

7 janvier 2019

L'évaluation prospective pays

République Démocratique du Congo

RAPPORT ANNUEL PAYS - 2019

Mandaté par le Groupe technique de référence en évaluation (TERG) du Fonds mondial



AVERTISSEMENT

Les opinions exprimées dans ce rapport sont celles de l'auteur. L'auteur a été mandaté par le Groupe technique de référence en évaluation (TERG) du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme afin de conduire une évaluation devant fournir des recommandations ou des observations pertinentes au TERG, le cas échéant au Fonds mondial. Cette évaluation ne reflète pas nécessairement les points de vue du Fonds mondial ou du TERG et par conséquent n'engage que son auteur.

Ce rapport ne doit être ni reproduit, ni utilisé moins encore divulgué - en totalité ou en partie - sans une attribution appropriée.

Table des matières

| | |
|--|-----|
| Acronymes et abréviations | v |
| Résumé | vii |
| 1. Aperçu général PCE en 2018 | 1 |
| 2. Méthodes, approche analytique et sources des données | 3 |
| Chaînes de résultats maladie et cadres d'évaluation thématique | 3 |
| Questions d'évaluation spécifiques au pays | 3 |
| Méthodes de collecte et d'analyse des données qualitatives | 3 |
| Outils analytiques d'évaluation de processus | 4 |
| Visualisations sur tableau de bord | 4 |
| Analyse quantitative de données secondaires | 4 |
| Suivi des ressources | 5 |
| Évaluation de la robustesse des données | 5 |
| 3. Mise en œuvre initiale des subventions du Fonds mondial | 6 |
| 3.1 Subventions approuvées pour démarrage en 2018 | 6 |
| 3.1.1 Type et montant de la demande de financement originelle | 6 |
| 3.1.2 Paludisme | 6 |
| 3.1.3 Subvention VIH/TB combinée | 7 |
| 3.1.4 Tuberculose | 8 |
| 3.2 Modalités de subventions du Fonds mondial en place | 8 |
| 3.3 Calendrier des étapes de la mise en œuvre des subventions | 9 |
| 3.4 Analyse descriptive des activités des résultats des subventions | 10 |
| 3.4.1 Paludisme | 10 |
| 3.4.2 VIH/TB | 11 |
| VIH/sida | 11 |
| Tuberculose | 11 |
| Indicateurs de performance des subventions et cibles | 12 |
| 4. Le modèle d'activité du Fonds Mondial en pratique | 13 |
| 4.1 Mise en œuvre initiale des subventions | 13 |
| 4.2 Réalité pratique de la politique sur les contextes d'intervention difficiles (COE) | 17 |
| 4.3 Optimiser les partenariats pour résoudre les faiblesses de la mise en œuvre | 21 |
| 4.4 Durabilité, transition et cofinancement et systèmes résistants et pérennes pour la santé | 24 |
| 4.5 Optimisation des ressources | 30 |
| Allocation des ressources | 32 |
| 4.6 Populations clés et vulnérables et réduction des obstacles liés au genre et aux droits humains qui freinent l'accès aux services | 33 |
| 4.7 Assurance contre le risque | 36 |

| | |
|---|------|
| 4.8 Limites | 37 |
| 5. Conclusions et considérations stratégiques | 37 |
| 5.1 Conclusions | 37 |
| 5.2 Conclusions | 38 |
| 5.2 Considérations stratégiques | 39 |
| 6. Diffusion | 42 |
| Mise à profit des résultats, partage et échange avec le pays | 42 |
| Coordination et apprentissage entre pays de la PCE | 42 |
| 7. Plans pour l'année 2019 | 42 |
| Références | 44 |
| Annexe I : Principaux composants d'évaluation de la chaîne de résultats | I |
| Annexe II : Questions d'évaluation spécifiques à la RDC pour la mise en œuvre de la subventions et outils et méthodes afférents | II |
| Annexe III : Sources de données secondaires obtenues et analysées à ce jour | IV |
| Annexe IV : Médicaments antipaludéens prescrits ; cas confirmés traités | VI |
| Annexe V : Chaîne de résultats - paludisme | VII |
| Introduction | VII |
| Contexte | VII |
| Intrants | VIII |
| Activités | X |
| Extrants | XII |
| Effets | XV |
| Impact | XIX |
| Résumé et conclusion | XXI |
| Annexe VI : Classification des modules et interventions en cinq grandes catégories budgétaires | XXII |

Acronymes et abréviations

| | |
|---------|---|
| ACT | Thérapie combinée à base d'artémisinine |
| AJF | Adolescentes et jeunes femmes |
| AL | Artéméther-luméfantrine |
| APD | Aide publique au développement |
| ART | Thérapie antirétrovirale |
| ARV | Médicament antirétroviral |
| ASAQ | Artésunate-amodiaquine |
| ASC | Agent de santé communautaire |
| BCZS | Bureau central de la zone de santé |
| CAGF | Cellule d'appui et de gestion financière |
| CCC | Communication pour le changement de comportement |
| CCM | Instance de coordination nationale |
| CDI | Consommateurs de drogues injectables |
| CDR | Centre de distribution régionale |
| CEP | Partenaire d'évaluation pays |
| COE | Contexte d'intervention difficile |
| CORDAID | Catholic Organization for Relief and Development Aid (ONG catholique de secours et d'aide au développement) |
| CPN | Consultation Périnatales |
| CT | Équipe pays |
| DFID | Ministère britannique du développement international |
| DHIS | District Health Information Software (système logiciel d'information sanitaire de district) |
| DPS | Division provinciale de la santé |
| DTC | Durabilité, Transition et Cofinancement |
| EGMC | Comité exécutif de gestion des subventions |
| ÉIQ | Écart interquartile |
| FBR | Financement basé sur les résultats |
| GEP | Partenaire d'évaluation au niveau mondial |
| GIBS | Groupe inter-bailleurs santé |
| GIZ | Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (agence allemande pour la coopération internationale) |
| GOS | Système de gestion des subventions |
| HLAP | Groupe consultatif de haut niveau |
| HSH | Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes |
| IHME | Institute for Health Metrics and Evaluation (institut de mesures et d'évaluation de la santé) |
| IPS | Inspection provinciale de la santé |
| KII | Entretien avec des informateurs clés |
| KPI | Indicateur clé de résultat |
| LFA | Agent local du Fonds |
| MdS | Ministère de la Santé |
| MSP | Ministère de la Santé publique |
| MII | Moustiquaire imprégnée d'insecticide |
| MILD | Moustiquaire imprégnée d'insecticide longue durée |
| NMF | Nouveau modèle de financement |
| ONG | Organisation non gouvernementale |
| OS | Objectifs stratégiques |
| OSC | Organisations de la société civile |
| PCCi | Prise en charge communautaire intégrée |
| PCE | Évaluation prospective de pays |
| PCV | Populations clés et vulnérables |
| PE | Protocole d'entente |

| | |
|---------|---|
| PEPFAR | President's Emergency Plan for AIDS Relief (plan d'aide d'urgence des États-Unis à la lutte contre le sida) |
| PESS | Projet d'équipement des structures sanitaires |
| PID | Pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent |
| PMI | President's Malaria Initiative (initiative du gouvernement américain contre le paludisme) |
| PNLP | Programme national de lutte contre le paludisme |
| PNLS | Programme national de lutte contre le sida |
| PNLT | Programme national de lutte contre la tuberculose |
| PPM | Mécanisme d'achats groupés |
| PR | Réциpiendaire principal |
| PS | Professionnel(le) du sexe |
| PSI | Population Services International |
| PSSP | Progrès Santé sans Prix (SR) |
| PTME | Prévention de la transmission mère-enfant. |
| PU/DR | Rapport sur les résultats actuels/demande de décaissement |
| PVVIH | Personne vivant avec le VIH |
| RCA | Analyse des causes profondes |
| RDC | République démocratique du Congo |
| RENADEF | Réseau national des ONG pour le développement de la femme (SR) |
| RSSH | Systèmes résistants et pérennes pour la santé |
| S-É | Suivi et évaluation |
| SIGS | Système d'information pour la gestion sanitaire |
| SNIS | Système national d'information sanitaire |
| SP | Sulfadoxine-pyriméthamine |
| SR | Sous-réциpiendaire |
| TB | Tuberculose |
| TB-MR | Tuberculose multirésistante |
| TB-RR | Tuberculose résistante à la rifampicine |
| TdCh | Théorie du changement |
| TDR | Test de diagnostic rapide |
| TERG | Groupe technique de référence en évaluation |
| TPI | Traitement préventif à l'isoniazide |
| TPIg | Traitement préventif intermittent pendant la grossesse |
| TPPf | Taux de prévalence parasitaire à <i>Plasmodium falciparum</i> |
| TRP | Comité technique d'examen des propositions |
| UCOP+ | Union congolaise des organisations des PVVIH |
| VfM | Optimisation des ressources |
| VG | Violence lié au genre |
| VIH | Virus de l'immunodéficience humaine |
| WiB | Entrepôt « Warehouse in Box » |
| ZS | Zone de santé |

Résumé

L'Évaluation prospective de pays (PCE) est une évaluation indépendante du Fonds mondial réalisée à la demande de son Groupe technique de référence en évaluation (TERG). La République démocratique du Congo se classe dans la catégorie des portefeuilles à fort impact et contextes d'intervention difficiles (COE), avec une charge de morbidité élevée pour le VIH, grave pour la tuberculose et extrême pour le paludisme. Le Fonds mondial joue un rôle capital dans le financement des activités en RDC. Tout au long de l'année 2018, la PCE a évalué les tendances et la distribution des ressources du Fonds mondial par rapport aux besoins, dans le but d'en tirer des conclusions. Des recommandations ont été élaborées, pour apporter aux parties prenantes des programmes nationaux et aux décideurs politiques du Fonds mondial une information pertinente et exploitable de haute qualité.

La PCE a tiré parti de méthodes d'évaluation de processus recourant à plusieurs sources de données tant primaires, notamment les entretiens avec des informateurs clés (KII), les entretiens de vérification des faits, que secondaires, le suivi des processus, la revue documentaire et l'observation non participante dans diverses rencontres. Ces données ont été triangulées avec celles d'analyses quantitatives secondaires, issues du Système d'information pour la gestion de la santé et des données programmatiques. L'évaluation s'est concentrée sur l'examen précis des allocations par rapport aux dépenses (analyse des subventions et suivi des ressources), partant des intrants aux extrants et aux effets (suivant le cadre de la chaîne de résultats) et analysant les domaines thématiques tels que le partenariat et le risque.

Nous avons constaté que la mise en œuvre des subventions 2018-2020 a démarré comme prévu le 1^{er} janvier 2018. Les premiers décaissements aux PR ont été effectués à temps, mais la finalisation des contrats, des budgets et l'harmonisation des activités avec les SR ont occasionné d'importants retards. La lenteur du processus contractuel avec les SR s'est avérée, de l'avis des parties prenantes de la RDC, une difficulté majeure. La plupart des SR n'ont pas obtenu leur premier versement de fonds avant avril 2018, voire, pour certains, juin 2018. Dans l'intervalle, l'équipe pays (CT) a effectué les démarches nécessaires à la prorogation de trois mois des contrats précédents avec les SR, afin d'éviter une interruption importante de la mise en œuvre. Les retards accumulés n'ont pas moins entraîné de faibles taux d'absorption des subventions durant les six premiers mois (52,4 %), tandis qu'étaient différées plusieurs activités (en dehors de celles plus habituelles des programmes nationaux), notamment celles ciblant les populations clés et vulnérables et la réduction des obstacles liés au genre et aux autres droits humains qui freinent l'accès aux services. Les retards ont aussi impacté la chaîne d'approvisionnement, du fait de l'interruption des remboursements des frais de transport aux formations sanitaires par les SR et de la vérification des rapports mensuels des formations sanitaires par les SR.

La RDC participe à plusieurs stratégies de mise en œuvre innovantes, dont une transition unique vers les SR transversaux et le stockage et transport groupés par les centres de distribution régionale (CDR). Ces changements ont été conçus pour améliorer la coordination entre les composantes maladie et accroître l'efficacité de la distribution des produits, des activités et des services. Leur concrétisation s'est cependant avérée difficile. Les PR sont restés axés sur la maladie (un pour le paludisme et un pour la tuberculose et le VIH), exigeant une participation considérable de toutes les parties prenantes pour résoudre les difficultés associées à la coordination et à l'harmonisation entre les PR spécifiques maladie et entre les PR et les SR transversaux dotés de budgets inégalement répartis entre les maladies, avec les difficultés de cash-flow que cela implique pour les SR.

Autre stratégie novatrice de la mise en œuvre et du suivi des programmes, l'approche provinciale cherche à favoriser un lien plus direct entre les provinces et l'équipe pays et à résoudre les problèmes de mise en œuvre de manière plus immédiate et opportune. Nos observations à ce jour donnent à penser que la présence renforcée de l'équipe pays au niveau provincial a d'ores et déjà facilité la résolution des goulots d'étranglement (plus de détails dans le corps du rapport). Cela dit, l'approche provinciale a aussi tardé à définir un ensemble clair d'activités, et la mobilisation de ressources suffisantes en personnel de l'équipe pays s'est révélée difficile pendant la période de lancement pour couvrir les cinq provinces initialement visées. Pour l'instant, la mise en œuvre a été réduite à deux

provinces ; peut-être le déploiement futur vers les provinces restantes demandera-t-il moins d'effectifs une fois l'approche mieux définie.

Outre ces nouvelles stratégies de mise en œuvre, la RDC a eu recours à différentes politiques pour favoriser la réalisation des objectifs stratégiques du Fonds mondial. À cet égard, la politique des contextes d'intervention difficiles (COE) revêt une importance capitale pour la RDC. Nous avons constaté que ses principes de flexibilité, de partenariat et d'innovation sont mis en pratique — bien que, souvent, sans connaissance explicite de la politique en question. Les parties prenantes citent des exemples de procédures administratives allégées pour faciliter davantage la mise en œuvre.

Le partenariat, l'une des stratégies clés du Fonds mondial, est effectif en RDC. Nous avons observé un environnement particulièrement favorable à cet égard, riche en partenariats entre le Fonds mondial et les bailleurs multi- et bilatéraux. Propices à la coordination entre les bailleurs, les parties prenantes nationales et les partenaires de mise en œuvre, ces partenariats favorisent aussi l'harmonisation des interventions et des approches de mise en œuvre pour leur assurer une portée maximale. Les avis sont cependant, partagés quant à savoir si les partenariats sont exploités de manière efficace pour résoudre les faiblesses de la mise en œuvre. D'une part, certains exemples illustrent la façon dont l'assistance technique (AT) fournie à l'instance de coordination nationale (CCM) a été utile à l'élection de nouveaux membres en 2018 et au renforcement fonctionnel du comité de suivi stratégique. D'autre part, nous avons observé aussi de nombreuses faiblesses au niveau de la capacité de gestion financière, de la collecte des données et des pratiques en matière de rapportage, de la gestion de la chaîne d'approvisionnement et le suivi-évaluation (S-É), signes d'un plus grand besoin d'assistance technique et de renforcement des capacités.

Il a été également observé dans le nouveau cycle de subventions les signes de changements prometteurs vers une pérennité accrue — autre objectif stratégique —, en particulier grâce à l'alignement des programmes du Fonds mondial sur les systèmes du pays et à leur mise en œuvre à travers ces systèmes. Les investissements dans les systèmes résilients et pérennes pour la santé (RSSH) consolident les blocs de construction critiques du système sanitaire, y compris le système national d'information sanitaire et le système de gestion de la chaîne d'approvisionnement. De plus, les nouveaux modèles de mise en œuvre des subventions et de prestation des services, de gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement, ainsi que de rationalisation géographique des investissements des bailleurs sont mis en œuvre dans l'intention d'améliorer l'efficacité et l'efficacité des interventions.

L'optimisation des ressources (VfM) représente une autre priorité rapidement émergente du Fonds mondial. Les concepts d'économie, d'efficacité, d'efficacités et d'équité sont fondamentaux à la mission du Fonds mondial. Ces mêmes concepts sont appréciés en RDC, mais la mesure dans laquelle ils sont considérés et/ou concrétisés reste mitigée. Nous avons constaté d'importantes améliorations du rapport rendement/dollar investi, en termes de coût par cas de paludisme traité, mais il reste encore du travail pour accepter et appliquer ces principes.

La nature multi-pays de la PCE offre une occasion unique de synthèse. Ses conclusions sur l'ensemble des huit pays soumis à l'évaluation, y compris la RDC, feront l'objet d'un rapport au Conseil d'administration du Fonds mondial (ainsi qu'à son comité stratégique), qui attache une grande importance à l'évaluation indépendante par le TERG de la mise en œuvre de la stratégie du Fonds mondial. La synthèse des conclusions préliminaires a été présentée à la 37^e réunion du TERG à Genève.

Enfin, les conclusions de 2018 jetteront les bases de l'évaluation PCE en 2019. L'attention restera certes focalisée sur le modèle d'activité du Fonds mondial, ses domaines thématiques clés et ses objectifs stratégiques, mais elle portera davantage aussi sur l'impact. Les processus examinés en 2018 seront reconsidérés sur le plan de l'accès à l'objectif ultime de la réduction et de l'élimination du VIH, de la tuberculose et du paludisme. Les recommandations fournies dans ce rapport ont été élaborées en collaboration avec le Conseil consultatif du PCE et les parties prenantes pour garantir leur pertinence et leur réalisation. D'après les conclusions de nos observations en 2018, décrites en détail dans le corps de ce rapport, l'évaluation PCE en RDC a établi les considérations stratégiques suivantes :

Mise en œuvre initiale de la subvention

- Le Fonds mondial devrait examiner les options de différenciation de la mise en œuvre, de sorte que les avantages du processus de demande de financement différenciée s'étendent à la mise en œuvre.
- Il est essentiel d'assurer le suivi et l'évaluation continue du nouveau montage institutionnel des subventions, concernant notamment le modèle de SR transversal / PR spécifique maladie, afin de déterminer s'il est structuré efficacement pour produire des résultats.

Réalité pratique de la politique des contextes d'intervention difficiles (COE)

- Le Secrétariat du Fonds mondial doit examiner avec les parties prenantes du pays les possibilités d'une application plus large.

Approche provinciale

- L'évaluation continue de l'efficacité et de l'efficience accrues de l'approche provinciale, dans la perspective de la mise en œuvre aussi bien que de l'équipe pays, est essentielle à la détermination du rôle de ce modèle de mise en œuvre pour l'avenir.
- Tandis que le Fonds mondial poursuit son évolution vers le regroupement des activités au niveau provincial, il convient d'examiner l'efficience et l'efficacité de la structure actuelle de l'équipe pays, pour faire face aux changements de portefeuille.

Optimisation des partenariats pour résoudre les faiblesses de la mise en œuvre

- En collaboration avec les partenaires financiers et techniques, le Fonds mondial se doit de concevoir des stratégies aptes à tirer meilleur parti de l'appui des partenaires pour remédier aux faiblesses en termes de capacité de mise en œuvre.
- L'assistance technique apportée à l'instance CCM fait déjà ses preuves. Les activités futures (comme l'initiative CCM Evolution) devront se concentrer sur le renforcement de la capacité institutionnelle, de la connaissance et de la bonne gouvernance.

Durabilité, transition, cofinancement et RSSH

- Le Fonds mondial doit poursuivre, dans la mesure du possible, l'alignement entrepris sur les systèmes du pays.
- Le Fonds mondial doit veiller à ce que les investissements dans le système national d'information sanitaire visent globalement tous les niveaux du système sanitaire engagés dans la collecte, l'examen et la validation des données (formations sanitaires, zones de santé et provinces).
- Le Fonds mondial doit défendre et promouvoir l'harmonisation des investissements en ressources humaines avec les autres bailleurs et renforcer la capacité des agents de santé par des approches qui consolident le système de santé au sens large.
- Il faut encourager une démarcation plus claire de la destination des nouveaux fonds, en insistant davantage sur les investissements fondamentaux qui amélioreront la pérennité et l'appropriation.

Optimisation des ressources

- Si l'optimisation des ressources doit devenir un point de repère clé des investissements du Fonds mondial, les équipes pays, les instances CCM et les partenaires de mise en œuvre doivent mieux comprendre le cadre de cette approche et mieux maîtriser la façon de suivre les progrès et l'efficacité.

Populations clés et vulnérables et réduction des obstacles liés au genre et aux droits humains qui freinent l'accès aux services

- Le Fonds mondial doit envisager comment il pourrait mieux incorporer les SR dans la planification à un stade moins avancé, ou comment rapprocher ces processus du niveau opérationnel pour une meilleure coordination.

La spécification des plans pour l'année 2019 se poursuivra, pour mesurer notamment l'impact en RDC concernant les trois maladies.

1. Aperçu général PCE en 2018

L'Évaluation prospective de pays (PCE) est une évaluation indépendante du Fonds mondial réalisée à la demande de son Groupe technique de référence en évaluation (TERG). La PCE évalue comment les politiques et les processus du Fonds mondial se déroulent dans le pays en temps réel. Elle apporte une information pertinente et exploitable de haute qualité aux parties prenantes des programmes nationaux et aux décideurs politiques du Fonds mondial. Le consortium IHME-PATH opère localement avec PATH-RDC, en partenariat pour l'évaluation.

Le Fonds mondial classe la RDC dans la catégorie des portefeuilles à fort impact et contextes d'intervention difficile (COE), avec charge de morbidité élevée pour le VIH, grave pour la tuberculose et extrême pour le paludisme(1). L'allocation totale pour 2017-2019 a diminué de 24,9 %, se réduisant à 527 millions de dollars US par rapport à 701,5 millions \$ US durant le cycle 2014-2016. Elle n'en demeure pas moins l'allocation la plus élevée sur l'ensemble des huit pays de la PCE et la troisième en ordre de grandeur consentie par le Fonds mondial, après le Nigeria (660,7 millions \$ US) et la Tanzanie (579,6 millions de dollars US) durant le cycle de subventions en cours. Le Fonds mondial a cinq subventions actives et trois bénéficiaires principaux (PR). La Cellule d'appui et de gestion financière (CAGF) du ministère de la Santé (MSP) assure la mise en œuvre à travers le Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP), le Programme national de lutte contre le sida (PNLS) et le Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT), gérant aussi les subventions, deux organisations de la société civile (OSC) : Cordaid (VIH/TB) et SANRU (paludisme).

Tableau 1 : Résumé des allocations 2018-2020

| | | | |
|-------------------------------|------------------|------------|--------------|
| Ministère de la Santé/ CAG | TB/VIH | VIH (PNLS) | 23,9 M\$ US |
| | | TB (PNLT) | 18,7 M\$ US |
| | Paludisme (PNLP) | | 74,9 M\$ US |
| Cordaid | VIH/TB | | 149,7 M\$ US |
| SANRU | Paludisme | | 275,7 M\$ US |

La phase d'évaluation de la PCE a commencé en octobre 2017. Le Rapport annuel 2018 a présenté en détail l'établissement de la plateforme de la PCE durant la phase initiale (mars à septembre 2017), ainsi que la progression et les conclusions relatives au processus de demande de financement et d'octroi des subventions durant les six premiers mois de la phase d'évaluation (octobre 2017 à mars 2018). Le présent rapport détaille la progression et les conclusions de la PCE relatives à la mise en œuvre initiale des subventions, de janvier à novembre 2018, et les plans d'évaluation en cours (jusqu'à mars 2020).

Les questions d'évaluation de la RDC ont été élaborées en consultation avec un grand nombre de parties prenantes, dont les parties prenantes du pays, le Secrétariat du Fonds mondial et les membres du secrétariat du TERG, après examen approfondi des goulots d'étranglement majeurs et des priorités d'évaluation du pays. Les chaînes de résultats spécifiques au VIH, à la TB et au paludisme ont été définies de commun accord avec tous les consortiums d'évaluation PCE et ont pour rôle de faciliter la collecte et l'analyse des données, de l'intrant à l'impact. Les indicateurs liés aux activités programmatiques spécifiques ont été identifiés, partagés et acceptés par tous les consortiums. PATH-RDC a ensuite identifié les indicateurs prioritaires à mesurer sur la base des activités de subvention du pays et de la disponibilité des données. Des cadres d'évaluation propres aux domaines stratégiques et thématiques clés (systèmes résistants et pérennes pour la santé (RSSH), genre, droits humains, populations clés et vulnérables et partenariat, notamment) ont été élaborés sur l'ensemble du consortium et adaptés au contexte de la RDC.

Dans le cadre de l'évaluation de processus, la PCE évalue si les subventions sont mises en œuvre sans délais et comme prévu, avec suivi des étapes importantes telles que le décaissement aux PR, les contrats avec les sous-bénéficiaires (SR), les décaissements ultérieurs aux SR et la mise en œuvre

des activités de subvention. La PCE analyse par ailleurs la mesure dans laquelle les ressources du Fonds mondial contribuent à l'amélioration des extrants de santé et des effets concernant le VIH, la tuberculose et le paludisme, y compris les obstacles et les catalyseurs d'accès aux objectifs nationaux. La PCE examine du reste en quoi les réformes des modèles et stratégies de mise en œuvre au niveau du pays contribuent à l'amélioration de l'efficacité et de l'efficacités des programmes. Enfin, elle évalue les tendances et la distribution des ressources du Fonds mondial, par rapport au besoin. Concernant les objectifs stratégiques (OS) du Fonds mondial, une attention particulière est accordée à la manière dont les investissements dans les systèmes RSSH, les programmes pour adolescentes et jeunes femmes (AJF), les populations clés et vulnérables (PCV), les programmes cherchant à lever les obstacles liés aux droits humains qui freinent l'accès aux services et les considérations telles que l'optimisation des ressources (VfM) contribuent aux résultats. Le rapport entre les politiques du Fonds mondial en RDC et la mise en œuvre initiale, concernant notamment le COE et la durabilité, la transition et le cofinancement (DTC), est également examiné.

Tirant parti du vaste effort de cartographie des parties prenantes et des consultations menées pendant la phase initiale, PATH-RDC et l'IHME-PATH demeurent engagés et sensibles aux besoins des parties prenantes. Le Rapport annuel 2018, couvrant la seconde moitié de l'année 2017, a été distribué aux parties prenantes à l'occasion d'un atelier tenu le 18 avril 2018. Plus de 60 parties prenantes y étaient présentes, y compris le Secrétaire général à la Santé et le Directeur de cabinet du ministère de la Santé, le chef du comité d'élaboration des propositions de l'instance de coordination nationale (CCM) et le président de l'instance CCM. Également présent à l'atelier, le gestionnaire de portefeuille du Fonds de l'équipe pays (CT), M. Nicolas Farcy, a répondu aux questions et préoccupations des parties prenantes. Une fois finalisé, le Rapport annuel 2018 de la PCE en RDC a été distribué aux parties prenantes identifiées.

Avant la diffusion du rapport, PATH-RDC avait soumis l'avant-projet à l'avis du groupe consultatif de haut niveau (HLAP), dont elle avait convoqué la deuxième rencontre le 15 mars 2018. Les principaux commentaires du groupe HLAP ont porté sur : l'accord d'une plus grande attention de la PCE aux populations clés et vulnérables ; l'examen de la manière dont les politiques différenciées, telles que l'approche provinciale, pourraient améliorer le fonctionnement des zones de santé ; la démonstration du rôle de l'instance CCM dans la configuration, le suivi et le contrôle institutionnels des interventions du Fonds mondial ; et la catégorisation des recommandations en fonction de l'audience ciblée. Depuis cette dernière rencontre, Dr Makamba Audace, membre du groupe consultatif de la PCE, est décédé. L'équipe recherche activement un remplaçant, ainsi qu'un membre supplémentaire issu de la société civile, comme recommandé par le secrétariat du TERG.

PATH-RDC poursuit ses efforts d'établissement de solides relations et mécanismes de partage et d'échange avec les parties prenantes du pays, assistant du reste à leurs principales réunions au titre d'observateur non participant. Pour faciliter l'engagement des parties prenantes dans les provinces et l'évaluation de l'approche provinciale, un responsable technique provincial de l'équipe PATH-RDC a été détaché à la Tshopo début mai 2018. Au troisième trimestre 2018, PATH-RDC s'est rendue au Maniema et, en septembre 2018, un autre responsable technique provincial y a été détaché. Ces deux responsables techniques provinciaux participent aux activités d'évaluation de processus (présence aux réunions à titre d'observateurs, entretiens avec les informateurs clés et revue documentaire) ciblées sur les parties prenantes au niveau provincial, tout en maintenant aussi de solides lignes de communication et de collaboration avec l'équipe nationale basée à Kinshasa.

PATH-RDC assiste également aux rencontres à titre d'observateur et conduit des entretiens pour mieux comprendre le contexte des systèmes d'information sanitaire en RDC, afin d'identifier et de résoudre les problèmes de qualité des données. PATH-RDC a rencontré le directeur et le gestionnaire des données du PNLN afin de faciliter les échanges de données, lui communiquant du reste les résultats d'une évaluation de la qualité des données de 2010-2017 que le PNLN avait fournies à la PCE. La rencontre a offert une excellente occasion d'échanger sur les détails relatifs aux tendances de données manquantes et de réponse aux questions sur les résultats des analyses.

2. Méthodes, approche analytique et sources des données

Chaînes de résultats maladie et cadres d'évaluation thématique

La PCE suit une approche méthodologique mixte d'évaluation de processus, suivi des ressources et évaluation d'impact. L'Annexe I présente le cadre d'évaluation, formé d'une série d'outils et de méthodes d'analyse appliqués à différents stades de la chaîne de résultats, des intrants au processus/activités, des extrants aux effets et, enfin, des effets à l'impact. Ce rapport concerne principalement les intrants, le processus/activités et les extrants relatifs au VIH/TB et au paludisme, ainsi que quelques conclusions, tendances et extrapolations relatives aux effets et à l'impact, suivant leur disponibilité durant la phase initiale de la mise en œuvre. L'Annexe V présente la chaîne de résultats pour le paludisme, des intrants à l'impact.

Questions d'évaluation spécifiques au pays

Les questions d'évaluation de la PCE en RDC ont été élaborées de concert avec les parties prenantes du pays, le Secrétariat du Fonds mondial et celui du TERG. Elles tiennent compte des principaux goulots d'étranglement associés à la mise en œuvre des subventions du Fonds mondial et des priorités d'évaluation du Fonds mondial et des parties prenantes du pays. Elles ont du reste été priorisées suivant leur adoption par les parties prenantes, la faisabilité de résultats exploitables et la disponibilité des données. La liste complète des questions d'évaluation spécifiques à la RDC durant la phase de mise en œuvre initiale, ainsi que les outils et méthodes les concernant, sont présentés à l'Annexe II.

Méthodes de collecte et d'analyse des données qualitatives

Les données qualitatives secondaire et primaires ont été collectées à travers (1) l'examen des documents relatifs aux politiques du Fonds mondial, des programmes nationaux et des documents spécifiques à la mise en œuvre des subventions du Fonds mondial en RDC ; (2) l'observation de rencontres et réunions des parties prenantes du Fonds mondial ; (3) des entretiens avec des informateurs clés (KII) dans le but d'approfondir les questions et (4) des entretiens de vérification des faits en vue de combler les lacunes (Tableau 2). Les entretiens avec les informateurs clés ont été menés avec l'aide de guides d'entretien semi-structurés adaptés aux différents groupes de parties prenantes, sous la conduite de deux membres de PATH-RDC (l'un assumant le rôle d'intervieweur principal et l'autre chargé de la prise de notes). Toutes les données qualitatives, y compris les documents, les notes de réunion et les notes des entretiens KII, ont été codées par les évaluateurs de la PCE en RDC sur la plateforme logicielle collaborative d'analyse de données qualitatives Dedoose. Les données ont été codées conformément à un livre-code élaboré conjointement par PATH et PATH-RDC et organisées en fonction des questions d'évaluation et de leurs thèmes. Les codes ont été extraits et exportés sous forme de tables, où les données ont été analysées conjointement par les évaluateurs suivant les observations clés et les données les soutenant.

Tableau 2. Sources des données d'évaluation de processus durant la phase de mise en œuvre initiale de la PCE (janvier-novembre 2018)

| Source des données | Nb | Description des données |
|---------------------------|----|---|
| Observation de rencontres | 25 | <ul style="list-style-type: none">Examens semestriels des programmesAssemblées générales de CCMRencontres de gestion des subventionsRencontre de l'équipe pays avec les programmes (VIH, TB, PNLP) et les PR (Mds, Cordaid et SANRU) |

| | | | |
|--------------------|----|---|--|
| Revue documentaire | 57 | <ul style="list-style-type: none"> • Lettre d'allocation et notes afférentes • Demande de financement et documents afférents • Examens du Comité technique d'examen des propositions (TRP) • Manuel des contextes d'intervention difficiles • Politique de sauvegarde supplémentaire • Manuel des politiques opérationnelles • Rapport annuel du Fonds mondial • Manuel de financement basé sur les résultats | <ul style="list-style-type: none"> • Accord annuel de financement PR-SR • Rapports sur les résultats actuels • Guide de prise en charge TB PATI 5 • Protocoles d'entente • Documents de subvention en cours • Articles de journaux • Plans stratégiques nationaux • P.V. des rencontres • Audit du Fonds mondial • Contrats DPS, SR et CDR • Lettres d'allocation |
| KII | 46 | <ul style="list-style-type: none"> • Responsables des programmes du Mds • Membres d'instance CCM • Agent local du Fonds • Représentants des populations clés et vulnérables • Membres du Secrétariat du Fonds mondial | <ul style="list-style-type: none"> • Récipiendaires principaux • Sous-récipiendaires • Partenaires techniques • Secrétariat du Fonds mondial. • Organisations de la société civile |

Outils analytiques d'évaluation de processus

La PCE a eu recours aux outils d'analyse tels que la cartographie de processus et l'analyse des causes profondes (RCA) pour l'évaluation de processus. La cartographie a servi à l'évaluation de la fidélité et de la qualité de la mise en œuvre du processus. PATH-RDC a cartographié les processus de mise en œuvre pour comparer les processus observés à ceux théoriques décrits dans la théorie du changement (TdCh) de la PCE et dans les manuels des politiques et des procédures du Fonds mondial. Cette cartographie a permis de représenter visuellement les processus complexes mal compris au niveau du pays et d'identifier la source des goulots d'étranglement qui affectent la mise en œuvre. L'analyse RCA a permis de mieux comprendre les causes profondes à la base des difficultés observées (goulots d'étranglement) ou des succès (catalyseurs) identifiés au moyen de différentes sources de données triangulées (KII, observations de rencontres, revues documentaires, analyses de données secondaires, etc.)

Visualisations sur tableau de bord

Étant donné la complexité des budgets de subvention, l'équipe de la PCE a élaboré des visualisations sur tableau de bord dans le logiciel Tableau Server, d'après les données budgétaires officielles des subventions pour afficher les investissements liés aux subventions du Fonds mondial de 2012 à 2020. Les filtres de temps, maladie, module, intervention et numéro de subvention permettent l'affichage des ressources sous forme d'arborescence, pour mettre en lumière les zones d'investissement majeur et révéler les changements au fil du temps. Le tableau de bord s'est avéré un outil interactif essentiel en ce qu'il permet à l'équipe PCE d'examiner les activités principales financées dans le cadre des subventions.

Analyse quantitative de données secondaires

La PCE triangule les observations de processus par analyse des données secondaires obtenues de sources quantitatives, comme les données des programmes nationaux et celles des rapports des formations sanitaires à travers DHIS2 dans le Système national d'information sanitaire (SNIS).

