



Cette action est financée par l'Union européenne

ANNEXE

de la décision de la Commission relative à une mesure individuelle en faveur de la République démocratique du Congo, à financer sur le 11^e 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"

1. Intitulé/acte de base/numéro CRIS	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 ^e Fonds européen de développement (FED)
2. Zone bénéficiaire de l'action/localisation	République démocratique du Congo L'action sera menée dans les provinces suivantes: Kasai Oriental, Lomami, Kasai Central ¹ , Nord Kivu, Ituri, Haut Uelé, Kongo Central.
3. Document de programmation	Programme indicatif national (PIN), 11 ^e FED 2014-2020.
4. Secteur de concentration/domaine thématique	Secteur de concentration 1 - Santé en lien avec Linking Relief, Rehabilitation and Development (LRRD)
5. Montants concernés	Coût total estimé: 150 300 000 EUR Montant total de la contribution du FED: 145 000 000 EUR 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. La présente action est cofinancée par des bénéficiaires de subvention potentiels pour un montant indicatif de 5 300 000 EUR (10% de la subvention UE).

¹ Les zones de santé du Kasai central seront reprises par un appui du Département Britannique de Coopération Internationale (DFID) en début 2017. Si ce n'était pas le cas, le 11^e FED pourra intervenir.

6. Modalité(s) d'aide et modalité(s) de mise en œuvre	Modalité de projet : Gestion indirecte avec la République démocratique du Congo Gestion indirecte avec une organisation internationale (UNICEF)			
7. Code(s) CAD	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.			

RESUME

A l'échéance des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), la qualité des soins de santé dont bénéficie la population congolaise demeure faible et les indicateurs sanitaires inquiétants, y compris au regard de ceux des pays voisins de niveau de développement comparable. De surcroît, la République démocratique du Congo, pays "fragile" selon l'Organisation de coopération et développement économiques (OCDE), reste l'un des pays dont l'indice de développement humain du programme des Nations Unies pour le Développement est le plus bas - 186^e sur 187 (pour 2014). La République démocratique du Congo ne réalisera probablement aucun de ses objectifs sans appuis extérieurs conséquents, malgré certains progrès encourageants observés ces dernières années². C'est dans ce contexte difficile que les autorités nationales se sont fixé pour objectif à moyen terme le développement d'une couverture sanitaire universelle (CSU). Cet objectif est d'autant plus ambitieux que le secteur de la santé a amorcé l'introduction de réformes profondes tant au niveau central qu'au niveau intermédiaire, s'inscrivant ainsi dans un processus global de décentralisation dans lequel le secteur de la santé joue un rôle pionnier. L'UE, dans le cadre de ses contributions successives au secteur de la santé depuis les années 1990, et en particulier au cours des 9^e et 10^e FED, a accumulé des acquis originaux et tiré les leçons du passé. Le 11^e FED devra donc d'une part, assurer la capitalisation de ces acquis et en encourager l'appropriation; d'autre part, il proposera des stratégies innovantes qui tiendront compte de l'évolution du contexte sectoriel.

Enfin, il faudra tenir compte de risques externes importants, tant conjoncturels que structurels qui, ajoutés aux risques fiduciaires observés dans les différents rapports sur la gestion des finances publiques ne plaident pas en faveur d'un appui budgétaire (AB) dans le contexte actuel tout au moins à court terme. Il sera par contre essentiel de saisir l'opportunité du 11^e FED et du contexte de réformes dans le secteur des finances publiques et de la santé pour que l'intervention décrite dans ce document vise aussi à préparer un terrain propice à la mise en place d'une aide budgétaire sectorielle.

1 CONTEXTE

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. L'approche des échéances électorales de 2016 est de surcroît un élément de risque d'instabilité majeur. Le

² Enquête démographique santé (EDS) 2013-2014: Le "taux de mortalité infanto-juvénile" (concernant les enfants de moins de cinq ans) est passé de 148 pour mille en 2005 à 104 pour mille en 2011. La mortalité maternelle a sensiblement diminué (845/100⁰⁰⁰ par rapport à 1280/100⁰⁰⁰ en 2000) et le pourcentage d'accouchements par du personnel formé a sensiblement augmenté (de 74% en 2010 à 80% en 2014).

pays figure d'ailleurs sur la liste des Etats fragiles de l'Organisation de coopération et 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 une population évaluée à 77 millions d'habitants dont la tranche jeune représente environ 70%. La croissance démographique urbaine est en forte augmentation (40% de la population totale), notamment en raison de l'exode rural.

1.1 Contexte sectoriel/national/régional/domaine thématique

L'index de développement humain (IDH) pour 2014 place le pays au 186^e rang sur 187, avec un indicateur des inégalités de genre de 0,822. Le taux de mortalité infanto-juvénile (enfants de moins de 5 ans) reste très élevé (17%) et l'espérance de vie ne dépasse pas 47,8 ans (Programme des nations unies pour le développement - PNUD 2013). Si des progrès sensibles ont été enregistrés pour certains des Objectifs du Millénaire pour le Développement, dans l'ensemble, ceux-ci ne seront pas atteints dans les délais impartis. La situation nutritionnelle des enfants reste également très préoccupante³ et des efforts dépassant le seul cadre du secteur de la santé⁴ sont nécessaires.

Le **document de la stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté de seconde génération de la République démocratique du Congo** (DSCR2, 2011-2015) dans son troisième pilier, prévoit d'améliorer l'accès aux services sociaux de base dont font partie les services de santé. A cet effet, la République démocratique du Congo dispose d'un **plan national de développement sanitaire (PNDS) 2012-2015** qui opérationnalise la stratégie de renforcement du système de santé (SRSS). Malgré les défaillances au niveau de son cadre de mise en œuvre et du suivi, ce plan fournit un cadre sectoriel global sur lequel les différents bailleurs s'alignent, avec plus ou moins de succès. Un nouveau **PNDS (2016-2020)** est actuellement en cours d'élaboration et s'inscrit dans un contexte de réformes sectorielles aux niveaux central et intermédiaire.

Enfin, malgré les efforts du gouvernement avec son récent **projet d'équipement des structures de santé** (PESS -80 millions de USD) financé exclusivement sur le budget de l'Etat, le la part de ce dernier allouée au secteur de la santé reste bien en-dessous des 15% attendus⁵ avec 3,81% pour l'année 2015. Au cours des années précédentes, le taux de décaissement est resté très bas et l'essentiel du budget étatique alloué à la santé s'est concentré sur le paiement des salaires et des primes. L'effet de substitution par les bailleurs semble difficilement évitable et malgré leur contribution élevée au financement du secteur, ce sont les populations qui supportent la plus grande partie des coûts de santé⁶.

³ Enquête démographique santé 2013-2014: 43% des enfants souffrent de malnutrition chronique dont 23% sur la forme sévère.

⁴ La sécurité alimentaire et l'éducation ainsi que l'émancipation des femmes y jouent un rôle prépondérant.

