exposés aux risques et qui sont susceptibles d'être affectés par la maladie, tout en assurant la participation de ces groupes à la prise de décision -renforcer leur résilience, pour un impact durable. Il s'agit aussi d'assurer aux agents techniques, infirmiers, médecins, un travail dans des conditions décentes. Au niveau des titulaires, une approche fondée sur les droits met l'accent sur le droit à l'information et à la participation pour renforcer la relation de confiance entre les titulaires des droits à la santé et les détenteurs d'obligations. En particulier les services de santé devraient être disponibles pour toutes et tous, sans discrimination (sur base de l'âge, sexe, ethnie ou handicap)<sup>3</sup> ».

### **4. DESCRIPTION DE L'ACTION**

- inchangé -

#### **4.1 Objectifs/résultats**

- inchangé -

---

<sup>3</sup> A human rights perspective into the Ebola outbreak, OHCHR <http://globalhealth.org/wp-content/uploads/A-human-rights-perspective-into-the-Ebola-outbreak.pdf>

## 4.2 Principales activités

9. *Le paragraphe suivant est ajouté à la fin de la section :*

« Les fonds d'urgence mobilisés par l'avenant N°3 vont renforcer et compléter les activités définies pour les objectifs spécifiques (OS) 1, 2 et 3. A titre indicatif, ils seront utilisés pour assurer 1) l'accès gratuit aux soins dans les zones de santé affectées par le virus Ebola (subvention des soins à 100%) ; 2) la prise en charge des soins et du renforcement de capacités pour le traitement de la malnutrition sévère ; 3) les activités de prévention et contrôle des infections –particulièrement pour Ebola- notamment par le renforcement des infrastructures WASH dans les formations sanitaires (construction de forages pour l'approvisionnement en eau, formation aux pratiques d'hygiène et de prévention des infections, etc.) ».

## 4.3 Logique d'intervention

### a) Un appui institutionnel systémique

- inchangé -

### b) Un alignement sur la politique de santé nationale

- inchangé -

### c) Des innovations soutenues par une démarche systématique de recherche action:

- inchangé -

### d) L'activation de synergies avec des programmes similaires ou complémentaires:

10. *Les quatre paragraphes suivants sont ajoutés à la fin de la section :*

« \* Action Ebola en Nord Kivu et Ituri : **Favoriser l'accès aux services de santé de qualité à l'ensemble de la population via la gratuité des soins.** Le financement de la gratuité des soins doit être assuré dans au moins 8 zones de santé, sur les 13 soutenues par le PRO DS et affectées par le virus Ebola, sur une période indicative de 18 mois à compter du 1<sup>er</sup> février 2019. Ce financement doit être flexible pour permettre d'augmenter la couverture de la gratuité selon l'évolution de l'épidémie et d'assurer la mise en place d'une stratégie de sortie. La fréquentation accrue des formations sanitaires doit être accompagnée d'un renforcement des mesures de Prévention et Contrôle des Infections (PCI) en milieu des soins ; elle inclut la fourniture de petit équipement de protection, la formation des personnels de santé pour l'utilisation du matériel de protection, et pour l'adoption de comportements adaptés à la prévention des infections. Les fonds de gratuité des soins sont canalisés vers les formations sanitaires par les Etablissements d'Utilité Publique – Fonds d'Achat des Services de Santé du Nord-Kivu et de la province Orientale (Ituri)<sup>4</sup>. Les ONG opérateurs du PRO DS dans les Provinces d'Ituri et du Nord Kivu (ULB-Coopération, Memisa-Belgique et Malteser International) reçoivent une augmentation de leurs subventions pour mettre en place les mesures de Prévention et de Contrôle des Infections (PCI) et renforcer les capacités des structures de santé et institutions partenaires en fonction de l'évolution de la situation.

L'action de réponse à Ebola est mise en œuvre dans les zones de santé affectées par la MVE et appuyées par le PRO DS, avec l'ajout de la zone de santé de Rwampara qui couvre en partie la

---

<sup>4</sup> L'EUP-FASS du Nord-Kivu a sa propre subvention, tandis que l'EUP-FASS Province Orientale est doté par l'ONG Memisa-Belgique (responsable de la subvention).

ville de Bunia, Ituri, l'autre partie étant couverte par la zone de santé de Bunia (PRO DS), dans un souci de cohérence.

