

30 juin 2021

Évaluation prospective pays

République démocratique du Congo

RAPPORT D'EXTENSION 2021

À la demande du Groupe technique de référence en évaluation (TERG) du Fonds mondial



AVIS

Les opinions exprimées dans ce rapport sont celles de l'auteur. Le Groupe technique de référence en évaluation (TERG) du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a chargé l'auteur d'effectuer une évaluation utile et, le cas échéant, fournir les recommandations ou les observations du TERG au Fonds mondial. Cette évaluation ne reflète pas nécessairement les opinions du Fonds mondial ou du TERG.

Ce rapport ne doit pas être reproduit, utilisé ou communiqué, en tout ou en partie, sans mention de provenance appropriée.

AUTEURS

PATH RDC

Dr Salva Mulongo

Dr Godefroid Mpanya

Eugène Manika

Constant Kingongo

Fedy Mukendi

IHME

Dr Herbert Duber

Audrey Batzel

Casey Johanns

PATH

Allison Osterman

Dr Katharine D. Shelley

Table des matières

Acronymes et abréviations	v
1. Introduction et méthodes	1
Collecte de données	1
2. Observations	2
2.1 Cycle de financement NFM2 - révision des subventions	2
2.1.1 Processus de révision du NFM2	2
2.1.2 Introduction des facilités de subventions du NFM2 face au COVID-19	3
2.2 Cycle de financement NFM3 - investissements dans les RSSH	4
2.2.1 Renforcement ou soutien	4
2.2.2 Indicateurs RSSH dans les subventions du NFM3	6
2.3 Cycle de financement NFM3 - établissement des subventions	7
3. Conclusions et recommandations	10
Références	12
ANNEXE 1. Indicateurs RSSH par module, sous NFM2 par rapport à NFM3	13

Acronymes et abréviations

ACT	Thérapie combinée à base d'artémisinine
C19RM	Dispositif de riposte à la COVID-19
CCM	Country Coordinating Mechanism (Instance de coordination nationale)
CSS	Renforcement des systèmes communautaires
CT	Équipe pays
DHG-Équité	Droits humains, genre et équité
DHIS2	Logiciel « District Health Information Software 2 »
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
IHME	Institute for Health Metrics and Evaluation / Institut de mesures et d'évaluations de la santé
KII	Entretiens avec les informateurs clés
KP	Population clé
LFA	Agent local du Fonds
MdS	Ministère de la Santé
NFM2	Nouveau modèle de financement 2 (cycle d'allocation du Fonds mondial 2017-2019)
NFM3	Nouveau modèle de financement 3 (cycle d'allocation du Fonds mondial 2020-2022)
PCE	Évaluation prospective de pays
PNAM	Programme national d'approvisionnement en médicaments essentiels
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PR	Réципиентаire principal
PSN	Plan stratégique national
PTC	Pérennité, Transition et Cofinancement
RSSH	Systèmes résilients et pérennes pour la santé
S-É	Suivi et évaluation
SIGS	Système d'information pour la gestion sanitaire
SNAME	Système national d'approvisionnement en médicaments essentiels
SNIS	Système national d'information de santé
SR	Sous-réципиентаire
TERG	Groupe technique de référence en évaluation
TRP	Comité technique d'examen des propositions
WPTM	Mesures de suivi du plan de travail

1. Introduction et méthodes

Sur la base du rapport d'évaluation prospective pays 2020/21 du Fonds mondial pour la RDC, le Groupe technique de référence en évaluation (TERG) a mandaté une phase d'extension de trois mois (avril-juin 2021) appelée à approfondir quelques points d'analyse du cycle de financement. L'objectif général de cette analyse était de comprendre quels investissements liés aux subventions changent dans le temps, à quel moment, pourquoi et comment, en examinant notamment les facteurs d'influence importants de la mise en œuvre de la subvention initiale et des changements qui y sont apportés. La phase d'extension programmée en 2021 a permis quelques analyses supplémentaires des subventions octroyées sous le Nouveau modèle de financement 3 (NFM3, cycle d'allocation 2020-2022 du Fonds mondial), non encore disponibles lors du rapport précédent. Les principaux points examinés durant la phase d'extension sont :

- Comment l'instance de coordination nationale (CCM), le gouvernement et les autres parties prenantes comprennent et utilisent au niveau du pays les notions de soutien et de renforcement des systèmes de santé ;
- Raisons de l'adoption limitée des indicateurs de couverture des systèmes résilients et pérennes pour la santé (RSSH) dans les cadres de résultats des subventions du NFM3;
- Octroi des subventions du NFM3, y compris les facteurs de changement budgétaire concernant les investissements ayant trait aux RSSH et à l'équité; et
- Questions relatives aux révisions de subventions du Nouveau modèle de financement 2 (NFM2, cycle d'allocation 2017-2019 du Fonds mondial) et, le cas échéant, enseignements utiles de la riposte du Fonds mondial à la COVID-19.