Accessible en ligne, le système SNIS comprend une information relative aux résultats de santé (concernant notamment les stocks) et aux effets dans les formations sanitaires concernant le VIH, la tuberculose et le paludisme à tous les niveaux du système de santé. Les données du SNIS ont été analysées et visualisées mensuellement dans Tableau et dans un logiciel de programmation statistique R au niveau de la formation sanitaire, avec rapport au niveau de la zone de santé et de la province en vue de la génération de recommandations de haut niveau à l'intention des parties prenantes nationales. En raison de la faiblesse de rapport au SNIS de la part du Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT), la PCE a utilisé les données du programme interne fournies par le PNLT pour estimer les extrants et les effets concernant la tuberculose. Les estimations d'impact de référence de la prévalence du paludisme, de la couverture thérapeutique ACT, de la prévalence du VIH et du nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) proviennent du Malaria Atlas Project et de l'IHME. Les estimations de 2016 sont le produit de prévisions réalisées au moyen de techniques de modélisation statistique.

Suivi des ressources

La PCE surveille en permanence l'information financière relative aux budgets et dépenses du Fonds mondial à travers plusieurs sources de données importantes stratifiées par PR, dont : budgets détaillés du Fonds mondial, enregistrements de décaissement détaillés des rapports sur les résultats actuels et les demandes de décaissement (PU/DR), rapports de dépenses de subventions des PR et SR et dossiers du système de gestion des subventions (GOS) du Fonds mondial. En combinant plusieurs sources de données quantitatives, la PCE peut relier les intrants financiers aux résultats et aux effets au niveau provincial. La liste des sources de données secondaires et de suivi des ressources obtenues et analysées à ce jour est présentée à l'Annexe III.

Évaluation de la robustesse des données

Utilisées conjointement, les sources de données et techniques d'analyse multiples mènent à des conclusions plus robustes.

La triangulation, qui est à bien des égards au centre de la méthodes mixtes de la PCE, consiste à évaluer la manière dont plusieurs analyses indépendantes s'accordent ou se contredisent.

La robustesse des données qui étayent chaque conclusion énoncée a été cotée suivant le niveau de triangulation et la qualité des données. La triangulation fait référence à l'ampleur des sources de données qualitatives et quantitatives qui soutiennent la conclusion. Plus la triangulation repose sur de multiples sources, plus les conclusions sont robustes. La qualité des données qualitatives a été évaluée en fonction de différents indicateurs, notamment le caractère récent des entretiens avec les informateurs clés par rapport aux sujets discutés afin de minimiser le biais de rappel et le degré de familiarité par rapport au sujet ou à l'événement en question (observations directes vs information indirectes). Les conditions de l'entretien ou de la discussion de groupe ont également été prises en compte, notamment la relation avec le répondant, le rythme, les interruptions, le niveau de confidentialité de l'entretien et le degré d'impartialité de la discussion. La qualité des données quantitatives a été évaluée sur la base du caractère complet des données, des contrôles de cohérence interne et du niveau des données enregistrées. Il importe d'évaluer où les données manquent, et dans quelle mesure, pour assurer qu'aucune raison fondamentale de lacune ne puisse biaiser les résultats. Les contrôles de cohérence interne assurent la compatibilité des rapports numériques entre les variables (par exemple, le nombre de tests positifs doit toujours être inférieur à celui de tests effectués). Après considération de ces paramètres, une cote de solidité des données a été attribuée sur une échelle à quatre degrés (Tableau 3).

Des ateliers d'analyse de la PCE ont été organisés à Kinshasa en août et octobre 2018 pour examiner et évaluer la robustesse des données à la base des conclusions émergentes. En août, données à l'appui, les conclusions préliminaires ont été organisées dans les tableaux de données probantes et les besoins de triangulation et de validation supplémentaires requis ont été identifiés, par processus de classement, en particulier pour les conclusions cotées au degré 3 ou inférieur. Dans l'intervalle entre les deux ateliers, les données supplémentaires requises ont été collectées pour combler les lacunes. Des entretiens KII complémentaires ont ainsi été organisés avec les parties prenantes du pays et avec

les membres de l'équipe pays, afin de discuter et de trianguler les conclusions préliminaires, les observations des rencontres, les revues documentaires et les analyses quantitatives supplémentaires.

Tableau 3. Solidité (robustesse) des données soutenant les conclusions, sur une échelle à quatre degrés.

| Rang | Explication |
|------|---|
| 1 | La conclusion repose sur de multiples sources de données (bonne triangulation) généralement de bonne qualité. |
| 2 | La conclusion repose sur de multiples sources de données (triangulation moyenne) de qualité moindre, ou sur moins de sources de données de qualité supérieure. |
| 3 | La conclusion repose sur peu de sources de données (triangulation limitée) de moindre qualité. |
| 4 | La conclusion repose sur des données très limitées (source unique) ou sur des données incomplètes ou peu fiables. Dans le contexte de cette évaluation prospective, les conclusions classées à ce rang peuvent être préliminaires ou émergentes et doivent être suivies d'une collecte de données active ou continue. |

3. Mise en œuvre initiale des subventions du Fonds mondial

3.1 Subventions approuvées pour démarrage en 2018

3.1.1 Type et montant de la demande de financement originelle

La RDC a introduit une demande de reconduction de programme pour le paludisme et une demande d'examen personnalisée pour le VIH/TB pour le cycle de financement 2018-2020. (Le montant de chaque subvention est indiqué au Tableau 4.) Comme il est trop tôt pour mesurer directement l'impact dans le cycle de subventions en cours, l'évaluation s'est concentrée sur la mesure des phases initiales de la chaîne des résultats (des intrants jusqu'aux extrants) et cette information a servi à évaluer si les subventions atteignent leurs cibles d'effets et d'impact.

Tableau 4. Investissements du Fonds mondial en RDC - NMF2 par rapport au NMF1.

| | VIH | Tuberculose | Paludisme | Total |
|------------|-------------------|------------------|---------------------|-------------------|
| 2015-2017 | 164 660 722 \$ US | 74 976 804 \$ US | 461 841 352 \$ US | 701 478 878 \$ US |
| 2018-2020* | 192 335 076 \$ US | | 350 626 048 \$ US** | 542 961 124 \$ US |

* Inclut les investissements à effet catalyseur de 10 millions de dollars US pour la recherche des cas manquants de tuberculose, 3 millions de dollars US pour l'élimination des obstacles liés aux droits humains qui freinent l'accès aux services de lutte contre le VIH et 3 millions de dollars US pour l'amélioration des systèmes de données, de la génération de données et de leur utilisation.

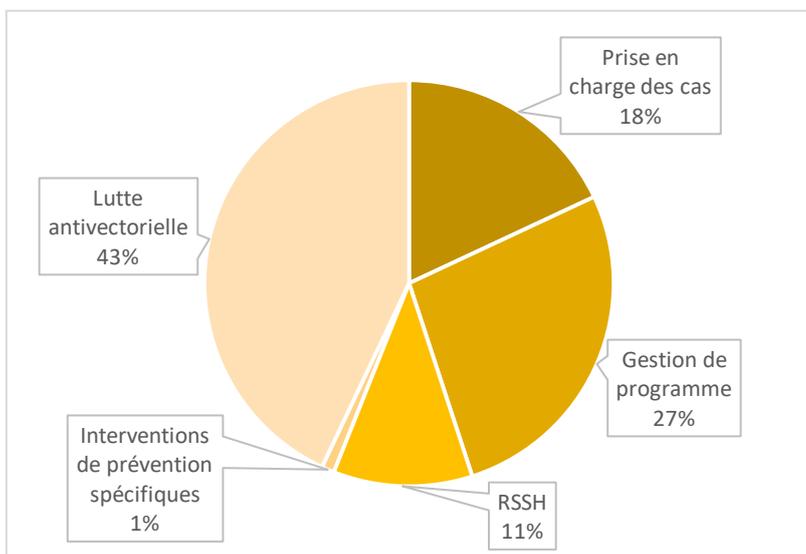
** Inclut le financement RSSH.

3.1.2 Paludisme

Deux subventions contre le paludisme ont été consenties pour la période 2018-2020, par suite de l'approbation de la demande de reconduction du programme de la RDC : l'une à la CAGF et l'autre à l'organisation non gouvernementale (ONG) locale SANRU. Il était initialement prévu que l'ONG Population Services International (PSI) reçoive une subvention de reconduction mais, en raison d'un conflit interne à l'organisation et à son partenaire de mise en œuvre local, le Fonds mondial a renoncé à signer cette subvention. En juillet 2018, à la suite d'un processus concurrentiel, l'ONG SANRU a été sélectionnée pour assumer les activités précédemment mises en œuvre par PSI, à savoir les campagnes de masse organisées pour la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée (MILD). Ensemble, ces subventions contre le paludisme ont alloué la plus grande proportion de leurs budgets au contrôle des vecteurs (152,2 millions de dollars US), à la gestion du programme (93 millions de dollars US) et à la prise en charge des cas (64,9 millions de dollars US).

Parmi ces modules, les campagnes de distribution de MILD planifiées pour 2018 et 2019 représentent la plus vaste intervention, à concurrence de 112,6 millions de dollars US. Le traitement du paludisme en formation sanitaire se classe en troisième position après la gestion des subventions, avec un montant total de 43,7 millions de dollars US.

Figure 1. Budget paludisme 2018-2020 par module ; allocation totale de US\$ 350,6 millions



Les budgets 2018-2020 reflètent un financement global stable de la part du Fonds mondial, avec un budget paludisme total de 361,6 millions de dollars US en 2015-2017 (hors financement RSSH intégré), par rapport à 350,6 millions de dollars US en 2018-2020. Par module, les changements notables entre les deux subventions sont : une baisse budgétaire globale du contrôle des vecteurs de 35,6 millions de dollars US (de 187,8 millions de dollars US à 152,2 millions de dollars US), une baisse de 9,2 millions de dollars US au poste de la prise en charge des cas (de 74,1 millions de dollars US à

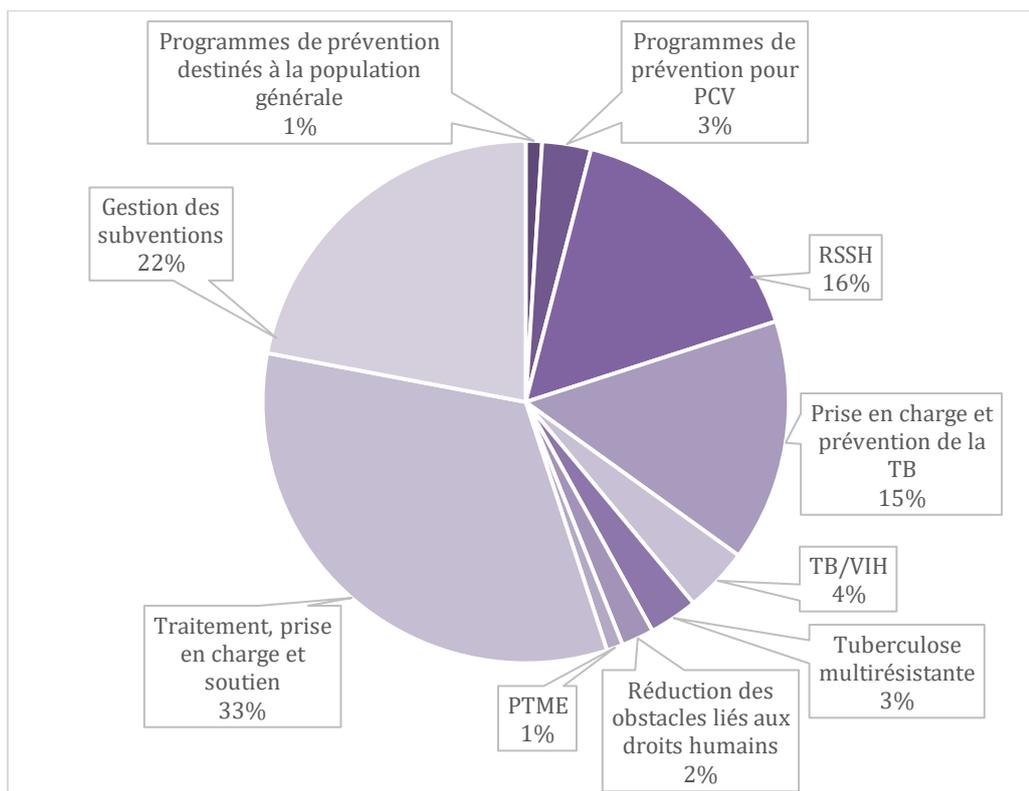
64,9 millions de dollars US) et une hausse de 26,1 millions de dollars US à celui de la gestion du programme, y compris 10 millions de dollars US pour la mise en œuvre du financement basé sur les résultats (de 66,9 millions de dollars US à 93 millions de dollars US). Les nouveaux modules incorporés dans les subventions de 2018-2020 sont : ressources humaines et agents de santé (9,6 millions de dollars US), prestation de services intégrés et amélioration de la qualité (4,4 millions de dollars US) et interventions spécifiques de prévention (2,7 millions de dollars US). La Figure 1 illustre la ventilation par module des budgets relatifs au paludisme et l'Annexe V présente des détails complémentaires sur les intrants pour la lutte contre le paludisme en RDC.

3.1.3 Subvention VIH/TB combinée

Le Fonds mondial soutient les services liés au VIH dans 354 zones de santé comprises dans 24 provinces, y compris les activités de prévention du VIH, de dépistage, de traitement et d'accompagnement des PVVIH. Pour la période de subvention 2018-2020, deux PR ont été sélectionnés : CAG F(MSP) et Cordaid, une ONG internationale. Cordaid est responsable de la gestion de la subvention VIH/TB combinée. Ayant précédemment géré la subvention VIH pour la période 2015-2017, elle a été resélectionnée par processus concurrentiel coordonné par le CCM. Ensemble, les deux subventions représentent un budget total de 192 335 076 dollars US, avec une allocation de 149,7 millions de dollars US à Cordaid et de 23,9 millions et 18,7 millions de dollars US à la CAGF pour le VIH et la tuberculose, respectivement. Les plus grandes portions du budget global VIH/TB vont aux interventions de traitement, de soins et d'accompagnement, à concurrence de 63 595 552 dollars US (33 % des dépenses totales), à la gestion de la subvention (23 %) et à la prise en charge des cas et prévention de la tuberculose (12 %). Les interventions de prévention du VIH représentent 3,73 % et la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME), 1,15 %.

Les investissements du Fonds mondial en RDC au poste VIH/TB ont diminué de 47 302 520 dollars US. Le budget total 2018-2020 s'élève à 192 335 076 dollars US, par rapport à 239 637 596 dollars US pour la période 2015-2017. Sous la demande VIH/TB combinée, les changements notables des modules d'octroi sont : plus de focus sur la prévention de la tuberculose et moins sur celle du VIH, allocations importantes aux interventions de coinfection VIH/TB et TB-MR et allocations accrues aux RSSH.

Figure 2. Budget TB/VIH 2018-2020 par module ; allocation totale de 192,3 M\$ US



3.1.4 Tuberculose

Les activités de subvention relatives à la tuberculose se partagent entre Cordaid (30,4 millions de dollars US ; 20,3 % de l'allocation totale à Cordaid) et le PNLT (18,7 millions de dollars US). Sur l'allocation TB à Cordaid, 87,2 % vont à la prise en charge et à la prévention de la tuberculose, soit 68,8 % au traitement et 12,8 % à la TB-MR. Concernant le total de l'allocation au PNLT, 35,6 % vont aux activités RSSH, soit les systèmes d'information pour la gestion sanitaire (SIGS) et le suivi-évaluation (S-É) (18,0 % du total ; 3,4 millions de dollars US) et aux ressources humaines pour la santé (17,6 % du total ; 3,3 millions de dollars US). La gestion de la subvention représente 19,4 % (3,6 millions de dollars US), suivis de 14,9 % pour la prise en charge des cas et la prévention de la tuberculose (2,8 millions de dollars US, y compris l'achat des produits de dépistage et traitement et les activités de prévention à l'intention des populations clés), et 11,3 % vont à la TB-MR (2,1 millions de dollars US).

3.2 Modalités de subventions du Fonds mondial en place

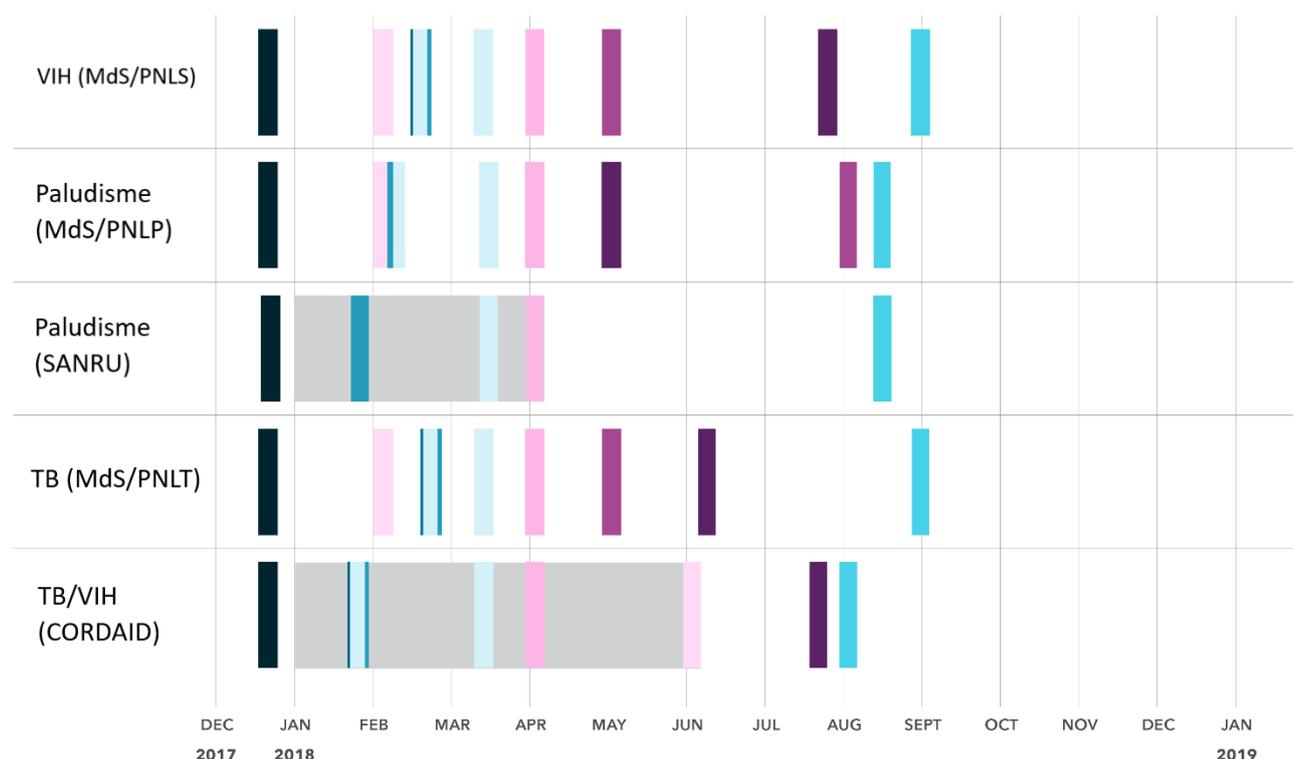
Certains aspects du montage institutionnel des subventions ont été modifiés pour la période de la subvention 2018-2020 en RDC, dans l'intention d'améliorer la coordination entre les composantes maladie et d'accroître l'efficacité opérationnelle. Ainsi, les activités VIH et TB sont regroupées sous un même PR et un seul SR « transversal » est engagé pour la mise en œuvre des activités relatives aux trois maladies dans 16 des 24 provinces dans lesquelles le Fonds mondial finance des activités. Quatre SR « spécifiques » ont été chargés de la mise en œuvre des activités relatives aux populations clés (PSSP et PASCO) ; un est affecté aux questions de genre et de droits humains (RENADEF) et un à celles d'adhésion au traitement ARV (UCOP+). De plus, les produits de santé (médicaments et autres fournitures) sont désormais obtenus à travers le mécanisme d'achats groupés (PPM) du Fonds mondial, conformément au Guide sur la politique du Fonds mondial en matière de gestion des achats et des stocks de produits de santé. L'acquisition et la distribution des produits, pour les trois maladies, sont désormais groupées dans le but d'améliorer la qualité sur le plan des normes pharmaceutiques, d'optimiser les ressources en termes de dépenses, de temps et de ressources humaines et de contribuer au renforcement de la chaîne d'approvisionnement du système sanitaire. La gestion de la chaîne

d’approvisionnement est améliorée par renforcement des capacités de stockage et de distribution au niveau régional et optimisation de la coordination des dispositions de distribution « last mile ». Outre le stockage, les centres de distribution régionale (CDR) sont désormais responsables de la distribution des produits de santé (médicaments et kits de dépistage compris) au bureau central de la zone de santé. Ces améliorations initiales se poursuivront parallèlement à l’intégration progressive de la fonction d’achat dans le système national.

3.3 Calendrier des étapes de la mise en œuvre des subventions

Les nouveaux accords de subventions ont été signés fin décembre 2007 et les premiers décaissements du Fonds mondial aux PR ont eu lieu un à deux mois plus tard. Les divisions provinciales de la santé (DPS), SR des PR MSP/CAGF, ont reçu leur premier versement en février. Le processus de sélection des SR de la société civile a été lancé en octobre 2017, bien avant la signature des contrats avec les PR, et la sélection des SR était effectuée dès la fin janvier 2018. Cependant, le processus de négociation des contrats entre les PR de la société civile et les SR a duré plus longtemps que prévu et s’est étendu jusqu’en avril 2018 pour SANRU (paludisme) et juin 2018 pour Cordaid (VIH/TB). Les raisons des retards de signature des nouveaux contrats de SR sont décrites plus avant au chapitre 4. Afin d’éviter la perturbation des activités programmatiques, l’équipe pays (CT) de la RDC a autorisé les PR à accorder aux SR précédents une prorogation de trois mois en attendant la finalisation des nouveaux contrats. Ainsi, les premiers décaissements aux SR et certaines activités ont été différés tandis que plusieurs activités ordinaires se poursuivaient sans financement dans l’attente des décaissements.

Figure 3. Grandes étapes des subventions en 2018



ÉTAPES DES SUBVENTIONS

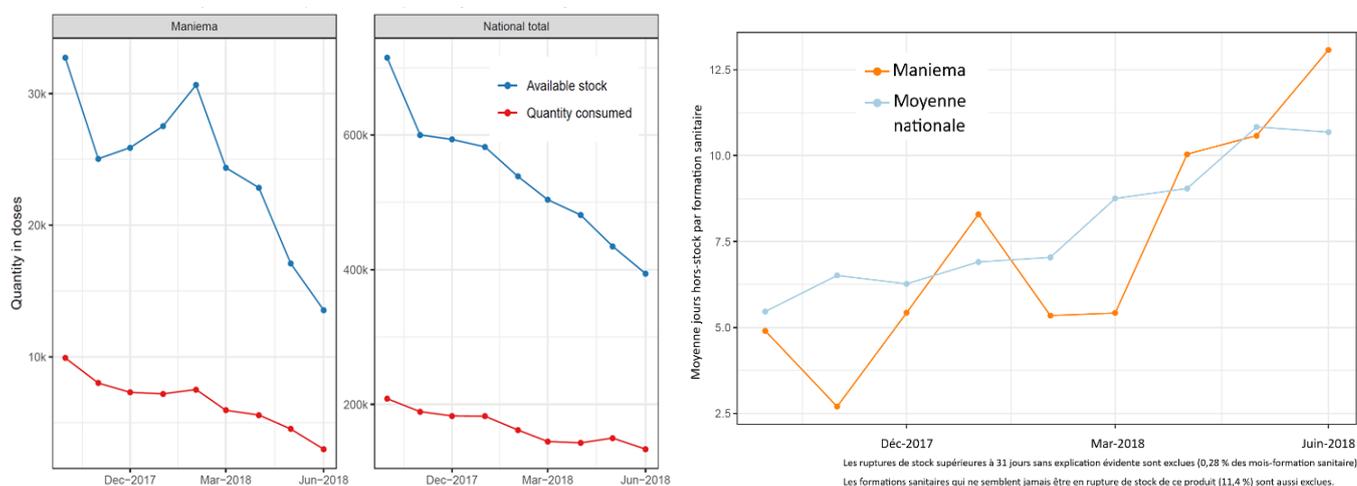
- Signature
- Notification de DAF
- 1^{er} décaissement : FM à PR
- 1^{er} PU/DR soumis par PR
- Lettre gest. performance envoyée
- 2^e décaissement
- Fonds de contrepartie approuvés
- Ateliers inauguraux PR/SR
- Contrats (ou PE) SR signés
- 1^{er} décaissement PR aux SR

3.4 Analyse descriptive des activités des résultats des subventions

3.4.1 Paludisme

La plupart des activités initiales couvertes par les subventions ont à peine commencé au moment de la rédaction de ce rapport. Bien que certaines activités (les campagnes de distribution de masse de MILD, notamment) aient pu démarrer début 2018, d'autres, comme celles soutenues par les SR (transport des produits, collecte et validation des données, etc.) sont en retard. Les obstacles opposés à la mise en œuvre initiale des subventions sont décrits en plus grand détail au chapitre 4 et d'autres analyses des chaînes de résultats, des intrants à l'impact, sont présentées à l'Annexe V. Les activités du programme national se poursuivent toutefois, bien que des rapports indiquent que les tendances actuelles ne pourront pas durer beaucoup plus longtemps. Ainsi, les stocks disponibles de médicaments antipaludéens sont en baisse à l'échelle nationale depuis octobre 2017, sans signe de reconstitution, comme vérifié jusque fin juin 2018 au moyen du SNIS et illustré par la courbe bleue à la Figure 4A.

Figure 4. A) Stock d'ASAQ (dose nouveau-né) ; B) Nombre moyen de jours de rupture de stock d'ASAQ (dose nouveau-né) par mois et formation sanitaire



Malgré la baisse du stock tampon global, les parties prenantes font état de régions présentant des ruptures de stocks alors que d'autres sont en surstock. Les entretiens avec les informateurs clés du Maniema confirment une pénurie considérable d'artésunate-amodiaquine (ASAQ) au niveau de la DPS. Une hausse modérée du nombre moyen de jours de rupture de stock par formation sanitaire est observée dans les régimes d'ASAQ pendant les six premiers mois de 2018 (doses nouveau-né représentées à la Figure 4B ci-dessus). Cette tendance n'est cependant pas apparente pour les autres antipaludéens. Il est trop tôt pour identifier les causes de la hausse des ruptures de stocks d'ASAQ observées entre octobre 2017 et juin 2018 (Figure 4B) et certaines DPS présentent des tendances plus apparentes que d'autres (Maniema, par exemple, comme illustré ci-dessus). PATH-RDC recherche la cause profonde des tendances à la baisse du tampon et des ruptures de stocks en hausse et entend poursuivre l'examen des données.

Malgré certains problèmes de chaîne d'approvisionnement, le PNLN affiche des progrès en termes de dépistage et de traitement des patients, ainsi que de distribution de MILD. Pendant la mise en œuvre initiale de la période de subventions 2018-2020, le programme paludisme a assuré avec succès la distribution de MILD, atteignant plus de 97 % des cibles visées dans les provinces de l'Ituri, de la Tshopo et du Haut-Uele. Une amélioration notable de l'administration de sulfadoxine-pyriméthamine (SP) aux femmes enceintes pour la prévention du paludisme est observée par rapport à 2017 et les programmes ont atteint plus de 80 % de leur cible de distribution de MILD aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans. Le nombre de doses d'antipaludéen de première intention prescrites et le pourcentage de cas confirmés ou présumés traités sont en hausse sensible depuis quelques années (voir les chiffres à l'Annexe IV). D'après les PU/ vérifiés par l'agent local du Fonds (LFA) pour le premier semestre 2018, 95 % des cas de paludisme confirmés ont reçu un traitement antipaludéen

durant le premier semestre de la subvention, bien que la proportion des cas soupçonnés testés soit inférieure à 85 % (dans les formations sanitaires publiques).

3.4.2 VIH/TB

VIH/sida

Durant le premier trimestre du cycle de subventions 2018-2020, les activités se sont concentrées sur le recrutement continu des patients séropositifs à la thérapie antirétrovirale (ART), la PTME, le passage à l'échelle de tier.net, un système de gestion électronique des soins aux patients en formation sanitaire, l'intégration des données épidémiologiques dans le système SNIS/DHIS2 et l'amélioration de l'intégration des services VIH/TB.

Selon les PU/, 59 % seulement des activités TB/VIH prévues sur la feuille de route 2015-2017 ont été mises en œuvre et la qualité des services est particulièrement faible pour la prévention et le traitement de la tuberculose chez les PVVIH. Pendant le cycle de subventions 2015-2017, 33 % des PVVIH n'ont pas eu accès au traitement préventif à l'isoniazide (IPT) et 36 % des patients tuberculeux n'ont pas subi de test de dépistage du VIH. Ces difficultés sont le produit d'un appui technique et logistique insuffisant, d'une chaîne d'approvisionnement irrégulière, d'une surveillance limitée et d'une faible coordination entre les partenaires de mise en œuvre. Aussi les demandes de financement 2018 concernant la tuberculose et le VIH se sont-elles axées sur l'intégration des services TB et VIH, y compris 7,5 millions de dollars US voués au problème de la coinfection (37,0 % en ont été alloués à Cordaid, 16,3 % au PNLS et 46,6 % au PNLT).

Durant le premier trimestre du cycle 2018-2020, l'intégration des services TB/VIH s'est accrue, avec amélioration du suivi-évaluation et mise en œuvre initiale de l'approche « One Stop Shop », un modèle de soins qui offre simultanément des services contre le VIH et la tuberculose au même site clinique. Cette intégration est particulièrement importante quand on connaît les taux élevés de comorbidité chez les PVVIH en RDC. La stratégie « One Stop Shop » devrait, selon les parties prenantes, améliorer la coordination entre les prestataires de services de santé à différents niveaux du système sanitaire et renforcer l'identification des cas de TB/VIH. Les premiers extraits indiquent une hausse du dépistage de la tuberculose parmi les PVVIH, d'une moyenne de 41 711 personnes dépistées par mois en 2017 à 60 752 par mois, pour les mêmes formations sanitaires, au premier trimestre 2018.

Tuberculose

Les investissements dans le SIGS durant le cycle 2018-2020 comprennent l'intégration des données du PNLT dans le système SNIS/DHIS2. Au premier trimestre 2018, 1018 formations sanitaires, dans 319 zones de santé, soumettaient leurs rapports au SNIS/DHIS2, soit un nombre similaire à celui de l'année précédente. L'intégration des systèmes de rapport favorisera la surveillance sous-nationale de la tuberculose et le suivi au niveau de la formation sanitaire. Les difficultés de mise en œuvre de l'intégration DHIS2 demeurent cependant. Elles concernent notamment l'établissement des directives de validation, la clarification des définitions des indicateurs auprès du personnel clinique et de saisie des données et la formation des gestionnaires du SIGS, au niveau central et provincial, pour améliorer la qualité des données et l'assurance de rapports complets.

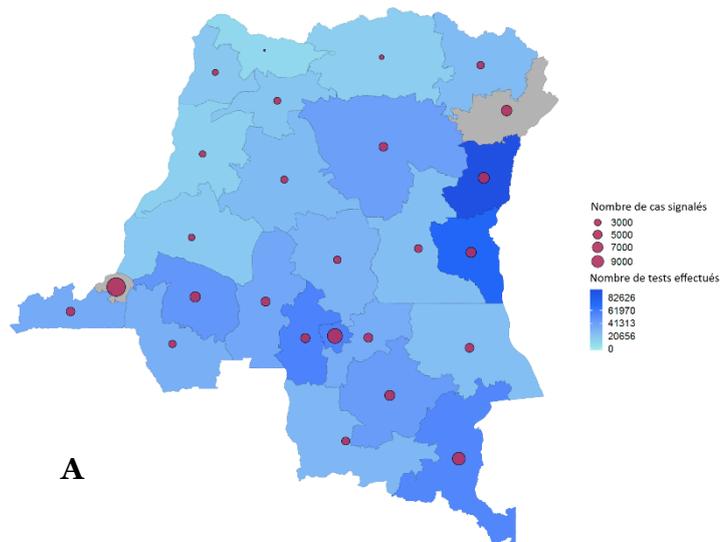
Durant la période de mise en œuvre initiale des subventions 2018-2020, le Fonds mondial a appuyé les services de détection précoce de haute qualité de la tuberculose, comme l'amélioration du dépistage, la recherche des cas en pédiatrie, la détection de la résistance à la rifampicine et le dépistage des signes et symptômes de tuberculose chez les PVVIH. En termes de TB-MR, la prise en charge des cas comprend les services d'accompagnement des patients, comme l'apport de suppléments nutritionnels. Le suivi biologique des patients soignés intervient dans 1277 formations sanitaires situées dans 411 zones de santé des 17 DPS dans lesquelles le Fonds mondial finance des activités contre la tuberculose.

Le test Xpert® MTB/RIF est disponible dans certaines formations sanitaires (définies comme sites à haute morbidité); les autres centres de diagnostic de la tuberculose pratiquent l'examen microscopique des frottis d'expectoration. De mai à août 2018, les ruptures de stocks nationales de cartouches Xpert ont rendu impossibles les tests de confirmation de la TB-MR dans plusieurs

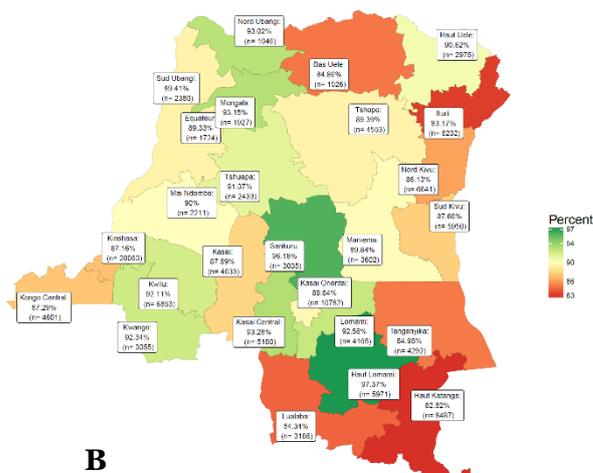
formations sanitaires. Les extrants de notification des cas, pour la tuberculose sensible aux médicaments, ont cependant dépassé les cibles visées pour janvier-juin 2018. Malgré les améliorations observées, la signalisation des cas est restée faible en 2017 par rapport aux estimations internationales de nouveaux cas. Les 150 085 cas signalés par le PNLT représentent 57 % des 262 000 nouveaux cas estimés par l'OMS et 38 % des 381 841 cas estimés dans l'étude sur la charge mondiale de morbidité en 2017 (Figure 5A)(2), (3). Malgré ces défis, les taux d'achèvement du traitement pour les nouveaux cas signalés restent élevés, même s'ils révèlent une variation sous-nationale (Figure 5B). En 2017, une moyenne de 88,8 % des personnes diagnostiquées ont achevé un cycle complet de traitement de la tuberculose (entre 88,2 % au quatrième trimestre et 89,6 % au deuxième trimestre), approchant la cible de l'OMS et KPI-TCP-2(M)¹ de 90 % à l'horizon 2025.

Figure 5. A) Tests TB effectués et cas signalés par la DPS en 2017 ; B) Proportion d'achèvement du traitement TB par DPS en 2017

2017 - Tests effectués (Xpert et Ziehl – Neelson/Auramine) vs nouveaux cas TB signalés



RDC 2017 : % de nouveaux cas TB enregistrés avec cycle complet de traitement (N.B.: L'OMS cible 90 %.)