\* Action Nutrition (en priorité les zones de santé soutenues dans le cadre du PRO DS et affectées par Ebola) : **Prise en charge de la malnutrition sévère aigue (pour les enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes et allaitantes), dans un contexte de réponse multisectorielle à la MVE, qui s'inscrit en complémentarité du plan de réponse humanitaire.** Cette prise en charge constitue une priorité car (i) la malnutrition est un problème allant en s'aggravant, et prévalent dans toute la RDC, (ii) la malnutrition rend les enfants, filles et garçons, d'autant plus vulnérables aux infections, (iii) la détection et prise en charge de la malnutrition sévère aigue est facilitée par la gratuité qui amène les populations vers les formations sanitaires, (iv) la prise en charge de la malnutrition crée un point d'entrée et un dialogue avec les communautés qui peut contribuer à briser la résistance communautaire. **L'accès à l'eau et les actions d'hygiène et d'assainissement (EHA, y compris les actions de sensibilisations auprès de la population) dans les formations sanitaires qui en sont dépourvues augmentent l'efficacité de l'action nutritionnelle et le contrôle des infections.**

Les ONG opérateurs du PRO DS dans les Provinces d'Ituri et du Nord Kivu (ULB-Coopération, Memisa-Belgique et Malteser International) reçoivent une augmentation de leurs subventions pour mettre en place les mesures de lutte contre la malnutrition sévère aigüe. Les activités relatives à l'EHA sont mises en œuvre par un/des contrat(s) de travaux, ou en ajout aux subventions des ONG opérateurs de mise en œuvre dans les provinces concernées.

L'accès à l'eau saine est donné en priorité aux hôpitaux généraux de référence et aux formations sanitaires récemment réhabilitées, et comportant une Unité de Nutrition Thérapeutique Intensive (UNTI) ou Ambulatoire (UNTA) ».

## **5. MISE EN ŒUVRE**

### **5.1 Convention de financement**

– inchangé -

### **5.2 Période indicative de mise en œuvre**

*11. Le paragraphe suivant remplace le 1er paragraphe de cette section:*

« La période indicative de mise en œuvre opérationnelle de la présente action, au cours de laquelle les activités décrites à la section 4.2 seront menées et les contrats et accords correspondants seront mis en œuvre, est de 108 mois à compter de la date d'entrée en vigueur de la convention de financement ».

### **5.3 Modalités de mise en œuvre de la composante relative à l'appui budgétaire**

– inchangé -

## **5.4 Modalités de mise en œuvre**

### **5.4.1 Gestion indirecte avec une organisation internationale**

– inchangé -

### **5.4.2 Gestion indirecte avec pays partenaire**

Paragraphe 1 à 5 : inchangés

*12. Le paragraphe 6 est modifié comme suit:*

«En raison de la situation de monopole de droit et de fait de certains des opérateurs et de la situation de crise dans laquelle se trouve le pays, les subventions prévues ci-après feront l'objet d'un octroi direct sans appel à propositions.»

Description des contrats:

- Subventions en octroi direct (tous OS);
  - Etablissement d'utilité publique – Fonds d'achat des services de santé du Nord Kivu (OS1);
  - Etablissement d'utilité publique – Fonds d'achat des services de santé du Kasai Oriental (OS1);
  - Etablissement d'utilité publique – Fonds d'achat des services de santé du Kasai Occidental (OS1) ;
  - Fédération des centrales d'achat de médicaments essentiels (FEDECAME) (OS1);
  - Organisations non gouvernementales internationales : Memisa (OS1, 2, 3); ULB Coopération (OS1, 3); Malteser International (OS2); Save the Children (OS1, 3);
  - EUP-FDSS (Etablissement d'utilité publique – Fonds de développement des services de santé) - renforcement institutionnel aux niveaux central et provincial;
  - Dans le cadre de la crise de la région des Kasai, un/des contrat(s) de subvention sera(ont) attribué(s) sur base des procédures flexibles ;
  - Un/des contrat(s) de subvention supplémentaire(s) sera(ont) attribué(s) sur base des procédures flexibles à des ONG internationales et/ou organisations internationales pour les actions en lien avec la "nutrition".
  - Un/des contrat(s) de subvention supplémentaire(s) sera(ont) attribué(s) sur base des procédures flexibles à des ONG internationales et/ou organisations internationales pour les actions en lien avec l'Eau, l'hygiène et l'assainissement (EHA).
- Un / plusieurs contrats de services pour l'assistance technique (OS3);
- Contrat de services pour la communication et les études spécifiques (tous OS);
- Contrats de travaux et de contrats de fournitures de gros équipements médicaux (OS1).