⁵ Déclaration d'Abuja de 2001: http://www.un.org/ga/aids/pdf/abuja_declaration.pdf

⁶ Les ménages constituent la première source et un acteur clé de financement de la santé en République démocratique du Congo avec une contribution d'environ 475 479 124,93 USD, soit 41% de la Dépense Courante de la Santé en 2013 (Rapport des Comptes de la Santé de la République démocratique du Congo 2013, Programme National des Comptes Nationaux de la santé, MSP 2013)

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

L'appui de l'UE en République démocratique du Congo, y compris dans le secteur de la santé s'inscrit dans une perspective de partenariat à long terme et contribue à la reconstruction d'un pays qui doit affronter d'immenses et multiples défis dans un contexte extrêmement complexe.

En l'année 2015 caractérisée par l'échéance des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), les programmes santé mis en œuvre dans le cadre du 10^e FED et du budget de l'UE ont apporté un appui accru à l'accès aux soins de qualité pour les femmes et les enfants et intégré des programmes spécifiques pour la prise en charge des violences sexuelles (voir rapport d'évaluation à mi-parcours du programme 10^e FED). Le relais est aujourd'hui assuré par les Objectifs de Développement Durable (ODD) dont le terme est prévu pour 2030 et dont le 3^e prévoit de "permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge". En cohérence et en continuité avec les OMD, les ODD visent plus que jamais la diminution de la mortalité maternelle et infantile et ouvrent la voie au développement de la protection sociale.

Le secteur de la santé en République démocratique du Congo est depuis peu caractérisé par l'introduction de réformes aux niveaux central et provincial. Amorcée depuis 2006, la décentralisation impliquant le transfert de compétences du ministère de la santé publique (MSP) au niveau provincial n'a réellement pris cours que lors du dernier trimestre 2014⁷. Le redécoupage sanitaire avec 26 nouvelles provinces au lieu de 11 et la nomination des cadres des nouvelles divisions provinciales de la santé (DPS) à la suite d'un **recrutement compétitif**, marquent le début d'une nouvelle ère. Au niveau central, entre autres réformes en cours, le processus d'établissement d'une direction administrative et financière (DAF) au sein du MSP⁸ est enclenché et accompagné par différents bailleurs de fonds. La réussite de ces réorganisations aura des répercussions importantes sur l'efficacité générale du secteur et sur la consolidation des liens de confiance qui unissent le MSP et ses partenaires.

A l'heure où l'Afrique Subsaharienne cherche les voies et moyens de développer une **couverture sanitaire universelle (CSU)** qui puisse contrer les dérives d'une commercialisation grandissante des soins et services de santé, la République démocratique du Congo fait face à de multiples défis, notamment en terme de disponibilité et de régulation de son offre de soins. Le gouvernement de la République démocratique du Congo a donné la priorité en 2015 à la mise en œuvre de la nouvelle loi sur la couverture sanitaire universelle⁹ et l'UE soutient les initiatives visant à développer celle-ci. Mais un tel appui doit impérativement être accompagné, voire précédé d'un renforcement de l'offre et les questions de bonne gouvernance du secteur doivent être débattues dans le cadre du dialogue sectoriel sur les politiques sanitaires auquel doit participer la société civile.

La réflexion stratégique du partenariat République démocratique du Congo / UE prendra en compte les possibles modalités de canalisation des fonds alloués à la santé. Les établissements d'utilité publique "Fonds d'achat de services de santé" (EUP-FASS), pourraient constituer

⁷ Selon la Constitution de la République démocratique du Congo de 2006, la santé est l'un des secteurs qui à terme doivent être décentralisés.

⁸ Comme le prévoit la Loi relative aux Finances Publiques (LOFIP 2011)

⁹ Actuellement (mi-2015) à l'étude par l'Assemblée Nationale.

l'ébauche d'une caisse d'assurance maladie¹⁰. Le défi de leur pérennisation consiste à accompagner l'évolution du modèle mis en place afin que l'Etat se l'approprie et augmente significativement sa contribution au financement du secteur.

1.1.2 Analyse des parties prenantes

Le paysage sanitaire congolais est vaste et complexe. Les principales parties prenantes concernées directement ou indirectement par le programme sont les suivants:

- Les communautés vivant dans les zones ciblées, en particulier les groupes vulnérables,
- Divisions provinciales de la santé, les inspections provinciales de la santé (IPS) nouvellement mises en place et les zones de santé (ZS) avec leurs équipes cadres,
- Le ministère de la santé publique au niveau central, notamment le secrétariat général à la santé, le cabinet du ministre, les directions centrales et les programmes spécialisés,
- Les services de l'ordonnateur national du FED,
- La fédération des centrales d'achat des médicaments (FEDECAME),
- Les centrales de distribution régionales de médicaments essentiels et génériques (CDR),
- Les établissements d'utilité publique - Fonds d'achat de service de santé (EUP FASS),
- Les autres bailleurs de fonds qui interviennent dans le secteur, y inclus les bailleurs multilatéraux et les agences des Nations Unies telles que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF),
- Le secteur privé à vocation publique ou privée, y inclus les Organisations non gouvernementales (ONG) et les entités confessionnelles, syndicales et traditionnelles,
- La société civile locale.
- L'Institut national de sécurité sociale (INSS) qui couvre 5 des 9 secteurs de protection sociale définis par l'Organisation internationale du travail (OIT), et les mutuelles.

La fragilité de l'Etat n'a jusqu'à présent pas permis un pilotage efficace des acteurs du secteur de la santé, ce qui conduit à une fragmentation des financements et méthodes de travail. Le projet devra contribuer au renforcement des structures de pilotage mises en place dans le cadre de la stratégie de renforcement du système de santé aux niveaux central et provincial.

1.1.3 Domaines d'appui prioritaires/analyse des problèmes

Le 10^e FED aura permis, outre certains acquis en termes d'amélioration de l'accès aux soins de qualité, de mener des analyses systémiques et d'identifier les priorités du secteur¹¹. Il apparaît aujourd'hui clairement que, tant qu'un certain niveau de **régulation et de rationalisation de l'offre de soins** n'est pas atteint, toute initiative de développement de l'assurance maladie universelle est compromise dès le départ. L'expérience et la littérature internationales montrent en effet qu'il est extrêmement difficile, voire impossible d'améliorer la **qualité des soins** lorsque ceux-ci sont peu rationnels et insuffisamment régulés. Les domaines d'appui prioritaires se situent donc tant au niveau de l'offre que de la demande de soins et doivent tous deux s'inscrire dans une logique de bonne gouvernance du secteur.

¹⁰Le modèle des EUP FASS sépare les fonctions **de fourniture et d'achat de services**. Ceci est une étape essentielle du processus de développement du secteur et constitue un acquis majeur du 9^e et 10^e FED que le Ministère de la Santé Publique avec l'appui d'autres bailleurs est en train de répliquer dans d'autres provinces.

¹¹ Voir Ecorys, "Evaluation du programme 10^{ème} FED Santé en République Démocratique du Congo et capitalisation des acquis pour la préparation du programme 11^{ème} FED Santé", rapport final, 09/2014.