Indicateurs de performance des subventions et cibles

Aucun rapport d'indicateurs KPI d'impact ou de progression vers les cibles visées n'est encore disponible pour aucune des subventions. Corroborant notre propre analyse, les PR font état de KPI de couverture dépassant leurs cibles visées pour les subventions. Sur les cinq subventions, la plupart des KPI atteignent de hauts taux de réalisation par rapport à leurs cibles prédéfinies, au-delà de 100 % pour beaucoup dans le premier PU/. Par exemple, l'indicateur de performance TCS-1(M), « pourcentage de personnes vivant avec le VIH actuellement sous traitement antirétroviral (ART) » est déclaré à 42 %, soit 64 % de plus que la cible. Les indicateurs CM-1b(M) et CM1c(M), qui mesurent la « proportion des cas de paludisme soupçonnés soumis à test parasitologique » dépassent aussi les cibles visées dans la communauté (couverture à 95 %) et aux sites du secteur privé (98 %), respectivement. En fait, près de la moitié des indicateurs de performance rapportés sur les cinq subventions atteignent leurs cibles, à 99 % pour l'indicateur médian et selon une moyenne de 172 % de réalisation (ÉIQ : 74 % - 122 %). Cela dit, certains indicateurs n'atteignent actuellement pas leurs cibles, en particulier MDR TB 2(M), « Nombre de cas de TB résistante à la rifampicine (TB-RR) et/ou TB-MR signalés » et MDR TB-3 (M) « Nombre de cas TB-RR et/ou TB-MR sous traitement de

¹ TCP-2(M) : Taux de réussite thérapeutique - toutes formes : pourcentage des cas de tuberculose, toutes formes confondues, avec confirmation bactériologique et diagnostic clinique, traités avec succès (guéris avec traitement achevé) sur tous les cas de tuberculose enregistrés au traitement durant une période spécifiée, nouveaux cas et rechutes.

seconde intention », rapportant des taux de réalisation de 55 % et 50 %², respectivement. La PCE examinera les cibles plus avant en 2019.

4. Le modèle d'activité du Fonds Mondial en pratique

Cette section décrit le modèle d'activité du Fonds mondial dans la pratique à travers ses politiques, thèmes et objectifs stratégiques, suivant qu'ils facilitent ou entravent le progrès vers l'impact. Tous les aspects du modèle d'investissement ne peuvent être abordés en un seul chapitre à portée limitée. Ceux sur lesquels la PCE a choisi de se concentrer ont été sélectionnés sur la base des critères suivants : a) leur importance en RDC d'après les consultations avec les parties prenantes du pays et b) les domaines d'intérêt identifiés lors de consultations avec le TERG et les autres consortium PCE.

4.1 Mise en œuvre initiale des subventions

Conclusion principale n° 1 : Malgré un traitement plus rapide des subventions, le processus de demande de financement différencié n'a pas entraîné une mise en œuvre dans les délais en raison de retards non anticipés imputables aux changements apportés au nouveau montage institutionnel des subventions du NMF2.

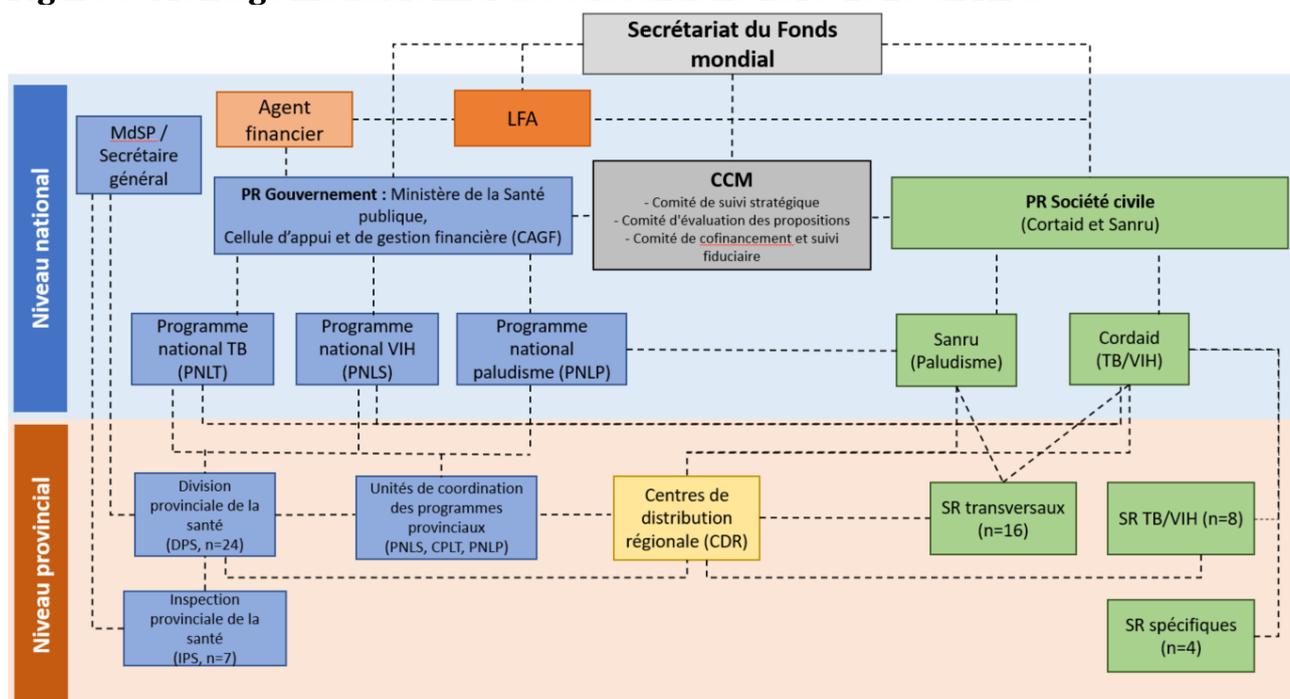
Robustesse : (rang = 1) La conclusion est corroborée par triangulation sur plusieurs sources de données, dont les données de haute qualité obtenues des informateurs clés et de la revue documentaire (y compris les dates de réalisation des grandes étapes). Les entretiens KII indiquent une convergence d'opinions des parties prenantes.

Pour le cycle de subventions 2018-2020, le Fonds mondial a mis en place le processus de demande de financement différencié, dans l'intention de rationaliser le processus, de sorte que les accords de subvention puissent être signés plus tôt et que la mise en œuvre dispose ainsi de plus de temps. Dans le rapport de l'an dernier, nous avons identifié les demandes de reconduction de programme et de d'examen personnalisée adaptée de la RDC parmi les facteurs ayant contribué à l'accélération générale du traitement des subventions. En 2018 toutefois, nous avons constaté que cet avantage ne s'était pas automatiquement traduit par une durée de mise en œuvre prolongée. Certaines étapes programmatiques ont été franchies dans les délais impartis. Ainsi, les premiers décaissements aux PR et le premier versement destiné au PPM étaient accomplis dès la fin février 2018, de même aussi que les premiers décaissements du MSP/CAGF aux SR de DPS durant le mois de février 2018. Cependant, les décaissements aux SR transversaux ont été retardés jusqu'à avril et juin 2018 car il a fallu plus longtemps que prévu au PR pour finaliser et signer les contrats avec les SR. Lorsqu'il est apparu évident à l'équipe pays de la RDC et aux parties prenantes du pays que ces contrats ne pourraient être conclus avant janvier 2018, l'équipe pays a autorisé les PR à proroger de trois mois les accords SR précédents. Cette prolongation s'inscrivait dans un plan de transition élaboré par la CCM et les PR, en consultation avec l'équipe pays, afin d'assurer la continuité des activités entre les subventions du NMF1 et du NMF2. Malgré ces efforts, un certain nombre d'activités de SR ont été impactées ou retardées pendant la transition. Par exemple, les SR sont responsables du remboursement aux formations sanitaires des coûts de transport que ces dernières encourent pour obtenir leurs produits au niveau de la zone de santé. Sous l'effet du retard des décaissements, les formations sanitaires de certaines régions n'ont pas pu accéder à leurs produits en temps utile. Il incombe aussi aux SR de suivre et de surveiller la collecte des données et d'assurer dès lors que les formations sanitaires disposent des outils de rapport appropriés et soumettent leurs rapports mensuels. Or le retard des décaissements aux SR, ajouté à la transition vers DHIS2, a impacté la complétude et la qualité des données soumises aux premier et deuxième trimestres 2018. Les décaissements aux SR spécifiques ont du reste été différés jusqu'à juin, affectant de même le démarrage de leurs activités au service des populations clés et vulnérables et pour l'élimination des obstacles liés aux droits humains et au genre qui freinent l'accès aux services de santé. Le résultat cumulé de ces retards transparaît aussi dans le faible taux d'absorption global au premier semestre (54,2 % sur l'ensemble des subventions).

² La couverture du traitement de seconde intention sur le nombre de cas signalés est de 91 %. Cette valeur de 50 % reflète le traitement de seconde intention par rapport à la cible initiale fixée par le PR.

La raison principale du retard des contrats avec les SR tient à la transition vers la modalité des SR transversaux (plutôt que spécifiques à une maladie) dans le cadre du nouveau montage institutionnel des subventions. En temps normal, on aurait attendu quelques changements minimes aux contrats avec les SR, étant donné la nature des demandes de financement (reconduction de programme et examen personnalisé), mais le passage à un SR transversal unique dans chaque province a requis une transformation majeure du montage institutionnel global des subventions par rapport aux cycles précédents. La Figure 6 illustre le montage institutionnel des subventions pour la période 2018-2020.

Figure 6. Montage institutionnel des subventions 2018-2020 en RDC



L'examen documentaire indique que le processus de recrutement des SR a été lancé en octobre 2017, avant même la signature des contrats avec les PR. La sélection des SR a été opérée en janvier 2018 et il a ensuite fallu entre trois et cinq mois pour négocier et signer les contrats afférents. Ces contrats concernaient 29 SR, dont 16 transversaux et quatre spécifiques. Parmi ces 29 SR, 10 étaient nouveaux, sans expérience préalable avec le Fonds mondial, et étaient donc soumis à certaines exigences supplémentaires, comme les évaluations de capacité. Lors des entretiens avec les informateurs clés, de nombreuses parties prenantes ont fait remarquer qu'elles n'avaient pas anticipé la durée requise pour la finalisation de ces contrats. Cordaid et SANRU ont dû élaborer conjointement leur mandat et leurs indicateurs de performance, harmoniser leurs stratégies de mise en œuvre et leurs procédures opérationnelles, aligner leurs calendriers, puis communiquer ces procédures aux SR. Pour les SR spécifiques, les contrats ont été signés en juin 2018 et les premiers décaissements ont suivi de peu. Selon les entretiens KII, l'harmonisation entre les PR et les SR concernant la portée des activités à mettre en œuvre a opposé un goulot d'étranglement majeur au démarrage de ces activités. Cette observation est discutée en plus de détail dans la section qui suit, concernant les populations clés et vulnérables, le genre et les droits humains. Le Tableau 5 ci-dessous résume les autres principaux facteurs propices ou contraires à la mise en œuvre initiale des subventions, indiquant par ailleurs s'ils relèvent du modèle d'activité du Fonds mondial ou du contexte du pays.

Tableau 5. Principaux facteurs favorables et défavorable à la mise en œuvre initiale des subventions

| | Facteurs favorables | Facteurs défavorables |
|--|---|---|
| Facteurs liés au modèle d'activité du Fonds mondial | <ul style="list-style-type: none"> - La prorogation de trois mois des subventions antérieures aux SR a facilité la transition vers les nouvelles subventions. - Le protocole d'entente (PE) signé avec d'autres parties prenantes TB/VIH et paludisme pour « l'interchangeabilité » des produits de santé a permis aux PR TB/VIH d'emprunter au PEPFAR pour éviter les ruptures de stocks. - L'engagement de l'équipe pays au niveau national et provincial a facilité la résolution des goulots d'étranglement de la mise en œuvre. | <ul style="list-style-type: none"> - Le nouveau montage institutionnel des subventions avait pour but de simplifier et de rationaliser la gestion des subventions mais l'adaptation des PR et des SR a absorbé les six à huit premiers mois de 2018. |
| Facteurs contextuels | <ul style="list-style-type: none"> - Ateliers d'orientation et formation conduits par les PR à l'intention des SR sur les nouvelles subventions et les stratégies de mise en œuvre - Préfinancement de certaines activités par certains SR dans l'attente de la signature de leur contrat | <ul style="list-style-type: none"> - Faiblesse de la coordination au niveau provincial malgré les efforts d'harmonisation des activités - Difficultés de communication entre le niveau national et le niveau opérationnel (et entre les PR et les SR), donnant lieu à la mauvaise compréhension des activités au niveau opérationnel - Faible appropriation au niveau provincial; le renforcement du rôle de la division provinciale de la santé (DPS) devrait cependant améliorer la situation. |

La plupart des activités planifiées pour les premiers et deuxièmes trimestres mais non accomplies ont été reportées au troisième trimestre. Des révisions budgétaires ont aussi été apportées en août 2018, après l'approbation des fonds de contrepartie, pour la réduction des obstacles liés aux droits humains qui freinent l'accès aux services, de la recherche des cas manquants de tuberculose et du renforcement des systèmes de données, entre autres révisions telles que l'inscription au budget de SANRU des campagnes de distribution de masse de MILD. Les PR peuvent ajuster leurs budgets sans avoir à obtenir l'autorisation du Fonds mondial pour les révisions ne dépassant pas 15 % du budget (pour l'activité concernée). Les changements supérieurs à 15 % exigent un processus formel de reprogrammation budgétaire. La première reprogrammation officielle était en cours en novembre 2018, concernant les économies réalisées sous la subvention MSP/VIH. Étant donné que plusieurs bureaux de coordination provinciale ne sont pas encore opérationnels, les fonds originellement affectés aux primes incitatives du personnel seront reprogrammés pour d'autres activités. En particulier, la décision a été prise entre le PNLs et le Fonds mondial de rediriger les économies de coûts réalisées vers le financement d'une étude de vérification du nombre réel de patients sous thérapie ART. Cela pour résoudre le manque de confiance dans les chiffres actuellement rapportés et les craintes de nombres exagérés.

Conclusion principale n° 2 : Les changements apportés au montage institutionnel des subventions, notamment le regroupement des composantes maladie sous les SR transversaux et la distribution mutualisée des produits de santé, ont été conçus pour accroître l'efficacité opérationnelle et l'alignement sur les systèmes nationaux, mais il s'est avéré difficile de les concrétiser avec des PR spécifiques à chaque maladie.

Robustesse : (rang = 2) La conclusion est corroborée par plusieurs sources de données de bonne qualité, dont les entretiens KII au niveau national et provincial, la revue documentaire et la

cartographie de processus des aspects opérationnels (comme la distribution des produits) en vue de comprendre les goulots d'étranglement.

Le passage à un modèle de SR transversaux représente une réforme majeure du montage institutionnel des subventions en RDC, destinée à améliorer les résultats en renforçant la coordination et l'efficacité opérationnelle au niveau provincial, ainsi que l'alignement sur les systèmes nationaux. L'avantage du concept est reconnu, mais l'exécution du modèle s'est avérée difficile. Un problème majeur tient au fait que les subventions aux PR sont restées spécifiques à une maladie, exigeant une intense coordination et harmonisation entre les PR pour que les SR transversaux puissent assumer les trois maladies de manière collective et bien organisée. Dans le cadre de ce modèle, les budgets des SR sont répartis entre les PR. Cordaid (PR TB/VIH) couvre 30 % et SANRU (PR paludisme) couvre 70 % de chaque budget de SR. Il s'agit du problème le plus souvent cité dans les entretiens avec les SR, en raison des difficultés posées quand les décaissements des PR n'étaient pas synchronisés. Par exemple, Cordaid n'a pas pu signer ses contrats avec les SR transversaux et décaisser ses fonds avant juin 2018, soit environ deux mois après SANRU. Les SR ont ainsi dû mettre en œuvre leurs activités communes en dépit de fonds insuffisants.

« On a l'impression qu'il y a un manque de consultation entre les deux PR (Cordaid et SANRU). Par exemple, SANRU dit avoir décaissé ses 70 % mais Cordaid dit ne pas avoir suffisamment d'argent pour couvrir ses 30 %. » (Citation d'un informateur clé)

Outre le passage au SR transversal, le modèle institutionnel des subventions regroupe désormais les activités TB et VIH sous un même PR et la façon dont les produits de santé sont traités a aussi été adaptée. En vertu des nouvelles subventions, le transport des produits est mutualisé pour les trois maladies, de sorte que les centres de distribution régionale (CDR) assurent désormais collectivement les distributions aux zones de santé. Le processus de négociation des contrats entre les PR et les CDR s'est lui aussi prolongé du fait de la complexité du règlement des détails de coût du transport entre les PR paludisme et VIH/TB, avec pour conséquence le retard du transport des produits aux zones de santé.

« Le partage des coûts reste problématique en ce qui concerne le stockage des intrants au niveau de la zone de santé (BCZS et FOSA) ; essentiellement, le paiement du stockage des intrants (produits de santé) est couvert à 70 % par le budget de SANRU mais c'est comme s'il devait couvrir 100 % des fonds attendus par les zones de santé. » (Citation d'un informateur clé)

L'adaptation des parties prenantes aux changements de procédures imposées par le nouveau montage institutionnel des subventions a pris du temps, sans surprise toutefois quand on considère la portée des réformes. En avril 2018, Cordaid et SANRU ont coordonné des ateliers d'orientation des SR, pour les guider et les former au nouveau montage institutionnel. Au quatrième trimestre 2008, les données préliminaires donnent à penser que la mise en œuvre du nouveau montage s'améliore déjà. Les PR et les SR n'en font toujours pas moins état de difficultés opérationnelles non encore résolues.

« Nous souhaitons qu'il y ait des échanges transparents entre les deux PR. Cela faciliterait un travail d'ensemble afin d'assurer un accompagnement conjoint. Malheureusement, nous ne partageons pas les mêmes préoccupations parce que nous n'avons le même type de montage. » (Citation d'un informateur clé)

D'autres modèles de montage institutionnel des subventions, notamment le regroupement des composantes maladie au niveau du PR (comme suggéré ailleurs), ont été considérés par l'instance CCM. En fin de compte, la décision a été prise de conserver un PR de la société civile pour le paludisme et un pour le groupe TB/VIH(4). Pour l'avenir, le Fonds mondial devra poursuivre l'examen de la mise en œuvre du nouveau montage institutionnel des subventions et déterminer si le modèle convient à la production optimale de résultats en RDC.

4.2 Réalité pratique de la politique sur les contextes d'intervention difficiles (COE)

La stratégie 2017-2022 du Fonds mondial reconnaît que, pour réussir, la mise en œuvre doit adopter des approches différentes suivant le contexte du pays. Dans cet esprit, la politique relative aux contextes d'intervention difficiles (COE), adoptée par le Conseil d'administration du Fonds mondial en avril 2016, répond au besoin d'approches différenciées dans les pays tels que la RDC en proie à défis accrus en matière de programmation et de mise en œuvre (5). Cette politique préconise l'amélioration de l'efficacité dans les contextes d'intervention difficiles sur la base de trois grands principes : 1) la **flexibilité** de l'approche de gestion des subventions, 2) l'optimisation des **partenariats** pour faire face aux faiblesses de la mise en œuvre et 3) l'**innovation** pour maximiser les résultats.

Conclusion principale n° 3 : Il apparaît que les principes COE de flexibilité, de partenariat et d'innovation sont mis en pratique, contribuant dès lors à une approche mieux adaptée au contexte du pays.

Robustesse : (rang = 2) La conclusion est corroborée par plusieurs sources de données de haute qualité, dont les entretiens avec les informateurs clés, les observations de rencontres et les preuves documentées.

La politique relative aux COE illustre de nombreuses applications possibles d'approches différenciées et souples dans un contexte d'intervention difficile. En fin de compte, l'approche globale qui convient à un pays donné est cependant déterminée par l'équipe pays, sur la base d'une analyse complète de portefeuille et de stratégie opérationnelle. Parmi les pays bénéficiaires du Fonds mondial, la RDC est reconnue comme l'un des portefeuilles les plus innovants. De nombreuses approches uniques différenciées étaient déjà introduites ou en cours d'introduction avant la formalisation de la politique COE. À de nombreux égards, la RDC peut servir de modèle à d'autres pays COE, par l'essai de nouvelles approches et le partage des expériences tirées. En termes de flexibilité de gestion de portefeuille, l'équipe pays de la RDC n'a pas encore déposé de demande formelle pour son portefeuille à travers les canaux énoncés dans la politique relative aux COE (par exemple, l'approbation du comité EGMC)(6). Elle a en revanche su tirer informellement parti de la classification de la RDC au titre de COE pour obtenir l'approbation de certaines demandes spécifiques.

« Le fait d'être un pays classifié COE selon la catégorisation GF nous a certainement permis d'engager sur des bases différentes avec le management pour appuyer telle ou telle demande, flexibilité ou décision. Enfin la politique COE va certainement évoluer et peut-être demain nous aurons de manière formelle certaines flexibilités que nous pourrions utiliser. » (Citation d'un informateur clé)

La politique COE n'était pas familière à la plupart des parties prenantes du pays, qui n'en signalaient pas moins des exemples de « flexibilités » déjà en place. Cela non sans noter aussi qu'en sa qualité de pays à « fort impact », la RDC a déjà accès à d'importantes ressources pour faire face aux goulots d'étranglement qui entravent la mise en œuvre. Par exemple, son équipe pays comparativement nombreuse peut fournir un appui ciblé et opportun et assurer une réponse rapide aux besoins du pays tout en gérant son portefeuille.

« La RDC est un enfant privilégié du Fonds mondial, ce qui veut dire s'il y a une réunion, le Fonds mondial vous accorde une attention immédiate. » (Citation d'un informateur clé)

Malgré leur mise en œuvre indépendante de la politique COE, nous avons observé plus de souplesse dans la manière dont les subventions sont gérées par rapport aux règles d'achat et à la libération des fonds. Dans les nouvelles subventions, le nombre de devis requis avant l'approbation de l'achat d'équipement ou d'un contrat de fourniture de services (concernant par exemple l'emplacement choisi pour un atelier ou les services-repas des ateliers, formations, etc.) est réduit de trois à deux. De même, lors des cycles de subventions précédents, les fonds ne pouvaient être décaissés des PR aux SR qu'une fois pleinement vérifié et justifié l'argent dépensé sous le décaissement antérieur. Le cycle actuel autorise la libération des fonds sans justification complète jusqu'à deux périodes de paiement consécutives.

Autre facilité encore accordée aux portefeuilles à haut impact et COE, une révision du programme peut être demandée à tout moment pendant la mise en œuvre des subventions. Durant les 10 premiers mois de mise en œuvre des nouvelles subventions, la RDC n'a subi aucune reprogrammation formelle mais les plans de mise en œuvre et les calendriers d'activités non accomplis comme prévu aux premier et deuxième trimestres ont été reportés aux troisième et quatrième trimestres. Ces facilités étant destinées à résoudre les charges administratives associées à la gestion des subventions, on pourrait attendre une amélioration des taux d'absorption reflétant la simplification des dépenses budgétaires. Si la gestion plus souple des subventions ne représente qu'un des nombreux facteurs potentiels de renforcement des taux d'absorption, celle relevée sur l'ensemble des subventions durant le premier semestre 2018 s'élève à 54,2 %, soit une maigre amélioration par rapport aux taux initiaux du cycle précédent (50,4 % sur l'ensemble des subventions durant le premier semestre 2015). Comme signalé plus haut, au moment de la rédaction de ce rapport (novembre 2018), la première reprogrammation officielle était en cours. L'équipe de la PCE en évaluera le processus dans l'optique de la flexibilité à répondre aux nouvelles priorités.

Un autre aspect du principe de flexibilité de la politique COE tient à la capacité de réagir rapidement aux circonstances changeantes, pendant les périodes d'instabilité ou en situation de crise, par exemple. Cette souplesse est particulièrement importante quand on sait la fragilité de la situation politique, les troubles civils persistants et la récente flambée d'Ebola. L'équipe COE du Fonds mondial a tenu un atelier à Kinshasa avec les parties prenantes du Fonds et les organisations de réponse humanitaire en octobre 2018, en vue de la mise au point d'un plan d'urgence prévoyant des scénarios de réponse adaptés pour assurer l'accessibilité continue des services aux populations affectées par le VIH, la tuberculose et le paludisme, qui puissent être mis en œuvre si les circonstances venaient à se détériorer dans les régions en conflit. Bien qu'il soit trop tôt pour évaluer les effets de cet exercice de planification, le processus s'est avéré hautement participatif et représente une étape importante du rassemblement des principales parties prenantes du Fonds mondial et des acteurs de l'aide humanitaire pour assurer une meilleure planification et coordination. La PCE entend continuer à examiner l'application du plan d'urgence et de ses stratégies et facilités pour assurer une prestation plus efficace des services au cas où les circonstances viendraient à changer.

Nous avons aussi observé, sous les nouvelles subventions, des approches de gestion de portefeuille différenciées en RDC, reconnues par la politique COE comme nécessaires quand les capacités et les systèmes sont faibles. Par exemple, la gestion financière des subventions accordées au MSP est assurée par l'agent financier GIZ, une firme comptable privée chargée du contrôle et de la vérification des dépenses des subventions. Concernant les nouvelles subventions, le processus d'obtention de l'approbation de l'agent financier est amélioré. Auparavant, tous les reçus et justificatifs requis pour la vérification des dépenses devaient être soumis à l'agent financier à Kinshasa. Comme dans le cas des subventions précédentes, deux agents financiers sont affectés à la DPS dans 14 des 24 provinces couvertes par le Fonds mondial. L'examen et l'approbation de tous les justificatifs de dépenses peuvent ainsi avoir lieu au niveau de la province. Les signes d'un traitement plus rapide et plus efficient en sont déjà apparents. Les 14 provinces choisies étaient considérées présenter le plus grand risque financier.

« Par le passé, la GIZ effectuait des missions ponctuelles en province pour analyser et valider les documents comptables. Depuis un temps, les agents fiscaux sont basés sur place en province et cela permet le traitement des pièces justificatives en temps réel. » (Citation d'un informateur clé)

En termes de résolution des faiblesses de la gestion financière, l'agent est aussi appelé à renforcer la capacité des programmes nationaux de lutte contre les maladies et de la DPS, mais ce rôle est secondaire et souvent éclipsé par la responsabilité primaire d'atténuation du risque financier.

« À ce jour, le CAG n'a pas été renforcé. L'agent financier a été créé pour canaliser le financement de l'État et appuyer la comptabilité, mais est-ce qu'ils ont trop de travail concentré sur la vérification ? Renforcement de capacité ils ont échoué. » (Citation d'un informateur clé)

Nos entretiens avec les parties prenantes donnent à penser que ce modèle n'améliore guère la capacité de gestion financière de la DPS ou des programmes nationaux. Dans les sections ultérieures de ce chapitre, nous décrivons plus avant la mesure et l'efficacité d'exploitation des partenariats au profit d'une assistance technique (AT) utile à la résolution des faiblesses de la mise en œuvre.

Nous avons aussi observé en 2018 les signes d'innovations dans les approches de conception des programmes et de gestion des subventions. En particulier, le pilote de l'approche provinciale, discuté plus avant dans la section suivante, favorise le renforcement de l'aide pratique de l'équipe pays au niveau provincial, conformément aux recommandations de l'Examen thématique 2014 du Fonds mondial concernant les États fragiles, qui préconisaient un modèle plus « local » d'engagement de l'équipe pays(4). D'autres innovations déjà abordées dans ce rapport touchent au regroupement des composants maladie sous le seul PR VIH/TB et les SR transversaux au niveau provincial. Il s'agit là d'un modèle suggéré dans la note de politique opérationnelle sur les contextes d'intervention difficiles, pour améliorer les synergies et l'efficacité dans les situations où le bénéficiaire possède une forte capacité de coordination d'activités sur plusieurs composants.

Conclusion principale n° 4 : L'approche provinciale est un modèle innovant qui permet d'améliorer l'engagement au niveau provincial et qui est utile à la résolution des goulots d'étranglement. Le lancement de ce modèle exige cependant d'importantes ressources et la mobilisation d'effectifs suffisants de l'équipe pays (ce qui s'est avéré difficile).

Robustesse : (rang = 2) La conclusion est corroborée par plusieurs sources de données (entretiens KII au niveau mondial, national et provincial, et observation de rencontres) et les données sont considérées de bonne qualité étant donné la familiarité des informateurs clés sur la question.

Dans le rapport de l'an dernier, la PCE observait des signes préliminaires donnant à penser que l'approche provinciale a été bien reçue par les parties prenantes du pays mais qu'il restait des questions sur la manière dont elle serait concrétisée. Durant l'année 2018, le gestionnaire de portefeuille provincial a effectué quelles nouvelles visites, notamment à l'occasion des examens du programme au niveau provincial en octobre. Au moment de la rédaction de ce rapport, les plans d'activité étaient encore en cours d'élaboration. Aussi beaucoup des parties prenantes interviewées ont-elles encore signalé un manque de spécificité concernant les modalités de l'allocation budgétaire sous l'approche provinciale et les types d'activités envisagés.

« Les fonds sont disponibles pour l'approche mais on ne sait pas exactement quoi faire avec, quelle activité appuyer... » (Citation d'un informateur clé)

« Bien que de nombreuses questions restent en suspens quant au contenu exact de ce que sera cette approche, l'équipe pays, avec les autorités sanitaires et politiques de la province d'une part et avec tous les partenaires techniques, financiers et de mise en œuvre d'autre part, s'attachera à mettre en place cette approche dans les prochains mois afin d'améliorer l'impact des subventions du Fonds Mondial dans cette province. » (Citation d'un informateur clé)

Cela dit, nous avons constaté que la présence accrue de l'équipe pays au niveau de la province à Kinshasa et au Maniema a favorisé la prise de conscience des goulots d'étranglement de la mise en œuvre et aidé à les résoudre plus rapidement. Par exemple, depuis le début de l'année 2018, on dénombre au moins sept visites des membres de l'équipe pays au Maniema. Selon certaines parties prenantes interviewées, cette présence accrue a donné lieu à un appui plus opportun de l'équipe pays, et à une meilleure rationalisation des processus.

« L'appui s'est rapproché des usagers finaux, or avant (NFM1) pour mener les activités il fallait passer d'abord par le niveau national. Le temps de l'obtention des fonds est maintenant raisonnable. » (Citation d'un informateur clé)

D'autres exemples illustrent comment la présence accrue de l'équipe pays au niveau provincial a facilité la résolution des goulots d'étranglement. Tantôt, l'équipe a aidé la DPS du Maniema à réviser le budget de mentorat des mères (au soutien des femmes séropositives enceintes) car les hypothèses détaillées dans le budget ne répondaient pas aux besoins. Il a ainsi été possible de programmer le recyclage de toutes les mentors de mères dans toutes les provinces VIH (y compris le Maniema) en

vue d'un déploiement plus robuste de l'approche, qui vise à améliorer les extrants de la PTME. Tantôt, l'équipe pays a aidé à identifier les lacunes de la communication et de l'échange d'information entre l'Inspection provinciale de la santé (IPS) et la DPS, faute d'établissement d'un cadre de redevabilité entre les deux institutions. À travers l'approche provinciale, l'équipe pays soutient désormais les discussions concernant l'élaboration d'un protocole de communication et d'un mécanisme formel d'échange propice à la collaboration entre les deux institutions. La question a aussi été portée à l'attention de l'inspecteur général national de la santé et du secrétaire général de la santé.

Nous avons aussi observé l'assistance pratique de l'équipe pays à la DPS du Maniema concernant l'analyse de ses données du programme VIH, en vue d'une meilleure gestion programmatique. Dans le cadre de l'approche provinciale, l'équipe pays suit 15 indicateurs clés de performance dans les provinces du Maniema et de Kinshasa, par rapport au niveau national. Elle partage aussi ces analyses avec les PR et les SR des deux provinces, dans l'intention de renforcer leur capacité d'analyse et d'exploitation des données de performance pour identifier et résoudre les problèmes rencontrés dans les zones de santé peu performantes. Ainsi, l'examen plus étroit des indicateurs de performance du Maniema et de Kinshasa a révélé une performance particulièrement faible au niveau de la PTME (PTME-2 et PTME-3), pour lesquels l'approche provinciale planifie une action spécifique d'amélioration. Pour la première fois aussi, des examens de programme du Fonds mondial ont été organisés au niveau des provinces du Maniema et de Kinshasa en octobre 2018, avec l'appui de l'équipe pays. À cette occasion, la performance programmatique durant les six premiers mois de mise en œuvre des subventions a été discutée et les activités potentielles d'allocation budgétaire sous l'approche provinciale ont été identifiées. Chacune des deux provinces a préparé un plan de travail et un budget détaillés pour la mise en œuvre de l'approche provinciale en 2019 et 2020, à l'étude au moment de la rédaction de ce rapport.

Bien que le portefeuille de la RDC dispose de l'une des équipes pays les mieux dotées en personnel, le Secrétariat du Fonds mondial a eu du mal à mobiliser les effectifs nécessaires pour couvrir toutes les provinces sélectionnées pour l'approche provinciale. Cinq provinces (Ituri, Kinshasa, Kongo Central, Kwilu et Maniema) ont initialement été sélectionnées pour la nouvelle approche et ont reçu la visite de l'équipe pays fin 2017. À ce jour, toutefois, la mise en œuvre reste principalement engagée à Kinshasa et au Maniema. Les trois autres provinces ont bénéficié d'un soutien au renforcement des systèmes de gestion financière de la DPS, mais le plein déploiement de l'approche provinciale y a été mis en attente face aux autres priorités concurrentes du portefeuille et à la disponibilité insuffisante de personnel. Kinshasa et le Maniema se sont vu attribuer un gestionnaire de portefeuille provincial chargé du contrôle des activités de la province. Ce nouvel arrangement s'aligne sur l'une des recommandations de l'Examen thématique du Fonds mondial concernant les États fragiles, prévoyant la subdivision des responsabilités du chargé de programme de l'équipe pays RDC pour le contrôle de la mise en œuvre des subventions au niveau de la province (4). L'expérience initiale du déploiement de l'approche provinciale a démontré qu'il s'agit d'un modèle exigeant en ressources. Le lancement du modèle a nécessairement requis un plus grand investissement initial en temps de personnel, pour jeter les bases et définir notamment le modèle, le présenter aux parties prenantes du pays et en promouvoir l'adoption. Cela fait, la reproduction du modèle dans les autres provinces pourra être moins exigeante, mais elle risque toujours de demander un personnel supplémentaire pour atteindre le type d'engagement supérieur envisagé par l'approche si aucun changement n'est apporté à la structure générale de l'équipe pays.

Alors que le portefeuille d'investissement du Fonds mondial en RDC couvre 24 provinces, l'équipe pays reste largement subdivisée en composantes maladie et domaines transversaux tels que la gestion de la chaîne d'approvisionnement, le suivi-évaluation, la gestion des produits de santé et la gestion financière. L'approche provinciale aussi bien que les réformes du montage institutionnel des subventions ont étoffé l'orientation du portefeuille de la RDC de manière à consolider les activités au niveau provincial et dans l'optique d'un meilleur alignement sur les systèmes nationaux.

« Il y a une tension claire, ou un besoin de compromis, entre le niveau central et le niveau provincial. La tension se fait aussi sentir dans le pays. Je pense que c'est une bonne chose, car on peut y voir le début d'un processus de changement au niveau de l'équipe pays mais aussi à celui du pays. » (Citation d'un informateur clé)

Suivant l'évolution de ces nouvelles approches, le Fonds mondial se doit d'examiner l'efficacité et l'efficacités de la structure actuelle de l'équipe pays, pour répondre aux changements du portefeuille. Il faudra notamment examiner l'aspect d'optimisation des ressources de l'approche provinciale, et éclairer ainsi la faisabilité d'un déploiement plus large en RDC aussi bien que dans d'autres pays. La PCE entend continuer à suivre la mise en œuvre de l'approche provinciale et à évaluer les avantages et inconvénients du nouveau modèle.