La Commission autorise la reconnaissance de l'éligibilité des frais supportés par le pays partenaire à compter du 1<sup>er</sup> février 2019 date à laquelle le ministre de la santé a demandé à la Délégation de l'Union européenne à Kinshasa d'assurer la gratuité totale des soins de santé



dans les zones soutenues par le PRO DS et affectées par le virus Ebola en application des 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> Plans stratégiques de riposte à Ebola. Cette avance prise sur les ressources initialement prévues pour d'autres activités du programme devra être compensée. »

## 5.5 Champ d'application de l'éligibilité géographique pour les marchés et les subventions

– inchangé –

## 5.6 Budget indicatif

13. Le tableau du budget indicatif est modifié comme suit :

Composantes	Contribution de l'UE (EUR)	Contribution indicative de tiers (EUR)
<b>5.4.1. - Gestion indirecte avec UNICEF</b>	<b>4 050 000</b>	<b>450 000</b>
Gestion indirecte avec UNICEF (OS1, OS3)	4 050 000	450 000
<b>5.4.2. – Gestion indirecte avec la République démocratique du Congo (montants indicatifs):</b>	<b>197 150 000</b>	
Contrats de subvention : octroi direct aux EUP FASS (Achat de services, OS1)	58 900 000	
Contrats de subvention: Médicaments (FEDECAME) (OS2)	3 000 000	
Contrat de subvention: octroi direct à Malteser International (OS2, LRRD)	15 700 000	
Contrat de subvention: octroi direct à Memisa-Belgique (OS 1, 2 et 3)	31 600 000	
Contrat de subvention: octroi direct à ULB Coopération (OS 1 et 3)	18 000 000	
Contrat de subvention: octroi direct à Save the Children (OS 1 et 3)	4 950 000	
Contrat de subvention en octroi direct à un/des opérateur(s) à identifier -crise des Kasai- (OS 1 et 3)	4 500 000	
Contrats de subvention en octroi direct à des ONG internationales – volet nutrition (OS1)	8 000 000	
Contrats de travaux et fournitures: Grandes constructions des hôpitaux et gros équipements médicaux / Contrats de services - suivi (OS1)	23 000 000	-
Contrats de travaux ou subventions – Eau-Hygiène-Assainissement (OS1)	8 000 000	
Contrats de service: Assistance technique (OS 1, 3)	12 000 000	-

<b>Composantes</b>	<b>Contribution de l'UE (EUR)</b>	<b>Contribution indicative de tiers (EUR)</b>
Contrat de subvention octroi direct à EUP-FASS : renforcement institutionnel niveaux central et intermédiaire (OS3)	7 000 000	-
Contrats de service - Etudes spécifiques (OS 1, 2, 3)	2 500 000	-
<b>5.8, 5.9, 5.10 – Monitoring, évaluation et audit</b>	<b>2 000 000</b>	-
<b>5.11 - Communication et visibilité</b>	<b>500 000</b>	-
<b>Provisions pour imprévus</b>	<b>13 300 000</b>	-
<b>Totaux</b>	<b>217 000 000</b>	<b>450 000</b>

### **5.7 Structure organisationnelle et responsabilités**

– inchangé -

### **5.8 Suivi des résultats et rapports**

– inchangé -

### **5.9 Évaluation**

– inchangé –

### **5.10 Audit**

- inchangé -

### **5.11 Communication et visibilité**

*14. Le paragraphe suivant est ajouté à la fin de cette section :*

« Une partie du budget de communication sera spécifiquement destinée à améliorer la visibilité de notre contribution à la réponse Ebola, en particulier sur l'impact significatif de la gratuité ».