Les constats de la phase d'extension sont complémentaires à ceux du rapport annuel de pays 2020/21 concernant les considérations de conception et de mise en œuvre des subventions. Les recommandations ont par conséquent été révisées et mises à jour.(1)

Collecte de données

Durant la phase d'extension, les données primaires complémentaires ont été collectées par revue documentaire, entretiens avec les informateurs clés (KII) et observation de réunions afin d'approfondir l'examen des questions, ainsi que par entretiens de vérification des faits pour combler les écarts éventuels de l'analyse (Tableau 1). Les analyses budgétaires ont été mises à jour de façon à inclure les budgets d'octroi du NFM3, ce qui a permis l'analyse des changements au niveau des modules et des interventions lors de l'octroi de subventions.

Tableau 1. Sources de données utilisées durant la phase d'extension de l'évaluation prospective de pays (PCE)

Source des données	N°	Description
Revue documentaire	15	<ul style="list-style-type: none"> ● Documents de politique et d'orientation du Fonds mondial concernant le processus de demande de financement (par ex. notes d'information relatives aux VIH, TB, paludisme, COVID-19, Pérennité, Transition et Cofinancement (PTC), RSSH, Manuel des politiques opérationnelles) et procédures opérationnelles relatives à la COVID-19 ● Demande de financement concernant les RSSH et documents afférents ● Demande de financement concernant le Dispositif de riposte au COVID-19 (C19RM) ● Articles des journaux ● P.V. des rencontres
Entretiens avec des informateurs clés (KII) (7) Entretiens de vérification des faits / validation (5)	12	<p>Au niveau national : Représentants du CCM, PR (récipiendaires principaux) ministère de la Santé et société civile, SR (sous-récipiendaires), agent local du Fonds (LFA)</p> <p>Au niveau mondial : Équipe pays du Fonds mondial</p>
Observation de réunions	2	Bilan semestriel du Fonds mondial (avril 2021)
Budgets de subventions NFM3 approuvés	6	Les budgets finaux ont été téléchargés dans Tableau pour analyse et codés selon le cadre « 2S »

Sans surprise, la pandémie de COVID-19 est restée une préoccupation constante en RDC pendant la période d'extension. La disponibilité des parties prenantes s'en est avérée limitée. La PCE en RDC a pu effectuer des entretiens KII virtuels, bien que l'obtention d'une connexion à distance ait posé des problèmes techniques à certains participants.

2. Observations

2.1 Cycle de financement NFM2 - révision des subventions

2.1.1 Processus de révision du NFM2

Les processus de révision des subventions sont considérés comme administrativement fastidieux et complexes du fait du long procédé exigeant souvent plusieurs niveaux de revue et d'approbation.

Dans le rapport annuel 2020/2021 pour la RDC, nous avons observé de fréquentes révisions budgétaires mais généralement moins de révisions de portée et/ou d'échelle des programmes (importantes révisions programmatiques). Les constats de la phase d'extension confirment le sentiment de lourdeur et de complexité administrative des révisions de subventions. Les facteurs en sont :

- Soumission à la revue et à la validation de l'agent fiduciaire requise pour les PR ministère de la Santé (MdS);
- Étapes multiples de revue et d'aller-retour entre l'équipe pays (CT) et les PR;
- Le pays est soumis à des mesures de sauvegarde supplémentaires.

Également problématique, l'absence d'un échéancier clairement défini pour le processus de révision fait que les échanges et va-et-vient entre la CT et les PR peuvent se poursuivre indéfiniment. Dans le commentaire rapporté ci-dessous, un informateur clé compare les révisions de subventions au processus de la demande de financement, faisant remarquer l'existence pour ce dernier de délais d'examen et de réponse établis qui permettent de faire progresser les choses.

« Lors du processus de demande de financement et d'octroi de subventions, le TRP [Comité technique d'examen des propositions] commente et fixe le délai de réponse du pays. Lorsque le pays répond, le TRP prend sa décision dans un délai donné et finalise le processus. Cela devrait également être fait pour les révisions de subvention. » - Citation d'un informateur clé.

Pour les révisions budgétaires en particulier, il y a des revues et discussions trimestrielles entre les programmes nationaux et les PR afin d'identifier les économies budgétaires, avec ensuite soumission à l'approbation du CCM. Les intervenants signalent cependant que le processus doit parfois être recommencé si le Fonds mondial n'accepte pas les révisions proposées. Ils déplorent aussi la difficulté à suivre les fréquents changements budgétaires.

2.1.2 Introduction des facilités de subventions du NFM2 face au COVID-19

La RDC a été autorisée à utiliser rapidement les fonds de subvention NFM2 pour la riposte au COVID-19, en dehors toutefois du processus de révision formel des subventions.