4.3 Optimiser les partenariats pour résoudre les faiblesses de la mise en œuvre

La stratégie 2017-2022 du Fonds mondial envisage l'appui de partenariats mutuellement redevables comme catalyseur stratégique clé d'une mise en œuvre couronnée de succès. Faute de présence locale du Fonds mondial, la collaboration avec les partenaires de développement, d'aide humanitaire, du secteur privé et non traditionnels est essentielle à l'impact dans les contextes d'intervention difficiles (COE), pour résoudre les faiblesses de la mise en œuvre et renforcer les résultats des subventions, comme indiqué dans la note de politique opérationnelle afférente(5). L'équipe pays joue un rôle capital dans l'examen des partenaires locaux et l'identification des modalités d'une meilleure optimisation de ces partenariats. Selon le modèle d'activité du Fonds mondial, les partenariats doivent accroître l'efficacité et l'efficacités de la mise en œuvre des subventions en **renforçant la gouvernance locale** (par exemple, par une fonctionnalité d'instance CMM plus robuste), en **améliorant la prestation des services** et en **améliorant l'assistance technique**. La PCE a examiné ces trois aspects et la mesure dans laquelle les partenariats contribuent à la réalisation de ces objectifs.

Conclusion principale n° 5 : En RDC, le modèle de partenariat assure l'harmonisation et la bonne coordination des interventions et des approches de mise en œuvre entre les parties prenantes, mais certaines faiblesses persistent dans la capacité de mise en œuvre (notamment au niveau de la gestion financière, de la collecte de données et du rapportage, de la gestion de la chaîne d'approvisionnement et du suivi-évaluation).

Robustesse : (rang = 1) La conclusion est corroborée par plusieurs sources de données, dont celles obtenues des informateurs clés et les preuves documentées. Les entretiens KII indiquent une convergence d'opinions des parties prenantes et les données sont considérées de haute qualité.

Nombreux sont les signes d'efficacité du modèle de partenariat en RDC, en termes de coordination entre les bailleurs, les parties prenantes nationales et les partenaires de mise en œuvre. Les interventions et les approches de mise en œuvre en sont mieux harmonisées, de sorte que les investissements des diverses parties prenantes atteignent une portée maximale, sans redoublement des efforts. D'abord, la rationalisation de la couverture géographique entre le Fonds mondial, PEPFAR, PMI et DFID, entreprise en 2016, a simplifié et allégé la prestation des services relatifs au VIH, à la tuberculose et au paludisme dans chaque province, amoindrissant ainsi certaines des complexités jusque-là associées à l'intervention de plusieurs bailleurs dans une même province ou zone de santé. Le Fonds mondial participe au Groupe inter-bailleurs santé (GIBS), une plateforme à l'échelle nationale chargée d'harmoniser et d'aligner toutes les interventions du secteur sanitaire, y compris les investissements des bailleurs, les approches de mise en œuvre et la résolution des difficultés opérationnelles.

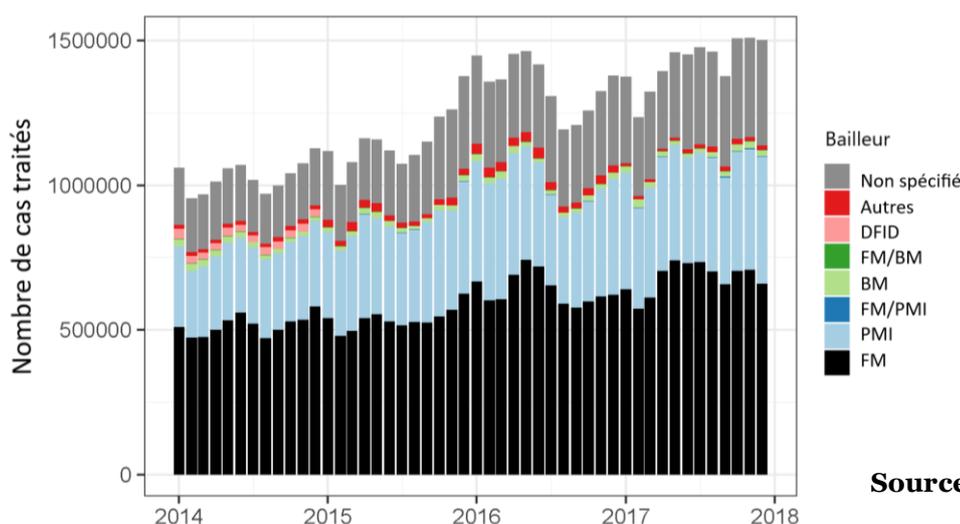
Pour relever les défis de la chaîne d'approvisionnement, un accord formel d'interchangeabilité des produits de santé a été conclu fin 2017 avec les principaux partenaires actifs sur le plan des trois maladies, de sorte que les produits puissent être échangés entre les formations sanitaires et la zone de santé pour éviter les ruptures de stocks et le risque de péremption. Dans le passé, la coopération et les échanges d'information étaient limités entre les partenaires concernant les plans d'approvisionnement. Mais en 2018, la PCE a observé des cas d'échange de produits entre le Fonds mondial et PEPFAR pour éviter les ruptures de stocks de produits contre le VIH. La mise à profit des partenariats se reflète aussi dans l'harmonisation des détails opérationnels de prestation des services, comme l'établissement de tarifs communs pour le transport des produits et le remboursement du carburant, le financement collectif des réunions ordinaires, des déplacements de suivi et des formations (tel qu'énoncé dans une note du GIBS en janvier 2016). Il n'en reste pas moins certaines différences dans les approches de mise en œuvre, qui impactent la prestation des services. Par

exemple, les différences concernant les primes aux agents de santé contribuent aux inégalités de performance d'une zone géographique à l'autre et entre les programmes verticaux. La question est discutée en plus grand détail dans la section relative aux RSSH ci-dessous.

Plusieurs autres accords entre le Fonds mondial et les partenaires formalisent les conditions de la coopération et devraient, en fin de compte, améliorer l'efficacité de la prestation et donner accès à un ensemble plus complet de services. Il existe plusieurs protocoles d'entente (PE), dont un conclu avec l'UNICEF pour la prise en charge communautaire intégrée (PCCi) du paludisme et un avec la Banque mondiale sur le financement basé sur les résultats (FBR) ; d'autres accords multi-bailleurs, comme celui conclu entre la Banque mondiale, USAID, l'UNFPA, l'UNICEF et GAVI concernant un cadre de collaboration sur un ensemble collectif d'interventions des services sanitaires ; avec la Banque mondiale, l'UNICEF et GAVI sur l'établissement d'un panier commun de financement au partenariat pour le renforcement des systèmes de santé en vue de meilleurs extrants de santé maternelle et infantile ; ou encore avec la Banque mondiale, GAVI et DFID au soutien de DHIS2. Nous avons observé grâce à ces partenariats des exemples de prestations améliorées, comme celles résultant de PE avec les partenaires techniques pour le suivi CD4 et de charge virale des patients sous ARV, le renforcement des systèmes de laboratoire nationaux, les activités de conseil et de dépistage volontaire et les sites de surveillance sentinelle du paludisme, notamment.

La séparation du financement externe contre le paludisme le long des lignes provinciales permet un certain examen des différences entre les bailleurs de fonds. Comme illustré à la Figure 7, environ la moitié des cas de paludisme traités l'ont été dans les zones de santé assistées par le Fonds mondial (47,9 % en 2017) ; les 50 % restants le sont pour la plupart dans les zones de santé sous PMI ou dans celles recevant l'aide d'un bailleur non spécifié. Malgré la réorganisation progressive de l'assistance et la rationalisation géographique des activités entre les bailleurs, cette proportion reste essentiellement inchangée depuis quelques années, avec une hausse toutefois de la quantité de cas en nombre absolu.

Figure 7. Cas de paludisme traités par ACT, par bailleur



Source : Données du PNL

Malgré l'utilité de ces partenariats en termes d'exploitation coordonnée des contributions de chacun et de résolution des insuffisances au niveau des prestations, les attentes du Fonds mondial à leur égard sont bien plus larges. Ainsi, concernant la résolution des faiblesses de la mise en œuvre (où le Fonds mondial attend l'intervention des partenariats, en particulier dans les contextes COE), les signes d'efficacité du modèle sont partagés(5). D'une part, nous avons constaté que l'assistance technique (AT) a donné lieu à une capacité de suivi plus efficace du comité de suivi stratégique de la CCM (comme décrit plus bas). En revanche, nous avons observé de nombreuses insuffisances de capacité, et les goulots d'étranglement qui s'ensuivent, dans la faiblesse de la gestion financière, la collecte de données et le rapportage, la gestion de la chaîne d'approvisionnement et le suivi-évaluation. Par exemple, les données de faible qualité contribuent aux problèmes de gestion de la chaîne d'approvisionnement (ruptures de stocks, etc.) et semblent avoir contribué aussi à l'affectation

géographique inefficace des produits de santé (comme discuté plus loin dans la section relative à l'optimisation des ressources). Les causes profondes de cette faible qualité des données, abordées plus loin dans la section sur les RSSH, sont la faible motivation et la faible capacité des agents de santé qui les collectent et les enregistrent, l'accompagnement inadéquat des agents au niveau de la formation sanitaire et l'analyse inadéquate à tous les niveaux. La faible capacité d'analyse des données est une lacune notoire, déjà reconnue par l'équipe pays.

« On a tendance de reproduire les données pour envoyer aux partenaires, sans qu'eux-mêmes prennent le temps pour les analyser et améliorer le programme. » (Citation d'un informateur clé)

« Les données sont là, elles remontent la chaîne, mais il n'y a pas d'analyse. » (Citation d'un informateur clé)

« Les encadreurs polyvalents de la DPS ne sont pas formés dans l'analyse de données dans la Plateforme DHIS2, ce qui a comme conséquence la faible capacité d'accompagnement et d'analyse de données lors de missions de supervision de la DPS aux zones de santé. » (Citation d'un informateur clé)

De l'avis de certaines parties prenantes, le partenariat n'est pas bien défini, laissant entendre peut-être un écart entre les attentes du Fonds mondial et celles des partenaires techniques. D'aucuns estiment aussi qu'il est particulièrement difficile d'obtenir une assistance technique francophone de haute qualité en RDC et dans les autres pays francophones. La PCE entend poursuivre l'examen de la mise à profit des partenariats et de leur efficacité dans le renforcement de capacité des partenaires de mise en œuvre.

Conclusion principale n° 6 : Il apparaît que les efforts de réforme de l'instance de coordination nationale (CCM) et de renforcement de sa capacité conduisent à un système de fonctionnement plus robuste et à une plus grande participation aux décisions stratégiques importantes.

Robustesse : (rang = 1) La conclusion est corroborée par plusieurs sources de données, dont les informateurs clés, les preuves documentées et l'observation directe. Une forte convergence d'opinions est observée entre les parties prenantes et les données sont considérées de haute qualité.

L'an dernier, nous avons constaté l'apparition de signes préliminaires indiquant que les réformes du CCM entreprises en 2015, comme le remplacement du Secrétaire permanent, le renouvellement et la réduction du nombre de membres de l'instance et l'instauration d'un système de renouvellement automatique, avaient contribué à l'amélioration de son fonctionnement. Nous avons recueilli de nouveaux indices à l'appui de cette observation, donnant à penser que le renforcement de capacité continu en 2018 a favorisé la pleine réalisation des avantages de ces réformes. En particulier, la CCM a reçu une assistance technique au soutien du processus d'élection des membres appelés à remplacer ceux arrivés au terme de leur mandat de trois ans. Le nouveau règlement intérieur du CCM établi dans le cadre des réformes, prévoit de nouvelles élections, tous les trois ans, pour remplacer au moins un tiers des membres les plus anciens. Celles tenues en octobre 2018 ont dès lors marqué le premier renouvellement des membres du CCM depuis la réforme. Outre l'élection de 10 nouveaux membres, le nombre total en a été réduit de 27 à 21 afin de réduire la charge bureaucratique et d'accélérer la capacité de réponse de la plateforme CCM. Lors des entretiens KII, les parties prenantes ont indiqué que le consultant recruté par faciliter le processus avait pu intervenir et faire face à la résistance des anciens membres non disposés à se retirer malgré l'expiration de leur mandat.

Le CCM a par ailleurs reçu une assistance technique spécifique, de mars à mai 2018, touchant au renforcement de capacité de son comité de suivi stratégique. Ce dernier était depuis longtemps critiqué et qualifié de particulièrement faible dans l'exécution de son rôle de suivi de la mise en œuvre des subventions, pourtant considéré comme l'une des fonctions essentielles du CCM(7). Le consultant recruté a aidé le comité dans la mise au point d'outils et de processus de suivi plus robustes, participant aussi à l'établissement d'un plan de suivi et d'un manuel de procédures appelés à guider son travail. En 2018, nous avons constaté que cette assistance technique avait contribué aux améliorations de capacité du comité de suivi. Par exemple, en juillet 2018, le comité a effectué des

visites de suivi dans quatre provinces, afin d'y évaluer la mise en œuvre des subventions, et présenté ses conclusions et ses recommandations au CCM à l'occasion de l'assemblée générale tenue en août. Le comité a également tenu des rencontres d'information avec les PR et assurera le suivi des recommandations faites.

*« Le CCM est de plus en plus impliqué dans les décisions stratégiques importantes. »
(Citation d'un informateur clé)*

La RDC est par ailleurs l'un des 18 pays sélectionnés par le Fonds mondial pour participer à l'initiative CCM Evolution Project, décrétée en mai 2018 par le conseil d'administration du Fonds. Cette initiative entend renforcer les CCM en vue d'une meilleure exécution de leurs fonctions. Ces 10 prochains mois, les consultants choisis pour aider l'instance CCM de la RDC passeront cinq jours par mois à Kinshasa. La première phase, actuellement en cours (novembre 2018), prévoit une évaluation de base devant servir à l'élaboration d'un plan de renforcement de capacité. En 2019, la PCE continuera à observer les efforts d'amélioration de la gouvernance locale à travers le renforcement fonctionnel du CCM, concernant notamment le rôle de l'assistance technique.

4.4 Durabilité, transition et cofinancement et systèmes résistants et pérennes pour la santé

La dynamique de durabilité, transition et cofinancement (DTC) est fondamentale à la stratégie 2017-2022 du Fonds mondial. Elle définit les axes d'appui de ripostes pérennes, faisant un usage plus efficient des ressources existantes, en accroissant la mobilisation des ressources nationales dans un effort visant à soutenir la transition vers le financement national intégral. L'approche repose sur quatre grands principes : (1) la **différenciation** des politiques et des procédures en fonction de la situation d'un pays dans le continuum de développement ; (2) l'**alignement** des programmes du Fonds mondial sur les procédures et les systèmes du pays, avec élaboration de systèmes RSSH et intégration des systèmes parallèles ; (3) la **prévisibilité**, qui assure au pays suffisamment de temps et de ressources pour planifier la transition ; et (4) la **souplesse** pour permettre l'adaptation de certains aspects de la politique de DTC aux particularités du pays et de la région. Nos principales conclusions, dans cette section, concernent les progrès réalisés vers la pérennité des programmes, par l'alignement des investissements du Fonds mondial sur les procédures et systèmes du pays et par le renforcement des RSSH. Nous faisons aussi le bilan des progrès réalisés vers la pérennité financière, à travers le renforcement du financement national de la lutte contre les trois maladies.

Conclusion principale n° 7 : Des progrès ont été réalisés vers la pérennité, du fait de l'alignement des programmes financés par le Fonds mondial sur les systèmes du pays et de leur mise en œuvre à travers ces systèmes.

Robustesse : (rang = 1) La conclusion est corroborée par plusieurs sources de données, dont celles obtenues des informateurs clés et les preuves documentées. Il y a convergence d'opinions entre les parties prenantes et les données sont considérées de haute qualité.

Plusieurs changements apportés dans le cadre du nouveau cycle de subventions présentent un progrès vers un meilleur alignement des subventions du Fonds mondial sur les systèmes nationaux. D'abord, l'approche provinciale, telle que discutée plus haut, implique un engagement important au soutien de la décentralisation du système sanitaire de la RDC, en renforçant la capacité et le fonctionnement de la division provinciale de la santé (DPS). Cette évolution est conforme aux réformes du secteur sanitaire et à la stratégie de renforcement du système national de la santé, qui préconise le renforcement du leadership au niveau du district et l'harmonisation des investissements des bailleurs en vue d'une plus grande complémentarité et d'une meilleure synergie(8). Le Fonds mondial a contribué davantage à ces efforts par sa participation au contrat unique. À travers ce mécanisme, le contrat unique de chaque DPS présente les apports des partenaires financiers, de l'État et du gouvernement provincial, ainsi que la manière détaillée dont les fonds seront utilisés et suivis. Au moment de la rédaction de ce rapport, tous les contrats uniques n'étaient pas encore finalisés ; ceux de 12 DPS sur 19 avaient été signés. L'approche provinciale s'est avérée cruciale à la mobilisation des partenaires du Maniema et au partage de leurs chiffres de financement avec la DPS en 2018, permettant la rédaction du contrat unique. Malgré quelques retards ayant affecté sa finalisation, ce

contrat devait être signé au quatrième trimestre 2018. Kinshasa ne figure pas sur la liste des provinces prioritaires en 2018 ; elle est cependant planifiée pour 2019. Ces efforts représentent d'importants jalons vers la réalisation des objectifs fixés en vertu des réformes du secteur de la santé et la PCE entend poursuivre son évaluation de leur contribution à la réduction de la fragmentation et à l'accroissement de pérennité.

Parmi les autres changements importants, on notera la consolidation de la responsabilité du stockage et du transport des produits de santé aux centres de distribution régionale (CDR). Au cycle de subventions précédent, les CDR se limitaient à stocker les produits, tandis que les SR « maladie » assuraient le transport vers les formations sanitaires. Le Fonds mondial et GAVI ont investi conjointement dans l'élargissement des capacités de stockage des entrepôts des CDR, leur confiant en outre, durant le cycle de subventions actuel, la responsabilité du transport et renforçant ainsi tant les efficacités (par « distribution groupée » des produits relatifs aux trois maladies) que les systèmes nationaux.

Enfin, à compter du deuxième trimestre 2018, le Fonds mondial exigera de tous les PR qu'ils utilisent DHIS2 pour leurs rapports sur les Indicateurs Clés de Résultats. Le Fonds mondial a investi lourdement dans le déploiement de DHIS2 et ce changement représente un effort ambitieux vers l'élimination des systèmes parallèles et le renforcement des systèmes nationaux. Il n'en restera pas moins de nombreux problèmes connus, concernant la qualité des données, et qui en affecteront le caractère complet et la validité dans DHIS2. Historiquement, les systèmes parallèles établis par les PR ont pu produire des données de meilleure qualité car ils disposent des ressources en personnel nécessaires à la collecte et à l'extraction des données obtenues des formations sanitaires. Pendant la période de transition, le Fonds mondial devra nécessairement ajuster ses attentes concernant le niveau de qualité des données produites. Il sera important que le Fonds mondial veille à ce que ses investissements ciblent globalement tous les niveaux du système sanitaire engagés dans la collecte, l'examen et la validation des données (formations sanitaires, zones de santé et provinces) s'il veut renforcer la qualité des données dans DHIS2.

Conclusion principale n° 8 : Les investissements du Fonds mondial dans les RSSH semblent contribuer au renforcement de capacité des systèmes nationaux et améliorer l'intégration du système sanitaire, notamment à travers le système national d'information sanitaire.

Robustesse : (rang = 1) La conclusion est corroborée par plusieurs sources de données, dont celles des informateurs clés, les preuves documentées et les données quantitatives.

Le renforcement des systèmes RSSH est l'un des quatre objectifs de la Stratégie 2017-2022. En RDC, les investissements des subventions 2018-2020 dans les RSSH s'élèvent à un total de 68 millions de dollars US, y compris 2,9 millions de dollars US de fonds de contrepartie destinés à renforcer le SIGS, la génération de données et leur utilisation. Ces chiffres reflètent les dernières révisions en date des budgets de PR paludisme (août 2018). En termes d'investissements « directs » dans les RSSH, 12,5 % du budget global de la RDC vont directement aux RSSH, en baisse par rapport au cycle de subventions précédent et ce, en dépit de l'orientation donnée dans la lettre d'allocation au pays, qui l'encourageait à « maintenir ou accroître » ses investissements dans les RSSH par rapport au niveau de 2014-2016 (qui s'élevait à 120,8 millions de dollars US, représentant 19 % des subventions accordées). Les investissements directs dans les RSSH désignent les interventions et les activités affectées dans les budgets à l'un des sept modules RSSH, sans compter les investissements RSSH « contributifs » éventuellement inscrits sous différents noms de module. Un complément de 32 millions de dollars US d'investissements RSSH contributifs internes aux interventions maladie a été identifié dans une analyse effectuée par le Fonds mondial pour le tableau de bord RSSH de la RDC³. De plus, 29,5 millions de dollars US (dont 25,3 millions côté paludisme et 4,2 millions côté TB/VIH) voués aux activités RSSH ont été approuvés dans la demande de financement hiérarchisée au-delà de la somme allouée et pourront être mis en œuvre si les fonds deviennent disponibles par reprogrammation ou

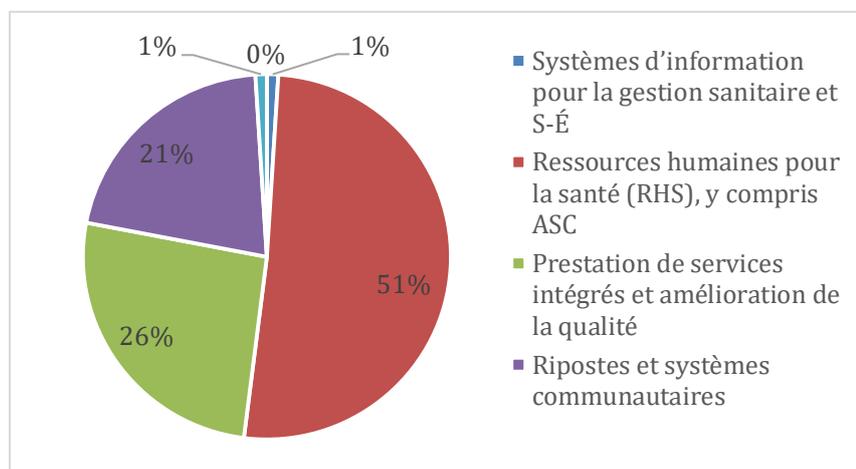
³ The Global Fund. DRC Country Results Profile, Health System Dashboard.

autres moyens. Quelque 92 % des investissements RSSH budgétisés dans les subventions 2018-2020 se concentrent sur trois des sept modules d'objectifs opérationnels (Tableau 6).

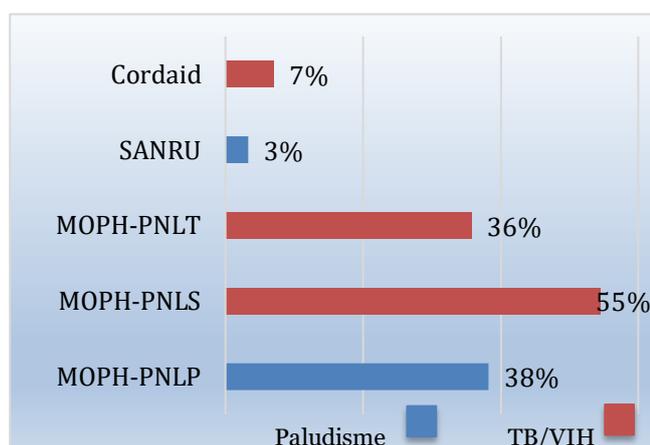
Tableau 6 : Investissements RSSH 2018-2020 par objectif opérationnel RSSH et taux d'absorption T1-T2

| Objectifs opérationnels RSSH | Budget 2018-2020 | | Absorption T1-T2 2018 |
|--|----------------------|------------------------|-----------------------|
| | \$ US | % du budget RSSH total | |
| 1. Renforcer les systèmes de données pour la santé et les capacités des pays pour leur analyse et utilisation | 34 386 844 \$ | 51 % | 11,3 % |
| 2. Tirer parti des investissements essentiels dans les ressources humaines pour la santé | 17 948 274 \$ | 26 % | 48,6 % |
| 3. Soutenir la santé reproductive des femmes, les enfants et adolescents et les plateformes de prestation de services intégrés | 14 413 103 \$ | 21 % | 0,0 % |
| 4. Renforcer les systèmes d'achats et de la chaîne d'approvisionnement au niveau mondial et dans le pays | 873 307 \$ | 1 % | 0,0 % |
| 5. Renforcer les ripostes et les systèmes communautaires | 342 435 \$ | 1% | 0,0 % |
| 6. Renforcer et assurer l'alignement sur de stratégies nationales de santé robustes et plans stratégiques nationaux spécifiques à la maladie | 39 032 \$ | 0 % | 0,0 % |
| 7. Renforcer la gestion financière et le contrôle | - \$ | - | - |
| TOTAL : | 68 002 995 \$ | | 17,8 % |

Figure 8. Investissements RSSH 2018-2020 par catégorie RSSH et en pourcentage du budget total des subventions



Source : Révision budgétaire des subventions 2018-2020 (août 2018)



La plus grosse partie du budget RSSH (51 %) est investie dans le renforcement des systèmes d'information sanitaire et dans le suivi et l'évaluation (34,4 millions de dollars US). Cela représente environ 17 millions de dollars US pour le SIGS, dont 2,9 millions approuvés à travers la demande de fonds de contrepartie. Dans une revue documentaire du Comité technique d'examen des propositions (TRP), l'investissement de la RDC dans le SIGS a été qualifié de conçu pour « renforcer » les systèmes, soit une cote plus favorable que celle donnée aux sept autres pays compris dans la PCE. Dans son analyse des investissements RSSH prévus dans les demandes de financement introduites par les huit pays participant à la PCE, cette étude a relevé, en moyenne, 64 % des investissements RSSH dans la classe de « soutien », par rapport à 36 % seulement dans celle de « renforcement » des systèmes de santé. L'analyse considérait le point de chute des investissements RSSH dans le continuum de développement des systèmes de santé, suivant que les activités proposées contribuaient à l'établissement de systèmes, à leur soutien, à leur renforcement ou à la pérennité des systèmes de santé(9).

Le financement RSSH consacré au renforcement du SIGS se concentre sur le remplacement des systèmes de rapport parallèles des programmes nationaux et des PR par un système SIGS unifié administré sous DHIS2. Depuis l'inauguration de DHIS2 en RDC, le rapport de données au système est en hausse considérable, de 66 formations sanitaires seulement rendant compte des services de santé primaires en décembre 2016 à une moyenne de 11 792 en rendant compte chaque mois dès le premier trimestre 2018. On relève toutefois des différences de l'activité de rapport entre les programmes nationaux. Ainsi, le PU/DR S1 2018 fait état de 60 % et 91 % de rapports complets pour le PNLS et le PNLP, respectivement, mais de 44 % seulement pour le PNLT. De plus, les rapports de données trimestriels du PNLT sont en baisse, de 1092 formations sanitaires au premier trimestre 2017 à 1018 seulement en 2018. La faible intégration des données du PNLT sous DHIS2 est principalement due à l'élaboration en cours des outils de collecte des données. Cela sans compter que ces outils ne sont imprimés qu'au niveau central et sont distribués aux formations sanitaires par les SR. Le retard du démarrage des activités des SR s'est répercuté sur la distribution des outils aux formations sanitaires. Du reste, l'absorption au premier semestre s'est avérée faible (17,8 %) sur tous les plans d'intervention RSSH (voir le Tableau 6). Cette faiblesse, concernant le renforcement des systèmes de données (11,3 %) a peut-être été affectée, en partie, par le fait que la révision budgétaire du MdS/PNLP pour la demande de fonds de contrepartie n'a pas été approuvée avant août 2018.

Depuis 2018, le Fonds mondial exige que tous les rapports relatifs aux indicateurs de performance viennent de DHIS2, franchissant ainsi une étape majeure au soutien de l'alignement sur les systèmes nationaux. Toutefois, compte tenu du retard de distribution des outils de collecte des données, Cordaid et SANRU ont été autorisées à continuer à utiliser leur système de rapport interne jusqu'à la fin du deuxième trimestre, mais la pleine intégration devait être réalisée au troisième trimestre 2018. L'abandon des systèmes de rapport parallèles, de même que les investissements dans le SIGS, devraient certes améliorer la disponibilité des données, mais il reste de nombreux défis, pour assurer en particulier la qualité et l'utilisation des données en vue d'une meilleure gestion des programmes. Les principaux obstacles à la qualité identifiés par les parties prenantes sont le manque de formation et de motivation des agents de santé en ce qui concerne la saisie des données, la fuite du personnel qualifié vers les autres secteurs, les objectifs peu réalistes de formation des ressources humaines et les problèmes d'infrastructure au niveau de la formation sanitaire et de la zone de santé, concernant notamment le manque de connectivité internet (bien qu'une nouvelles stratégie soit attendue du MSP pour améliorer cette connectivité dans les zones VSAT). Le Fonds mondial reconnaît la qualité inadéquate des données comme un risque programmatique fondamental. En 2017, le personnel de toutes les provinces a reçu une formation sur l'analyse et l'utilisation des données et des mesures d'atténuation (telles que plans d'assurance de qualité des données) ont été requises. De plus, la transition vers le financement basé sur les résultats (FBR) établira un lien entre l'appui financier de la zone de santé et les indicateurs de performance, concernant la qualité des données, la gestion de la chaîne d'approvisionnement, la gestion financière et l'accompagnement au niveau de la formation sanitaire. Beaucoup de ces facteurs conduisant à la faible qualité des données sont aussi étroitement liés au problème persistant en RDC de ressources humaines et de capacité inadéquates (discuté dans la section suivante), comme l'illustre la remarque ci-dessous d'un informateur clé.

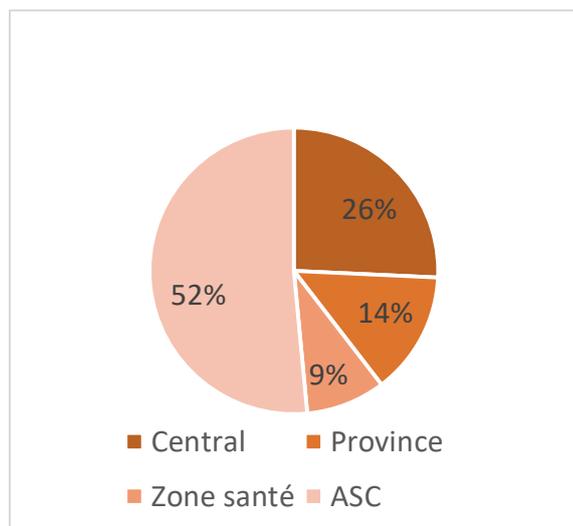
« L'investissement du FM vise au départ le long terme, par la formation des prestataires, mais le problème est que les staffs une fois formés, et aguerris, cherchent le plus offrant, et abandonnent les activités, il y a fuite de cerveaux. » (Citation d'un informateur clé)

La PCE a observé les effets de la faible qualité des données en termes de capacité insuffisante de gestion des stocks, notamment, donnant lieu à des rapports inexacts sur la consommation de produits par les formations sanitaires, de sorte que certaines se trouvent inaptes à commander et entretenir un approvisionnement adéquat. Des investissements plus robustes, à composants multiples et qui ciblent tous les niveaux du système sanitaire engagés dans la collecte, l'examen et la validation des données (formation sanitaire, zone de santé et niveau provincial) seront probablement nécessaires si l'on veut contribuer utilement à l'amélioration de la qualité des données et de la capacité des professionnels de la santé à analyser et utiliser les données pour la gestion des programmes et une meilleure prestation des services.

Conclusion principale n° 9 : Les investissements dans les ressources humaines de la santé ciblent principalement la rétention et l'augmentation en nombre des agents de santé, mais la faible harmonisation entre bailleurs et les rares stratégies de renforcement de capacité minimisent le potentiel d'impact durable.

Robustesse : (rang = 2) La conclusion est corroborée par plusieurs sources de données (entretiens KII au niveau national et provincial et revue documentaire) et les données sont considérées de bonne qualité étant donné la familiarité des informateurs clés sur la question.

Figure 9. Allocation du budget RSSH aux primes aux différents niveaux du système de santé



La deuxième part la plus importante du budget RSSH, représentant 26 %, est investie dans le renforcement des ressources humaines pour la santé (17,9 millions de dollars US). Plus de 99 % du financement de cette catégorie va à la rétention et à l'augmentation en nombre des agents de santé à travers l'offre de primes. Ces primes concernent les trois maladies, au soutien des agents de santé gouvernementaux à tous les niveaux du système de santé, la plus grosse part du budget (52 %) allant aux agents de santé communautaire (ASC) (Figure 9). Dans de nombreux cas, les primes sont liées aux indicateurs de performance et aux contrats de services conclus avec les formations sanitaires qui participent à l'initiative FBR entreprise par le Fonds mondial en partenariat avec la Banque mondiale, GAVI,

l'UNFPA, USAID et l'UNICEF. À travers cette initiative, le Fonds mondial cherche à relever les défis relatifs aux ressources humaines qui contribuent à la faible qualité de prestation des services. La PCE n'a pas encore eu l'occasion d'examiner l'effet du financement basé sur les résultats sur ces objectifs mais, dans une plus large mesure, les parties prenantes signalent que l'application des primes n'est pas uniforme d'un bailleur à l'autre et qu'elle renforce la verticalisation du système de santé. La plateforme GIBS a tenté à plusieurs reprises d'harmoniser l'application du soutien aux salaires gouvernementaux et aux primes mais, à ce jour, les seuls accords conclus concernent les coûts d'organisation des ateliers, des formations et des indemnités journalières. La RDC n'est pas la seule à se trouver confrontée au problème : la revue documentaire du TPR concernant les RSSH a constaté dans tous les pays d'importantes demandes de primes et salaires pour les agents gouvernementaux, souvent inégales au sein même des pays et d'un bailleur à l'autre(10). En RDC, les conséquences imprévues de la canalisation des primes à travers les programmes de maladie verticaux et leurs structures associées, en particulier au niveau provincial et aux échelons inférieurs du système de santé, sont aussi préoccupantes. Au niveau sous-national, les parties prenantes s'inquiètent des faibles résultats et de la démotivation parmi les agents de santé qui ne touchent pas de primes, particulièrement dans les formations sanitaires (DPS ou ZS) sans autres sources de financement ou d'appui de bailleur. Le contrat unique, un mécanisme par lequel chaque DPS présente les

contributions financières des partenaires financiers et de l'État et du gouvernement provincial, était censé résoudre la question mais des lacunes et divergences semblent subsister. Pour l'avenir, le Fonds mondial devrait considérer une défense plus ferme de l'harmonisation des investissements en ressources humaines avec les autres bailleurs et examiner les mécanismes de canalisation des primes et du soutien dans une perspective qui renforce plus largement le système sanitaire.

Outre les investissements dans la rétention et l'accroissement en nombre des agents de santé, il faudra pour combler les insuffisances en ressources humaines pour la santé élaborer de plus solides stratégies de renforcement de capacité. Moins de 1 % du budget relatif à ces ressources prévoit actuellement des activités propices à ce renforcement. Cela en dépit du fait que l'absence de renforcement ordinaire des capacités est une lacune largement reconnue par l'équipe pays, d'ailleurs reflétée dans l'analyse de risque du portefeuille. Le pays a demandé 1,5 million de dollars US pour renforcer les compétences des agents de santé dans la demande de financement hiérarchisée au-delà de la somme allouée pour le paludisme, mais le TRP n'y a pas accédé faute de solide justification de la manière dont le cours de paludologie demandé améliorerait les compétences contre la maladie. Les conclusions de la revue documentaire du TRP sur les RSSH confirment cette insuffisance, citant une trop grande dépendance à l'égard des formations conventionnelles internes en salle de classe dans les pays soutenus par le Fonds mondial(10). Le TRP a jugé ces approches, qui contribuent aussi à l'absentéisme dans les formations sanitaires pendant les formations, à la fois coûteuses et inefficaces par rapport aux autres approches possibles (comme les formations informatisées). Le Fonds mondial devrait envisager le soutien des approches de renforcement de capacité qui renforcent le système de santé, comme les mécanismes d'accompagnement et de partage et échange à tous les niveaux du système. Cela impliquerait à la fois le renforcement des mécanismes institutionnels et celui de la capacité des cadres à assurer un accompagnement de haute qualité. Il apparaît déjà que les PR aident les agents de santé au niveau de la zone de santé à valider et vérifier la qualité des données saisies dans DHIS2. La dissémination d'approches similaires pourrait être utile à l'amélioration des performances et de la capacité des agents de santé à assurer des services de meilleure qualité.