### **5.12 Conditions préalables**

- inchangé -

## **ANNEXE – Matrice indicative du cadre logique**

*15. La matrice indicative du cadre logique est remplacée par le document ci-annexé.*

## ANNEXE – MATRICE INDICATIVE DU CADRE LOGIQUE

Les activités, les produits escomptés et l'ensemble des indicateurs, avec leurs cibles et les lignes de base qui figurent dans la matrice du cadre logique sont fournis à titre indicatif et peuvent être mis à jour au cours de la mise en œuvre de l'action sans modification de la décision de financement. La matrice indicative du cadre logique évoluera au cours de la durée de vie de l'action: des lignes supplémentaires seront insérées pour énumérer les activités, de même que des colonnes supplémentaires pour les objectifs intermédiaires (étapes), s'il y a lieu, et pour rendre compte des résultats obtenus, mesurés par rapport aux indicateurs.

Deux indicateurs ont été ajoutés pour l'objectif global et pour l'OS1 R1:

	Logique d'intervention	Indicateurs	Lignes de base	Cibles (30/06/2021)	Sources, moyens de vérification	Hypothèses
<b>Objectif global: impact</b>	<b>Contribuer, dans le cadre du PNDS et dans le contexte global de lutte contre la pauvreté, à l'amélioration de la santé de la population en République démocratique du Congo</b>	1. Taux de mortalité maternelle (OMD 5)* 2. Taux de mortalité juvénile infantile (OMD 4)* 3. Taux de mortalité infantile* 4. Prévalence de la malnutrition modérée et sévère aigüe chez les enfants de moins de 5 ans	1. 547 °/0000 (EDS 2007) 2. 148 °/00 (EDS 2007) 3. 58°/00 (EDS 2007) 4. A déterminer	1. 350 °/0000 2. 100°/00 3. 40°/00 4. A déterminer	MICS 2018 EDS 2021	– Stabilité politique autour des élections de 2016 – Stabilisation de la sécurité dans l'EST du Pays
<b>Objectif spécifique: Effet direct</b>	<b>OS1: Pérenniser l'accessibilité à des soins de santé de qualité, en particulier pour les populations vulnérables y compris les femmes et les enfants (OMD 4 et 5)</b>	1. % de la population cible bénéficiant des services de 1 <sup>er</sup> échelon complet* 2. % de la population cible bénéficiant des services de 2 <sup>e</sup> échelon complet* 3. Taux de prévalence contraceptive* 4. % du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé	1 et 2. A déterminer (SNIS 2015)  3. 20,4 % (SNIS 2015) 4. 3,5 % (Comptes nationaux de la santé 2014)	1 et 2. 80 %  3. 30 % 4. 15 % (Engagement de la République démocratique du Congo).	1 à 3. SNIS annuel (système d'information sanitaire) à croiser avec les données du Système d'information logistique (SIGL) et les données annuelles des EUP FASS (Tableau des rémunérations par FOSA; comptes d'exploitation des formations sanitaires), celles des rapports de recherche 4. Comptes Nationaux de la Santé	– Volonté politique d'avancer dans les réformes au niveau central et provincial – Amélioration de la gouvernance – Passage d'un financement programme à un financement système de la part des bailleurs
<b>Produits</b>	OS1/R1: L'accès aux soins de qualité pour les femmes et hommes de tout âge dans les zones de santé est amélioré dans les Zones de Santé bénéficiaires	1. NC/Hab/an CS* 1.1.NC/Hab/an CS dans le cadre de la mesure de gratuité de la réponse Ebola 2. Taux Hospit. HGR: Hospit/1000h/an*	1. 0,3 NC/H/An (SNIS 2015, moyenne provinciale, variable selon les ZS) 2. 15 hospit/1000 hab/an (SNIS 2015, moyenne provinciale, variable selon les ZS)	1. 0,5 NC/H/An 1.1.0,65 NC/H/an 2. 30 hospit/1000 hab/an 3. 10 % 3.1. 100 % Cas	1 à 6 : SNIS annuel (Compilation des données des ZS couvertes par le programme à comparer à la moyenne provinciale)	- Sécurité dans l'Est du pays permettant la mobilité des populations et l'acheminement des médicaments