La déstructuration du système de santé est profonde et sa restructuration devra viser à davantage améliorer les aspects de **gestion** des structures de santé. Ainsi, les efforts visant à **réguler la tarification des soins**, à **rationaliser la prescription et l'utilisation des médicaments**, à réguler et **rationaliser les ressources humaines** de la zone de santé devront être poursuivis. Ce travail ne peut se faire que si les services de **supervision** (équipe cadre de zone) et d'**encadrement** (équipe cadre provinciale) sont performants. Les changements introduits, tout aussi alignés qu'ils soient sur les politiques nationales, doivent faire l'objet d'une réelle appropriation par les autorités provinciales et nationales. La priorité devra donc être également donnée au **processus de réforme en cours et ce, tant au niveau provincial que central**. Par ailleurs, les résultats obtenus et les leçons apprises en termes d'amélioration de l'accès aux soins de qualité seront davantage utiles s'ils font l'objet d'un fort **dialogue sectoriel**, tant avec le ministère de tutelle qu'avec les autres bailleurs dans le secteur.

L'appui à la qualité des soins devra également comprendre un appui aux **infrastructures** et aux **équipements** sans lesquels il est tout aussi difficile d'atteindre les objectifs fixés. Cependant, cet appui doit être progressif et mis en relation avec les autres éléments du système de santé. L'expérience a montré l'inadéquation que peut représenter la réhabilitation ou l'extension d'un hôpital déserté en raison de soins inaccessibles et/ou de mauvaise qualité. L'appui en infrastructure, bien qu'essentiel au vu de l'état de délabrement avancé de la majorité des constructions sanitaires dans le pays, doit plutôt être envisagé en tant que mesure accompagnatrice d'un appui systémique. Il doit en outre faire l'objet d'une analyse préalable incluant une étude de marché permettant d'identifier les entreprises capables de mener à bien les travaux sur des sites reculés et les bureaux d'études capables d'en assurer un suivi de qualité, ainsi que l'élaboration de plans directeurs hospitaliers. L'appui en équipement doit également être envisagé en tant que mesure accompagnatrice et faire l'objet d'une analyse préalable mettant en équation les besoins exprimés avec les capacités locales à utiliser le matériel fourni et à en interpréter correctement les produits.

Ainsi, l'appui en investissements devrait d'une part, cibler en priorité les formations sanitaires qui montrent une capacité à s'inscrire dans une dynamique globale de régulation et de rationalisation et qui font état de résultats encourageants en termes d'amélioration de l'accès aux soins de qualité. D'autre part, il devrait s'inscrire dans une logique de partenariat et d'appropriation où la maintenance des constructions et des équipements s'inscrit progressivement mais visiblement et durablement dans le budget alloué au secteur.

2 RISQUES ET HYPOTHÈSES

Risques et hypothèses	Niveau de risque E/M/F	Mesures d'atténuation
1. Poursuite de la dégradation de la qualité des services en raison de la pléthore de personnel insuffisamment formé	E	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Protection des zones appuyées ➤ Plaidoyer politique ➤ Stratégie différenciée (protection) dans les zones d'apprentissage et recherche (ZAR)
2. Persistance des faiblesses du ministère de la santé publique (MSP)	E	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Assistance technique à tous les niveaux ➤ Actions spécifiques pour revitaliser le comité national de pilotage (CNP) ➤ Suivi des engagements des deux parties.
3. Dysfonctionnements des structures publiques dues aux difficultés dans la mise en œuvre de la décentralisation	E	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Concentration de l'appui dans un nombre restreint de provinces ➤ Identification et priorisation d'actions moins vulnérables
Hypothèse : Volonté politique de mener à bien les réformes aux niveaux national et central menant alors à une réorganisation efficace et efficiente des directions centrales et des divisions provinciales grâce notamment à un recrutement basé sur les compétences.		
4. Défaut d'appropriation par le gouvernement national 5. Part insuffisante du budget alloué à la santé	E	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Plaidoyer multi-sectoriel ➤ Appui à la mise en place d'une direction administrative et financière au sein du ministère de la santé (programme 11^e FED finances publiques)
Hypothèse : Accroissement des crédits alloués à la santé et de leur taux de consommation		
6. Manque d'alignement d'autres bailleurs sur la politique nationale	E	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dialogue sectoriel et participation soutenue au groupe inter-bailleurs santé (GIBS) ➤ Renforcement du CNP, du MSP et des divisions provinciales de la santé (DPS)
Hypothèse : volonté politique du gouvernement de coordonner les interventions et des bailleurs de fonds en termes d'alignement sur les politiques nationales.		
7. Insuccès relatifs de certaines actions, d'autant plus attendus que celles-ci sont novatrices	M	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Monitoring, recherches-actions systématiques ➤ Identification et priorisation d'actions moins vulnérables ➤ Différenciation des approches par province selon leur niveau de développement
8. Obtention de résultats probants mais non appropriation par le MSP	M	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Monitoring rapproché ➤ Documentation des recherches actions ➤ Capitalisation et quantification des résultats obtenus
Hypothèse : Appropriation par le MSP des interventions et des acquis		
9. Effondrement du système national d'approvisionnement		Lobbying auprès des bailleurs (groupe inter-bailleurs santé) pour le respect de la charte de partenariat,

en médicaments essentiels (SNAME) par manque de fonds de roulement et non alignement des bailleurs	M	l'alignement sur les politiques nationales et l'utilisation de la fédération de centrales d'achat de médicaments (FEDECAME), renforcement du SNAME.
Hypothèse : Alignement et respect des engagements des bailleurs (charte de partenariat GIBS)		
10. Ralentissement, voire arrêt des activités en raison d'une dégradation de la situation sécuritaire ou politique	M	Prise en considération de ce risque dans la conception de chaque volet d'intervention. Flexibilité dans les modalités de mise en œuvre qui permette de s'adapter à des situations changeantes sur le terrain.
Hypothèses : Stabilité politique malgré les élections de 2016. Stabilisation de la situation sécuritaire dans l'Est.		

3 ENSEIGNEMENTS TIRÉS, COMPLÉMENTARITÉ ET QUESTIONS TRANSVERSALES

3.1 Enseignements tirés

Des enseignements sont tirés des rapports de suivi¹² du programme santé 10^e FED, de l'évaluation à mi-parcours¹³ du programme d'appui au plan national de développement sanitaire (PAPNDS, 10^e FED), de l'évaluation finale du programme STAREC santé (10^e FED)¹⁴ ainsi que d'une analyse en profondeur réalisée par la mission de formulation 11^e FED¹⁵. Selon l'évaluation à mi-parcours du PAPNDS, l'appui aux activités intermédiaires et périphériques doit être privilégié tout en poursuivant l'appui au niveau central et ce, d'autant plus que le processus de décentralisation du secteur de la santé est enclenché.

Les programmes 9^e et 10^e FED ont eu un impact majeur sur l'amélioration de **l'accès financier aux soins de santé** pour les populations bénéficiaires. Les établissements d'utilité publique fonds d'achat de services de santé (EUP-FASS) ont facilité cet accès et constituent un canal de financement des formations sanitaires à partir de sources diversifiées. Ces EUP anticipent l'intervention de mécanismes assurantiels, aujourd'hui encore embryonnaires et épars en République démocratique du Congo, mais appelés à se développer de façon systémique à moyen terme. Il faut noter ici qu'en raison de leur statut et de leur relative jeunesse, les subventions qui leurs sont accordées ne sauraient être assorties d'une contribution propre.