Sous le NFM2, le Fonds mondial a introduit une série de « facilités » pour accélérer la riposte à la pandémie de COVID-19. Concernant les révisions de subventions, ces facilités ont notamment allégé les critères requis au profit de processus plus rapides et plus efficaces. Bien que la plupart des pays aient procédé à des révisions de subventions pour utiliser les économies du NFM2 et reprogrammer en fonction de COVID-19, la RDC a échappé à ce processus de révision formel car l'absorption des subventions était proche de 100 % et il n'y avait par conséquent pas de ressources disponibles à la reprogrammation. La RDC a plutôt obtenu du Fonds mondial l'autorisation de prêter les fonds de subvention du NFM2 au financement des activités de riposte au COVID-19, avec remboursement ultérieur par les fonds approuvés à travers le dispositif de financement C19RM. L'approche s'est déroulée de manière unique, sans utilisation des fonds de subvention existants, en dehors du processus formel de révision. Il ne s'agissait par conséquent pas d'une comparaison utile à l'identification d'enseignements éventuels sur la manière d'améliorer certains aspects spécifiques du processus de révision des subventions. L'enseignement fondamental tiré de l'expérience de la RDC est que le modèle d'activité du Fonds mondial a fait preuve de souplesse en renonçant à une approche unique et commune à tous, adoptant plutôt la démarche la mieux adaptée au contexte et facilitant ainsi une réponse rapide à des besoins urgents.

2.2 Cycle de financement NFM3 - investissements dans les RSSH

2.2.1 Renforcement ou soutien

Les investissements RSSH en RDC continuent de « soutenir » les systèmes de santé plus qu'ils ne les « renforcent ». Bien que compris par les parties prenantes, ces concepts n'ont pas influencé le choix des interventions RSSH sous NFM3, qui sont perçues comme bien alignées sur les priorités du pays.

L'analyse 2S mise à jour des budgets finaux d'octroi de subventions du NFM3 indique que les investissements dans les RSSH restent largement de type « soutien » aux systèmes de santé plutôt que de « renforcement » (Figure 1). Le cadre 2S avait été présenté lors de l'atelier d'orientation pour le lancement du cycle de financement NFM3 et il y avait été fait mention de la recommandation, faite dans le rapport du TRP sur les enseignements tirés de l'expérience précédente, de passer, au-delà du soutien des systèmes de santé, à leur renforcement. Bien que les termes « renforcement » et « soutien » soient généralement compris par les intervenants, le cadre 2S ne semble pas avoir influencé le choix d'activités RSSH pour NFM3. Selon les informateurs clés, concernant les RSSH, la demande de financement a privilégié les investissements destinés à soutenir les objectifs spécifiques aux maladies et l'insistance sur le « soutien » était nécessaire pour assurer des investissements de renforcement efficaces. Parmi les autres facteurs ayant influencé le choix des interventions relatives aux RSSH, on notera les considérations d'impacts mutuels et le rapport coût-efficacité des interventions, ainsi que leur impact attendu en l'espace d'un bref cycle de subventions triennal.

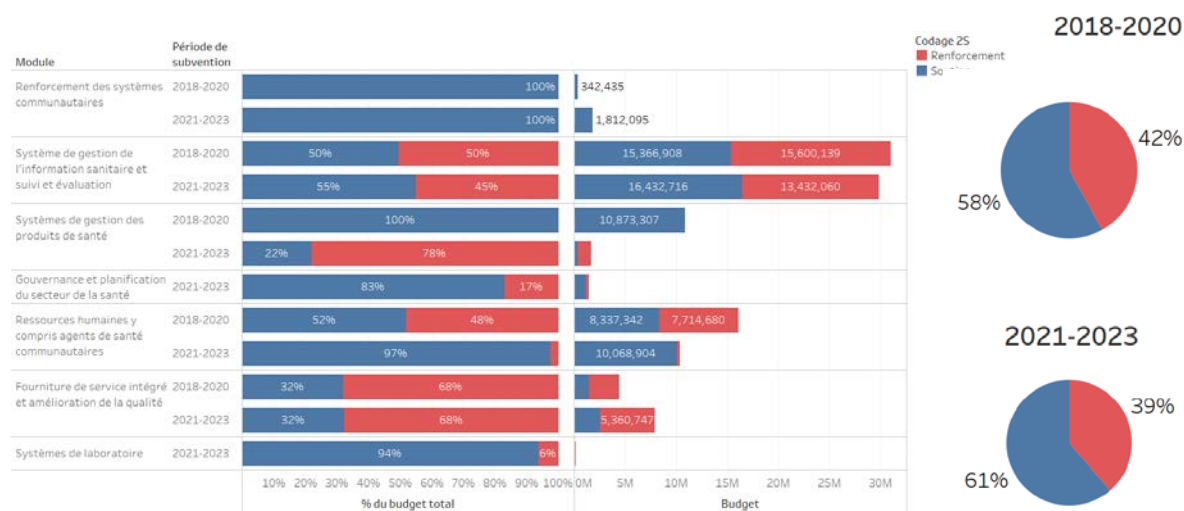
Selon les intervenants, les investissements du Fonds mondial dans les RSSH étaient alignés sur les priorités du pays. Les investissements concernent généralement les grands axes poursuivis tels qu'énoncés dans le Plan national de développement sanitaire 2019-2022 (PNDS) : (i) Amélioration des prestations des services de santé et continuité des soins, (ii) Appui aux différents piliers du système de santé et (iii) Renforcement de la gouvernance et du système de santé. Cependant, comme il n'existe pas de plan stratégique national centralisé pour les RSSH, les consultants et les groupes de travail RSSH chargés de l'élaboration de la demande de financement RSSH sous NFM3 se sont référés aux documents de la stratégie nationale concernant les axes de concentration spécifiques : plan de ressources humaines, plan de santé communautaire, plan d'approvisionnement en médicaments essentiels, plan stratégique concernant le système national d'information sanitaire, etc. Chacun de ces documents existe cependant en tant que stratégie distincte et indépendante des autres. L'absence d'analyse complète et coordonnée des écarts financiers et des priorités RSSH nationales susceptibles de guider les investissements dans les RSSH pourrait faire obstacle à un investissement plus stratégique dans le renforcement du système de santé. Cette absence explique aussi pourquoi les outils du Fonds mondial tels que les tableaux des lacunes programmatiques et le tableau du paysage de financement n'ont pas été utilisés pour planifier les investissements RSSH sous NFM3. Les outils sont formatés en fonction directe des Plans stratégiques nationaux (PSN) ; ils n'ont dès lors été exécutés que pour les trois maladies.