	Logique d'intervention	Indicateurs	Lignes de base	Cibles (30/06/2021)	Sources, moyens de vérification	Hypothèses
		<p>3. Taux de référence du 1<sup>er</sup> vers 2<sup>e</sup> échelon</p> <p>3.1 Dans le cadre de la mesure de gratuité de la réponse Ebola, taux de référence des cas suspects par les formations sanitaires bénéficiant de la gratuité</p> <p>4. % enfants &lt;1 an complètement vaccinés contre la rougeole, la polio et le DPT/tétanos (taux d'enfants entièrement vaccinés) *</p> <p>5. Taux de mortalité intra-hospitalière</p> <p>6. % des accouchements assistés par du personnel qualifié*</p> <p>7. % de dépenses privées de santé dans le financement total de la santé dans les ZS appuyées*</p> <p>8. Nombre de supervisions par an des HGR par des spécialistes de l'hôpital de 2<sup>e</sup> référence</p> <p>9. Proportion d'enfants de moins de 5 ans et femmes enceintes / allaitantes, pris en charge pour malnutrition sévère aigüe dans les formations sanitaires ciblées (incluant les formations sanitaires bénéficiant de la gratuité en lien avec la MVE)</p> <p>10. Nombre de cas confirmés en provenance des formations sanitaires bénéficiant de la gratuité</p>	<p>3. &lt;5 % (SNIS 2015, moyenne provinciale variable selon les ZS)</p> <p>4. 71,6 % (SNIS, moyenne provinciale, variable selon les ZS)</p> <p>5. 5-10 % (SNIS 2015, moyenne provinciale, variable selon les ZS)</p> <p>6. 50-60 % (SNIS 2015, moyenne provinciale, variable selon les ZS)</p> <p>7. 40-90 % (EDS 2007 et Compte nationaux de la santé 2014). A déterminer dans les ZS bénéficiaires</p> <p>8. 0/an (Rapports HGR 2015)</p> <p>9. A déterminer</p>	<p>suspects MVE</p> <p>4. 75 %</p> <p>5. &lt;2 %</p> <p>6. &gt;80 %</p> <p>7. A déterminer, en fonction de l'adhésion ou non à un système de prépaiement</p> <p>8. Au moins 2/an</p> <p>9. A déterminer</p>	<p>7. EDS 2021 + Comptes nationaux de la Santé annuels pour le pays et par province. Données annuelles EUP FASS + comptes d'exploitation des FoSa pour les ZS couvertes par l'intervention</p> <p>8. Rapports de supervision des spécialistes des Hôpitaux provinciaux</p> <p>9. Rapports SNIS et rapports des formations sanitaires</p>	