En outre, les programmes précédents ont mis l'accent sur la mise en place de tarifs forfaitaires par épisode maladie basés sur les coûts réels et subventionnés sous condition de régulation et de rationalisation de l'offre de soins. Cette pratique, qui a donné des très bons résultats, doit être néanmoins institutionnalisée. La maîtrise du processus est garantie par l'expérience acquise il y a plusieurs années déjà à l'Hôpital Saint Luc de Kisantu dans le cadre d'un programme soutenu par la Belgique¹⁶.

¹² Voir AEDES (FED/2010/254-649), rapports de progrès et rapports de monitoring interne.

¹³ Voir Ecorys, "Evaluation du programme 10^{ème} FED Santé en République Démocratique du Congo et capitalisation des acquis pour la préparation du programme 11^{ème} FED Santé", rapport final, 09/2014.

¹⁴ Voir AEDES, "Evaluation du programme 10^{ème} FED STAREC" (enveloppe B du 10 FED).

¹⁵ Voir Evaplan, contrat pour l'appui à la formulation du programme 11^{ème} FED santé.

¹⁶ Cette expérience, érigée en modèle, justifie l'extension du PA PNDS à la Province du Kongo Central, d'ailleurs limitée à la zone de santé de Kisantu et à deux zones connexes.

Le 10^e FED a également renforcé certains aspects de la **qualité des soins** mais diverses études menées au cours du PA PNDS visant directement la qualité des soins administrés aux patients, en dénoncent les insuffisances. Bien que la qualité y soit supérieure à celle qui prévaut dans les zones qui ne sont pas appuyées par l'UE, force est de constater qu'elle n'a pas atteint le niveau souhaité. Son amélioration sera non seulement une priorité mais également la première ligne d'innovation du programme 11^e FED. A cet effet, une approche diversifiée et adaptée à chaque province est recommandée non seulement dans le document de stratégie de renforcement du système de santé mais également dans le rapport de la formulation du 11^e FED. Afin de pouvoir allier (i) l'intensification des efforts visant la qualité des soins dans les zones de santé les plus avancées, (ii) la concentration de l'action dans celles présentant le plus haut potentiel de développement et (iii) la préservation des acquis dans les zones couvertes par les FED précédents en cohérence avec les interventions des autres bailleurs de fonds¹⁷, il est nécessaire de développer une stratégie adaptée de répartition de la mise en œuvre du programme. Une telle stratégie devrait inclure certaines ONG spécifiques présentes depuis de nombreuses années dans les régions les plus instables et les plus difficiles d'accès du pays et présentant des compétences techniques répondant aux exigences de l'ensemble du programme.

3.2 Complémentarité, synergie et coordination des donateurs

Le secteur de la santé en République démocratique du Congo attire de nombreux financements des bailleurs de fonds dont les plus importants sont, outre l'UE, le Royaume Uni, les Etats-Unis, la Banque mondiale (BM), la Belgique, la Suède, le Fonds mondial, Global Alliance for Vaccination and Immunisation (GAVI) et les agences des Nations Unies. L'initiative International health partnership (IHP+) ainsi que le groupe inter-bailleurs santé (GIBS) en République démocratique du Congo, au sein desquels l'UE joue un rôle actif constituent des espaces importants de développement de synergies. D'une part les partenaires membres de l'IHP+ s'engagent à mettre en pratique les principes internationaux d'efficacité de l'aide et de coopération au développement dans le secteur de la santé, d'autre part, le GIBS vise le renforcement du Comité national de pilotage. La complémentarité et la synergie sont également au cœur de l'appui de l'UE aux bureaux de l'OMS pour le dialogue politique en République démocratique du Congo. En outre, il existe des modalités de collaboration spécifiques avec les programmes financés par la Belgique ainsi qu'avec le programme "Renforcement institutionnel pour des politiques de santé basées sur l'évidence en République démocratique du Congo" (RIPSEC¹⁸), financé par l'UE.

3.3 Questions transversales

- Genre et droits des enfants

Les enquêtes démographiques et sociales de 2007 avaient démontré que 19% des décès de femmes âgées de 15 à 49 ans étaient dus à l'accouchement et que la mortalité infantile et infanto-juvénile restait extrêmement élevée. En réponse à ces données alarmantes, le 11^e FED maintiendra les actions mises en place au cours du 10^e FED visant à augmenter l'accès aux soins de qualité pour les femmes et les enfants. Les programmes spécifiques de prise en charge et d'accompagnement des victimes des violences sexuelles gardent donc toute leur

¹⁷ Il est attendu que le Département Britannique de Coopération Internationale (DFID) reprenne l'appui aux 5 zones de santé du Kasai occidental (nouveau Kasai central) après la fin du 10^e FED. De l'autre côté, la Coopération Technique Belge –CTB- s'est retiré du Kongo Central en 2014 sans perspectives d'y revenir (l'Union européenne comble une partie de l'appui laissé par la CTB).

¹⁸ Contrat DCI-SANTE/2014/354-861

pertinence. La prise en compte de la dimension genre dans ces programmes doit cependant aller au-delà des aspects les plus visibles des violences faites aux femmes. L'action s'aligne avec le document de travail conjoint sur l'égalité entre hommes et femmes dans le cadre du développement adoptées en Septembre 2015 HIV/SIDA

D'autres programmes spécifiques développés autour de thèmes transversaux tels que la prise en charge de certaines pathologies chroniques ayant une dimension socio-culturelle importante tels que le programme national de lutte contre le sida (PNLS) (programmes verticaux) devront faire l'objet d'une attention particulière quant à leur articulation avec un programme global et plutôt horizontal tel que celui du 11^e FED.

- Environnement

Les aspects relatifs à la gestion des ressources énergétiques et autres ainsi qu'à la gestion des déchets et des médicaments périmés seront pris en compte dans tous les contrats de travaux et de maintenance et en particulier, au niveau des hôpitaux généraux de référence.

4 DESCRIPTION DE L'ACTION

4.1 Objectifs/résultats

Objectif global: Contribuer, dans le cadre du plan national de développement sanitaire (PNDS) et dans le contexte global de lutte contre la pauvreté, à l'amélioration de la santé de la population de la République démocratique du Congo.

Objectifs spécifiques (OS) :

1. 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).
2. Intégrer les zones de santé couvertes par des interventions humanitaires et verticales dans les provinces cibles (Linking Relief, Rehabilitation and Development - LRRD).
3. Améliorer la capacité institutionnelle du ministère de la santé publique (MSP) au niveau central et provincial (DPS).

Les résultats attendus sous chacun des objectifs spécifiques sont :

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 ; **R2:** Des recherches-actions sont menées dans au moins 2 zones sur des thèmes divers: qualité des services et des soins, financement, développement des ressources humaines, organisation des services, intégration de l'équipe cadre de zone (ECZ), et donnent des résultats utilisables au niveau national; **R3:** Des ressources humaines adaptées sont en place aux niveaux opérationnels et administratifs de la zone de santé; **R4:** Des bâtiments et des équipements adaptés sont en place pour la dispensation de soins de qualité; **R5:** Un hôpital de 2^{de} référence entre en rationalisation; **R6:** Un système d'approvisionnement en médicaments essentiels et génériques (MEG) et consommables (système national d'approvisionnement en médicaments essentiels –SNAME-) est renforcé à tous les niveaux, en particulier dans les provinces cibles.