À la question insistante de savoir comment les interventions du Fonds mondial pourraient progresser davantage vers le renforcement des systèmes, les informateurs clés ont exprimé l'opinion selon laquelle les activités de soutien sont les conditions préalables essentielles, sans lesquelles les programmes ne pourraient être mis en œuvre, et qu'elles sont par conséquent indispensablement complémentaires à tous investissements dans le renforcement du système de santé. Et d'ajouter qu'elles sont d'autant plus justifiées que l'État ne dispose pas de ressources financières suffisantes

pour financer les activités de soutien. Compte tenu toutefois des multiples investissements de bailleurs dans les RSSH, d'autres facteurs affectent la redevabilité, à l'instar de la faiblesse du leadership et de la gouvernance étatique centraux dans le secteur de la santé, contribuant dès lors à la faiblesse continue du système de santé.

« ... quand on ne dispose pas d'éléments minimaux de soutien, le renforcement du système de santé ne peut être efficace. » - Citation d'un informateur clé.

Figure 1. Analyse « 2S » concernant le soutien (« support ») ou le renforcement (« strengthening ») des RSSH comparant les investissements du NFM2 par rapport au NFM3 par module RSSH (mise à jour suivant les budgets d'octroi NFM3 approuvés)



Malgré d'importants investissements dans les activités de soutien, les parties prenantes ont indiqué différentes façons pour lesquelles le Fonds mondial renforce indirectement le système de santé en poursuivant des stratégies mieux alignées sur les systèmes du pays et en encourageant une meilleure intégration sur l'ensemble des maladies.

D'après les informateurs clés, les investissements du Fonds mondial se sont progressivement alignés davantage sur les systèmes du pays, par rapport aux financements antérieurs, qui étaient principalement verticaux et moins intégrés. Ceux-ci incluent notamment :

- Soutien du déploiement du logiciel DHIS2 ayant entraîné l'abandon du financement de systèmes de collecte parallèles, avec comme exigence sous NFM2 que tous les indicateurs de résultats de subventions proviennent de DHIS2;
- Encouragement de l'intégration sur l'ensemble des domaines de maladie en soutenant la quantification coordonnée des besoins de produits, sous la conduite du Programme national d'approvisionnement en médicaments (PNAM);
- Transfert progressif de la responsabilité des activités de la chaîne d'approvisionnement au Système national d'approvisionnement en médicaments essentiels (SNAME), concernant le stockage, l'entreposage et le transport des produits de santé, auparavant gérés par les PR de la société civile;
- Amélioration de la supervision des formations sanitaires communautaires par intégration horizontale et verticale et financement direct des établissements de santé;

- Soutien direct des plans opérationnels provinciaux, à travers le projet pilote d'approche provinciale notamment dans les provinces de Kinshasa et du Maniema;
- Soutien direct des programmes nationaux.