	Logique d'intervention	Indicateurs	Lignes de base	Cibles (30/06/2021)	Sources, moyens de vérification	Hypothèses
	OS1/R2 : Des recherches-actions sont menées dans au moins 2 zones dans les Zones de Santé bénéficiaires sur des thèmes divers : financement, qualité des services et des soins, développement des ressources humaines, organisation des services, intégration de l'ECZ....et donnent des résultats utilisables au niveau national	1. Nombre de RA menées selon un protocole complet 2. Nombre de RA ayant donné des résultats utilisables et/ ou publiables dans la littérature	1. 0 (2015) 2. 0 (2015)	1. Au moins 5 RA auront été menées selon un protocole complet 2. Au moins 5 RA auront donné des résultats mesurables et utilisables et au moins 1 RA aura mené à une publication	1 et 2. Analyses spécifiques au projet (Evaluations à mi-parcours 2019 et finale 2021)**	
	OS1/R3 : Des Ressources Humaines adaptées sont en place aux niveaux opérationnels et administratifs des zones de santé bénéficiaires	% hôpitaux ayant du personnel selon les normes actualisées (2010) 1. % centres de santé rationalisés avec pers. selon normes actualisées (2010).	1. <50 % (Rapports 2014 des HGR dans les zones couvertes par l'intervention) 2. <50 % (Rapports 2014 des ZS couvertes par l'intervention)	1. 100 % des hôpitaux appuyés suivent normes actualisées 2. 100 % des CSI rationalisés suivent normes actualisées	1. Rapports annuels des HGR 2. Rapports annuels des ZS	
	OS1/R4 : Des bâtiments et des équipements adaptés sont en place pour la dispensation des soins de qualité dans les Zones de Santé bénéficiaires	1. % d'hôpitaux et correctement réhabilités ou construits/nombre prévu 2. % CS réhabilités ou construits/nombre prévu 3. Nombre de CS et HGR pourvus en eau saine / hygiène / assainissement dans les formations sanitaires bénéficiant de la gratuité en lien avec la MVE	1. A déterminer (2015)  2. A déterminer (2015)  3. <i>Baseline en cours – à compléter</i>	1 et 2. Au moins 80 %  - 3.1 Tous les HGR sont équipés en EHA - 3.2 Au moins 30 % des CS ont un accès direct à l'eau saine	Analyses spécifiques au projet (Evaluations à mi-parcours 2019 et finale 2021)**	- Disposition d'entreprises qualifiées à soumettre une offre pour des marchés de travaux à l'intérieur du pays
	OS1/R5 : Un hôpital de 2 <sup>e</sup> référence entre en rationalisation Un Centre de santé médicalisé et rationalisé fonctionne dans au moins une ZAR.	1. % du staff total dans l'Hôpital Provincial rationalisé/staff correspondant aux normes nationales 2. Ratio du personnel médical et non médical à l'hôpital provincial de référence	1. A déterminer (Rapport annuel Hôpital provincial 2015)  2. A déterminer (Rapport annuel Hôpital Provincial	1. Max 120 %  2. 2/3	1 à 3 : Rapports annuels de l'hôpital provincial de référence	

	Logique d'intervention	Indicateurs	Lignes de base	Cibles (30/06/2021)	Sources, moyens de vérification	Hypothèses
		3. Nombre d'infirmier par lit occupé à l'hôpital provincial. 4. Nombre de CS médicalisés et rationalisés fournissant des soins à des populations inscrites	2015) 3. A déterminer (Rapport annuel Hôpital Provincial 2015)	3. 1/3 4. Minimum 1	4. Données projet 2021	
	OS1/R6: Un système d'approvisionnement en MEG et consommables (SNAME) est renforcé à tous les niveaux, en particulier dans les provinces cible	1. % de ruptures de stock de MEG dans les Fosa selon les listes prévues pour chaque niveau (CS et HGR) 2. Taux de satisfaction des commandes des MEG prévus pour chaque niveau (HGR et CS) faites par les ZS auprès des CDR 3. % de médicaments dans les HGR et des CS achetés à l'extérieur du système	1. >60 % ruptures de stock (2015) 2. <30 % (2015) 3. >50 %	1. <10 % ruptures de stock (2021) 2. >75 % de satisfaction (2021) 3. <10 %	1 à 3 : Rapports annuels d'activités des CDR et rapports annuels d'activités des ZS	
Objectif spécifique: Effets directs	<b>OS2: Intégrer les zones de santé couvertes par des interventions humanitaires et verticales dans les provinces cibles (LRRD)</b>	1. Nombre de ZS couvertes par des interventions humanitaires intégrées dans le programme 11 <sup>e</sup> FED*	1. 2 (2015)	1. >3	1. Analyses spécifiques au projet (Evaluations à mi-parcours 2019 et finale 2021)**	–Stabilisation de la sécurité dans l'EST du Pays
Produits	OS2/R1: Des stratégies adéquates d'intégration des zones de santé couvertes par des interventions humanitaires et verticales sont développées dans les provinces cibles.	Voir indicateurs OS1/R1, R3 et R6				
	OS2/R2: L'accès aux soins de qualité pour les femmes et hommes de tout âge dans les zones de santé est amélioré dans les Zones de Santé bénéficiaires.	Voir indicateurs OS1.				
	OS2/R3: Des bâtiments et des équipements adaptés sont en place pour la dispensation des soins de qualité.	Voir OS1/R4				