OS2: R1: Des stratégies adéquates d'intégration des zones de santé couvertes par des interventions humanitaires et verticales sont développées. **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. **R3:** Des bâtiments et des équipements adaptés sont en place pour la dispensation des soins de qualité.

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 divisions provinciales de la santé (DPS) et des inspections provinciales de la santé (IPS) dans leurs nouvelles fonctions; **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.

4.2 Principales activités

La qualité des prestations de soins et services rendus aux patients est au centre du projet et constitue le fil conducteur de toutes les activités qui seront développées.

L'application de tarifs transparents, prévisibles basés sur le coût réel moyen de chaque type de pathologie est un outil puissant de régulation mais aussi de rationalisation des soins. L'expérience a démontré que l'introduction d'un tel changement doit s'accompagner de mesures spécifiques, notamment en termes de gestion financière, de ressources humaines et de gestion du médicament. Le subventionnement d'un tel système sous condition du respect des forfaits et des normes nationales, permet en parallèle d'en améliorer l'accès financier.

OS1 : Les *activités de renforcement de la qualité des soins (offre)* seront au cœur du projet et utiliseront les acquis du 10^e FED (e.a. tarification forfaitaire par épisode maladie et des mesures qui l'accompagnent introduites dans l'ensemble des formations sanitaires). Ils créeront la base d'une approche centrée sur le patient où le respect des protocoles et la disponibilité de médicaments certifiés auront une place essentielle. L'appui en infrastructures et en équipement qui contribue également à l'amélioration de la qualité des soins s'inscrit alors dans une perspective globale et progressive d'appui à l'ensemble du système de santé. Les *activités d'amélioration de l'accès aux soins (demande de soins)* se concentreront sur l'amélioration de l'accès financier aux soins grâce au subventionnement des tarifs forfaitaires assuré via les établissements d'utilité publique – Fonds d'achat des services de santé (EUP FASS), sur l'évolution de ces derniers vers un système assurantiel subventionné ainsi que sur les aspects de communication avec les populations.

OS2 : Certaines zones de santé couvertes précédemment par des interventions humanitaires et verticales sont *intégrées dans l'ensemble de l'intervention* avec des activités harmonisées, voire identiques à celles mentionnées dans l'OS1, mais la transition se fera à travers des ONG qui travaillent depuis de nombreuses années dans les provinces concernées (**OS2**).

OS3: Les *activités d'appui institutionnel* se concentreront d'une part, sur l'appui aux réformes en cours tant au niveau central qu'au niveau provincial à travers un appui technique et financier en complémentarité et synergie avec les autres bailleurs de fonds. D'autre part, ces activités incluent également la capitalisation des acquis visant à nourrir les politiques nationales ainsi que le dialogue sectoriel qui devra notamment aborder les questions de stratégie de sortie.

A noter qu'en réponse aux 3 OS, une action sur l'ensemble du système national d'approvisionnement en médicaments essentiels (SNAME) est prévue.

4.3 Logique d'intervention

a) *Un appui institutionnel systémique*

La logique de l'intervention se base sur une dimension avant tout systémique. Le système de santé est considéré comme un ensemble d'éléments en relation les uns avec les autres et les activités visent (i) à optimiser chaque élément, (ii) à en renforcer l'équilibre. La dimension systémique de l'intervention concerne aussi les différents échelons du système de santé (central, provincial, opérationnel) et apporte un appui institutionnel à chacun d'entre eux. Les

changements introduits et les activités menées au niveau périphérique feront l'objet d'un encadrement et d'un suivi tant par le niveau provincial que par le niveau central. La dimension systémique peut encore se lire dans un sens plus large: les activités proposées visent tant le renforcement de l'offre de soin que le développement de la demande de soin et la bonne gouvernance du secteur sur base desquels la couverture sanitaire universelle (CSU), priorité du gouvernement en République démocratique du Congo, peut alors devenir un objectif concret et réaliste.

b) Un alignement sur la politique de santé nationale

A l'instar des programmes des FED précédents, le programme santé du 11^e FED sera entièrement aligné sur les politiques nationales. Ses activités mettront en œuvre le futur plan national de développement sanitaire (PNDS) – en cours d'élaboration avec la contribution des différents bailleurs y inclus l'Union européenne- et les résultats obtenus alimenteront les stratégies qui l'inspirent telles que la stratégie de renforcement du système de santé (SRSS). Cette dernière prévoit la diversité des actions dans chacune des provinces appuyées, au sein de chaque province entre les différentes zones de santé et au sein de chaque zone ainsi qu'une progressivité des actions. En droite ligne avec le PNDS, les efforts de régulation, de rationalisation et de bonne gouvernance contribueront au renforcement de l'efficacité et de l'efficience d'éléments tels que les ressources humaines, la prescription des médicaments, les infrastructures et les équipements et de tous les aspects liés à la gestion.

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

Une réflexion sur l'adéquation du mandat de chaque échelon du système (centres de santé, hôpitaux généraux de référence et hôpitaux provinciaux de référence) doit être amorcée car le contexte a beaucoup évolué depuis la conception de l'actuelle pyramide sanitaire. Des innovations pourraient être particulièrement pertinentes en ce qui concerne les hôpitaux provinciaux de référence et l'emploi rationnel de médecins dans les centres de santé urbains.

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

L'UE œuvre à la synergie avec d'une part, les autres bailleurs, notamment par le biais du groupe inter-bailleurs pour la santé (GIBS) au sein duquel elle joue un rôle déterminant visant à améliorer le fonctionnement du comité national de pilotage. Les opportunités de synergies seront particulièrement importantes avec les bailleurs alignés sur les politiques nationales tels que la Belgique. En outre, des synergies sont également possibles avec d'autres programmes financés par l'UE tels que le RIPSEC¹⁹ visant directement le relèvement des compétences médicales et managériales des personnels de santé.

Enfin, dans un souci de cohérence et d'efficacité, une approche différenciée géographiquement dans les différentes zones de l'intervention visant à garantir un encadrement optimal est proposée :

* **Nord Kivu, Kasai Oriental, Lomami:** Les efforts et innovations visant l'amélioration de la qualité des soins seront concentrés dans ces 3 provinces qui (i) élargiront leur couverture (+/- 16 zones de santé)²⁰ et (ii) bénéficieront des approches innovantes concernant la qualité des soins (testées dans +/- 2 zones d'apprentissage et recherche –ZAR). (iii) bénéficieront d'un appui renforcé à la division provinciale de la santé (DPS).

¹⁹ "Renforcement Institutionnel pour des Politiques de Santé basées sur l'Evidence en République démocratique du Congo", Contrat DCI-SANTE/2014/354-861.

²⁰ Avant la création de nouvelles provinces, le Lomami et le Kasai Oriental étaient regroupés dans la province du Kasai Oriental. L'achat de soins se fera via l'EUP FASS et l'achat de médicaments via la CDR.

* **Ituri et Haut Uélé:** Les acquis seront maintenus en (+/- 12 zones de santé) à travers des partenaires expérimentés comme Malteser et Memisa qui travailleront entre autres sur la régulation et la rationalisation des soins et la continuité de la tarification forfaitaire subventionnée via l'EUP FASS de façon à garantir la cohérence de l'intervention globale. Il s'agira donc d'activités similaires à celles réalisées dans les 3 provinces de concentration reprises ci-dessus, mais encadrées par ces deux partenaires en raison de leur expertise spécifique et des difficultés liées à l'accès et à la sécurité qui caractérisent cette partie du pays.