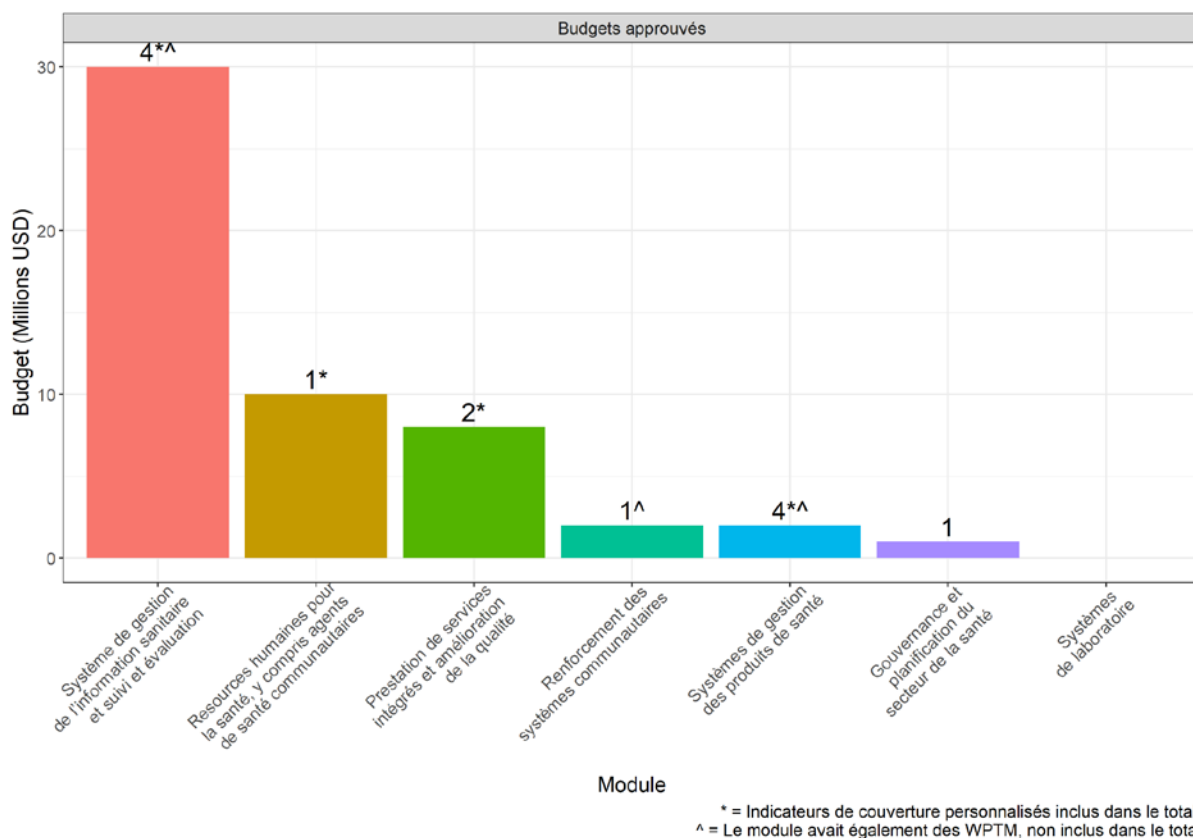
2.2.2 Indicateurs RSSH dans les subventions du NFM3

Le nombre total d'indicateurs RSSH est passé de trois sous NFM2 à 13 sous NFM3, avec notamment l'ajout de six indicateurs personnalisés, en vue d'une redevabilité et d'un suivi accrus concernant les investissements dans les RSSH sous NFM3.

Si dans la plupart des pays soumis à la PCE les cadres de résultats de subventions du NFM3 ne comptent pas beaucoup de nouveaux indicateurs RSSH, la RDC en fait exception. Le nombre total d'indicateurs RSSH est passé de trois sous NFM2 à treize sous NFM3, avec notamment l'ajout de six indicateurs personnalisés et de plusieurs mesures de suivi du plan de travail (WPTM). Comme illustré à la Figure 2, six des sept modules RSSH budgétisés dans les subventions du NFM3 sont associés à des indicateurs de couverture RSSH. Seul le module de renforcement des systèmes de laboratoire, bénéficiaire du plus faible investissement parmi les modules RSSH, n'a pas d'indicateur associé.

Les intervenants se sont référés au Manuel du cadre modulaire et ont choisi les indicateurs RSSH en fonction des objectifs programmatiques mis en valeur dans les plans stratégiques nationaux et les priorités du pays.(2) Pour chaque module RSSH, les intervenants ont choisi un ensemble d'indicateurs pertinents qui permettront de suivre les progrès des activités et de produire ainsi des rapports constants et harmonieux. Bien que la PCE ne dispose guère d'indices probants concernant les facteurs qui ont favorisé le gain d'indicateurs RSSH entre NFM2 et NFM3, la transition vers une subvention RSSH autonome sous NMF3 a probablement joué un rôle important. Par exemple, l'examen thématique du TERG concernant les RSSH a observé que l'intégration d'investissements RSSH dans les subventions relatives aux maladies contribuait à des investissements davantage axés sur la maladie plutôt que transversaux et que les programmes des maladies ne sont peut-être pas les mieux placés pour la mise en œuvre d'interventions plus larges de renforcement des systèmes de santé.(3) La nouvelle insistance sur la mesure des résultats RSSH et la gestion centralisée de la subvention RSSH du NFM3 sous le ministère de la Santé devraient mener à une plus grande redevabilité concernant les résultats RSSH. Certaines parties prenantes pensent aussi que ces changements favoriseront une meilleure absorption des budgets RSSH.

Figure 2. Indicateurs RSSH et allocations par module, budgets approuvés/cadres de résultats



2.3 Cycle de financement NFM3 - établissement des subventions

Plusieurs changements ont été apportés aux budgets RSSH et DHG-Équité (droits humains, genre et équité) lors de l'établissement des subventions et n'ont pas pu être expliqués lors des entretiens avec les intervenants. L'absence de documentation expliquant ces changements et les justifications qui les sous-tendent sapent la transparence du processus d'octroi de subventions.