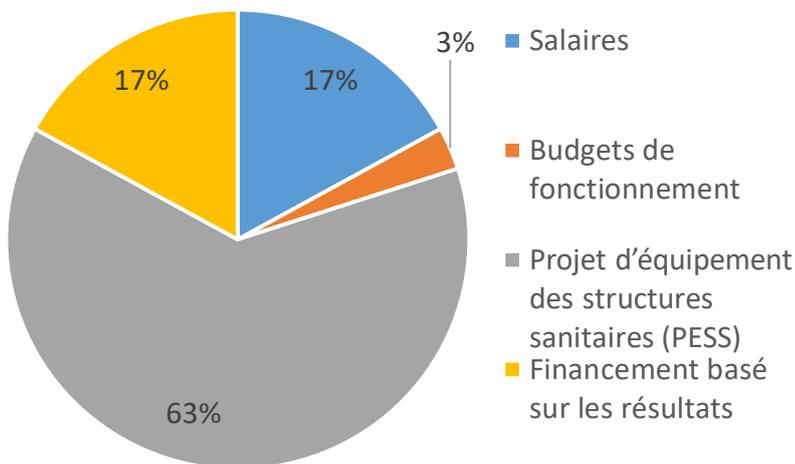
Conclusion principale n° 10 : Le gouvernement a déclaré l'accroissement de son engagement de cofinancement pour le cycle de subventions en cours, satisfaisant ainsi à ses obligations. Il est cependant difficile de vérifier s'il s'agit d'une augmentation ou d'un changement substantiel d'allocation des ressources et il n'est pas clair que la démarche donne lieu à une appropriation accrue.

Robustesse : (rang = 1) La conclusion est corroborée par plusieurs sources de données, dont celles des informateurs clés et les preuves documentées (lettre de cofinancement, données CNS).

La RDC dépend largement de l'appui de ses bailleurs. Comme l'indiquent les extraits des comptes nationaux de la santé (CNS) en RDC, plus du tiers du financement de la santé provient de sources extérieures, principalement de partenariats bi- et multilatéraux et d'ONG et fondations internationales. Cela à concurrence de 574 379 175 dollars US, soit 40 % des dépenses sanitaires courantes en 2014, en provenance, pour 15 %, de partenariats bilatéraux et, pour 25 %, de partenariats multilatéraux.

Pour la période d'allocation 2017-2019, le gouvernement s'est engagé à un cofinancement de 98,8 millions de dollars US, soit une hausse de 67 % par rapport à son engagement de 59,2 millions de dollars US pour la période 2014-2016. D'après la lettre d'engagement de cofinancement, plus de la moitié de l'investissement ira au projet national d'équipement des structures sanitaires (PESS), qui finance la rénovation et la construction de nouveaux centres de santé (Figure 10). Les fonds iront aussi aux salaires du personnel gouvernemental, au financement basé sur les résultats et aux budgets de fonctionnement.

Figure 10. Engagement de cofinancement de la RDC pour la période d'allocation 2017-2019



Il faut noter qu'à ce stade de la mise en œuvre, l'engagement du gouvernement est ferme mais les données de dépenses sanitaires ne sont pas à jour, rendant difficile l'interprétation des véritables progrès réalisés dans la satisfaction de cet engagement. La commission établie pour suivre les engagements de cofinancement du gouvernement n'est pas encore opérationnelle. Depuis la signature de la lettre d'engagement de cofinancement, aucune réunion des membres de la commission n'a été convoquée. Un changement de composition du comité, en octobre, devrait le rendre plus fonctionnel et améliorer le suivi.

D'autres facteurs, tels que le contexte politique actuel (avec les élections prévues en décembre 2018), différentes régions en proie au conflit armé et la flambée d'Ebola, risquent d'entraver la capacité du gouvernement de satisfaire à son engagement de cofinancement. Pour l'avenir, il faudra assurer plus de transparence autour du cofinancement et mieux démontrer l'appropriation effective du pays à l'égard des programmes spécifiques visés.

4.5 Optimisation des ressources

Conclusion principale n° 11 : Des activités sont mises en œuvre dans l'intention de rationaliser le montage institutionnel des subventions, d'améliorer l'efficacité et d'accroître l'efficience des interventions. Les premiers constats indiquent qu'une grande attention est accordée à une approche stratégique prenant en compte l'optimisation des ressources.

Robustesse : (rang = 1) La conclusion est corroborée par plusieurs sources de données, dont celles obtenues des informateurs clés et les preuves documentées (Guide à l'usage des établissements de santé : Prise en charge différenciée du VIH et de la tuberculose). Une forte convergence d'opinions est observée entre les parties prenantes et les données sont considérées de haute qualité.

Les données laissent entendre que de nombreux changements, déjà en cours ou consolidés depuis le début du cycle de subventions 2018-2020, promettent une meilleure optimisation des ressources. Au sens large, il s'agit de nouveaux modèles de mise en œuvre des subventions et de prestation des services, d'améliorations de la gestion des achats et des approvisionnements et d'une rationalisation géographique à l'échelle nationale des investissements des bailleurs.

Les **nouveaux modèles de mise en œuvre des subventions et de prestation des services** comprennent les SR transversaux, la stratégie « One-Stop-Shop » réunissant les services VIH et TB, et le modèle de prise en charge différenciée. Les SR transversaux devraient profiter de l'efficience d'économies d'échelle et de coûts administratifs et financiers réduits du fait du regroupement des composantes maladie. Ils économiseront par exemple sur le plan des ressources humaines, en n'utilisant qu'une équipe d'encadrement pour l'ensemble des trois maladies. L'intégration des services VIH et TB, sous la formule « One Stop Shop », devrait réduire les temps d'attente et les pertes au suivi. Les formations groupées des instructeurs (Kinshasa et Tshopo, Lubumbashi) ont déjà eu lieu.

Les changements concernant la **gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement**, y compris les commandes de stock « groupées » au niveau national et sous-national, ont entraîné des améliorations d'efficience, d'efficacité et plus d'économies. Ces changements comprennent le passage

des commandes par le mécanisme d'achats groupés (PPM) et le « groupement » des commandes de stock pour les trois maladies dans les formations sanitaires. Les parties prenantes en attendent une meilleure position sur le marché, grâce à leur génération par le PPM d'importantes commandes pharmaceutiques couvrant l'ensemble des maladies et des PR (économie), avec moins de retards d'approvisionnement et de distribution grâce au processus d'inventaire unique (efficacité).

« Les achats de grandes quantités au même endroit permettent de faire des économies par négociation des prix et garantissent la qualité des produits et leur traçabilité. » (Citation d'un informateur clé)

Autre exemple, l'entreposage pharmaceutique : un nouvel entrepôt « Warehouse in Box » (WiB) est en construction pour la Fédération des centrales d'approvisionnement en médicaments essentiels. Dans ce projet, le Fonds mondial assumera la pose des fondations, USAID l'apport des éléments préfabriqués et l'Union européenne et l'Agence belge de développement se chargeront de l'exploitation initiale, une fois la construction terminée. Parallèlement, le stockage et la distribution des produits sont transférés vers les CDR. Les parties prenantes y voient une solution efficace aux faiblesses des subventions passées, en ce que l'approche réduit les délais de livraison aux zones de santé, améliore la qualité de stockage qui manquait aux SR et assure le suivi des livraisons.

« ...les SRs n'avaient pas de dépôt respectant les normes pour le stockage des intrants et la distribution se faisait par les intermédiaires sans notion de gestion des intrants d'où, on pouvait trouver les produits à même le sol. » (Citation d'un informateur clé)

« ... la distribution groupée incite le partenaire à être prompt, c'est-à-dire rendre disponibles les produits des PR, sinon il y a un manque à gagner. » (Citation d'un informateur clé)

La quantification de la valeur ajoutée des distributions groupées est cependant prématurée en raison de différents facteurs initiaux, comme (1) la négociation prolongée des coûts unitaires de distribution sous-estimés, (2) les conditions routières et l'éloignement de certaines zones de santé et (3) l'arrivée séquentielle des intrants au CDR. Au troisième trimestre, la situation était rectifiée et les avantages de la nouvelle approche sont attendus au quatrième trimestre.

Enfin, la **rationalisation géographique des investissements des bailleurs** (c.-à-d. la consolidation des bailleurs internationaux par province) est en cours depuis 2016 et devrait également être source d'une meilleure efficacité et efficacité. Selon toute apparence, cette rationalisation a minimisé le gaspillage de ressources, réduit la fragmentation de l'assistance, renforcé les partenariats d'intervention entre partenaires techniques et financiers et amélioré la couverture de prestation des services. La rationalisation a optimisé les ressources en ce que les fonds sont plus concentrés, le double comptage des patients est moindre et une voie de communication unique a été établie pour la quantification, l'achat, le stockage et la distribution.

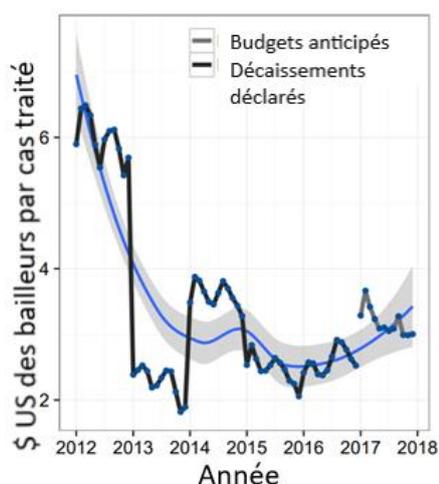
Séparément, les parties prenantes travaillent à l'adoption du logiciel DHIS2 pour la gestion des données, avec le soutien d'investissements du Fonds mondial et d'autres bailleurs, comme discuté plus haut dans ce rapport. Les décideurs politiques sont convaincus de l'efficacité de cet outil en tant que source unique de données pour les prises de décision du pays, auquel il garantit ainsi une gestion plus durable du système d'information sanitaire.

« Désormais, pour les données malaria, vous devriez vous référer à DHIS2 car ce sont les mêmes données que nous utilisons nous-mêmes pour la planification et prise de décision. La complétude est autour de 80 %. » (Citation d'un informateur clé)

Conclusion principale n° 12 : Il apparaît que les PR et les programmes nationaux améliorent le rapport rendement/dollar investi mais il reste encore des possibilités d'amélioration.

Robustesse : (rang= 2) La conclusion repose sur plusieurs sources de données (triangulation moyenne) de moindre qualité.

Figure 11. Investissement des bailleurs dans le traitement du paludisme par rapport aux cas confirmés traités



La PCE a détecté le résultat d'efficacité accrue attendu des efforts programmatiques. Un exemple en est le programme national contre le paludisme. Comme indiqué au chapitre 3, plus de cas de paludisme confirmés ont été traités en 2017 que durant les années précédentes, reflétant les tendances d'autres résultats du programme. Notamment, cet accroissement est intervenu en dépit d'une tendance généralement stable du financement des activités concernées, comme par exemple la prise en charge des cas (voir le Chapitre 3 et l'Annexe V). Le coût par cas traité a par conséquent diminué. Comme illustré à la Figure 11, le coût en dollars US par cas de paludisme traité s'est réduit, passant d'environ 6 dollars US à 3 dollars US depuis 2012. On notera toutefois que ces chiffres financiers reposent sur les dépenses des bailleurs seulement au poste de la prise en charge des cas de paludisme, sans refléter les changements survenus au niveau

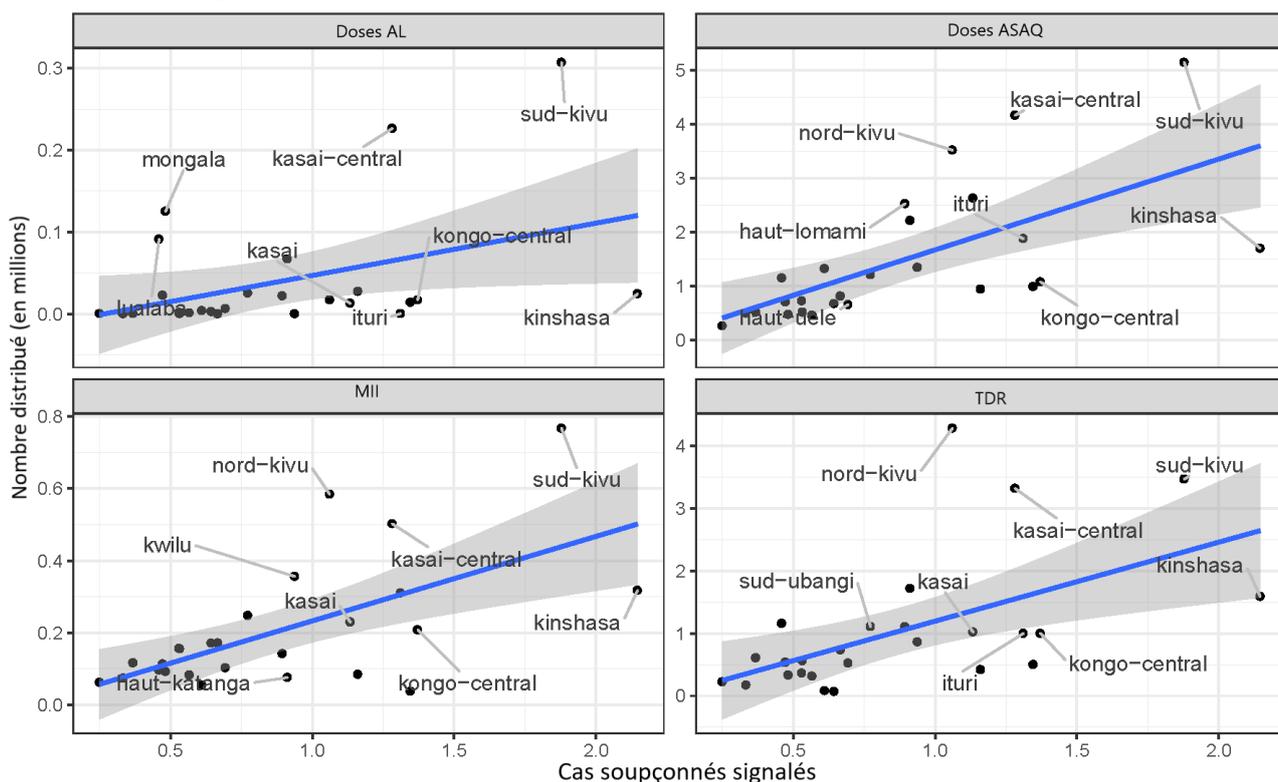
des dépenses du gouvernement (pour lesquelles aucune donnée n'était disponible).

Allocation des ressources

Une occasion d'amélioration d'efficacité des PR et des programmes nationaux se présente peut-être dans l'allocation des ressources. La Figure 12 illustre le nombre de tests de diagnostic rapide (TDR) individuels distribués à chaque DPS, par rapport aux cas de paludisme soupçonnés signalés dans chaque division. La courbe bleue représente une régression linéaire ajustée aux données. D'après cette figure, il semble que les provinces à morbidité supérieure (et qui présentent donc un plus grand besoin de tests, d'ACT et de MILD) se voient généralement allouer plus de ressources sous la forme de produits. Certaines provinces figurent cependant bien au-dessus ou au-dessous de la courbe. Au Kongo Central, par exemple, la morbidité estimée est particulièrement élevée (environ 1,3 million de cas signalés en 2017), mais la province reçoit systématiquement une quantité relativement moindre de produits : elle a ainsi reçu environ 1 million de doses d'ASAQ en 2017, soit un faible nombre par rapport à de nombreuses provinces où l'incidence est moindre et qui reçoivent plus de 2 millions (et parfois même plus de 3 millions) de doses. En revanche, certaines provinces, comme le Kasai Central et le Sud-Kivu, semblent avoir reçu plus de TDR et d'autres produits que le nombre auquel on s'attendrait généralement pour une morbidité telle que la leur⁴.

⁴Il en va de même pour le Nord-Kivu, mais le contexte local actuel de cette province peut justifier la présence de circonstances spéciales.

Figure 12. Distribution de produits par rapport au nombre signalé de cas de paludisme soupçonnés

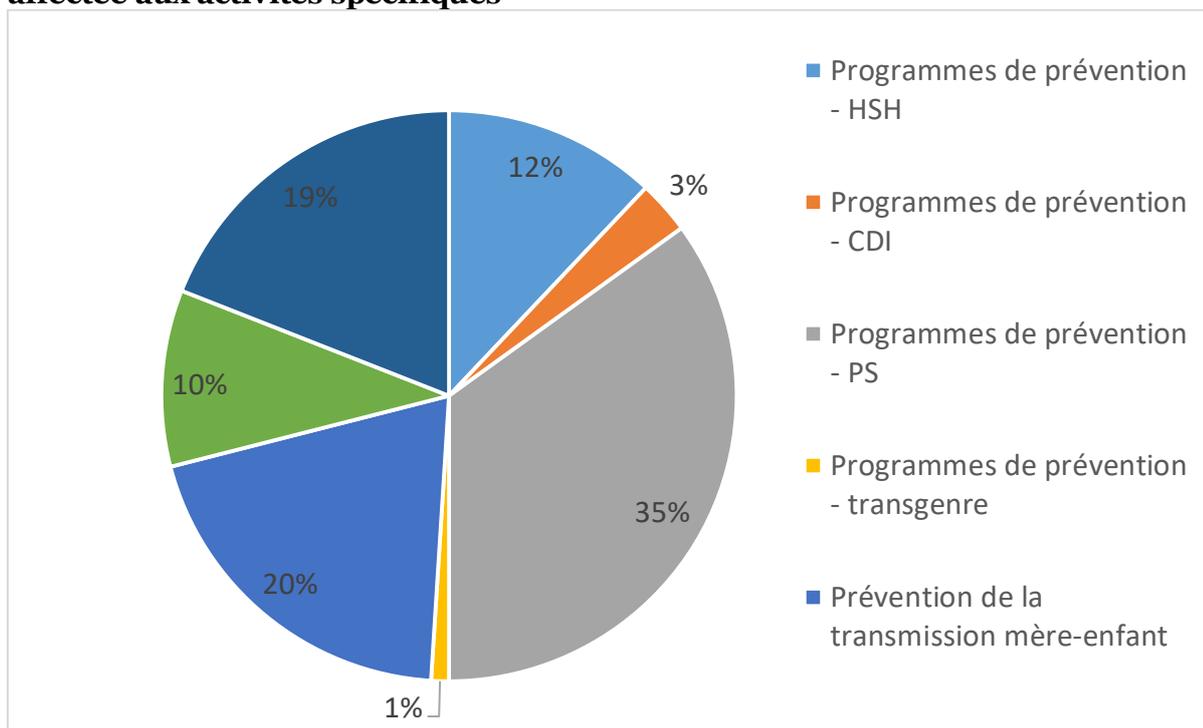


Interprétation : Il y a peut-être sous-allocation de produits dans certaines provinces. Le Kongo Central et l'Ituri, par exemple, ont reçu moins de TDR que d'ordinaire pour leur niveau de morbidité, tandis que les provinces du Haut-Katanga et du Kongo Central recevaient pour leur part moins de MILD qu'on ne s'y attendrait généralement. L'efficacité d'allocation peut s'améliorer si les ressources sont distribuées de manière mieux alignée sur le besoin. L'observation contraire doit cependant être interprétée avec prudence. Les provinces présentant une allocation élevée par rapport à leur besoin (Nord-Kivu et Kasai Central, notamment) peuvent y avoir une raison valable, au-delà peut-être des observations de la PCE.

4.6 Populations clés et vulnérables et réduction des obstacles liés au genre et aux droits humains qui freinent l'accès aux services

Les allocations 2018-2020 prévoient un budget d'environ 10,5 millions de dollars US (soit 5,5 % du budget VIH/TB) pour les activités qui ciblent les populations clés et vulnérables, cherchent à résoudre les inégalités de genre et réduisent les obstacles liés aux droits humains qui freinent l'accès aux services. Ce montant inclut 3 millions de dollars US de fonds de contrepartie accordés au programme VIH du MSP et à Cordaid pour l'élimination des obstacles liés aux droits humains qui freinent l'accès aux services VIH. La Figure 13 illustre l'affectation de ce budget de 10,5 millions de dollars US sur les modules spécifiques.

Figure 13. Proportion du budget total (10,5 m \$ US) PCV, genre et droits humains affectée aux activités spécifiques



Quatre SR « spécifiques » ont été sélectionnés pour la mise en œuvre de ces activités :

UCOP+ met en œuvre les activités d’observance thérapeutique des PVVIH : conseil et mentorat des femmes enceintes, suivi de l’intégration des services de coïnfection VIH/TB et autres services relatifs au VIH, et services aux victimes de violences sexuelles.

PSSP met en œuvre les activités destinées aux populations clés : conseil et dépistage mobiles, conseil et dépistage en centre convivial, formation de pairs-éducateurs, renforcement de capacité des prestataires de soins aux populations clés, groupes d’entraide, promotion des droits humains et plaidoyer en faveur des populations clés.

RENADEF met en œuvre les activités de réduction des obstacles liés au genre et aux droits humains qui freinent l’accès aux services : assistance juridique aux victimes de violences sexuelles et autres populations clés, cartographie des cliniques juridiques et formations de sensibilisation (« connaître ses droits », etc.) RENADEF assure aussi la mise en œuvre du programme pilote SASA! visant à réduire la vulnérabilité des adolescentes et des jeunes femmes au VIH et la violence de genre (VG), par formation des formateurs à l’approche SASA!, sensibilisation au VIH et à la VG dans les écoles et appui au plaidoyer en milieu scolaire (directeurs d’école, enseignants, parents et élèves) pour dénoncer la violence.

PASCO met en œuvre les activités ciblées sur les PCV et les obstacles liés aux droits humains qui freinent l’accès aux services : soutien des populations clés dans des centres conviviaux, formation des prestataires en centres conviviaux, sensibilisation à la prévention et au dépistage du VIH, soutien psychosocial, visites à domicile aux professionnel(le)s du sexe (PS), aux consommateurs de drogues injectables (CDI) et aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), établissement de groupes d’entraide et formation d’avocats en matière de VIH, droits humains et réduction de la stigmatisation.

La notion de genre couvre l’interprétation sociale des rôles et des relations attendues entre les hommes et les femmes, les filles et les garçons, d’après le pouvoir et l’influence relatifs attribués par la société au sexe masculin et au sexe féminin. Le cadre « genre » de la PCE énonce quatre grandes questions à approfondir :

1. Dans quelle mesure et comment la programmation sensible au genre est-elle abordée dans la mise en œuvre des subventions du Fonds mondial ?
2. La programmation sensible au genre est-elle mise en œuvre comme conçu / prévu ?
3. Quels sont les défis / obstacles à la mise en œuvre d'une programmation sensible au genre ?
4. Dans quelle mesure des améliorations systématiques favorables à la pérennité d'effets et d'impact sensibles au genre sont-elles institutionnalisées dans les trois domaines de maladie ?

Étant donné les retards de mise en œuvre des subventions du NMF2 en 2018, la PCE n'a guère pu observer celle des programmes ciblant les populations clés et vulnérables, les droits humains ou la sensibilité au genre. La planification et la mise en œuvre de programmes sensibles au genre sont censés suivre deux approches principales : l'intégration des considérations de genre dans les aspects généraux des programmes nationaux de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, d'une part, et, d'autre part, un financement spécial au profit d'activités spécifiquement sensibles au genre. En 2019, l'équipe de la PCE entend procéder à un examen beaucoup plus approfondi, non seulement de la mise en œuvre des fonds de contrepartie ayant trait aux droits humains, mais aussi des questions plus larges identifiées plus haut dans les portefeuilles du VIH, de la tuberculose et du paludisme.

Conclusion principale n° 13 : Les difficultés rencontrées par les PR et les SR pour harmoniser les activités et les budgets des programmes visant les populations clés et vulnérables et la réduction des obstacles liés au genre ou aux droits humains qui freinent l'accès aux services ont retardé la mise en œuvre.

Robustesse : (rang = 2) La conclusion est corroborée par peu de sources de données et repose principalement sur les données d'entretiens KII jugées de bonne qualité étant donné la familiarité des informateurs clés sur la question.

En raison du retard ayant affecté la conclusion des contrats avec les SR spécifiques, la plupart des activités planifiées en vertu des subventions 2018-2020 concernant les populations clés et vulnérables et la réduction des obstacles liés au genre et aux droits humains avaient à peine commencé au second semestre 2018. Nos données collectées à ce jour semblent indiquer, parmi les principales raisons des retards, les négociations prolongées entre les PR et les SR spécifiques, ainsi que les difficultés afférentes concernant l'harmonisation des budgets et les activités exactes à mettre en œuvre. Théoriquement, le processus de finalisation des contrats avec les SR aurait dû être plus rapide car les quatre SR avaient déjà été bénéficiaires de subventions du Fonds mondial, éliminant dès lors l'exigence d'une évaluation de capacité de ces SR, entre autres critères d'admission. Nos données laissent entendre que ces négociations prolongées pourraient être le résultat de l'absence de participation des SR à la formulation des activités et de leurs budgets pendant la phase d'établissement des subventions. Lors des entretiens KII, les SR ont déclaré n'avoir pas participé à l'élaboration des budgets et à la définition de la portée des activités. Ces conversations ont eu lieu pendant la phase d'établissement des subventions, qui n'implique généralement que le Fonds mondial et les PR.

« Bien que les SR spécifiques soient des experts techniques dans le domaine, ils subissent parfois la programmation (Activité + budget) proposée par le PR, sans la possibilité d'apporter le changement. » (Citation d'un informateur clé)

« Lors de l'élaboration du PTB les activités n'étaient pas réparties suivant un enchaînement logique et spécifique. » (Citation d'un informateur clé)

Certaines parties prenantes ont signalé des réductions dans les budgets d'activités 2018-2020 à l'intention des populations clés, exprimant du reste leurs inquiétudes quant à l'impact qui en résultera sur leur capacité d'atteindre les résultats programmatiques visés. Les activités spécifiques restent largement identiques, mais les PR ont dû les prioriser et ajuster les cibles en fonction des budgets disponibles. Par exemple, le budget des programmes de prévention à l'intention des adolescentes et des jeunes femmes est réduit à 1 million de dollars US dans les subventions actuelles, par rapport à 4 millions de dollars US dans les subventions antérieures. De même, le conseil dépistage volontaire mobile sont réduits à cinq séances par trimestre, par rapport à sept dans les subventions précédentes.

« ...nous avons une crainte, que les activités retenues dans NFM2, ne puissent pas avoir d'impact car les grandes activités ou activités « TOP » ne sont pas alignées : sensibilisation, activités liées à la charge virale et recherche de perdus de vue. » (Citation d'un informateur clé)

Il est possible que la participation des SR spécifiques aux négociations des subventions entre les PR et le Fonds mondial aurait pu éviter certains retards en aval. Pour l'avenir, le Fonds mondial devrait envisager comment il pourrait mieux incorporer les SR dans la planification à un stade moins avancé, ou comment rapprocher ces processus du niveau opérationnel pour une meilleure coordination.

4.7 Assurance contre le risque

Sur les quatre catégories de risques, un total de 15 risques a été identifié dans la dernière évaluation des risques en RDC effectuée en décembre 2018 et résumée au Tableau 7.

Tableau 7. Principaux risques en RDC

| Catégorie | Nb de risques identifiés | Résumé des types de risque |
|---|--------------------------|--|
| Gestion financière et fiduciaire | 2 | Aspects inadéquats : politiques, procédures, formation du personnel et suivi des contrôles liés à la préparation, l'approbation et la comptabilisation des transactions, rapprochement des écritures et autres activités administratives. |
| Gestion des produits de santé et chaîne d'approvisionnement | 2 | Suivi de qualité limité, cadre de suivi de performance de la chaîne d'approvisionnement non défini, systèmes d'information de gestion logistique (SIGL) et systèmes d'entreposage et de distribution inadéquats. Processus de prévision / quantification mal géré, manque de contrôles et de supervision, conduisant à une planification inefficace des approvisionnements. |
| Programmes et suivi-évaluation | 3 | Absence de directives de révision de la qualité des services. Mécanismes et systèmes de suivi inadéquats des services intégrés. Données incomplètes et de mauvaise qualité, faible interopérabilité entre les systèmes de données de routine communautaires et nationaux. Mécanismes d'assurance de qualité des données inadéquats. Processus de renforcement ordinaire de capacité, de gestion des approvisionnements et de contrôle et retour limités. |

La PCE offre plusieurs possibilités d'ajout d'une couche d'assurance en révisant et en évaluant l'efficacité des mesures d'atténuation et des activités d'assurance mises en place pour éliminer certains risques. Plus spécifiquement, nous avons identifié plusieurs créneaux dans les **catégories de risque de gouvernance, contrôle et gestion et de programmes et suivi-évaluation**. Les mesures d'atténuation planifiées pour la RDC et que la PCE pourrait examiner comprennent, par exemple :

Mécanismes d'assurance couvrant l'examen de la qualité des données déclarées par les agents de santé communautaire.

- Mécanismes d'assurance visant à résoudre la coordination inefficace des bailleurs concernant l'encadrement et les outils aux trois niveaux de la pyramide de la santé.
- Mécanisme d'assurance visant à renforcer la rétention des patients VIH et TB par le biais de systèmes tels que TierNet pour le suivi de ces patients.

Nous allons de plus développer nos analyses, dès le début de la mise en œuvre des subventions, et continuer à examiner la mesure et l'efficacité de l'exploitation des partenariats au profit de la résolution des faiblesses de la mise en œuvre. Par exemple, plusieurs assistances techniques (AT) sont planifiées durant la période de mise en œuvre en cours pour améliorer les capacités des ressources

humaines sur le plan du suivi-évaluation, du paludisme, des TB/VIH, de la TB-MR, dont la qualité et l'efficacité peuvent être évaluées.

4.8 Limites

Une limite générale de la PCE en est la dépendance par rapport aux sources de données secondaires existantes telles que le SIGS, les données programmatiques et les enquêtes, qui dépendent elles-mêmes de la disponibilité et de la qualité des données des sources sous-jacentes. Les limites de qualité des données du système SNIS DHIS2 comprennent les erreurs d'entrée commises par le personnel clinique et de saisie des données, la compréhension parfois contradictoire des définitions des variables et des directives cliniques et les rapports incomplets. Ces limites sont considérées dans les processus de vérification des données menés par le MdS, ainsi que dans les contrôles de qualité des données internes (documentation et élimination des valeurs aberrantes) effectués par les évaluateurs. DHIS2 indique en outre le nombre de formations sanitaires qui soumettent mensuellement leurs données, permettant ainsi des évaluations de complétude détaillées. Les données secondaires de DHIS2 sont, autant que possible, comparées à d'autres sources et la moyenne et l'imputation multiple servent à corriger le biais de déclaration.

Les données d'évaluation de processus ont largement reposé sur les entretiens KII, parfois sujets au biais de rappel et à la partialité du répondant. Pour minimiser ces erreurs potentielles, au niveau national aussi bien que provincial, l'équipe PCE a recherché les informateurs clés les plus engagés dans les processus de mise en œuvre initiaux (familiarité) et/ou ceux jugés posséder la connaissance la plus approfondie des principales zones d'intérêt thématiques. La discussion de certains sujets ayant trait au Fonds mondial peut être sensible ou délicate lors des entretiens KII. Pour parer à ce problème, l'équipe PCE s'est efforcée de rassurer les répondants en leur rappelant le caractère confidentiel de leurs réponses et l'utilité ultime de leurs idées et recommandations de renfort de la mise en œuvre au profit d'un plus grand impact en RDC. Malgré le risque de biais de rappel et de partialité du répondant, la triangulation des données obtenues lors des entretiens avec celles issues des observations de rencontres, de la revue documentaire et des sources quantitatives ordinaires aide à assurer la robustesse.

5. Conclusions et considérations stratégiques

5.1 Conclusions

La mise en œuvre des subventions 2018-2020 a démarré comme prévu le 1^{er} janvier 2018. Les PR ont reçu leurs premiers versements à temps et ont entrepris leurs activités, mais se sont trouvés confrontés à d'importants retards dans la finalisation des contrats avec les SR. Une prorogation de trois mois des contrats SR précédents a été accordée, afin d'éviter une interruption importante de la mise en œuvre. Les retards accumulés n'en ont pas moins affecté plusieurs activités des SR et se reflètent dans le faible taux d'absorption observé sur l'ensemble des subventions pendant les six premiers mois de 2018 (52,4 %). La lenteur du processus contractuel avec les SR s'est avérée, de l'avis des parties prenantes de la RDC, une difficulté majeure. La plupart des SR n'ont pas obtenu leur premier versement de fonds avant avril 2018, voire, pour certains, juin 2018. Des retards similaires ont affecté la finalisation des contrats avec les SR spécifiques chargés des activités de mise en œuvre ciblant les populations clés et vulnérables et la réduction des obstacles liés au genre et aux droits humains qui freinent l'accès aux services. Dans le cas des SR spécifiques, nous avons toutefois observé que les retards tenaient principalement aux difficultés d'harmonisation des activités et des budgets avec les PR.

La transition vers les SR transversaux et vers le stockage et le transport groupés des intrants aux CDR s'est avérée beaucoup plus compliquée et difficile à concrétiser qu'on ne l'avait initialement anticipé. Cette transition était conçue pour améliorer la coordination entre les composantes maladie et accroître l'efficacité opérationnelle, mais le fait que les PR soient restés axés sur la maladie (un pour le paludisme et un pour la tuberculose et le VIH) a exigé une coordination et une harmonisation considérables entre les deux PR. Cela sans compter les complexités additionnelles occasionnées pour les SR transversaux dont les budgets sont fractionnés, respectivement, à 70 % et 30 % entre les PR paludisme et VIH/TB, quand les PR ne décaissent pas leurs fonds en même temps.

En ce qui concerne l'influence des politiques et des objectifs stratégiques du Fonds mondial sur la mise en œuvre initiale des subventions, nous avons constaté que les principes COE de flexibilité, de partenariat et d'innovation sont mis en pratique (même si la politique COE en soi n'en est pas nécessairement le facteur déterminant). Les parties prenantes citent des exemples de procédures administratives allégées pour faciliter davantage la mise en œuvre. De nouvelles approches innovantes, comme l'approche provinciale, tardent à définir un ensemble clair d'activités, mais nos observations indiquent que la présence renforcée des membres de l'équipe pays au niveau de la province a d'ores et déjà facilité la résolution des goulots d'étranglement. Cela dit, la mobilisation de ressources suffisantes en personnel de l'équipe pays s'est révélée difficile pendant la période de lancement pour la couverture des cinq provinces initialement visées. Pour l'instant, la mise en œuvre a été réduite à deux provinces ; peut-être le déploiement futur vers les provinces restantes demandera-t-il moins d'effectifs une fois l'approche mieux définie. Concernant le partenariat, un facteur clé de la stratégie du Fonds mondial, nous avons observé un environnement particulièrement favorable en RDC, riche en partenariats entre le Fonds mondial et les bailleurs multi- et bilatéraux. Nos constats donnent à penser que ces partenariats sont propices à l'amélioration de la coordination entre les bailleurs, les parties prenantes nationales et les partenaires de mise en œuvre, et qu'ils favorisent aussi l'harmonisation des interventions et des approches de mise en œuvre pour leur assurer une portée maximale. Cependant, la question de la mise à profit efficace des partenariats reste à trancher en ce qui concerne la résolution des faiblesses de la mise en œuvre. D'une part, certains exemples illustrent combien l'assistance technique (AT) fournie à l'instance CCM a été utile à l'élection de nouveaux membres en 2018 et au renforcement fonctionnel du comité de suivi stratégique. En revanche, nous avons observé aussi de nombreuses faiblesses au niveau de la capacité de gestion financière, la collecte des données et des pratiques de rapportage, la gestion de la chaîne d'approvisionnement et le suivi-évaluation (S-É), signes d'un plus grand besoin d'assistance technique et de renforcement de capacité.