* **Dans le Kongo Central,** modèle de forfaitisation réussie sous appui belge à proximité de Kinshasa, outre des activités de régulation et de rationalisation identiques à celles des 3 provinces de concentration (tarification forfaitaire subventionnée, achat de médicaments via les CDR...), des approches innovantes seront développées en synergie avec le programme RIPSEC (+/-2 zones de santé et un appui à la DPS à travers l'ONG Memisa).

* **Kasaï central:** Une stratégie de sortie (déjà au cours du 10^e FED) des zones de santé de cette province, pour lesquelles il est envisagé que l'appui soit repris par le Département britannique pour le développement international (DFID) à la fin du 10^e FED (en début 2017).

5 MISE EN ŒUVRE

5.1 Convention de financement

Pour mettre en œuvre la présente action, il est envisagé de conclure une convention de financement avec le pays partenaire, la République démocratique du Congo, tel que prévu à l'article 17 de l'annexe IV de l'accord de partenariat ACP-UE.

5.2 Période indicative de mise en œuvre

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 72 mois à compter de la date d'entrée en vigueur de la convention de financement. La période de contractualisation est de 48 mois.

La prolongation de la période de mise en œuvre peut être approuvée par l'ordonnateur compétent de la Commission, qui modifiera la présente décision et les contrats et accords concernés; les modifications apportées à la présente décision constituent des modifications non substantielles au sens de l'article 9, paragraphe 4, du règlement (UE) 2015/322.

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

SO.

5.4 Modalités de mise en œuvre

5.4.1 Gestion indirecte avec une organisation internationale

Une partie de la présente action (OS1, Résultats 1 et 4), peut être mise en œuvre en gestion indirecte avec l'UNICEF conformément à l'article 58, paragraphe 1, point c), du règlement (UE, Euratom) n° 966/2012 applicable en vertu de l'article 17 du règlement (UE) 2015/323.

Cette mode de mise en œuvre se justifie car l'UNICEF dispose d'une organisation logistique et d'un réseau incomparables dans les provinces et zones de santé très éloignées et difficiles d'accès de la République démocratique du Congo. Elle est la seule institution à pouvoir fournir à grande échelle certains équipements et matériaux spécifiques au bien-être de la mère et l'enfant et à en assurer l'installation correcte ainsi que la formation à leur utilisation et maintenance en collaboration avec le ministère de la santé publique.

L'entité en charge réalisera les tâches d'exécution budgétaire suivantes: la gestion et l'exécution des budgets, la passation des marchés, la signature de protocoles et conventions nécessaires à l'exécution de l'action et à l'atteinte des résultats.

L'UNICEF a fait l'objet d'une évaluation ex ante conformément à l'article 61, paragraphe 1, du règlement (UE, Euratom) no 966/2012 applicable en vertu de l'article 17 du règlement (UE) 2015/323. L'ordonnateur compétent de la Commission considère que l'organisation internationale peut être investie de tâches d'exécution budgétaire en gestion indirecte aux conditions établies suite à ladite évaluation.

5.4.2 Gestion indirecte avec le pays partenaire

Une partie de la présente action (tous OS, tous résultats) ayant pour objectif d'atteindre les objectifs spécifiques de l'action, peut être mise en œuvre en gestion indirecte avec la République démocratique du Congo, conformément à l'article 58, paragraphe 1, point c), du règlement (UE, Euratom) n° 966/2012 applicable en vertu de l'article 17 du règlement (UE) 2015/323, conformément aux modalités suivantes :

Le pays partenaire agit en tant que pouvoir adjudicateur dans le cadre des procédures de passation de marchés et d'octroi de subventions. La Commission procède à un contrôle ex ante de toutes les procédures de marchés et d'octroi des subventions.

Les paiements sont exécutés par la Commission.

Conformément à l'article 190, paragraphe 2, point b), du règlement (UE, Euratom) n° 966/2012 et à l'article 262, paragraphe 3, du règlement délégué (UE) n° 1268/2012 applicable en vertu de l'article 36 du règlement (UE) 2015/323 et de l'article 19 c, paragraphe 1, de l'annexe IV de l'accord de partenariat ACP-UE, la République démocratique du Congo applique les règles de passation de marchés établies à la deuxième partie, titre IV, chapitre 3, du règlement (UE, Euratom) n° 966/2012. Ces règles, ainsi que les règles applicables aux procédures d'octroi de subventions conformément à l'article 193 du règlement (UE, Euratom) n° 966/2012, applicable en vertu de l'article 17 du règlement (UE) 2015/323, seront fixées dans la convention de financement conclue avec la République démocratique du Congo.

En raison de la situation de monopole de droit et de fait des certains opérateurs et de la situation de crise dont souffre le pays, les subventions prévues feront l'objet d'un octroi direct sans appel à propositions.

Au total, on signera les contrats suivants :

- Sept 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);
 - Fédération des centrales d'achat de médicaments essentiels (FEDECAME) (OS1);
 - Organisations non gouvernementales : Memisa (OS1, 2, 3); ULB Coopération (OS1, 3); Malteser International (OS2); Save the Children (OS1, 3);
- Un / plusieurs contrats de services pour l'assistance technique (OS3);
- Un / plusieurs contrats de services pour l'appui au fonctionnement en accompagnement des réformes institutionnelles (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).

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

L'éligibilité géographique au regard du lieu d'établissement pour la participation aux procédures de passation de marchés et d'octroi de subventions et au regard de l'origine des fournitures achetées, telle qu'elle est établie dans l'acte de base et énoncée dans les documents contractuels pertinents, est applicable sous réserve des dispositions suivantes.

L'ordonnateur compétent de la Commission peut étendre l'éligibilité géographique conformément à l'article 22, paragraphe 1, point b), de l'annexe IV de l'accord de partenariat ACP-UE en cas d'urgence ou d'indisponibilité de produits et services sur les marchés des pays concernés, ou dans d'autres cas dûment justifiés si l'application des règles d'éligibilité risquent de rendre la réalisation de la présente action impossible ou excessivement difficile.