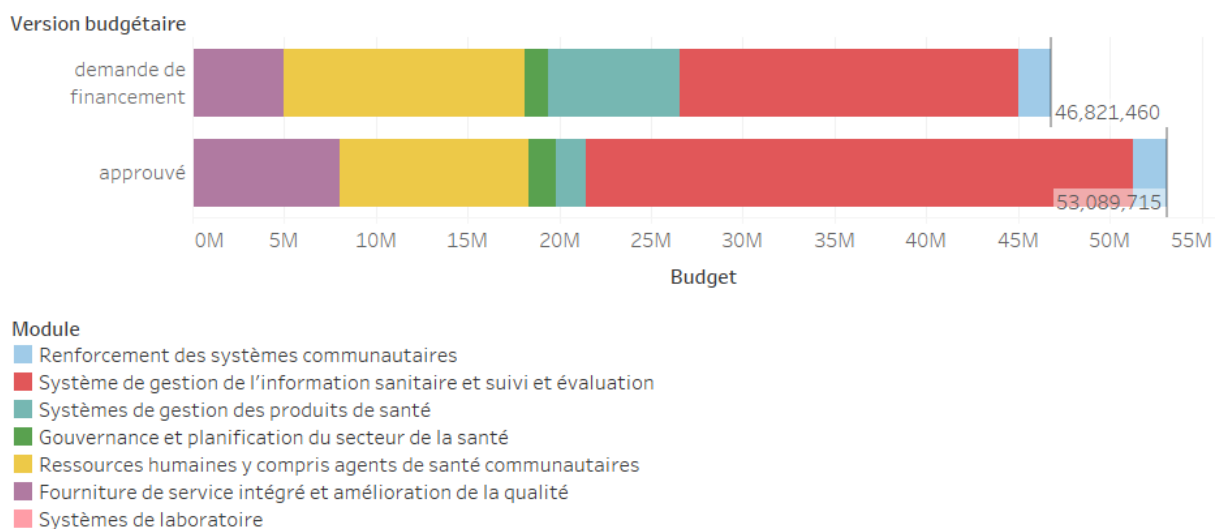
Malgré l'amélioration de l'inclusion, de la transparence et de l'appropriation par le pays lors de l'élaboration de la demande de financement pour NFM3, nous avons constaté que les principales décisions prises pendant la phase d'octroi de subventions ne sont pas bien documentées, ni partagées avec les parties prenantes qui n'ont pas été incluses dans le processus. Par rapport à la phase d'élaboration de la demande de financement, la participation à l'octroi de subventions est limitée et réservée à certaines catégories d'intervenants ou de parties prenantes, notamment le CCM, les programmes nationaux, les PR, et quelques membres de la société civile. Les informateurs clés ont souligné qu'il n'existe pas de processus clair d'octroi de subventions qui garantisse la transparence et l'inclusivité. À l'image des constats faits par la PCE durant la phase d'octroi de subventions du NFM2, les changements budgétaires et programmatiques opérés lors de l'octroi de subventions du NFM3 n'étaient pas systématiquement documentés, ni communiqués à toutes les parties prenantes. Comme indiqué ci-dessous, bon nombre de changements budgétaires n'ont pas été bien compris par les parties prenantes.

La RDC avait initialement déposé une demande de financement dans laquelle les composantes paludisme et RSSH étaient combinés, bien que le TRP ait recommandé que le FR passe à une itération,

ce qui a conduit à la décision des parties prenantes de la RDC de fractionner lesdites composantes en deux demandes de financement autonomes distinctes. Nous avons constaté une hausse de 13 % des fonds alloués aux RSSH entre la nouvelle demande de financement RSSH autonome resoumise et le budget d'octroi de subventions (de 46,8 millions de dollars US à 53,1 millions)¹. Comme illustré à la Figure 3 ci-dessous, la plus forte augmentation relative (62 %) concerne le module des systèmes d'information pour la gestion sanitaire (SIGS) et de suivi-évaluation (S-É). Elle s'explique par différents facteurs, dont l'ajout de sources des données administratives et financières pour faciliter la collecte de données sur le cofinancement de l'État. Les autres facteurs sont la reclassification des activités au sein des interventions budgétaires appropriées, les changements d'échelle d'activité (par exemple, accroissement de fréquence des rencontres de validation des données au niveau provincial) et les ajustements des coûts unitaires basés sur les données des coûts actualisés.

Si la plupart des modules RSSH ont augmenté ou sont restés proches des montants d'investissement antérieurs, une forte baisse est survenue au niveau du module des systèmes de gestion des produits de santé (de 7,2 millions de dollars à 1,6 million). Les raisons invoquées tiennent aux réductions du coût calculé de la conduite des activités et à la suppression des doublons car certains des coûts figuraient déjà dans le module SIGS et S-É.