Nous avons aussi observé dans le nouveau cycle de subventions les signes de changements prometteurs vers une pérennité accrue, en particulier grâce à l'alignement des programmes du Fonds mondial sur les systèmes du pays et à leur mise en œuvre à travers ces systèmes. Parallèlement, les investissements dans les RSSH consolident les blocs de construction critiques du système sanitaire, y compris le système national d'information sanitaire et le système de gestion de la chaîne d'approvisionnement. De plus, les nouveaux modèles de mise en œuvre des subventions et de prestation des services, de gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement, ainsi que de rationalisation géographique des investissements des bailleurs sont mis en œuvre dans l'intention d'améliorer l'efficacité et l'efficacités des interventions.

5.2 Conclusions

Les recommandations fournies dans ce rapport ont été élaborées en collaboration avec les parties prenantes du pays à travers de multiples canaux participatifs. Le conseil consultatif du PCE et les parties prenantes ont été tous engagés dans ce processus qui a été jugé nécessaire pour garantir à ce que les recommandations du PCE soient pertinentes et réalisables pour la RDC. Il convient de signaler que les conclusions et recommandations préliminaires du PCE ont d'abord été examinées en consultation avec le Conseil consultatif le 21 Mars 2019, puis présentées aux parties prenantes lors de l'atelier de diffusion des résultats du PCE qui a eu lieu le 03 avril 2019 à Kinshasa, lequel a connu une importante participation, en termes d'intervenants, de toutes les parties prenantes impliquées dans la phase de mise en œuvre (62/77). Au cours de l'atelier, les participants ont été répartis en cinq groupes et chacun des groupes a travaillé pour enrichir / revoir les recommandations en réponse aux conclusions de l'évaluation. L'équipe PCE a ensuite analysé lesdites recommandations, en tenant compte de leur pertinence, leur spécificité et la mesure dans laquelle elles pourront être actionnables. Sur base de cette analyse, l'équipe PCE a apporté des modifications supplémentaires et proposé les recommandations ci-dessous :

5.2 Considérations stratégiques

Tableau 8. Considérations stratégiques basées sur les conclusions principales

| Conclusions principales | Considérations stratégiques | Opérationnalisation des recommandations |
|--|---|---|
| <p>Conclusion n° 1 : Malgré un traitement plus rapide des subventions, le processus de demande de financement différenciée n'a pas entraîné une mise en œuvre dans les délais en raison de retards non anticipés imputables aux changements apportés au nouveau montage institutionnel des subventions du NMF2.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Le Fonds mondial devrait examiner les options de différenciation de la mise en œuvre, de sorte que les avantages du processus de demande de financement différenciée s'étendent à la mise en œuvre. | <ul style="list-style-type: none"> Que le FM anticipe le temps du processus de démarrage en accordant l'approbation 6 mois avant la fin du Grants en cours ou soit en accordant la prolongation des contrats Que les PR évaluent les performances des SR 3 mois avant la fin du Grants pour donner la possibilité de reconduction des SR performants afin de réduire le temps d'identification de nouveaux SR, le cas échéant |
| <p>Conclusion n° 2 : Les changements apportés au montage institutionnel des subventions, notamment le regroupement des composantes « maladie » sous les SR transversaux et la distribution mutualisée des produits de santé, ont été conçus pour accroître l'efficacité opérationnelle et l'alignement sur les systèmes nationaux, mais il s'est avéré difficile de les concrétiser avec des PR spécifiques à chaque maladie.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Il est essentiel d'assurer le suivi et l'évaluation continue du nouveau montage institutionnel des subventions, concernant notamment le modèle de SR transversal / PR spécifique « maladie », afin de déterminer s'il est structuré efficacement pour produire des résultats. | <p>Les parties prenantes doivent exécuter les différents MOU existant (PR entre eux, PR et SR) sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Placement des commandes ✓ Mutualiser les commandes entre PR (approvisionnements) ✓ Anticiper la sous-traitance des transporteurs (CDR) ✓ Gestion des SR |
| <p>Conclusion n° 3 : Il apparaît que les principes COE de flexibilité, de partenariat et d'innovation sont mis en pratique, contribuant dès lors à une approche mieux adaptée au contexte du pays.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Le Secrétariat du Fonds mondial doit examiner avec les parties prenantes du pays les possibilités d'une application plus large. | <ul style="list-style-type: none"> Diffuser les principes de flexibilité à tous les niveaux de mise en œuvre Identifier les problèmes spécifiques pour chaque entité |
| <p>Conclusion n° 4 : L'approche provinciale est un modèle innovant qui permet d'améliorer la communication au niveau provincial et qui est utile à la résolution des goulots d'étranglement. Le lancement de ce modèle exige cependant d'importantes ressources et la mobilisation</p> | <ul style="list-style-type: none"> L'évaluation continue de l'efficacité et de l'efficacité accrues de l'approche provinciale, dans la perspective de la mise en œuvre aussi bien que de l'équipe pays, est essentielle à la détermination du rôle de ce modèle de mise en œuvre pour l'avenir. | <ul style="list-style-type: none"> Définir un montage institutionnel claire et simple pour une meilleure appropriation de l'approche par les provinces ; Prendre en compte les besoins du niveau opérationnel dans les PAO provinciaux |

| | | |
|--|--|---|
| <p>d'effectifs suffisants de l'équipe pays (ce qui s'est avéré difficile).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Tandis que le Fonds mondial poursuit son évolution vers le regroupement des activités au niveau provincial, il convient d'examiner l'efficacité et l'efficacite de la structure actuelle de l'équipe pays, pour faire face aux changements de portefeuille. | |
| <p>Conclusion n° 5 : En RDC, le modèle de partenariat assure l'harmonisation et la bonne coordination des interventions et des approches de mise en œuvre entre les parties prenantes, mais certaines faiblesses persistent dans la capacité de mise en œuvre (notamment au niveau de la gestion financière, de la collecte de données et des rapports, de la gestion de la chaîne d'approvisionnement et du suivi-évaluation).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Le Fonds mondial, en collaboration avec les autres partenaires impliqués doit veiller à définir clairement les attentes ayant trait aux partenariats et leur rôle dans la résolution des faiblesses de la capacité de mise en œuvre, tout en continuant à évaluer et poursuivre les modèles d'assistance technique les plus efficaces. | <ul style="list-style-type: none"> • Elaborer de façon conjointe avec les autres partenaires un plan d'Assistance Technique sur les différentes thématiques sous l'égide du CCM |
| <p>Conclusion n° 6 : Il apparaît que les efforts de réforme de l'instance de coordination nationale (CCM) et de renforcement de sa capacité conduisent à un système de fonctionnement plus robuste et à une plus grande participation aux décisions stratégiques importantes.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • L'assistance technique apportée à l'instance CCM fait déjà ses preuves. Les activités futures (comme l'initiative « CCM Evolution ») devront se concentrer sur le renforcement de la capacité institutionnelle, de la connaissance et de la bonne gouvernance. | <ul style="list-style-type: none"> • RAS |
| <p>Conclusion n° 7 : Des progrès ont été réalisés vers la pérennité, du fait de l'alignement des programmes financés par le Fonds mondial sur les systèmes du pays et de leur mise en œuvre à travers ces systèmes.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Le Fonds mondial doit poursuivre, dans la mesure du possible, l'alignement entrepris sur les systèmes du pays. | <ul style="list-style-type: none"> • RAS |
| <p>Conclusion n° 8 : Les investissements du Fonds mondial dans les RSSH semblent contribuer au renforcement de capacité des systèmes nationaux et améliorer l'intégration du système sanitaire, à travers le système national d'information sanitaire notamment.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Le Fonds mondial doit veiller à ce que les investissements dans le système national d'information sanitaire (SNIS) visent globalement tous les niveaux du système sanitaire engagés dans la collecte, l'examen et la validation des données (formations sanitaires, zones de santé et provinces). | <ul style="list-style-type: none"> • Le Ministère de la Santé Publique doit renforcer la coordination de tous les investissements dans le SNIS et prendre le leadership dans la mise en œuvre du SNIS (DHIS2) à tous les niveaux |

| | | |
|---|--|---|
| <p>Conclusion n° 9 : Les investissements dans les ressources humaines de la santé ciblent principalement la rétention et l'augmentation en nombre des agents de santé, mais la faible harmonisation entre bailleurs et les rares stratégies de renforcement de capacités minimisent le potentiel d'impact durable.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Le Fonds mondial doit défendre et promouvoir l'harmonisation des investissements en ressources humaines avec les autres bailleurs et renforcer la capacité des agents de santé par des approches qui consolident le système de santé au sens large. | <ul style="list-style-type: none"> • Le FM en collaboration avec les autres bailleurs doit faire le plaidoyer auprès du gouvernement, afin qu'il paie les prestataires non-payés (nouvelles unités) au niveau des FOSA |
| <p>Conclusion n° 10 : Le gouvernement a déclaré l'accroissement de son engagement de cofinancement pour le cycle de subventions en cours, satisfaisant ainsi à ses obligations. Il est cependant difficile de vérifier s'il s'agit d'une augmentation ou d'un changement substantiel d'allocation des ressources et il n'est pas clair que la démarche donne lieu à une appropriation accrue.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Il faut encourager une démarcation plus claire de la destination des nouveaux fonds, en insistant davantage sur les investissements fondamentaux qui amélioreront la pérennité et l'appropriation. | <ul style="list-style-type: none"> • Ajouter une ligne budgétaire dans les subventions pour l'activité en rapport avec la collecte des informations financières sur les fonds de contrepartie. |
| <p>Conclusion n° 11 : Les activités sont mises en œuvre dans le but de rationaliser le montage institutionnel des subventions, d'améliorer l'efficacité et d'accroître l'efficience des interventions. Les premiers constats indiquent qu'une grande attention est accordée à une approche stratégique prenant en compte l'optimisation des ressources.</p> <p>Conclusion n° 12 : Il apparaît que les PR et les programmes nationaux améliorent le rapport rendement/dollar investi mais il reste encore des possibilités d'amélioration.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Les partenaires de mise en œuvre, les instances CCM, et le secrétariat du Fonds mondial doivent mieux comprendre et maîtriser l'approche <i>optimisation des ressources</i> des investissements du Fonds mondial, afin d'en suivre les progrès et le succès. | |
| <p>Conclusion n° 13 : Les difficultés rencontrées par les PR et les SR pour harmoniser les activités et les budgets des programmes visant les populations clés et vulnérables et la réduction des obstacles liés au genre ou aux droits humains qui freinent l'accès aux services ont retardé la mise en œuvre.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Le Fonds mondial doit envisager comment il pourrait mieux incorporer les SR dans la planification à un stade moins avancé, ou comment rapprocher ces processus du niveau opérationnel pour une meilleure coordination. | <ul style="list-style-type: none"> • Les organisations de la société civile spécifiques aux aspects Genre, Droits Humains et Populations clés doivent être impliqués dans l'élaboration jusqu'à la négociation des subventions et au mieux dans la mise en œuvre |

6. Diffusion

Mise à profit des résultats, partage et échange avec le pays

La PCE a recherché les occasions de valeur ajoutée en RDC à travers le partage et l'échange opportuns avec les programmes nationaux et les parties prenantes clés. PATH-RDC a rencontré le directeur et responsable des données du PNLN afin de lui présenter les conclusions d'une évaluation de qualité des données effectuée et a pu éclairer les tendances à cet égard. L'équipe a également veillé à assurer la coordination avec les autres programmes maladie concernant les analyses effectuées sur la base des données programmatiques et de SNIS DHIS2. Les forces et les faiblesses ont pu être échangées aussi pour améliorer la qualité des données.

PATH-RDC a tenu un atelier de diffusion aux parties prenantes le 3 avril 2019 et y a présenté son Rapport annuel 2018. Plus de 60 représentants des partenaires ont participé à cet atelier, y compris, parmi les personnalités de haut niveau, le Secrétaire Général à la Santé (Dr Yuma), le 2^{ème} Vice-Président du CCM (Christian Luzombe), Dr Jackson Ukila (suivi et évaluation du CCM). M. Nicolas Farcy, gestionnaire du portefeuille du fonds de l'équipe pays était aussi présent. Les conclusions ont été accueillies positivement après un débat nourri et constructif, et la réunion a bénéficié d'un engagement actif de la part de ses participants.

Par ses contacts et échanges réguliers, PATH-RDC a noué une relation solide avec l'équipe pays de la RDC. Ces contacts prennent la forme de conversations téléphoniques bimensuelles avec le gestionnaire du portefeuille du Fonds, d'une présence aux missions locales de l'équipe pays et d'entretiens KII et de validation des données avec les membres de l'équipe pays. Il existe une présence régulière et constante de l'équipe pays en RDC, également favorable à l'établissement de rapports solides avec PATH-RDC.

Coordination et apprentissage entre pays de la PCE

En juin 2018, la PCE a organisé une rencontre avec plusieurs partenaires à Seattle (USA), donnant aux membres des équipes de la RDC, d'Ouganda et du Guatemala une occasion d'apprentissage, de collaboration et d'échange sur les différentes modalités opérationnelles du Fonds mondial dans chaque pays. D'autres occasions de collaboration se sont présentées grâce à l'établissement d'une solide relation entre les équipes PCE d'Ouganda et de la RDC, ainsi que dans le partage d'outils pour l'analyse d'évaluation.

7. Plans pour l'année 2019

Durant les premières phases de l'évaluation, la PCE en RDC s'est concentrée sur l'analyse de la préparation des dossiers de propositions, puis sur la mise en œuvre initiale des subventions. Selon le cadre de la chaîne de résultats, la PCE a entrepris la mesure des intrants, des extrants et des effets concernant les trois maladies, en mettant particulièrement l'accent sur le paludisme pour les premières analyses des chaînes des résultats.

En 2019, la PCE passera à l'analyse de la manière dont les résultats des investissements du Fonds mondial se traduisent en impacts sur les trois maladies, avec analyse géospatiale de morbidité. Tirant parti de sa nature prospective, nous cherchons à cerner les aspects du modèle d'activité du Fonds mondial, ou les facteurs contextuels, qui facilitent ou entravent la mise en œuvre des activités et leur impact final. Compte tenu des résultats obtenus à ce jour, nous nous pencherons plus avant sur les points suivants en 2019 :

- Évaluation du processus d'établissement des cibles et de ses conséquences
- Examen approfondi des questions de genre et de droits humains, y compris la mesure dans laquelle les activités sont définies adéquatement et exécutées efficacement dans les subventions
- Analyse approfondie des stratégies d'atténuation du risque et de leurs conséquences
- Évaluation approfondie des partenariats et de la manière dont ils favorisent ou entravent la mise en œuvre des subventions
- Suivi de l'initiative CCM Evolution, de ses succès et des défis rencontrés

- Analyse apte à faciliter la tâche des PR dans leurs efforts de reprogrammation
- Suivi continu de nombreuses activités abordées dans ce rapport, comme les RSSH, les stratégies d'optimisation des ressources et l'approche provinciale

La PCE s'est jusqu'ici appuyée sur l'information primaire pour l'analyse qualitative et l'analyse de données secondaires quantitatives. L'aide de toutes les parties prenantes à l'apport d'information destinée à la PCE est essentielle à son succès, y compris de la part de l'équipe pays, des responsables des programmes gouvernementaux et des organisations de la société civile. La disponibilité de l'information pose cependant un risque potentiellement important pour 2019, du fait des limites identifiées dans les systèmes d'information sanitaire. Nous entendons atténuer le risque par notre collaboration continue avec les parties prenantes, mais il conviendra, à certains égards, de considérer la nécessité de la collecte de données primaires.

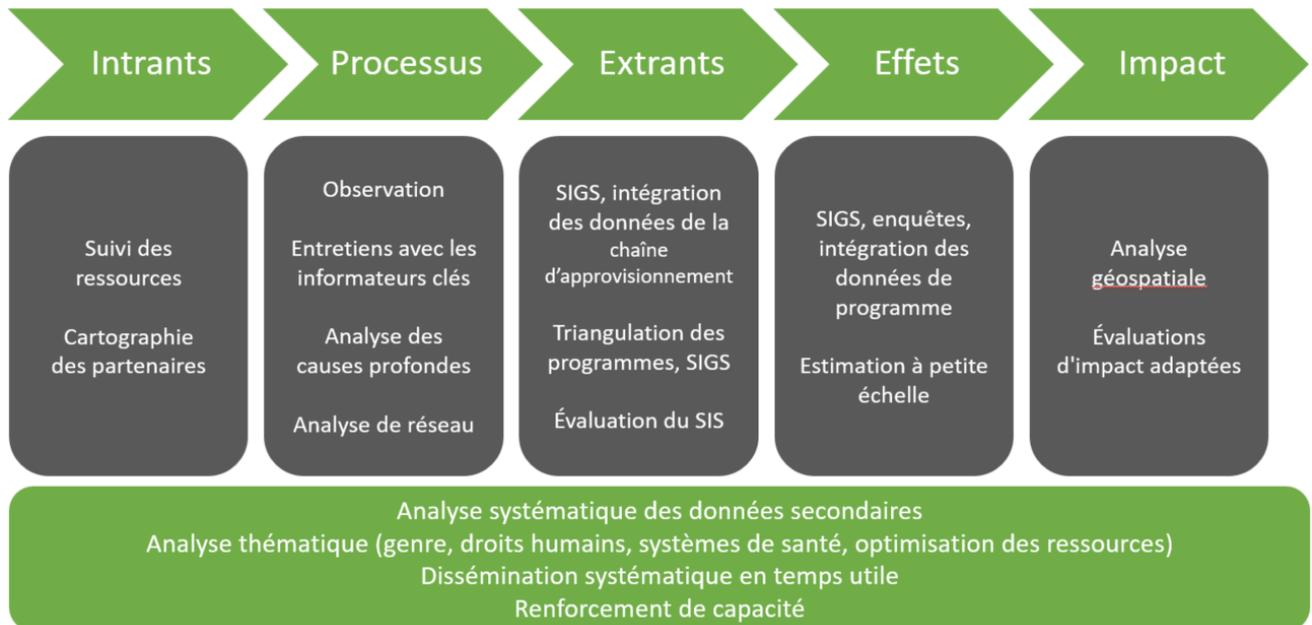
Références

1. Eligibility List 2018 [Internet]. The Global Fund; 2018. Available from: https://www.theglobalfund.org/media/7214/core_eligiblecountries2018_list_en.pdf?u=636737408030000000
2. Global Tuberculosis Report 2018 [Internet]. World Health Organization; 2018. Available from: http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2018_main_text_30Oct2018.pdf?ua=1
3. James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 2018 Nov 10;392(10159):1789–858.
4. Pearson N, Sondorp E, Dickinson C, Walford V. Thematic Review of the Global Fund in Fragile States [Internet]. Euro Health Group; 2014. Available from: https://www.theglobalfund.org/media/3010/terg_evaluation2013-2014thematicreviewfragilestates_report_en.pdf?u=636727910790000000
5. Global Fund Operational Policy Note: Challenging Operating Environments. The Global Fund; 2017.
6. Global Fund Guidance Note: Portfolio Analysis and Operational Strategy for COE Countries. The Global Fund; 2017.
7. Guidance Paper on CCM Oversight [Internet]. The Global Fund; Available from: https://www.theglobalfund.org/media/5412/ccm_ccmoversightguidance_paper_en.pdf?u=636679305590000000
8. Stratégie de renforcement du système de santé. [Internet]. Kinshasa: Ministère de la Santé Publique; 2016. Available from: http://planificationfamiliale-rdc.net/docs/2_StrategieDeRenforcementDuSystemeDeSante_SRSS_Juin2006.pdf
9. Postma S, Rock J. Consultant Report on TERG/RSSH Evaluation of Eight Countries. Technical Evaluation Reference Group;
10. TRP Report on RSSH Investments in the 2017-2019 Funding Cycle. The Global Fund Strategy Committee; 2018.
11. Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results. [Internet]. Institute for Health Metrics and Evaluation; 2018. Available from: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
12. Grant Details Data Set [Internet]. The Global Fund Data Service; 2018. Available from: <https://data-service.theglobalfund.org/downloads>
13. 2016-2020 National Strategic Plan. Democratic Republic of the Congo Ministry of Public Health; 2016.
14. Modular Framework Handbook [Internet]. The Global Fund; 2017. Available from: https://www.theglobalfund.org/media/4309/fundingmodel_modularframework_handbook_en.pdf
15. Financing Global Health 2017: Funding Universal Health Coverage and the Unfinished HIV/AIDS Agenda. [Internet]. Institute for Health Metrics and Evaluation; 2018. Available from:

http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2018/IHME_FGH_2017_fullreport.pdf

16. Funding Request Malaria [Internet]. Democratic Republic of the Congo Ministry of Public Health; 2017. Available from: http://docs.theglobalfund.org/program-documents/GF_PD_001_b60a7b57-16e4-4a9b-8d0d-86f005878c12.zip
17. International Development Statistics (IDS) online databases [Internet]. Organization for Economic Cooperation and Development; Available from: <http://www.oecd.org/dac/stats/idsonline.htm>
18. Honaker J, King G, Blackwell M. Amelia II: A Program for Missing Data. *J Stat Softw.* 2011;45(7):1–47.
19. Intermittent preventive treatment in pregnancy IPTp [Internet]. World Health Organization; 2018. Available from: https://www.who.int/malaria/areas/preventive_therapies/pregnancy/en/
20. Layer catalogue [Internet]. The Malaria Atlas Project; Available from: map.ox.ac.uk/explorer
21. World Malaria Report. World Health Organization; 2018.

Annexe I : Principaux composants d'évaluation de la chaîne de résultats



Annexe II : Questions d'évaluation spécifiques à la RDC pour la mise en œuvre de la subventions et outils et méthodes afférents

| Questions d'évaluation | Outils et méthodes |
|--|---|
| Les subventions sont-elles mises en œuvre à temps et comme prévu ? | Entretiens KII Observation de rencontres Revue documentaire Suivi de processus Analyse des causes profondes |
| Quelles sont les tendances et la distribution (géographique, démographique et socioéconomique) des résultats et des effets de santé liés au VIH, à la tuberculose et au paludisme ? | Entretiens KII Observation de rencontres Revue documentaire Suivi des ressources |
| Dans quelle mesure les ressources du Fonds mondial contribuent-elles à l'amélioration des produits de santé et des résultats pour le VIH, la tuberculose et le paludisme ? Quelle est la variation géographique et démographique de cette contribution et quels sont les obstacles et les facteurs favorables en termes de réalisation des résultats et des effets ? | Entretiens KII Observation de rencontres Revue documentaire Suivi de processus Suivi des ressources |
| Les mécanismes de gestion du risque et de suivi du Fonds mondial sont-ils propices (efficaces et efficaces) aux résultats des programmes ? | Entretiens KII Observation de rencontres Revue documentaire |
| Dans les contextes d'intervention difficiles, en quoi les partenariats et la flexibilité accrue des processus du Fonds mondial contribuent-ils à une plus grande efficacité et à un plus grand impact ? | Entretiens KII Observation de rencontres Revue documentaire |
| En quoi les réformes des modèles et stratégies de mise en œuvre au niveau du pays ont-elles contribué à l'amélioration de l'efficacité et de l'efficacité des programmes ? | Entretiens KII Observation de rencontres Revue documentaire Suivi des ressources |
| L'argent du Fonds mondial passe-t-il avec efficacité et efficacité du niveau mondial au niveau national et au niveau provincial ? | Entretiens KII Observation de rencontres Revue documentaire Suivi des ressources |
| En quoi les investissements du Fonds mondial contribuent-ils à la mise en place de systèmes résistants et pérennes pour la santé ? | Entretiens KII Observation de rencontres Revue documentaire Suivi des ressources |
| Comment le Fonds mondial a-t-il soutenu la décentralisation gouvernementale de l'administration de la santé au niveau provincial ? | Entretiens KII Observation de rencontres Revue documentaire Suivi des ressources |

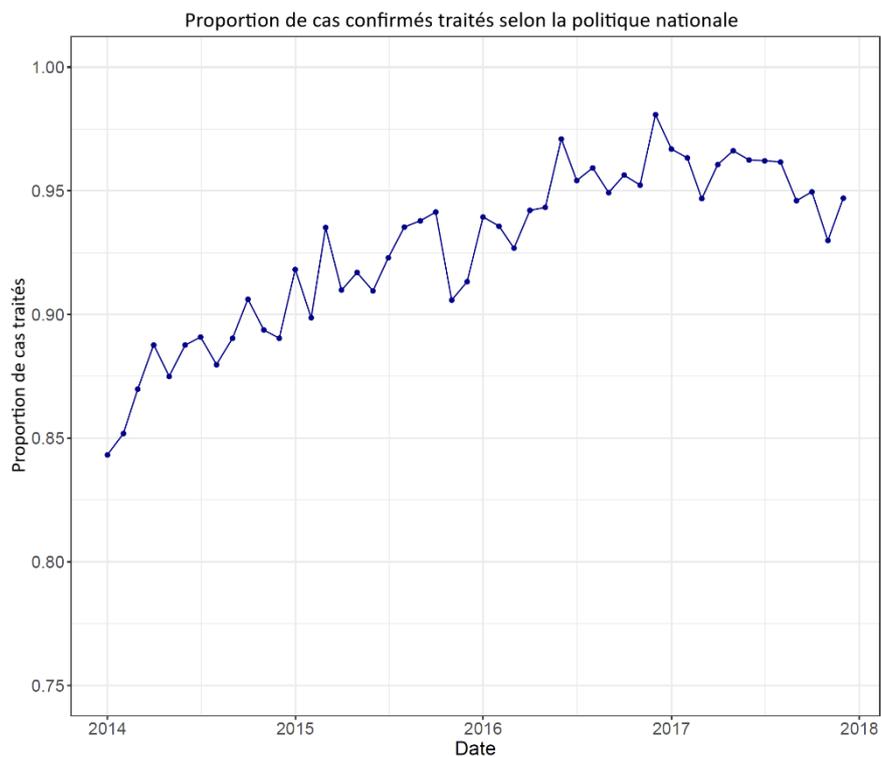
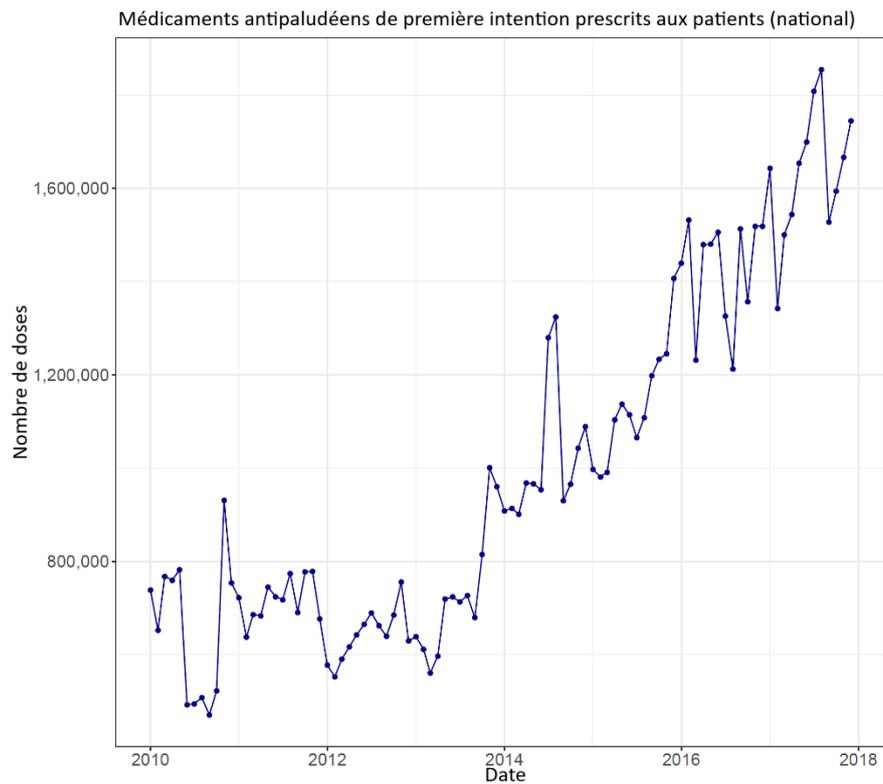
| | |
|---|---|
| Les investissements du Fonds mondial dans les programmes de réduction des obstacles liés aux droits humains et au genre qui freinent l'accès aux services contre le VIH, la tuberculose et le paludisme sont-ils suffisants en termes de quantité, de qualité et d'efficacité ? | Entretiens KII Observation de rencontres Revue documentaire Suivi des ressources |
| Quelles sont les tendances et la distribution des ressources du Fonds mondial (intrants) et que peut-on en dire par rapport au besoin ? | Entretiens KII Suivi des ressources |
| Quels sont les facteurs des taux d'absorption généralement faibles (exécution financière) des investissements du Fonds mondial ? | Entretiens KII Observation de rencontres Revue documentaire Suivi des ressources |
| Comment les ressources gouvernementales (cofinancement compris) sont-elles allouées et utilisées en complément aux investissements du Fonds mondial dans la lutte contre les trois maladies ? | Entretiens KII Revue documentaire |
| Quels sont les facteurs de fonctionnement efficace du CCM conformément aux normes et au champ d'application définis par le modèle d'activité du Fonds mondial et quels en sont les obstacles ? | Entretiens KII Observation de rencontres Revue documentaire |

Annexe III : Sources de données secondaires obtenues et analysées à ce jour

| Source de données | Dates disponibles | Description des données |
|---|------------------------------|--|
| Données de suivi des ressources | | <p>Budgets de subventions approuvés Niveau de détail : Descriptions d'activités spécifiques Totaux budgétaires trimestriels Récipiendaire</p> <p>Rapport sur les résultats actuels/demandes de décaissement (PU/DR) Niveau de détail : Module et intervention Budget et dépenses trimestriels Récipiendaire</p> <p>Système de gestion des subventions du Fonds mondial (GOS) Niveau de détail : Module et intervention Budget et dépenses semestriels</p> |
| Système national d'information sanitaire (SNIS) DHIS2 | | <ul style="list-style-type: none"> - Données au niveau de la formation sanitaire - Plus de 700 éléments de données distincts, dont les services de base, la chaîne d'approvisionnement et les services VIH - Données actualisées mensuellement, disponibles jusque fin juin 2018 - Les indicateurs clés comprennent les extrants tels que tests effectués, médicaments disponibles ou consommés, charge virale et dénominateurs tels que cas confirmés détectés - Les problèmes de qualité des données concernent la complétude, la couverture et les erreurs de rapport |
| Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) : données du programme | 2010 – 2017 ; mensuelles | <ul style="list-style-type: none"> - Données de niveau zone de santé - Indicateurs mesurés : cas de paludisme soupçonnés, cas de paludisme présumés, cas confirmés de paludisme sans complications, cas de paludisme avec hospitalisation et décès imputables au paludisme, tous pour deux tranches d'âge (moins de 5 ans et 5 ans et plus) et femmes enceintes - Activités et extrants mesurés : médicaments antipaludéens, MILD et tests de diagnostic rapide et frottis sanguins (tests effectués et tests positifs) - Autres mesures : ruptures de stocks, nombre de formations sanitaires déclarantes, nombre d'employés membres de l'équipe de la zone de santé et données du travail de santé communautaire |
| Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT) : données du programme | 2017 – 2018 ; trimestrielles | <ul style="list-style-type: none"> - Données au niveau de la province - Notifications de cas de tuberculose avec confirmation bactériologique, avec diagnostic clinique et tuberculose extra-pulmonaire et tuberculose multirésistante - Tests effectués - Issue des cas (traitement terminé, traitement efficace, échec du traitement, perte au suivi, décès) |

| | | |
|-------------------------------------|---|--|
| Malaria Atlas Project (MAP) | 2000-2016 (avec projections jusqu'à 2020) | <ul style="list-style-type: none"> - grille 5x5 km - Estimations modélisées de couverture MILD, couverture ACT, incidence (nombre et taux), prévalence et taux de mortalité - Estimations basées sur les données d'enquêtes de ménages, avec modèles statistiques et covariables géospatiales pour interpoler les zones géographiques sans données |
| Estimations de morbidité VIH locale | 2000-2016 (avec projections jusqu'à 2020) | <ul style="list-style-type: none"> - grille 5x5 km - Estimations modélisées d'usage du préservatif, prévalence de la circoncision masculine, nombre de partenaires sexuels durant les 12 derniers mois, prévalence VIH - Estimations basées sur les données d'enquêtes de ménages, avec modèles statistiques et covariables géospatiales pour interpoler les zones géographiques sans données |

Annexe IV : Médicaments antipaludéens prescrits ; cas confirmés traités



Source: Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP)

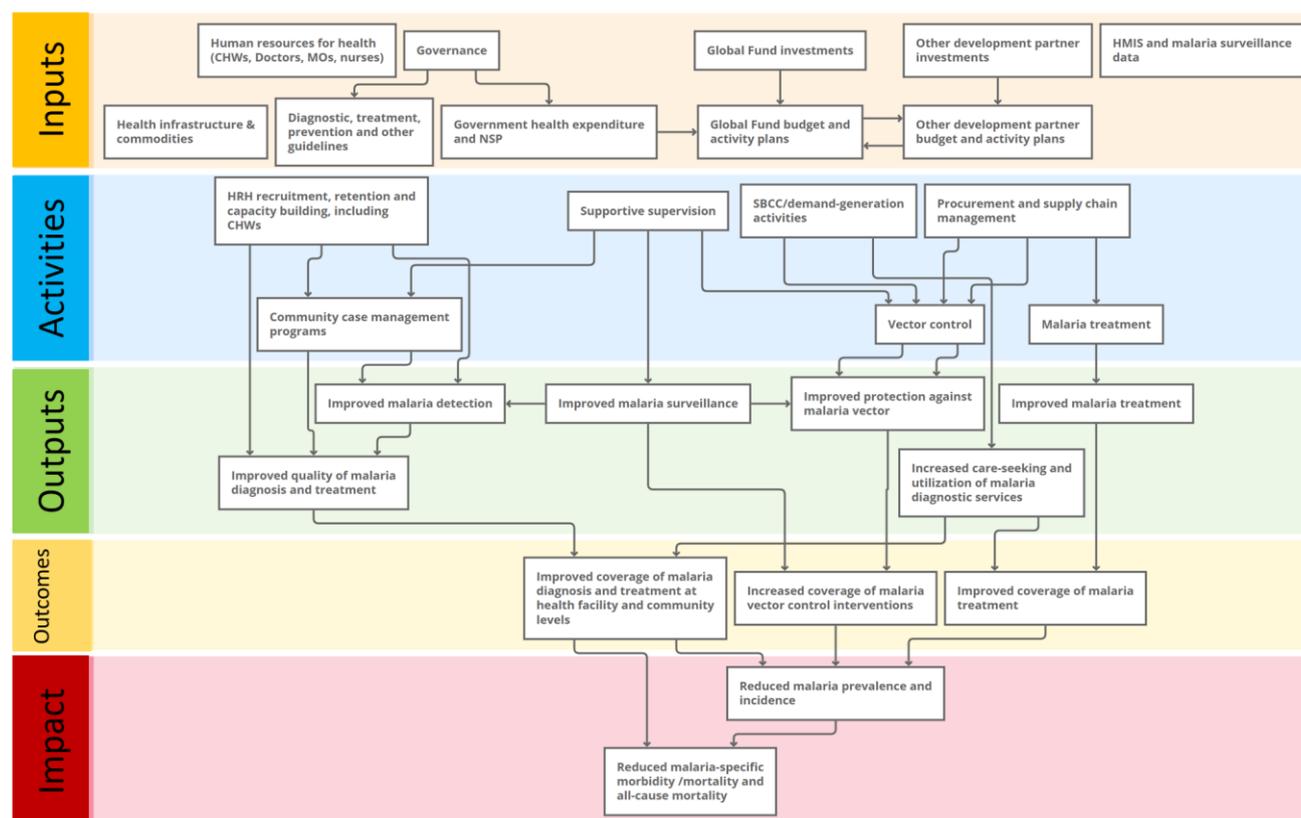
Annexe V : Chaîne de résultats - paludisme

Introduction

L'évaluation prospective de pays (PCE) a élaboré les chaînes de résultats spécifiques aux trois maladies en tant que cadre analytique conçu pour expliquer le lien entre les investissements du Fonds mondial et les extrants de santé, les effets et l'impact pour le VIH, la tuberculose et le paludisme. Les cases des chaînes de résultats se mesurent principalement à l'aide de sources quantitatives ; les flèches qui les relient expliquent les liens qui les unissent et sont évaluées principalement sur la base de sources de données qualitatives. Nous définissons un « chemin » à travers la chaîne de résultats comme une séquence logique d'indicateurs à partir des intrants, comme par exemple le chemin de prise en charge des cas.