5.6 Budget indicatif

Composantes	Contribution de l'UE (EUR)	Contribution indicative de tiers (EUR)
5.4.1. – Gestion indirecte avec la République démocratique du Congo (montants indicatifs):	125 150 000	4 850 000
Contrats de subvention : octroi direct aux EUP FASS (Achat de services, OS1)	34 000 000	-
Contrats de subvention: Médicaments (FEDECAME) (OS2)	3 000 000	-
Contrat de subvention: octroi direct à Malteser International (OS2, LRRD)	11 700 000	1 300 000
Contrat de subvention: octroi direct à Memisa (OS 1, 2 et 3)	14 400 000	1 600 000
Contrat de subvention: octroi direct à ULB Coopération (OS 1 et 3)	12 600 000	1 400 000
Contrat de subvention: octroi direct à Save the Children (OS 1 et 3)	4 950 000	550 000
Contrats de travaux et fournitures: Grandes constructions des hôpitaux et gros équipements médicaux / Contrats de services - suivi (OS1)	23 000 000	-
Contrats de service: Assistance technique (OS 1, 3)	12 000 000	-
Contrats de service: renforcement institutionnel niveaux central et intermédiaire (OS3)	7 000 000	-

Contrats de service - Etudes spécifiques (OS 1, 2, 3)	2 500 000	-
5.4.2 - Gestion indirecte avec UNICEF	4 050 000	450 000
5.4.2.1 – Gestion indirecte avec UNICEF (OS1, OS3)	4 050 000	450 000
5.8, 5.9, 5.10 – Monitoring, évaluation et audit	2 000 000	-
5.11 - Communication et visibilité	500 000	-
Provisions pour imprévus	13 300 000	-
Totaux	145 000 000	5 300 000

5.7 Structure organisationnelle et responsabilités

Structures stratégiques :

- **Le maître d'ouvrage** est *l'ordonnateur national (ON)* du Fonds européen de développement en République démocratique du Congo.
- **Le maître d'œuvre** est le *ministère de la santé publique (MSP)*, à qui la coordination de l'action est confiée. Il sera appuyé par une *cellule de coordination* qui a pour tâche prioritaire de veiller à l'alignement du programme sur les politiques nationales, y compris la capitalisation d'expériences, l'appui au comité national de pilotage du secteur de la santé et l'appui au comité de pilotage du programme (supervision et suivi des plans d'action, rapports techniques et financiers). Il assurera l'organisation des missions d'appui, de monitoring et d'évaluation. Il utilisera les passerelles et synergies entre administrations concernées et assurera l'appui au développement de cadres logiques, à l'établissement des « baselines » et à la mise en œuvre de la stratégie globale de communication.
- **L'organe de décision** est le *comité de pilotage du programme* et **l'organe d'appui** est la *cellule de coordination*. Ce comité de pilotage est composé de l'ordonnateur national (Président), du ministère de la santé publique et de la délégation de l'Union européenne, avec statut d'observateur (structure tripartite). Il rapportera au *comité national de pilotage (CNP)* du secteur de la santé. Les institutions déconcentrées ou décentralisées du ministère de la santé publique (divisions provinciales de la santé²¹ - DPS-) des provinces cibles seront invitées ainsi que tous les acteurs partenaires du programme aux réunions de coordination du comité de pilotage qui ont lieu au moins une fois par an. Au niveau des provinces, le *comité provincial de pilotage (CPP)* du secteur de la santé coordonne les différentes actions et donne les orientations stratégiques en lien avec le comité national de pilotage.

²¹ La structure organisationnelle s'adaptera au progrès dans les réformes en cours de mise en place de l'organisation décentralisée de l'état congolais. Le processus de décentralisation en cours, toujours fort complexe, s'étalera sur plusieurs années ; le programme, au cours de son déroulement, pourra donc être soumis à des structures organisationnelles différentes selon le niveau atteint par chaque province dans ce processus.

Structures opérationnelles:

- Les divisions provinciales de la santé sont mandatées pour assurer la gestion de l'ensemble de l'administration de la santé en province et dès lors, la coordination des différentes activités et acteurs dans la province. Elles sont par ailleurs responsables de l'encadrement des fonctions des équipes cadres des zones de santé. Un appui en assistance technique sera nécessaire pour aider les DPS à se consolider et à jouer leur rôle.
- Les équipes cadres des zones de santé (ECZS) sont responsables de la coordination et de l'administration-gestion de la ZS ainsi que de la supervision des formations sanitaires qui la composent. Elles élaborent le plan de développement des ZS pour que celles-ci offrent des soins de santé de qualité accessibles à la population.
- Les formations sanitaires (FoSa): centres de santé (CS), Hôpitaux généraux de référence (HGR) et, le cas échéant, Hôpitaux provinciaux de référence (HPR) ont à leur charge la fourniture de soins de santé. Le CS constitue la porte d'entrée dans le système de la Zone de santé et les HGR ont un devoir de supervision formative des soins qui y sont fournis; notamment en termes de qualité.
- Les Etablissements d'utilité publique Fonds d'achat de services de santé (EUP-FASS), sont chargés de l'achat des soins de santé (subventionnement de l'accès aux soins) et sont appelés à terme, à devenir des caisses d'assurance maladie.
- La Fédération des médicaments (FEDECAME) et les Centres de distribution régional (CDR) qui la constituent représentent les principaux piliers du système national d'approvisionnement en médicaments essentiels (SNAME). Le programme utilisera la FEDECAME pour l'achat de médicaments tout en la renforçant en même temps.
- Les Organisations non gouvernementales (ONG), qui sous supervision du Comité de pilotage et de la coordination assurée par le Ministère de la santé publique, se verront déléguer une partie de l'action qui variera d'une province à l'autre, en raison des spécificités des provinces mais aussi de la stratégie proposée (voir logique d'intervention). Les différentes ONG travailleront avec la société civile locale et leurs expériences diverses seront capitalisées au bénéfice du programme et de la politique nationale.
- Le Fonds des nations unies pour l'enfance (UNICEF) sera en charge de la fourniture de matériels roulants de tout type et de certains équipements sanitaires et biomédicaux pour les établissements sanitaires. D'autres tâches pourront leur être confiées après évaluation des interventions dans le cadre du 10 FED.
- L'EUP Fonds de développement de services de santé (FDSS) pourra contribuer à l'objectif de renforcement institutionnel aux niveaux central et provincial.

5.8 Suivi des résultats et rapports

Un système de suivi externe orienté vers les résultats et basé sur des indicateurs précis (cadre logique) sera mis en place en gestion directe par des consultants indépendants recrutés directement par la Commission, sur la base du cahier des charges correspondant.

Le suivi technique et financier courant de la mise en œuvre de la présente action est un processus continu et fait partie intégrante des responsabilités du partenaire de mise en œuvre. À cette fin, une *baseline* sera spécifiquement élaborée au moyen d'un contrat de service ainsi qu'une évaluation à mi-parcours (2019) et une évaluation finale (2021). En outre, le partenaire de mise en œuvre à travers l'équipe d'assistance technique doit mettre en place un système de suivi technique et financier à la fois interne et permanent. Il doit élaborer régulièrement des rapports d'avancement (au moins une fois par an) et des rapports finaux. Chaque rapport

rendra compte avec précision de la mise en œuvre de l'action, des difficultés rencontrées, des changements mis en place, ainsi que des résultats obtenus (réalisations et effets directs), mesurés par rapport aux indicateurs correspondants, en utilisant comme référence la matrice du cadre logique. Le rapport sera présenté de manière à permettre le suivi des moyens envisagés et employés et des modalités budgétaires de l'action. Le rapport final, narratif et financier, couvrira toute la période de mise en œuvre de l'action.

La Commission peut effectuer des visites de suivi du projet, par l'intermédiaire de son propre personnel et de consultants indépendants directement recrutés par la Commission pour réaliser des contrôles de suivi indépendants (ou recrutés par l'agent compétent engagé par la Commission pour mettre en œuvre ces contrôles).