Figure 3. Fonds RSSH par module dans les demandes de financement et les budgets approuvés du NFM3 RDC



Le budget DHG-Équité présente une baisse de 7,5 % entre la demande de financement et l'octroi de subventions, avec de nombreux changements entre les catégories de module et d'intervention. Comme illustré à la Figure 4, d'importantes variations apparaissent entre les modules et les catégories d'intervention, avec certains budgets en hausse et d'autres en baisse. Le changement le plus important concerne les modules de réduction des obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent l'accès aux services contre la tuberculose, en hausse de 126 % (de 327 000 dollars à 740 000 dollars) et de réduction des obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux

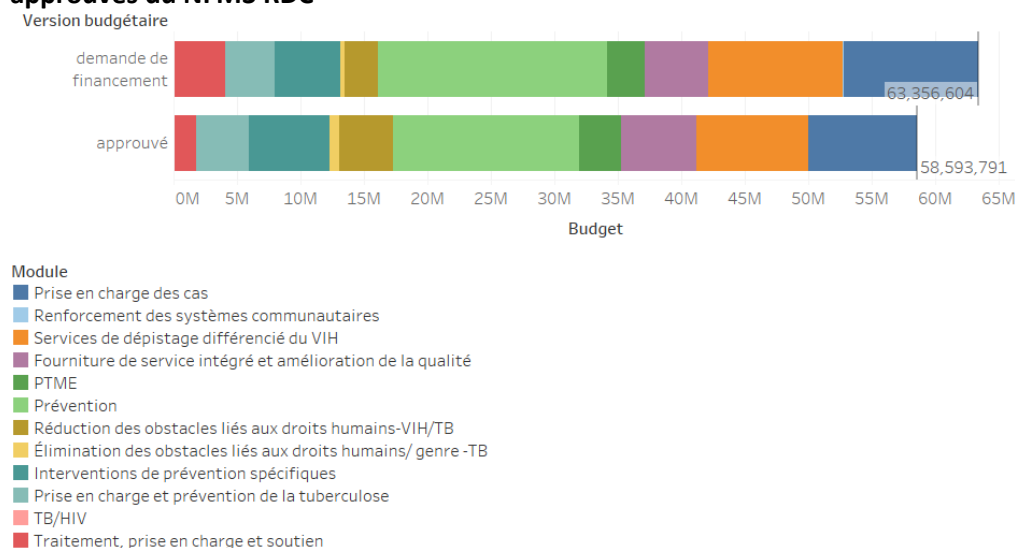
¹ Le budget de la demande de financement RSSH autonome s'élevait à 53,3 millions de dollars, mais notre calcul des fonds alloués aux RSSH dans les budgets de demande ne comprend que les modules RSSH (soit, 38,3 millions de dollars dans la demande de financement relative aux RSSH et 8,5 millions de dollars dans celle relative aux TB/VIH). Les coûts de gestion de programme ne sont pas inclus dans notre calcul des fonds alloués aux RSSH.

services contre la tuberculose et le VIH, en hausse de 61% (de 2,6 millions de dollars à 4,2 millions). La plus forte réduction est observée dans le module de traitement, prise en charge et soutien, en baisse de 55 % (de 4 millions de dollars à 1,8 million). Le module Prévention présentait l'allocation la plus élevée et a perdu 18 % (de 18 millions de dollars à 14,7 millions).

Nous ne disposons guère de données probantes expliquant certains changements au niveau des modules et des interventions. Comme observé précédemment durant la phase d'octroi de subventions sous NFM2, les sous-réциpiendaires ont de nouveau déclaré ne pas savoir pourquoi les budgets d'activités dont ils sont responsables ont été réduits. Par exemple, un SR de la société civile s'est dit préoccupé de la réduction du budget de dépistage du VIH dans les populations clés sans explication claire ayant conduit à cette coupe, alors que le SR n'était pas présent lors des négociations de subventions. À l'image des changements apportés aux budgets des RSSH, ceux concernant les interventions liées aux DHG-Équité ne sont documentés ni dans le formulaire d'examen final d'établissement des subventions, ni ailleurs. Lors des entretiens avec les informateurs clés, diverses raisons générales ont été invoquées pour justifier ces changements, notamment :

- Une réduction des activités de programme conformément au budget disponible;
- Une diminution, lors des négociations des subventions, des activités et des cibles afin de compenser les exigences budgétaires de la chaîne d'approvisionnement et des ressources humaines, comme en témoigne l'augmentation du budget de gestion de programme (bien qu'elles demeurent beaucoup plus ambitieuses par rapport au NFM2);
- La priorisation des activités les plus essentielles pour atteindre les objectifs de dépistage et de traitement 90-90-90.

Figure 4. Fonds DHG-Équité par module dans les demandes de financement et les budgets approuvés du NFM3 RDC