Une version interactive de la chaîne de résultats pour le paludisme est proposée ici (en anglais) :

<https://evaluationplanningtool.org/model/mokdbjaebjaabkdhagb>



D'après la disponibilité des données et les interventions du budget global le plus important des subventions actuelles, les chemins mis en valeur ici sont principalement ceux ayant trait au traitement, au dépistage, au contrôle des vecteurs et (dans une moindre mesure) au traitement préventif pendant la grossesse. D'autres, comme la gestion des programmes, la communication pour le changement de comportement (CCC) et le renforcement des systèmes de santé, moins quantifiables, sont par conséquent discutés plus avant dans le corps principal de ce rapport. Nous suivons ces chemins sélectionnés au fil de chaque section de la chaîne de résultats. Chaque section présente une vue d'ensemble descriptive des niveaux, des tendances et de la distribution de toutes les données disponibles sous analyse de la PCE, suivie de l'interprétation des données et du rôle du Fonds mondial (si possible), ainsi que d'un résumé des limites des données.

Contexte

Sur les 209 millions de nouveaux cas de paludisme estimés en 2017, environ 11,4 % (23,7 millions) sont survenus en RDC(11). Cette part de la morbidité mondiale du paludisme n'est devancée que par celle du Nigeria (21,3 %) et est principalement imputable au parasite *Plasmodium falciparum*

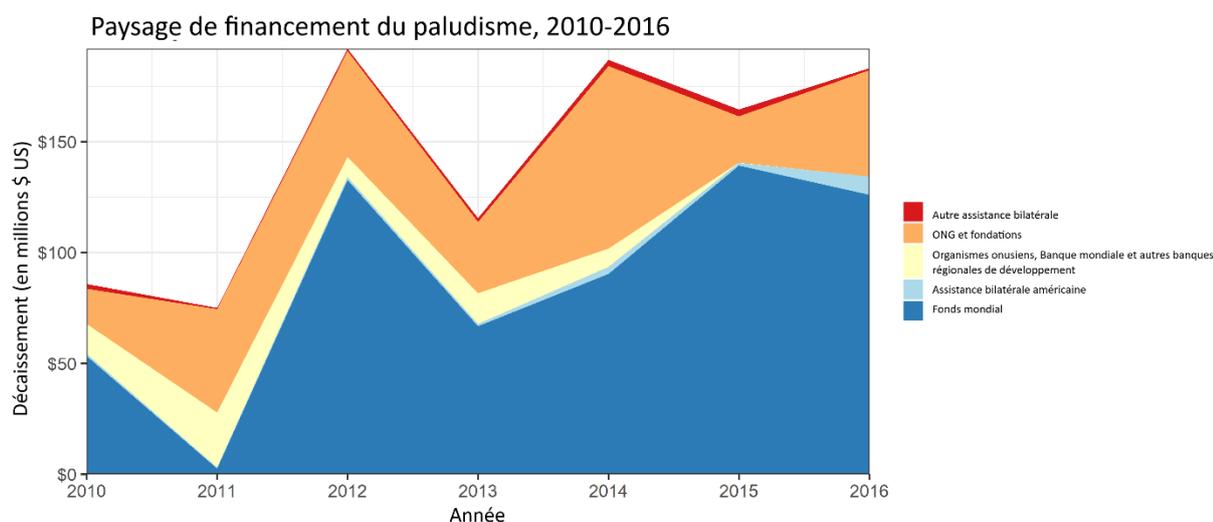
transmis par les moustiques *Anopheles gambiae*. Le Fonds mondial a à ce jour décaissé environ 862 millions de dollars US aux fins de la lutte contre le paludisme en RDC, qui se classe ainsi en deuxième position aussi en termes d'ampleur du décaissement du Fonds mondial contre le paludisme(12).

Le programme de lutte contre le paludisme de la RDC est géographiquement « rationalisé », ce qui veut dire que différents bailleurs soutiennent différentes provinces. À l'échelle nationale toutefois, l'effort de contrôle du paludisme en RDC est axé sur les MILD, le traitement en formation sanitaire (principalement à l'ASAQ) et la confirmation biologique, avec quelques composants additionnels pour le suivi entomologique (une certaine résistance à la perméthrine a été observée), la prévention du paludisme chez la femme enceinte et les interventions communautaires telles que le dépistage, la prise en charge des cas et la CCC(13). La RDC ne pratique actuellement pas (ou guère) la pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent (PID) ni le traitement préventif des nourrissons, bien qu'un pilote PID soit prévu en 2019 ou 2020. La stratégie appuyée par le Fonds mondial et la President's Malaria Initiative (PMI) en RDC reflète ces grandes priorités. Voir le corps principal du rapport pour plus de détails sur le contexte de la RDC.

Intrants

Pour suivre les intrants, nous analysons les données budgétaires, de décaissement et de dépense au fil du temps, par source de financement et par module/intervention selon le cadre modulaire du Fonds mondial(14). Toutes les quantités ne sont cependant pas disponibles pour chaque source de financement et module, ce qui veut dire que certains indicateurs sont suivis sur le plan budgétaire et d'autres, en termes de décaissements ou dépenses. La Figure 1 illustre la contribution du Fonds mondial et celles d'autres bailleurs extérieurs aux dépenses globales contre le paludisme en RDC.

Figure 1. Paysage du financement contre le paludisme en RDC, 2010-2016



Source: *Étude Financing Global Health 2017*

Parmi les sources d'aide publique au développement (APD) affectées au paludisme, le Fonds mondial est, historiquement, un participant majoritaire(15). Le décaissement du Fonds mondial a atteint un total de 126 millions de dollars US en 2016, par rapport à 48,0 millions de dollars US canalisés à travers les ONG et les fondations et à 8,2 millions de dollars US obtenus d'organismes bilatéraux américains (principalement la PMI). Une petite somme d'APD a transité par le biais d'autres organismes bilatéraux (898 mille dollars US) et d'organismes onusiens/banques du développement (55 mille dollars US). En 2017, les décaissements du Fonds mondial, en baisse, sont passés à 85 millions de dollars US. Les données 2017 (non illustrées à la Figure 1) des autres sources de financement ne sont pas encore disponibles. Le budget total 2018 du Fonds mondial était de 134,8 millions de dollars US, bien que le décaissement effectif soit vraisemblablement moindre (voir la section Activités ci-dessous pour une discussion de l'absorption).

La proportion de l'APD affectée au paludisme représentée par le Fonds mondial demeure relativement stable au fil du temps, avec une fluctuation annuelle due au cycle des subventions et aux cycles de mise en œuvre (concernant notamment les campagnes de masse de distribution de moustiquaires). En 2010, par exemple, le Fonds mondial a représenté 62,1 % de la totalité de l'APD, atteignant son point culminant, à 84,6 %, en 2015. Ces valeurs n'incluent pas les dépenses publiques de santé affectées au paludisme, chiffrées à 1,5 million de dollars US lors de leur dernière estimation en 2016(16).

Toutes les données reprises dans cette figure ont été compilées par l'étude Financing Global Health 2017, qui reflète les données de décaissement en provenance directe du site web du Fonds mondial ou des bases de données DAC et CRS de l'OCDE(12), (17). Cette figure affiche les ressources décaissées par chaque organisation sous forme de *canal* international et non de *source*. Autrement dit, les ressources en provenance des organismes bilatéraux américains (relevant du gouvernement américain) qui sont en fin de compte décaissées par le Fonds mondial (soit, en 2016, plus de 28 millions de dollars US) ne sont pas comptées comme une assistance bilatérale américaine dans cette figure. Elle reflète aussi le décaissement réel de fonds plutôt que le budget et peut différer des plans opérationnels de la PMI pour cette raison aussi. Dans certains cas, les données de subventions ont été ajustées pour refléter les années civiles et ne correspondent donc peut-être pas parfaitement aux rapports annuels de chaque source. Les détails de méthodologie sont présentés dans le rapport Financing Global Health 2017.

La Figure 2 représente le budget du Fonds mondial pour la période 2018-2022, ventilé par module et intervention, sous regroupement des deux PR (ministère de la Santé : 74,9 millions de dollars US et SANRU : 275,7 millions de dollars US). La plus large catégorie d'intervention pour les subventions courantes est celle des campagnes de masse MILD, soit 112,6 millions de dollars US (32,1 %) budgétisés pour 2018 et 2019. La gestion des subventions constitue la deuxième grande catégorie d'intervention, à 89,8 millions de dollars US (25,6 %) budgétisés sur les trois années, bien que cela inclue 10 millions de dollars US budgétisés pour la continuation du FBR, non dotée d'un module propre dans le Manuel sur le cadre modulaire. Le traitement en formation sanitaire se classe au troisième rang d'importance parmi les interventions des subventions en cours, avec 43,7 millions de dollars US (12,5 %) budgétisés et 4,4 millions de dollars US (1,3 %) en plus budgétisés spécifiquement pour la prise en charge du paludisme grave. Bien que de moindre envergure, les autres articles budgétaires notables comptent 2,8 millions de dollars US (0,8 %) au poste du traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPIg). Les budgets sont planifiés de telle manière que la plus grosse dépense (166,1 millions de dollars US) interviendra en 2019 ; 134,8 millions de dollars US sont planifiés pour 2018 et 49,8 millions de dollars US seulement pour 2020.

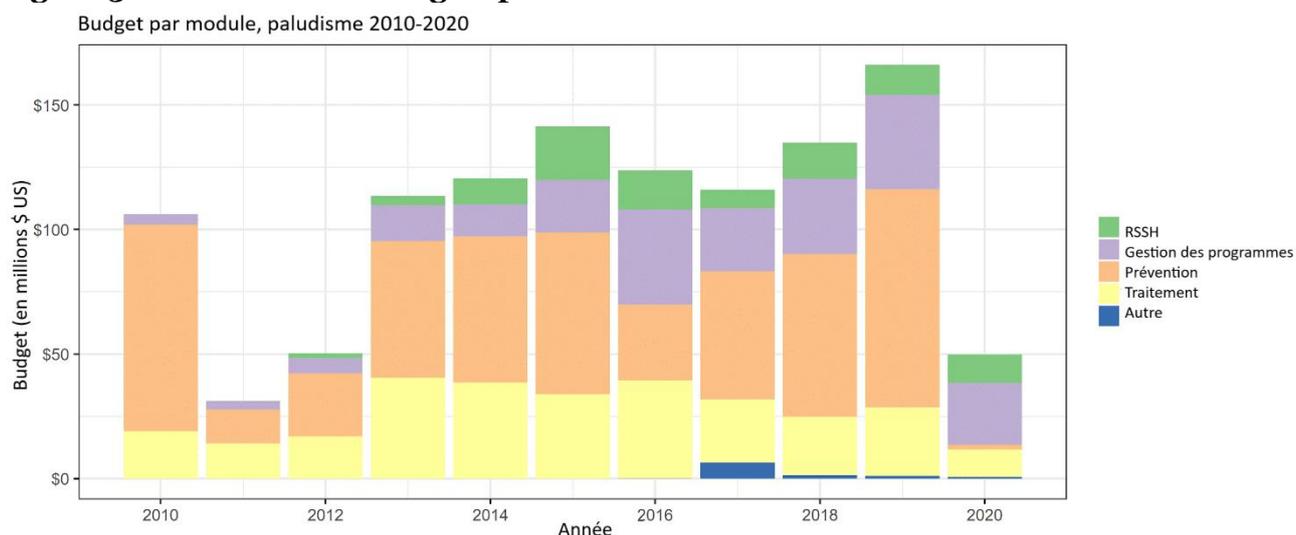
Figure 2. Catégories budgétaires des subventions paludisme du Fonds mondial en RDC (deux subventions combinées)



Source : Budgets approuvés du Fonds mondial

Cette figure repose sur les budgets approuvés soumis au Fonds mondial en juillet 2018 (SANRU) et août 2018 (MSP). Elle ne reflète peut-être pas les réallocations, reprogrammations ou dépenses effectives survenues depuis lors. La PCE suit également les budgets des cycles de subventions antérieurs, afin d'évaluer les tendances à plus long terme de la contribution du Fonds mondial aux résultats des programmes. La Figure 3 présente ces tendances regroupées en catégories plus larges (voir le tableau complet de catégorisation des modules/interventions dans ces cinq catégories à l'Annexe VI).

Figure 3. Tendances des budgets paludisme du Fonds mondial en RDC



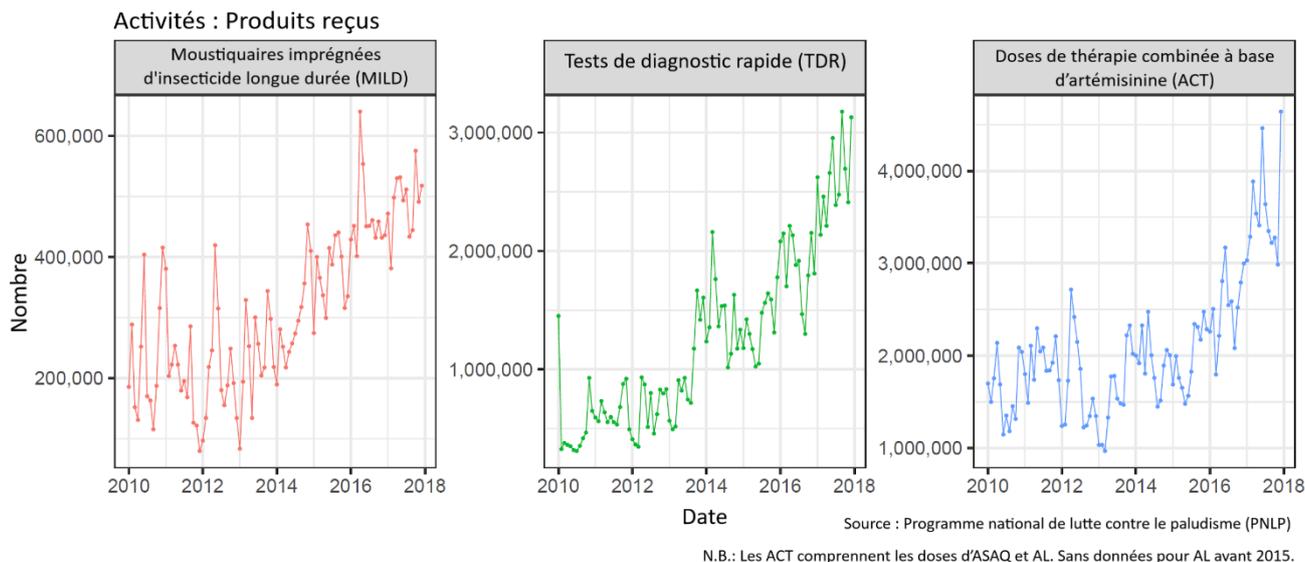
Source : Budgets approuvés du Fonds mondial

Depuis 2010, le Fonds mondial a assuré un large flux de fonds à la prise en charge des cas (traitement), atteignant son point culminant, à 40,4 millions de dollars US en 2013, pour diminuer ensuite légèrement seulement, jusqu'à 28,5 millions de dollars US budgétisés pour 2019. L'appui du Fonds mondial à la prévention (contrôle des vecteurs, TPIg et CCC) est plus variable, tombant de 67,1 millions de dollars US entre 2010-2011 et de 34,9 millions de dollars US entre 2015-2016 du fait de la nature périodique des campagnes de masse. Cela dit, les budgets de prévention présentent une croissance plus régulière ces dernières années, de 30,0 millions de dollars US en 2016 à 86,0 millions de dollars US en 2019. L'appui du Fonds mondial reste une fraction considérable de l'APD pour le traitement aussi bien que pour la prévention du paludisme, représentant une moyenne de 66,5 % de l'APD annuelle totale au traitement et 63,8 % de l'APD totale de prévention durant la période pour laquelle des données sont disponibles concernant toutes les sources (2010 à 2016).

Activités

Ce haut niveau soutenu d'intrants du Fonds mondial et d'autres conduit à une amélioration observable des activités et des extrants du programme national de lutte contre le paludisme. En suivant la chaîne des résultats des intrants aux activités, l'indicateur le plus proximal pour le suivi de la traduction des ressources financières en activité programmatique passe par la distribution des produits. La Figure 4 représente la quantité de MILD, tests de diagnostic rapide (TDR) et doses de thérapie combinée à base d'artémisinine (ACT) de tous types distribués du niveau central au niveau local (zones de santé).

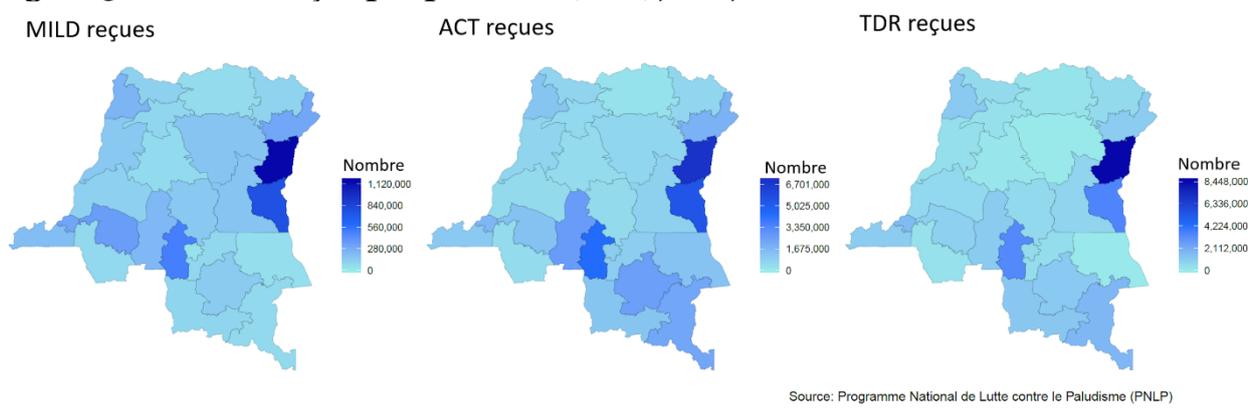
Figure 4. Nombre de produits distribués du niveau national aux zones de santé



Le nombre de MILD, de TDR et d'ACT distribués est en hausse nette depuis 2010, de manière continue à partir de 2014. Entre 2010 et 2014, une moyenne de 220 000 MILD a été distribuée chaque mois, de même que 696 000 TDR et 1,7 million de doses d'ACT à l'échelle nationale. Dès 2017, ces chiffres étaient passés à une moyenne mensuelle de 490 000 MILD, 2,6 millions de TDR et 3,6 millions d'ACT. Ces trois produits semblent en hausse continue ces quatre dernières années, au rythme de 3 600 MILD, 23 000 TDR et 18 000 doses d'ACT en plus, en moyenne, par mois⁵.

La distribution des produits varie également sur le plan géographique. Comme illustré à la Figure 5, le Nord-Kivu en reçoit invariablement le plus : à concurrence de 1,2 million de MILD, 7,0 millions d'ACT et 8,5 millions de TDR en 2017. Viennent ensuite le Sud-Kivu et le Kasai Central pour les ACT (5,5 millions et 4,4 millions, respectivement) et les TDR (3,5 millions et 3,3 millions, respectivement) en 2017. Le Kasai Oriental a reçu la plus faible distribution de MILD (37 000 en 2017), le Bas-Uele, celle d'ACT (269 000 en 2017) et la Tshopo, celle de TDR (70 000 en 2017).

Figure 5. Produits reçus par province (DPS), 2017



Le financement soutenu s'inscrit parmi les explications de cette amélioration de l'activité de traitement et de prévention du paludisme. Comme décrit dans le corps de ce rapport, les mesures prises pour améliorer l'efficacité semblent conduire à une plus grande production de biens et services

⁵Estimations par moindres carrés. D'autres méthodes peuvent produire des estimations légèrement différentes.

par dollar investi. Parallèlement à l'investissement régulier du Fonds mondial et d'autres bailleurs, les améliorations telles que le mécanisme d'achats groupés, les SR transversaux et la rationalisation géographique, notamment, jouent toutes un rôle dans les tendances positives de ces dernières années. À ce stade, la PCE ne peut isoler et déterminer la contribution exacte de chaque facteur d'accroissement de l'activité programmatique, mais plus de détails sont donnés sur chacun dans le corps du rapport.

Les chiffres reflètent les données du programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) et sont corrigés pour raisons de qualité des données, concernant notamment les valeurs aberrantes (valeurs anormalement élevées par rapport aux autres zones et autres points dans le temps) et les données manquantes (imputation multiple selon les meilleures pratiques acceptées de l'algorithme EM)(18). Il importe aussi de noter que les données de suivi de la distribution d'artéméter-luméfantrine ne sont disponibles que depuis 2015. Bien que nous ayons estimé les projections de ces quantités dans le passé, les chiffres ci-dessus ne les reflètent pas. Malgré nos efforts de correction des problèmes de qualité des données, il reste possible que les changements de complétude du rapport des données (nombre de formations sanitaires par zone de santé et non celui de points de données non manquants) durant cette période expliquent certaines de ces tendances.

Bien que ces chiffres ne s'étendent que jusque fin 2017, la progression initiale de la mise en œuvre des subventions actuelles peut être suivie à travers l'exécution financière, c'est-à-dire l'absorption. De janvier à juin 2018 (période pour laquelle les données des rapports de progression des PR sont disponibles), 69,9 % du budget planifié pour les deux subventions (25,6 millions de dollars US sur 36,6 millions de dollars US) ont été dépensés. La raison en est principalement la dépense plus importante que prévu au poste du contrôle des vecteurs dans la subvention à SANRU (bien que 960 000 dollars US seulement aient été budgétisés pour les deux premiers trimestres, 14,8 millions de dollars US ont en fait été dépensés avec pour explication que l'achat de MILD destinées à la prochaine campagne de masse a eu lieu plus tôt que prévu). Cela mis à part, la mise en œuvre de nombreux modules budgétaires a accusé des retards pendant la première moitié de 2018. Par exemple, pas un centime du 1,1 million de dollars US budgétisé pour la gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement, la prestation de services intégrés, l'amélioration de la qualité et les stratégies nationales de santé n'a été dépensé à ce jour, et 4 % seulement du 1,1 million de dollars US alloué au SIGS et au suivi-évaluation par le Mds l'ont été. La prise en charge des cas, pour laquelle 18,1 millions de dollars US ont été budgétisés, a progressé dans une certaine mesure, sous dépense de 24 % de son budget en vertu de la subvention SANRU. Cette dépense devrait contribuer à la croissance continue de la distribution des MILD en 2018 et, dans une moindre mesure, de celle des TDR et ACT.

Extrants

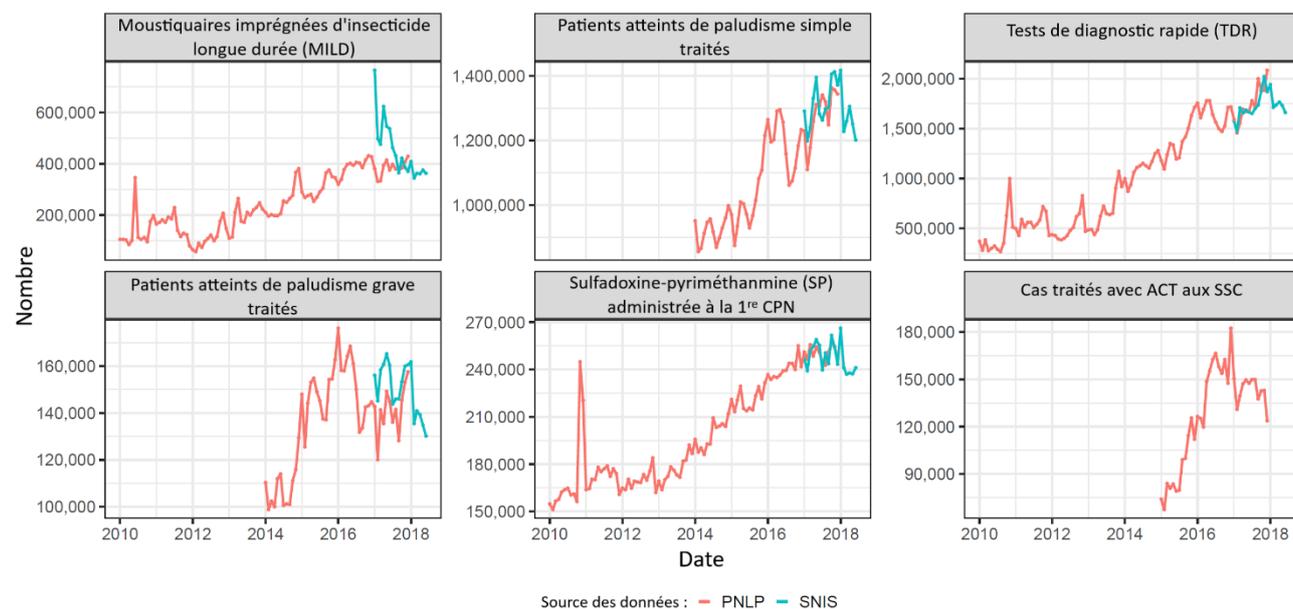
Les tendances à la hausse des activités suivies dans la section qui précède (en termes de produits distribués) se sont ultérieurement traduites en extrants de programme également en hausse, bien qu'avec un degré de succès mitigé.

Comme illustré à la Figure 6, les augmentations d'activité au niveau national se sont répercutées sur le nombre de TDR effectués (graphique supérieur droit), de doses de sulfadoxine-pyriméthamine (SP) distribuées aux patientes lors des consultations de soins prénatals (SPN, première consultation représentée seulement, graphique central inférieur) et de patients atteints de paludisme sans complications traités aux ACT (graphique central supérieur). Les MILD distribuées aux patients (graphique supérieur gauche) sont aussi en hausse, suivant une tendance engagée un peu plus tôt et stabilisée ces dernières années. Pour les patients atteints de paludisme grave (graphique inférieur gauche) et ceux traités par les agents de santé communautaire (ASC, graphique inférieur droit), la tendance est à la hausse en 2015 et 2016, mais elle semble s'amoindrir depuis lors.

Les TDR effectués sont passés d'une moyenne mensuelle de 536 000 entre 2010 et 2014 à 1,8 million en 2017, à l'échelle nationale. Les doses de SP sont passées de 172 000 par mois à 250 000 par mois durant la même période. Les MILD distribuées aux patients ont augmenté aussi, suivant une tendance

apparue un peu plus tôt et stabilisée ces dernières années à près de 400 000 MILD distribuées chaque mois (384 000 par mois en 2017). Cependant, les patients atteints de paludisme grave et ceux traités par les ASC semblent avoir atteint leur point culminant début 2016, où chaque indicateur fait état d'extrants allant jusqu'à 160 000 patients par mois, pour retomber ensuite légèrement à 140 000 et 150 000 patients par mois, respectivement, début 2018.

Figure 6. Extrants du programme (produits utilisés et patients traités) au fil du temps



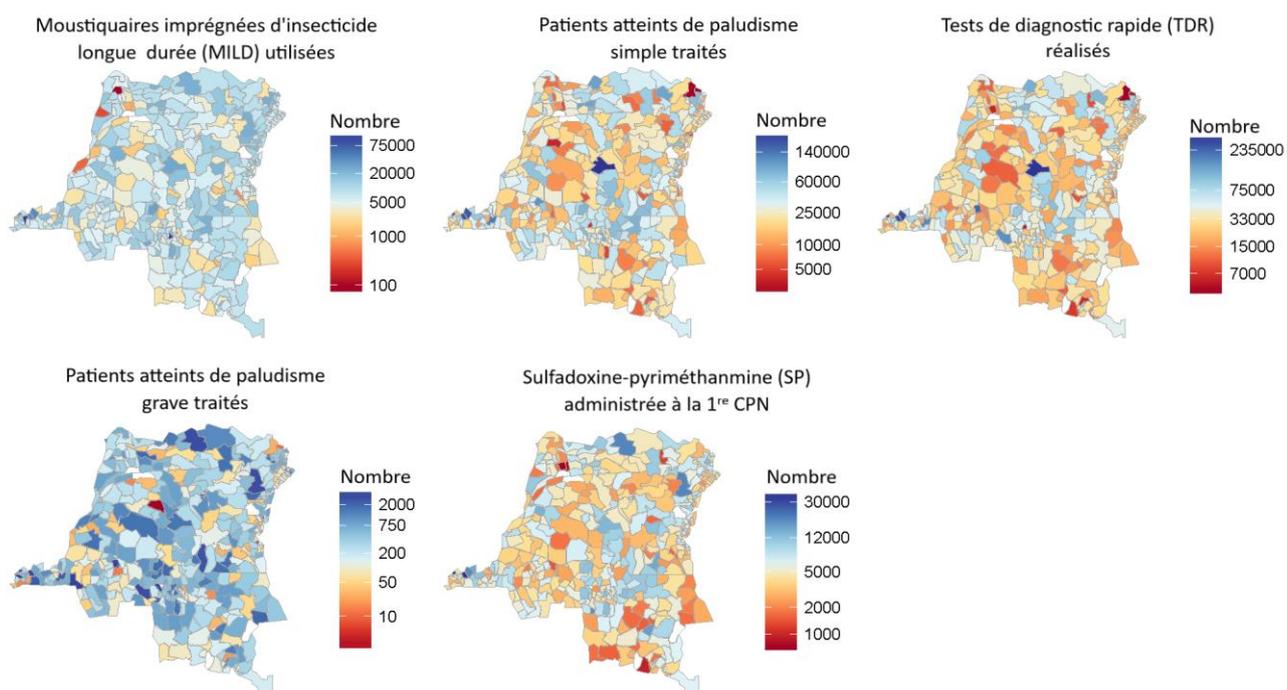
Les facteurs de ces tendances sont probablement plus divers encore que ceux des tendances d'activités. Notamment, le changement concernant les extrants SP coïncide plus étroitement dans le temps avec l'essor d'activité du programme national (illustré dans la section précédente) qu'avec le changement en 2012 des recommandations de l'OMS concernant le TPIg(19). Les gains de TDR effectués correspondent à leurs plus hauts degrés de financement et de disponibilité, mais aussi à la progression des directives nationales de prise en charge des cas venues renforcer la recommandation internationale de la confirmation biologique avant le traitement. Cette hausse des extrants de tests ne semble pas refléter simplement les tendances de morbidité fondamentale de la maladie, en baisse comme le démontrent les deux sections qui suivent. De même, les tendances à la hausse des extrants de traitement se manifestent dans les gains positifs de couverture thérapeutique aussi. Plutôt que de refléter la morbidité sous-jacente, les nombres accrus de patients traités sont probablement associés à l'augmentation de la confirmation biologique, mais peuvent résulter aussi d'un comportement de recherche de traitement accru. La communication pour le changement de comportement n'est cependant incorporée dans les subventions du Fonds mondial en RDC que depuis cette année. L'amoindrissement apparent récent des cas graves traités et des patients traités par les ASC est plus difficile à expliquer. Il est cependant possible que ces tendances soient directement liées au financement, considérant que ni la prise en charge des cas de paludisme grave ni la prise en charge communautaire intégrée n'étaient incluses dans les subventions du Fonds mondial avant le cycle en cours. L'année prochaine, ces indicateurs seront suivis afin d'évaluer si les nouveaux investissements à leur égard renversent la tendance actuelle à la baisse.

Les graphiques de la Figure 6 représentent deux sources de données distinctes, comme illustré par les courbes de couleurs différentes. Suivant la transition des systèmes de données parallèles au SIGS entreprise par le programme national de lutte contre le paludisme, la PCE procède de même, analysant simultanément les deux sources de données pour produire les séries temporelles les plus complètes possibles. Bien que la gestion des deux sources présentent à cet égard un certain défi analytique, les données du SIGS ont l'avantage de comprendre les chiffres rapportés par les

formations sanitaires ainsi que d'utiles mises à jour mensuelles automatiques. La PCE est en passe d'exploiter pleinement le SIGS pour suivre également les indicateurs présentés dans la section sur les Activités, en extrapolant la quantité distribuée de celle consommée et de celle disponible.

Outre l'amélioration de la qualité des données et de leur comparabilité, la PCE cherche à cartographier les données du SIGS (en provenance du SNIS) au plus bas niveau administratif possible, dans le but d'évaluer la distribution spatiale des extraits du programme plus finement qu'au niveau de la province. La Figure 7 présente les mêmes indicateurs d'extraits que la Figure 6 (à l'exception de l'extrait des agents de santé communautaire, non encore disponible dans DHIS2) au niveau de la zone de santé pour 2017.

Figure 7. Indicateurs de extrait (produits utilisés et patients traités) par zone de santé, 2017



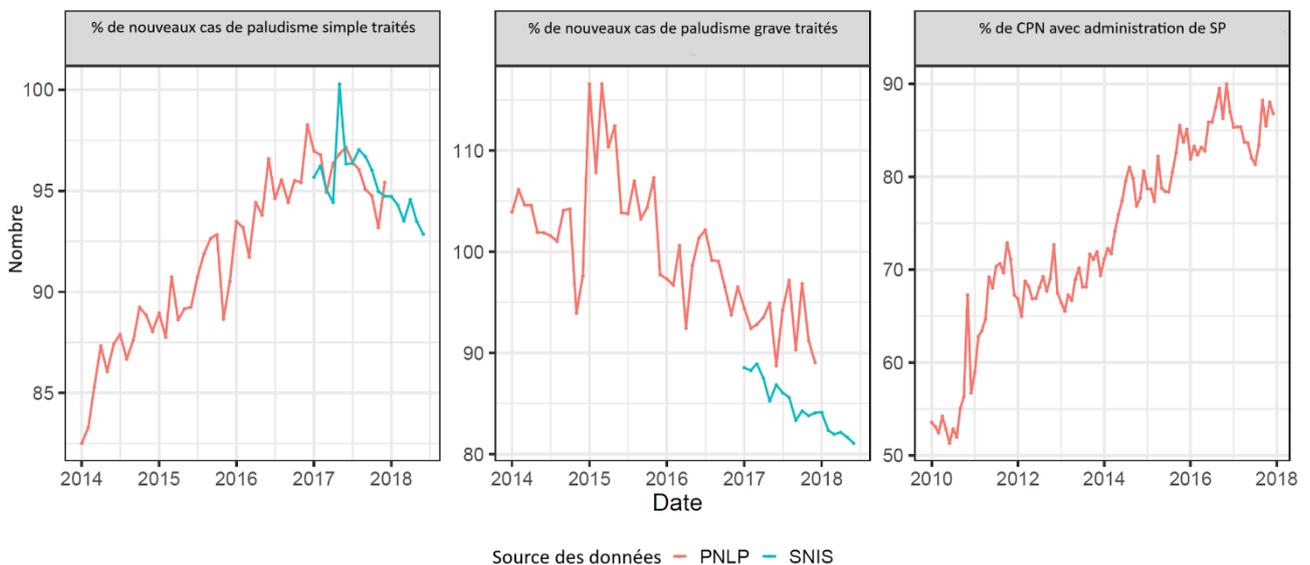
Source : SNIS

Ces figures révèlent l'existence de tendances spatiales, en plus des tendances temporelles. La distribution de MILD (carte supérieure gauche) présente une grande uniformité géographique en 2017, avec quelques zones de santé anormales seulement recevant apparemment un très petit ou un très grand nombre de moustiquaires et la majorité des zones de santé tombant sinon dans la même fourchette entre 5 000 et 20 000 moustiquaires distribuées. Le traitement du paludisme sans complications et les TDR effectués (cartes centrale supérieure et supérieure droite) présentent cependant une tendance spatiale très différente. Malgré une haute variance de ces extraits d'une zone de santé à l'autre (entre moins de 5 000 et plus de 140 000 cas traités et 7 000 et 235 000 TDR effectués), il existe une tendance détectable des extraits plus nombreux dans certaines régions par rapport à d'autres. Ainsi, les provinces centrales telles que le Lomami et le Sankuru et celles du nord telles que le Bas-Uele présentent des extraits chiffrés plus élevés, tandis que celles occidentales telles que la Tshuapa et Mai-Ndombe et celles du sud telles que le Lualaba et le Haut-Lomami présentent de extraits plus bas. Les extraits de traitement du paludisme grave présentent une distribution spatiale plus proche de celle des MILD, en nombres comparables répartis plus ou moins uniformément à l'échelle nationale (même si les chiffres eux-mêmes sont généralement beaucoup plus faibles), tandis que le traitement SP à la CPN reflète une tendance spatiale similaire à celle des TDR effectués.