	Logique d'intervention	Indicateurs	Lignes de base	Cibles (30/06/2021)	Sources, moyens de vérification	Hypothèses
<b>Objectif spécifique: Effets directs</b>	<b>OS3. Améliorer la capacité institutionnelle du ministère de la santé publique (MSP) au niveau central et provincial (DPS)</b>	1. Des réunions du CNP ont lieu régulièrement 2. Des réunions du CPP ont lieu régulièrement 3. Une DAF est mise en place au sein du MSP 4. La DGOS (fusion D2, D4 et D5) est mise en place 5. Les capacités institutionnelles du MSP central sont améliorées 6. Les capacités institutionnelles du niveau provincial sont améliorées	1. Réunions irrégulières (1-2/an) 2. Réunions irrégulières (1-2/an- 3. DAF inexistante (2016) 4. DGOS inexistante (2016) 5. et 6. A déterminer (2016)	1. Minimum 2 réunions/an 2. Minimum 2 réunions /an 3. DAF mise en place (2017) 4. DGOS mise en place (2018) 5 et 6 A déterminer	1. PV des réunions du CCT PV des réunions du CNP (base annuelle) 2. PV des réunions du CPP (base annuelle) 3 à 6 : Analyses spécifiques au projet (Evaluations à mi-parcours 2019 et finale 2021)**	Volonté politique d'avancer dans les réformes au niveau central et provincial
<b>Produits</b>	OS3/R1: Les capacités au niveau provincial sont renforcées. La décentralisation dans le secteur de la santé est soutenue afin de mettre en place des DPS et des IPS dans leurs nouvelles fonctions	1. Un plan de couverture de la province est établi par la DPS et sert de base pour la planification à moyen terme	1. Inexistant	1. Etabli dès 2017		
	OS3/R2 La réforme institutionnelle est appuyée et le niveau central est renforcé dans son rôle régulateur et normatif ainsi que dans son rôle d'appui au niveau provincial.	1. Le nouveau cadre organique du niveau central est mis en œuvre 2. La nouvelle DAF est en place 3. PMA et PCA sont actualisés.	1. En attente 2. En attente	1. En fonction dès 2016 2. En fonction dès 2017 3. En fonction dès 2018		

\*Prévu dans le PIN

\*\* Le budget prévoit des études et un monitoring rapproché avec évaluation à mi-parcours et évaluation finale.

### Baseline

Il est impossible d'établir une baseline générale pour le programme avant son démarrage. L'intervention se fait dans des zones géographiques très diverses avec des particularités locales. De plus, des innovations sont introduites. Cette « Baseline » sera faite dès le démarrage de l'intervention, province par province. Cette « étude de base » sera exécutée pour préciser la situation de référence des différents indicateurs de l'intervention et

établir le cadre de monitoring qui sera aligné sur des systèmes/méthodologies existants (si possible). Eu égard à la nature de l'intervention pour laquelle les acquis et contributions sont plus difficilement mesurables (notamment tous les aspects qualitatifs), la méthode de monitoring pourra être adaptée.

La *Baseline* contiendra les éléments suivants :

- Matrice de monitoring;
- Plan de gestion des risques;
- Planning opérationnel mis à jour

Le rapport Baseline est établi selon le calendrier défini dans la phase de démarrage. Il doit être disponible au plus tard 9 mois après le début de l'intervention et approuvé par la tripartite.

En outre, une évaluation à mi-parcours ainsi qu'une évaluation finale sont prévues et ces évaluations devront inclure le suivi des indicateurs repris ci-dessus pour chaque résultat, y inclus les résultats des partenaires de la mise en œuvre. Le budget de l'intervention prévoit le financement de ces évaluations.