3. Conclusions et recommandations

Section	Conclusions	Recommandations
Cycle de financement NFM2– révision des subventions	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les processus de révision des subventions sont considérés comme administrativement fastidieux et complexes du fait du long procédé exigeant souvent plusieurs niveaux de revue et d’approbation. 2. La RDC a été autorisée à utiliser rapidement les fonds de subvention NFM2 pour la riposte au COVID-19, en dehors toutefois du processus formel de révision des subventions. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le Fonds mondial devrait identifier les occasions de déléguer une plus grande autorité d’examen et d’approbation des révisions de subvention au CCM, de responsabiliser les parties prenantes nationales et d’améliorer l’efficacité. Cela facilitera le transfert éventuel de tous les processus au niveau du pays , sous gestion du CCM.
Cycle de financement NFM3– investissements dans les RSSH	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les investissements RSSH en RDC continuent de « soutenir » les systèmes de santé plus qu'ils ne les « renforcent ». Bien que compris par les parties prenantes, ces concepts n’ont pas influencé le choix des interventions RSSH sous NFM3, qui sont perçues comme bien alignées sur les priorités du pays. 2. Malgré d’importants investissements dans les activités de soutien, les intervenants ont indiqué différentes façons dont le Fonds mondial renforce indirectement le système de santé en poursuivant des stratégies mieux alignées sur les systèmes du pays et en encourageant une meilleure intégration sur l’ensemble des maladies. 3. Le nombre total d’indicateurs RSSH est passé de trois sous NFM2 à treize sous NFM3, avec notamment l’ajout de six indicateurs personnalisés, en vue d’une redevabilité et d’un suivi accru concernant les investissements dans les RSSH. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le Fonds mondial devrait soutenir la RDC dans l’élaboration d’une stratégie nationale consolidée concernant les RSSH, à l’image de ses investissements dans l’élaboration de PSN spécifiques aux maladies, afin de faciliter une identification et une priorisation plus robustes des interventions RSSH et un investissement plus stratégique dans le renforcement des systèmes de santé.

Section	Conclusions	Recommandations
Cycle de financement NFM3–établissement des subventions	<p>1. Plusieurs changements ont été apportés aux budgets RSSH et DHG-Équité lors de l’octroi de subventions et n’ont pas pu être expliqués par les parties prenantes interrogées. L’absence de documentation expliquant ces changements et leur justification compromet la transparence du processus d’octroi de subventions.</p>	<p>1. Le Fonds mondial devrait améliorer la transparence de l’établissement des subventions en : (1) en communiquant clairement sur le processus, à travers le CCM, concernant notamment les parties prenantes censés participer et (2) en veillant à ce que les changements budgétaires et programmatiques, de même que leur justification, soient bien documentés par le CCM et communiqués à toutes les parties prenantes.</p>

Références

1. Prospective Country Evaluation Democratic Republic of the Congo. 2020-21 Annual Country Report. PATH; IHME; 2020.
2. The Global Fund. Modular Framework Handbook [Internet]. 2019. Available from: https://www.theglobalfund.org/media/4309/fundingmodel_modularframework_handbook_en.pdf
3. Technical Evaluation Reference Group. Thematic Review on Resilient and Sustainable Systems for Health (RSSH) [Internet]. The Global Fund; 2019 Jul. Available from: https://www.theglobalfund.org/media/8793/terg_resilientsustainablestemsforhealthreview_paper_en.pdf?u=637066527850000000

ANNEXE 1. Indicateurs RSSH par module, sous NFM2 par rapport à NFM3

Module RSSH	Indicateurs de couverture RSSH	NFM2	NFM3
SIGS et S-É	M&E-2a Complétude des rapports des établissements de santé : Pourcentage de rapports mensuels attendus des établissements (pour la période de rapport) qui ont été réellement reçus	X	X
	M&E-2b : Promptitude des rapports des établissements de santé : Pourcentage de rapports mensuels remis par les établissements (pour la période d'établissement de rapport) reçus dans les délais, conformément aux directives nationales		X
	Personnalisé : Complétude des rapports des établissements de santé sur la logistique : Pourcentage de rapports mensuels attendus concernant l'information logistique (pour la période d'établissement de rapport) qui ont été réellement reçus		X
	Personnalisé : Promptitude des rapports logistiques des établissements de santé : Pourcentage des rapports logistiques mensuels présentés qui sont reçus 20 jours après la période d'établissement de rapport		X
Ressources humaines pour la santé	Personnalisé : Pourcentage des agents de santé qui reçoivent leur supplément de rémunération à temps (dans les 30 jours) par rapport au nombre attendu		X
Système de gestion des produits de santé	PSM-3 : Pourcentage des établissements de santé fournissant des services de diagnostic avec des éléments traceurs le jour de la visite ou du rapport	X	X
	PSM-4 : Pourcentage des établissements de santé disposant de médicaments traceurs pour les trois maladies le jour de la visite ou du rapport	X	X
	Personnalisé : Pourcentage d'ACT « feuille verte » vendues sur l'ensemble des ACT (tous types) disponibles dans le secteur privé		X
	Personnalisé : Pourcentage des établissements de santé disposant de médicaments traceurs pour la TB le jour de la visite ou du rapport		X
Prestation de services intégrés	SD-5 : Pourcentage d'établissements de santé ayant bénéficié d'une supervision formative (au moins une fois par trimestre)		X
	Personnalisé : Pourcentage de pools de supervision ayant effectué une supervision de qualité (conforme aux normes et directives) pendant l'année		X
Renforcement des systèmes communautaires	CSS-1 : Pourcentage de rapports de suivi d'organisations basées dans la communauté présentés aux mécanismes de suivi pertinents		X
Gouvernance et planification du secteur de la santé	HSG-1 : Pourcentage d'équipes de gestion de la santé dans les districts ou d'autres unités administratives qui ont élaboré un plan de suivi comprenant des objectifs de travail annuels et des mesures de résultats		X