Effets

Les tendances observées au niveau des intrants des activités et des extrants offrent certes une description utile du fonctionnement et de l'efficacité de la mise en œuvre du programme. Nous n'en poursuivons pas moins notre analyse, au fil des chaînes de résultats, pour suivre les indicateurs plus pertinents, en termes d'épidémiologie, à la morbidité. Comme indiqué dans la section précédente, les tendances des extrants peuvent refléter simplement un changement d'incidence ou de prévalence sous-jacente s'ils ne sont pas adéquatement comptabilisés. La Figure 8 présente le nombre de cas sans complications et de cas graves traités sous forme de pourcentage du nombre de cas signalés (deux premiers graphiques), ainsi que le nombre de doses de SP administrées lors des CPN sous forme de pourcentage du nombre total de consultations CPN enregistrées (troisième graphique).

Figure 8. Pourcentage des cas signalés traités (sans complications et graves) et consultations SPN avec administration de SP au niveau national



Ces indicateurs de couverture (effets) présentent des tendances quelque peu différentes de celles des extrants. Si le traitement des cas sans complications est aussi généralement en hausse depuis 2014, il apparaît distinctement, ces dernières années, que ce pourcentage se stabilise. La couverture déclarée est passée de 83 % début 2014 à un point culminant de 100 % en 2017 (98 % d'après les données du programme), pour redescendre ensuite à 92 % en juillet 2018. Les doses de SP administrées lors des CPN (troisième graphique) restent quant à elles à la hausse, en termes de pourcentage, sur toute la période. De 2010 à 2017, le nombre de doses de SP, sous forme de fraction du nombre de CPN est passé d'un minimum de 51 % à 91 %, à un rythme moyen de 0,4 point de pourcentage par mois. En revanche, le pourcentage de cas graves signalés traités (deuxième graphique) semble en baisse continue depuis 2014. On y voit un reflet des tendances des extrants, selon lesquelles la prise en charge des cas de paludisme grave suit une courbe différente de celles des autres indicateurs. Pour la plus grande partie de 2014 et 2015, la couverture thérapeutique du paludisme grave paraissait en fait supérieure à 100 %, reflet, probablement, d'une sous-évaluation du dénominateur. Tout au long de la période disponible, toutefois, cette fraction suit une courbe à la baisse, au taux moyen de 0,5 point de pourcentage par mois.

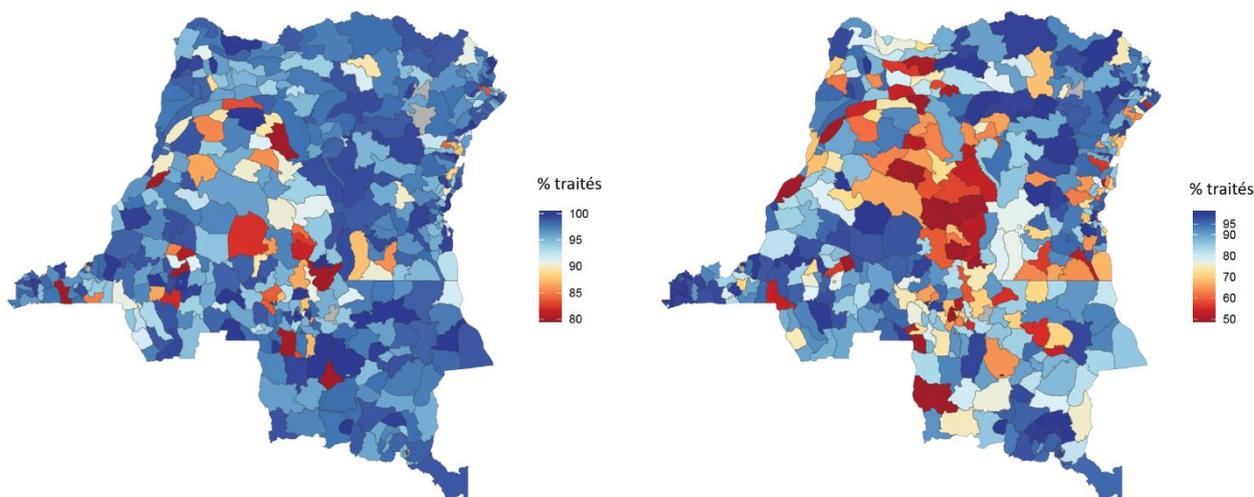
La cartographie provinciale des effets illustre cette distribution de manière plus détaillée. La plupart des régions traitent des proportions similaires de paludisme sans complications par rapport au total national, mais quelques-unes, comme certaines zones de santé de la Tshuapa, du Sankuru, du Kasai et de la Lulua (dans la région centrale de la carte illustrée ci-dessous) sont à la traîne. Le traitement du paludisme grave présente une tendance nettement différente. Bien que certaines provinces

centrales (une grande partie de la Tshuapa, par exemple) présentent aussi un motif de faible couverture thérapeutique rapportée à travers les données du programme, moins de provinces semblent traiter de grandes proportions de cas graves répanus sur toutes les zones de santé. Par exemple, le Tanganyika et le Haut-Katanga (tous deux dans la partie sud-est du pays) présentent une haute variance entre les zones de santé en termes de couverture thérapeutique du paludisme grave et ce, malgré une couverture presque universelle du paludisme sans complications (parmi les cas signalés).

Figure 9. Pourcentage de cas signalés de paludisme simple et grave traités en 2017
(Remarque : Les pourcentages supérieurs à 100 ont été ramenés à 100 pour les besoins de la visualisation. À la Figure 9A, les pourcentages inférieurs à 80 ont été portés à 80 et, à la Figure 9B, ceux inférieurs à 50 ont été portés à 50.)

A) % de cas de paludisme simple traités

B) % de cas de paludisme grave traités



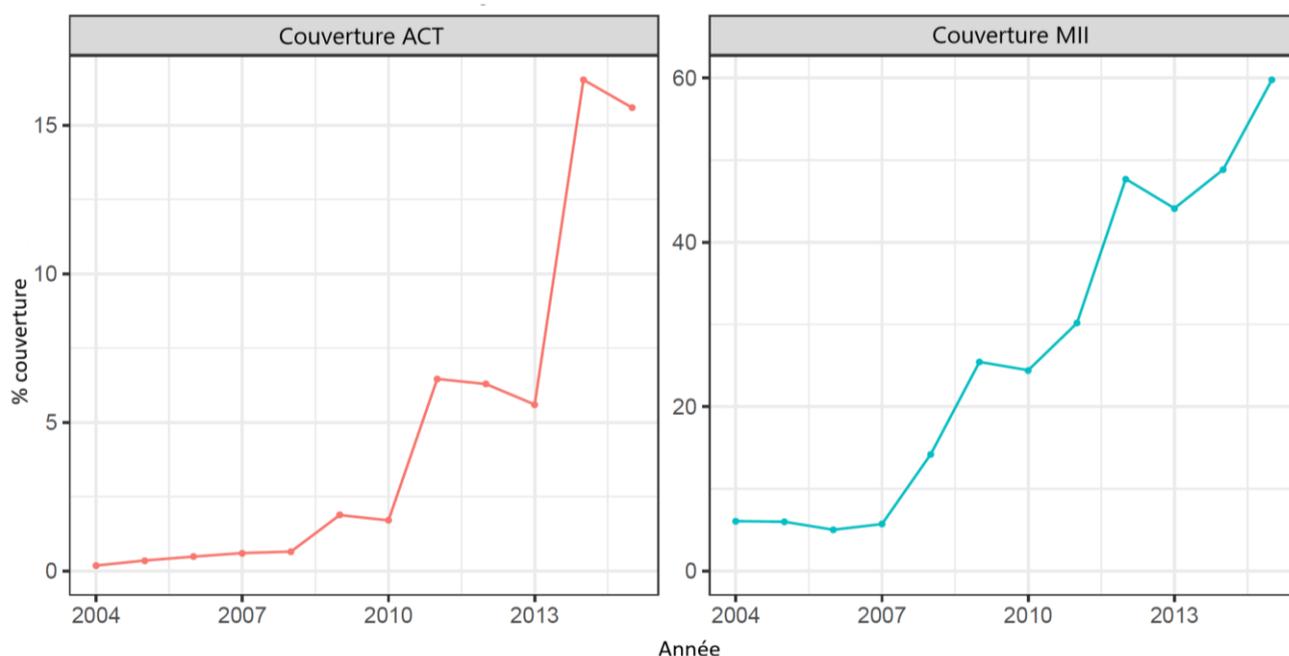
Source: SNIS

Chacun de ces indicateurs de couverture ne repose cependant que sur les données rapportées, de sorte que les niveaux changeants de complétude des rapports et les variations différentielles des numérateurs et des dénominateurs représentent des facteurs aussi importants dans les tendances que l'activité du programme et les extrants. L'exemple le plus évident en est que le pourcentage de cas graves traités était supérieur à 100 % pour la plupart des années 2014 et 2015. La tendance à la baisse tout au long de la série temporelle peut tout aussi bien refléter une « vraie » couverture en baisse ou un dépistage et rapport du paludisme grave en hausse. Autre exemple, la tendance à la hausse du traitement SP sous forme de fraction des CPN ne représente pas idéalement la couverture TPIg, le numérateur et le dénominateur étant tous deux des nombres agrégés. Autrement dit, cette fraction représente simplement le total des doses SP divisé par le total des CPN, et pas nécessairement le pourcentage de CPN individuelles à l'occasion desquelles une dose a été administrée. Malgré la correction apportée, si possible, par la PCE pour tenir compte de la qualité des données (comme décrit plus haut), ces sources de biais justifient un examen approfondi et un certain scepticisme quant à savoir si ces sources de données représentent bien les tendances de population qu'elles sont censées refléter. De plus, les effets non cliniques tels que l'usage effectif des MILD sont difficiles, si pas impossibles à suivre à travers les sources de données attachées aux formations sanitaires.

Toutes ces limites mettent en lumière l'importance des estimations de modèles à base d'enquêtes, en plus des rapports liés aux formations sanitaires. Les figures ci-dessous représentent les agrégats de couverture MILD et de couverture ACT du projet Malaria Atlas Project (MAP)(20). D'après ces modèles, basés sur les données de l'Enquête démographique et de santé 2007, de l'Enquête en grappes à indicateurs multiples (MICS) 2010, de l'Enquête démographique et de santé 2013-2014 et de plusieurs covariables spatiales, la couverture ACT est beaucoup plus faible que les données du

programme ne l'indiquent. Bien que MAP ne modélise que le pourcentage des cas de fièvre chez les moins de cinq ans traités aux ACT (et non les cas confirmés à tout âge et traités selon les directives nationales), ses estimations indiquent une couverture ACT récente approximative de 16 %. Il s'agit là d'une proportion nettement inférieure à celle du PNLP, qui dénombrait quelque 11,3 millions de cas soupçonnés chez les moins de cinq ans en 2017, dont 62,6 % auraient été traités. Les deux sources reflètent cependant une tendance similaire à la hausse de la couverture ces 10 dernières années, depuis environ 4 % en 2010 pour les estimations MAP et 44,8 % en 2010 pour les données du PNLP. La différence entre les deux sources s'explique vraisemblablement par le biais du recours au traitement. Les estimations des modèles reposent sur des enquêtes en population capturant les cas non présents en formation sanitaire, tandis que les données du programme sont strictement liées aux formations.

Figure 10. Estimations des modèles de couverture ACT (cas de fièvre traités chez les moins de cinq ans) et de couverture MILD (MII) (pourcentage de la population ayant dormi sous MILD la nuit précédant l'enquête) au niveau national, 2004-2016



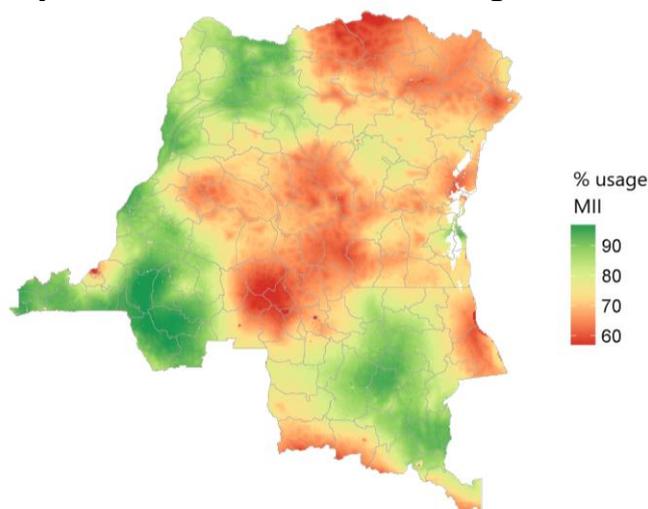
Source: Malaria Atlas Project

Une tendance similaire à la hausse se révèle pour la proportion de la population protégée par MILD (deuxième graphique). Depuis 2004, la couverture MILD est passée de moins de 10 % à 60 % à l'échelle nationale, d'après MAP et les enquêtes mentionnées plus haut. Cette tendance reflète celle à la hausse des extrants du programme, indiquant un nombre accru de MILD distribuées chaque année.

Un tableau plus complexe de la couverture ACT comme de la couverture MILD se dessine cependant au niveau sous-national. Selon les mêmes estimations MAP, la couverture MILD va de moins de 60 % dans certaines parties du Bas-Uele, du Haut-Uele et du Kasai (les zones nord, nord-est et centre-sud en rouge, respectivement) à plus de 90 % dans une grande partie des régions de l'ouest et du sud-est (Kongo Central, Kwilu, Kwango, Nord-Ubangi, Sud-Ubangi, Haut-Lomami et Haut-Katanga, approximativement). Cette représentation est en contraste avec la distribution aux patients des MILD mêmes, qui (comme illustré à la section précédente) était assez uniforme en 2017. Ce contraste laisse

entendre que les tendances de la couverture MILD répondent plus aux facteurs comportementaux qu'au seul volume de distribution⁶.

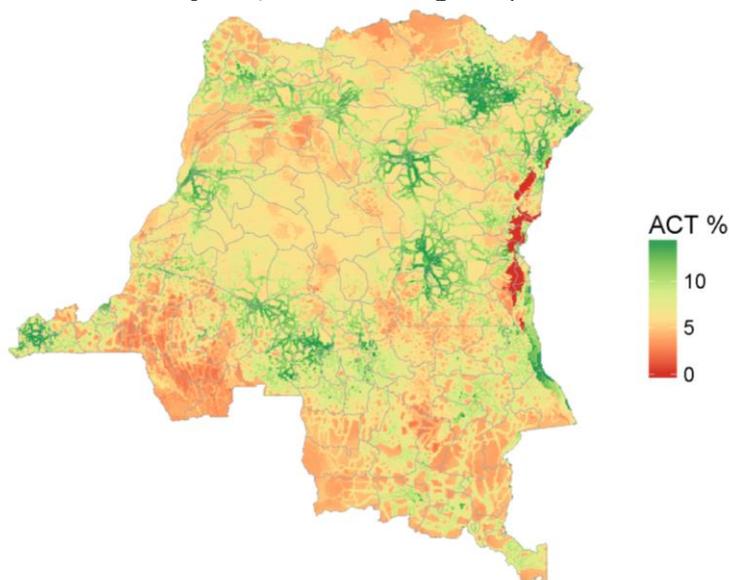
Figure 11. Estimations des modèles de couverture MILD (MII) (pourcentage de la population ayant dormi sous MILD la nuit précédant l'enquête) au niveau 5 km, 2016



Source: Malaria Atlas Project

Les estimations des modèles de couverture ACT varient largement aussi au niveau sous-national, selon des tendances géographiques nettement différentes de la couverture MILD. Concernant le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans traités en cas de paludisme soupçonné, les zones proches des grandes villes tendent à présenter la plus haute couverture, en particulier suivant le réseau routier illustré à la figure ci-dessous. Au sens large, ces tendances reflètent plus étroitement la distribution spatiale des extrants du programme, avec une couverture supérieure dans la région de la province du Kasai et dans certaines parties du Bas-Uele, bien qu'un certain contraste soit aussi apparent.

Figure 12. Estimations des modèles de couverture ACT (cas de fièvre traités chez les moins de cinq ans) au niveau 5 km, 2016



Source: Malaria Atlas Project

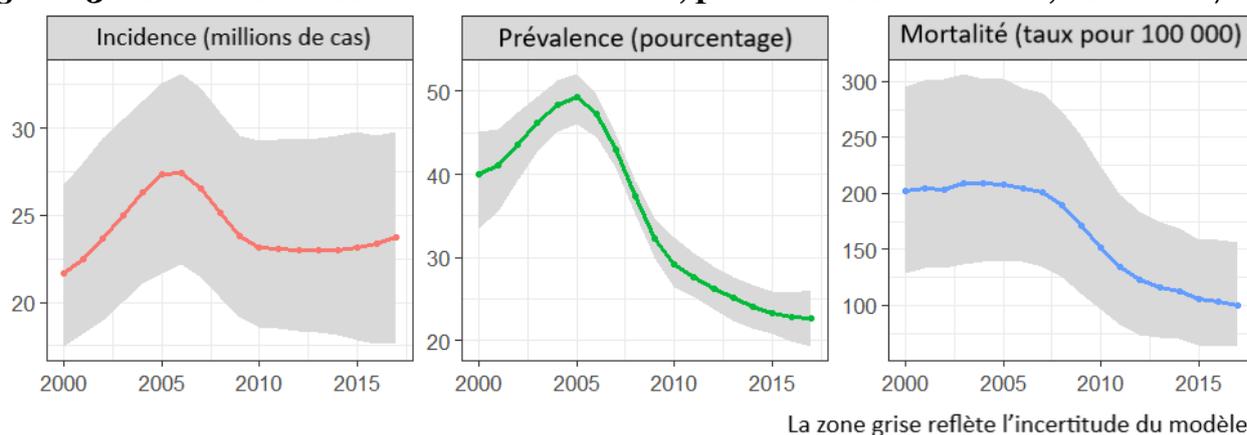
⁶ Les différences de densité de population peuvent aussi expliquer la différence entre le volume de distribution de MII et leur usage, bien que les régions occidentales présentant un usage élevé malgré une distribution moyenne soient aussi connues comme présentant une plus forte densité de population.

Ces estimations comportent cependant leurs propres limites. Comme il s'agit d'estimations à base d'enquêtes, elles sont limitées en termes de définition des indicateurs qu'elles peuvent suivre. Par exemple, si les données du programme permettent une information détaillée sur le traitement des cas confirmés, présumés et soupçonnés à tous âges, les enquêtes sont limitées aux cas soupçonnés (fièvre) chez les enfants.

Impact

Le nombre de nouveaux cas de paludisme est estimé à 23,7 millions en 2017 (voir la Figure 13 ci-dessous). Cela représente une prévalence estimée de 22,6 % (taux de prévalence parasitaire à *Plasmodium falciparum*), ou un taux d'incidence (non illustré) de 29,4 pour 1 000 habitants en 2017(11). Si la prévalence est en chute spectaculaire depuis le début des années 2000 (d'un point culminant de 49 % en 2005 à 23 % en 2017), côté incidence, les nombres restent essentiellement inchangés depuis 2010 (23,1 millions de nouveaux cas en 2010), avec des taux stagnants depuis 2012 (en baisse de 2,3 pour 1 000 seulement entre 2013 et 2017, par rapport à la baisse de 7,4 pour 1 000 durant les cinq années précédentes). En revanche, les taux de mortalité sont en baisse continue ces dernières années, tombant de 202 pour 100 000 habitants en 2000 à 152 pour 100 000 en 2010 et à 100 pour 100 000 en 2017. Ainsi, la létalité générale à l'échelle de la population (total des décès par rapport au total des cas, et non au niveau de l'individu) aurait diminué, de 0,44 % à 0,34 %, entre 2010 et 2017.

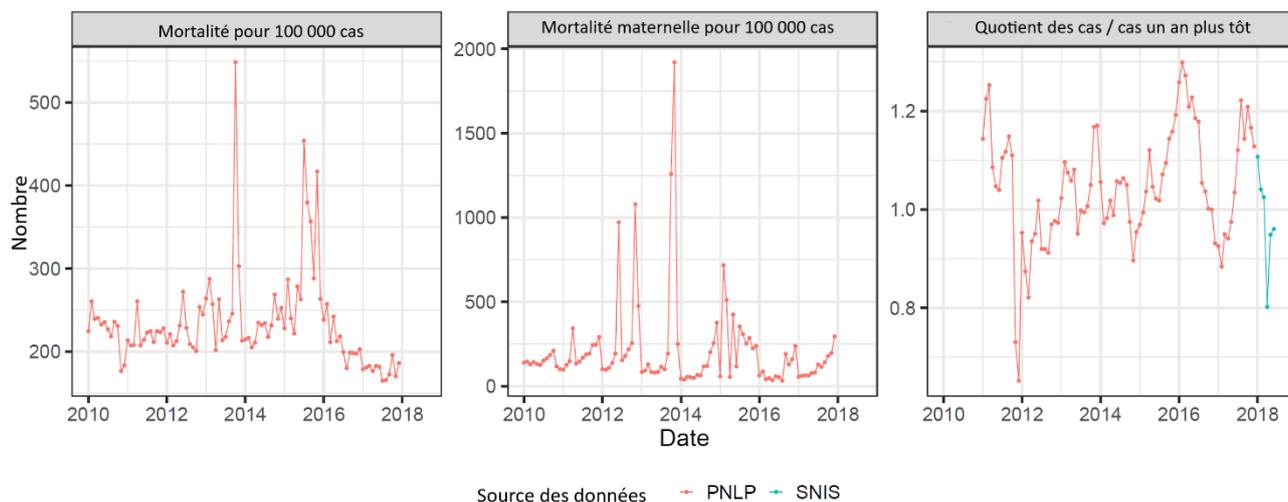
Figure 13. Estimations des modèles d'incidence, prévalence et mortalité, 2000-2017



Source: *Étude Global Burden of Disease 2017*

Cette tendance encourageante, concernant la létalité, est corroborée par les données déclarées du programme, lesquelles indiquent une mortalité pour 100 000 cas *signalés* également en baisse, de 224 début 2010 à 186 fin 2017 (Figure 14). La mortalité imputable au paludisme chez les femmes enceintes (deuxième graphique) suit une courbe plus irrégulière depuis 2010 ; elle présente de vastes écarts de mois en mois, reflétant peut-être une moindre qualité des données. Dans l'ensemble, cependant, la mortalité maternelle pour 100 000 cas est en baisse, d'une médiane mensuelle de 142 en 2010 à 97 en 2017 avec toutefois une hausse particulièrement notable en 2015. Bien que les tendances des extraits ou des effets des doses de SP administrées lors des consultations SPN n'expliquent guère les hausses soudaines observées, la montée continue de ces indicateurs coïncide bel et bien avec le déclin global de la mortalité sur le long terme. La question doit être approfondie toutefois pour élucider la forte variance de cet indicateur. Enfin, l'évolution d'année en année des nouveaux cas signalés par le programme national (troisième graphique) appuie la stabilisation de l'incidence décrite dans les estimations modélisées. Entre 2016 et 2018, plus de mois présentent en fait une hausse de nouveaux cas, par rapport aux mêmes mois respectifs de l'année précédente, qu'on ne l'observe généralement durant les années antérieures.

Figure 14. Données programmatiques déclarées pour la mortalité pour 100 000 cas, la mortalité maternelle pour 100 000 cas et la variation du nombre de cas d'une année à l'autre

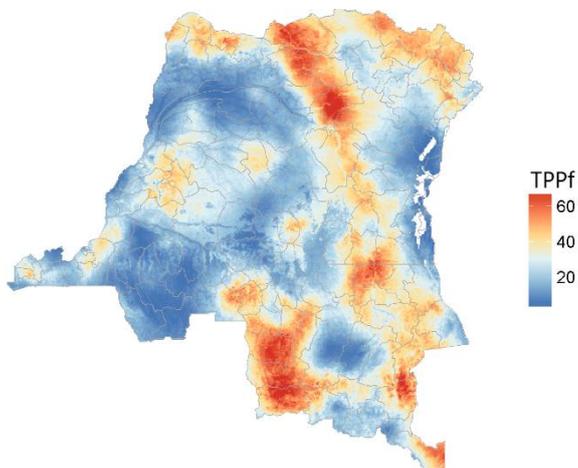


En bref, l'incidence reste constante ces dernières années, alors que la létalité est en baisse. Il est particulièrement important de ramener ces tendances à celles des effets. Si les efforts de prévention et de traitement ont tous deux continué à accroître la couverture ces dernières années, les seconds seulement semblent produire un effet bénéfique immédiat. Bien que les facteurs qui expliquent cette observation soient certainement nombreux, l'avantage clinique immédiat du traitement par rapport à celui plus graduel et durable des efforts de prévention doit être noté.

Ces estimations de la morbidité sont en fait plus optimistes que celles d'autres sources. Tout en faisant état d'une incidence mondiale stable, le Rapport 2018 sur le paludisme dans le monde estimait cependant des taux d'incidence en RDC en hausse de près de 100 % depuis 2010(21). Le rapport indique toutefois une baisse similaire des taux de létalité, de 0,26 % à 0,18 % entre 2010 et 2017 (soit un changement de 0,08 point de pourcentage, par rapport à 0,10 point d'après l'étude GBD).

À l'échelle sous-nationale, la morbidité varie aussi d'une région à l'autre. Comme l'illustre la Figure 15 ci-dessous, la prévalence (taux de prévalence parasitaire à *Plasmodium falciparum* ou TPPf) va de moins de 20 % dans de nombreuses zones occidentales (Kwango, Kwilu et Mongala, par exemple) à plus de 60 % dans certaines comme le Bas-Uele et la Tshopo (nord-centre) et le Lualaba et certaines parties du Haut-Katanga (sud). En juxtaposant cette carte sur celles de la couverture MILD et ACT plus haut, il apparaît que beaucoup des zones où la prévalence est la plus faible correspondent à celles où les MILD sont largement utilisées (Kwilu et Kwango dans le sud-ouest, notamment).

Figure 15. Prévalence du paludisme au niveau 5 km



Source: Malaria Atlas Project

Résumé et conclusion

Le Fonds mondial a investi durablement dans le programme national contre le paludisme de la RDC, de manière particulièrement régulière aux fins de la prise en charge des cas et plus périodiquement pour la prévention (bien qu'en quantités plus constantes ces dernières années). Il y représente la source extérieure de ressources la plus importante ces 10 dernières années. Grâce à ce financement soutenu (et à l'investissement d'autres organisations, y compris le gouvernement de la RDC), les activités du programme enregistrent un essor considérable depuis 2014. Par conséquent, le extrant du programme poursuit aussi son ascension, bien que la distribution des MILD aux individus semble se stabiliser ces dernières années, de même peut-être que le traitement du paludisme grave et que la prise en charge communautaire des cas. Ces tendances des extrants se sont traduites par une hausse remarquable du pourcentage de cas de paludisme sans complications/simples traités, de même que de doses de SP administrées à l'occasion des CPN, mais le traitement du paludisme grave tend par contre à la baisse (du fait peut-être des changements de la qualité des données sous-jacentes). Estimations en population, les modèles reflètent la tendance à la hausse des données du programme en termes de couverture ACT et indiquent aussi des tendances positives en ce qui concerne l'utilisation des MILD. Ces tendances ont donné lieu à une mesure changeante de la morbidité, en forte baisse en 2000-2005 et en progrès continu, ces dernières années, sur le plan de la létalité. La baisse des nouveaux cas semble toutefois moins rapide ces dernières années, en dépit d'effets de prévention continus, et sera suivie durant les prochaines années.

Annexe VI : Classification des modules et interventions en cinq grandes catégories budgétaires

Pour les besoins de la visualisation et d'une présentation succincte, nous présentons certains chiffres budgétaires sous forme regroupée en cinq grandes catégories. Ce tableau indique exactement quels modules et interventions (tirés du Manuel sur le cadre modulaire du Fonds mondial) sont classés dans chaque catégorie.

| Module | Intervention | Catégorie |
|------------------------------|--|------------------|
| Contrôle des vecteurs | Moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée : campagne de masse | Prévention |
| Contrôle des vecteurs | Moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée : distribution continue | Prévention |
| Contrôle des vecteurs | Pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent | Prévention |
| Contrôle des vecteurs | Autres mesures de contrôle des vecteurs | Prévention |
| Contrôle des vecteurs | Suivi entomologique | Prévention |
| Contrôle des vecteurs | Information, éducation, communication / Communication pour le changement de comportement (contrôle des vecteurs) | Prévention |
| Contrôle des vecteurs | Élimination des obstacles liés aux droits humains et au genre qui freinent l'accès aux programmes de contrôle des vecteurs | Prévention |
| Prise en charge des cas | Traitement en formation sanitaire | Traitement |
| Prise en charge des cas | État de préparation à l'épidémie | Autre |
| Prise en charge des cas | Prise en charge communautaire intégrée (PCCi) | Traitement |
| Prise en charge des cas | Dépistage et analyse actifs (phase d'élimination) | Traitement |
| Prise en charge des cas | Surveillance d'efficacité thérapeutique | Autre |
| Prise en charge des cas | Paludisme grave | Traitement |
| Prise en charge des cas | Prise en charge des cas dans le secteur privé | Traitement |
| Prise en charge des cas | Assurance de qualité des médicaments et autres produits de santé | Autre |
| Prise en charge des cas | Information, éducation, communication / communication pour le changement de comportement (prise en charge des cas) | Traitement |
| Prise en charge des cas | Élimination des obstacles liés aux droits humains et au genre qui freinent la prise en charge des cas | Traitement |
| Prise en charge des cas | Autre(s) intervention(s) de prise en charge des cas | Traitement |
| Interventions spécifiques de | Traitement préventif intermittent – pendant la | Prévention |

| | | |
|---|--|------------------------|
| prévention | grossesse | |
| Interventions spécifiques de prévention | Traitement préventif intermittent – nourrissons | Prévention |
| Interventions spécifiques de prévention – nourrissons | Chimioprévention du paludisme saisonnier | Prévention |
| Interventions spécifiques de prévention | Distribution massive de médicaments | Prévention |
| Interventions spécifiques de prévention | Information, éducation, communication / Communication pour le changement de comportement (interventions spécifiques de prévention) | Prévention |
| Interventions spécifiques de prévention | Élimination des obstacles liés aux droits humains et au genre qui freinent les interventions spécifiques de prévention | Prévention |
| Interventions spécifiques de prévention | Autres interventions spécifiques de prévention | Prévention |
| Gestion des programmes | Politique, planification, coordination et gestion des programmes nationaux de lutte contre la maladie | Gestion des programmes |
| Gestion des programmes | Gestion des subventions | Gestion des programmes |
| Gestion des programmes | Autre(s) intervention(s) de gestion des programmes | Gestion des programmes |
| Systèmes de gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement | Plan directeur national chiffré de la chaîne d'approvisionnement et mise en œuvre | RSSH |
| Systèmes de gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement | Stratégie des achats | RSSH |
| Systèmes de gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement | Infrastructure de la chaîne d'approvisionnement et élaboration des outils | RSSH |
| Systèmes de gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement | Sélection nationale des produits, enregistrement et suivi de qualité | RSSH |
| Systèmes de gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement | Autre(s) intervention(s) de gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement | RSSH |
| Système d'information pour la gestion sanitaire et suivi-évaluation | Rapports systématiques | RSSH |

| | | |
|--|---|------|
| Système d'information pour la gestion sanitaire et suivi-évaluation | Qualité des programmes et des données | RSSH |
| Système d'information pour la gestion sanitaire et suivi-évaluation | Analyse, examen et transparence | RSSH |
| Système d'information pour la gestion sanitaire et suivi-évaluation | Enquêtes | RSSH |
| Système d'information pour la gestion sanitaire et suivi-évaluation | Sources de données administratives et financières | RSSH |
| Système d'information pour la gestion sanitaire et suivi-évaluation | Système d'enregistrement des faits d'état civil | RSSH |
| Système d'information pour la gestion sanitaire et suivi-évaluation | Autre(s) intervention(s) des systèmes d'information de santé et de suivi-évaluation | RSSH |
| Ressources humaines pour la santé, y compris les agents de santé communautaire | Renforcement de capacité des agents de santé, y compris au niveau communautaire | RSSH |
| Ressources humaines pour la santé, y compris les agents de santé communautaire | Rétention et augmentation du nombre d'agents de santé, y compris pour les agents de santé communautaire | RSSH |
| Ressources humaines pour la santé, y compris les agents de santé communautaire | Autre(s) intervention(s) d'effectifs de santé et communautaires | RSSH |
| Prestation de services intégrés et amélioration de la qualité | Politique et environnement programmatique favorables | RSSH |
| Prestation de services intégrés et amélioration de la qualité | Organisation des services et gestion des formations sanitaires | RSSH |
| Prestation de services intégrés et amélioration de la qualité | Systèmes de laboratoire pour la prévention, le contrôle, le traitement et la surveillance de la maladie | RSSH |
| Prestation de services intégrés et amélioration de la qualité | Amélioration de l'infrastructure de prestation des services | RSSH |
| Prestation de services intégrés et amélioration de la qualité | Mécanismes de retour/rétroaction à l'initiative du prestataire | RSSH |

| | | |
|---|---|------|
| Prestation de services intégrés et amélioration de la qualité | Autre(s) intervention(s) concernant la prestation des services | RSSH |
| Systèmes de gestion financière | Renforcement de la gestion financière publique | RSSH |
| Systèmes de gestion financière | Amélioration de la gestion financière ordinaire (non publique) | RSSH |
| Systèmes de gestion financière | Autre(s) intervention(s) de gestion financière | RSSH |
| Stratégies nationales de santé | Stratégies nationales de santé, alignement sur les plans spécifiques maladie, gouvernance du secteur sanitaire et financement | RSSH |
| Stratégies nationales de santé | Autre(s) intervention(s) de politique et gouvernance | RSSH |
| Ripostes et systèmes communautaires | Suivi communautaire | RSSH |
| Ripostes et systèmes communautaires | Plaidoyer communautaire | RSSH |
| Ripostes et systèmes communautaires | Mobilisation sociale, renforcement des liaisons communautaires, collaboration et coordination | RSSH |
| Ripostes et systèmes communautaires | Renforcement de capacité institutionnelle, planification et développement de leadership | RSSH |
| Ripostes et systèmes communautaires | Autre(s) intervention(s) de ripostes et systèmes communautaires | RSSH |