5.9 Évaluation

Il sera procédé à une évaluation à mi-parcours et une évaluation finale de la présente action ou ses composantes par l'intermédiaire de consultants indépendants commandés par la Commission. L'évaluation à mi-parcours sera réalisée, à des fins d'apprentissage, en particulier par rapport à la performance à mi-parcours et à d'éventuelles adaptations à apporter à l'action. L'évaluation finale sera réalisée à des fins de responsabilisation et d'apprentissage à divers niveaux (y compris la révision des politiques), afin d'évaluer l'impact et d'appuyer le lancement d'éventuelles actions futures.

La Commission informera le partenaire de mise en œuvre au moins 2 mois avant les dates envisagées pour les missions d'évaluation. Les rapports d'évaluation seront communiqués au pays partenaire et aux autres parties prenantes clés. Le partenaire de mise en œuvre et la Commission analyseront les conclusions et les recommandations des évaluations et décideront d'un commun accord des actions de suivi à mener et de toute adaptation nécessaire et notamment, le cas échéant, de la réorientation de l'action.

À titre indicatif, deux marchés de services d'évaluation au titre d'un contrat-cadre seront conclus en 2019 et 2021.

5.10 Audit

Sans préjudice des obligations applicables aux marchés conclus pour la mise en œuvre de la présente action, la Commission peut, sur la base d'une évaluation des risques, commander des audits indépendants ou des missions de vérification des dépenses pour un ou plusieurs contrats ou conventions.

À titre indicatif, 6 marchés de services d'audit au titre d'un contrat-cadre seront conclus en gestion directe entre 2016 et 2021.

5.11 Communication et visibilité

La communication et la visibilité de l'UE constituent des obligations légales pour toutes les actions extérieures financées par l'UE.

Pour la présente action, il y a lieu de prévoir des mesures de communication et de visibilité qui seront établies, au début de la mise en œuvre, sur la base d'un plan d'action spécifique dans ce domaine et financées sur le budget indiqué à la section 5.6 ci-dessus. Cet aspect sera aussi pris en compte dans chaque contrat de subvention. En même temps, une des tâches de la cellule de coordination au ministère de la santé publique sera d'assurer la communication et la visibilité du programme.

En ce qui concerne les obligations légales en matière de communication et de visibilité, les mesures seront mises en œuvre par la Commission, le pays partenaire, les contractants, les bénéficiaires de subvention et les entités en charge. Des obligations contractuelles adaptées

seront respectivement prévues dans la convention de financement, les marchés, les contrats de subvention et tout autre contrat.

6 CONDITIONS PRÉALABLES

SO.

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.

	Logique d'intervention	Indicateurs	Lignes de base	Cibles (30/06/2021)	Sources, moyens de vérification	Hypothèses
Objectif global: impact	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	1. Taux de mortalité maternelle (OMD 5)* 2. Taux de mortalité juvénile-infantile (OMD 4)* 3. Taux de mortalité infantile*	1. 547 °/0000 (EDS 2007) 2. 148 °/00 (EDS 2007) 3. 58°/00 (EDS 2007)	1. 350 °/0000 2. 100°/00 3. 40°/00	EDS 2021	– Stabilité politique autour des élections de 2016 – Stabilisation de la sécurité dans l'EST du Pays

	Logique d'intervention	Indicateurs	Lignes de base	Cibles (30/06/2021)	Sources, moyens de vérification	Hypothèses
Objectif spécifique: Effet direct	OS1: Pérenniser l'accès à des soins de santé de qualité, en particulier pour les populations vulnérables y compris les femmes et les enfants (OMD 4 et 5)	1. % de la population cible bénéficiant des services de 1 ^{er} échelon complet* 2. % de la population cible bénéficiant des services de 2 ^{ème} 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
Produits	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* 2. Taux Hospit. HGR: Hospit/1000h/an* 3. Taux de référence du 1 ^{er} vers 2 ^{ème} échelon 4. % enfants <1 an complètement vaccinés contre la rougeole, la polio et le DPT/tétanos (taux d'enfants entièrement vaccinés)* 5. Taux de mortalité intra-hospitalière 6. % des accouchements assistés par du	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) 3. <5% (SNIS 2015, moyenne provinciale variable selon les ZS) 4. 71,6% (SNIS, moyenne provinciale, variable selon les ZS)	1. 0,5 NC/H/An 2. 30 hospit/1000 hab/an 3. 10% 4. 75% 5. <2% 6. >80% 7. A déterminer, en fonction de l'adhésion ou non à un système de prépaiement 8. Au moins 2/an	1 à 6 : SNIS annuel (Compilation des données des ZS couvertes par le programme à comparer à la moyenne provinciale) 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 8. Rapports de supervision des spécialistes des	-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
		personnel qualifié* 7. % de dépenses privées de santé dans le financement total de la santé dans les ZS appuyées* 8. Nombre de supervisions par an des HGR par des spécialistes de l'hôpital de 2 ^{ème} référence	5. 5-10% (SNIS 2015, moyenne provinciale, variable selon les ZS) 6. 50-60% (SNIS 2015, moyenne provinciale, variable selon les ZS) 7. 40-90% (EDS 2007 et Compte nationaux de la santé 2014). A déterminer dans les ZS bénéficiaires 8. 0/an (Rapports HGR 2015)		Hôpitaux provinciaux	
	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	1. % hôpitaux ayant du personnel selon les normes actualisées	1. <50% (Rapports 2014 des HGR dans les zones couvertes par	1. 100% des hôpitaux appuyés suivent	1. Rapports annuels des HGR	

	Logique d'intervention	Indicateurs	Lignes de base	Cibles (30/06/2021)	Sources, moyens de vérification	Hypothèses
	aux niveaux opérationnels et administratifs des zones de santé bénéficiaires	(2010) 2. % centres de santé rationalisés avec pers. selon normes actualisées (2010).	l'intervention) 2. <50% (Rapports 2014 des ZS couvertes par l'intervention)	normes actualisées 2. 100% des CSI rationalisés suivent normes actualisées	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	1. A déterminer (2015) 2. A déterminer (2015)	1 et 2. Au moins 80%	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 ^{ème} 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 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	1. A déterminer (Rapport annuel Hôpital provincial 2015) 2. A déterminer (Rapport annuel Hôpital Provincial 2015) 3. A déterminer (Rapport annuel Hôpital Provincial 2015)	1. Max 120% 2. 2/3 3. 1/3 4. Minimum 1	1 à 3 : Rapports annuels de l'hôpital provincial de référence 4. Données projet 2021	

	Logique d'intervention	Indicateurs	Lignes de base	Cibles (30/06/2021)	Sources, moyens de vérification	Hypothèses
	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	OS2: Intégrer les zones de santé couvertes par des interventions humanitaires et verticales dans les provinces cibles (LRRD)	1. Nombre de ZS couvertes par des interventions humanitaires intégrées dans le programme 11 ^{ème} 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	Voir indicateurs OS1/R1, R3 et R6				

	Logique d'intervention	Indicateurs	Lignes de base	Cibles (30/06/2021)	Sources, moyens de vérification	Hypothèses
	provinces cibles.					
	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				
Objectif spécifique: Effets directs	OS3. Améliorer la capacité institutionnelle du Ministère de la Santé Publique (MSP) au niveau central et provincial (DPS)	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	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

	Logique d'intervention	Indicateurs	Lignes de base	Cibles (30/06/2021)	Sources, moyens de vérification	Hypothèses
		niveau provincial sont améliorées				
Produits	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