

République Démocratique du Congo

Ministère de la Santé



Secrétariat Général

RAPPORT FINAL

**Processus de Ré-imagination de l'appui
technique en faveur de la santé
maternelle, néonatale, infantile et du
renforcement du système de santé en
RDC**

Kinshasa, Mars 2020

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	i
ABREVIATIONS ET SIGLES.....	ii
REMERCIEMENTS.....	iii
RESUME EXECUTIF	iv
I. INTRODUCTION.....	1
1.1. Contexte et objet de l’initiative	1
1.2. But et objectifs	2
1.3. Résultats attendus.....	2
II. METHODOLOGIE ET CADRE ORGANISATIONNEL DU PROCESSUS.....	3
2.1. Revue documentaire.....	3
2.1.1. Priorités, cibles et stratégies.....	3
2.1.2. Besoins et déficits en ressources humaines, matérielles, financières et organisationnelles	5
2.1.3. Défis stratégiques pour l’atteinte de la vision 2030 à améliorer par l’appui technique	5
2.1.4. Recommandations à toutes les parties prenantes	7
2.2. Approche Human Centered Design	7
2.2.1. Processus de mise en place de l’appui technique	8
2.2.2. Acteurs impliqués dans le processus.....	9
III. RESULTATS OBTENUS ET ANALYSES	10
3.1. Analyse des connaissances anthropologiques	10
3.2. Analyse des enjeux du concept « Appui Technique »	10
3.2.1. Redéfinition du concept Appui technique.....	10
3.2.2. Identification des problèmes de l’appui technique et analyses	11
3.3. Identification des zones d’opportunités	12
3.4. Conception des principes et domaines de changement pour l’appui technique	12
3.5. Création de la feuille de route /Recommandations et Solutions conceptuelles.....	13
IV. CADRE CONTRACTUEL, DE SUIVI ET EVALUATION ET REDEVABILITE.....	14
4.1. Contractualisation	14
4.1.1. Domaines de partenariat.....	14
4.1.2. Approche contractuelle	14
4.1.3. « Contrat Unique » comme outil de coordination de l’aide extérieure en santé.	14
4.2. Localisation des provinces prioritaires pour l’appui technique	15
4.3. Lien entre l’appui technique et les documents stratégiques pays.....	15
4.4. Cadre de suivi, évaluation et redevabilité	16
V. PERSPECTIVES SUR LA CARTOGRAPHIE DES INTERVENTIONS ET INTERVENANTS	18
5.1. Proposition de la cartographie de financement par domaine de changement et par partenaires	18
5.2. Proposition de la cartographie de financement par domaine de changement et par provinces.....	18
VI. CONCLUSION.....	19
ANNEXES	20
Annexe 1 : Feuille de route pour les prochaines étapes	20
Annexe 2 : Liste des experts ayant participé au processus de Ré-imagination de l’AT en RDC	22

ABREVIATIONS ET SIGLES

AS	: Aire de Santé
AT	: Appui Technique
ATR	: Assistant Technique Résident
CCT	: Comité de Coordination Technique
CDMT	: Cadre de Dépenses à Moyen Termes
CDR	: Centrale de Distribution régionale
CI	: Cadre d'Investissement
CNP-SS	: Comité National de Pilotage du Secteur de la Santé
COSA	: Comité de Santé
CPN	: Consultation Prénatale
CRVS	: Civil Registration and Vital Statistics (Enregistrement des faits d'état civil et statistiques vitales)
CS	: Centre de Santé
CSE	: Cadre de Suivi et Evaluation
CSU	: Couverture Sanitaire Universelle
DEP	: Direction d'Étude et Planification
DHIS2	: District Health Information Software 2 nd
DPS	: Division Provinciale de la Santé
DSFGS	: Direction de la Santé de la Famille et de Groupes Spécifiques
DTS	: Dépenses Totales de la Santé
ECZS	: Equipe Cadre de la Zone de Santé
EPP	: Encadreur Provincial Polyvalent
FEDECAME	: Fédération des Centrales d'Approvisionnements et de Médicaments
FOSA	: Formations Sanitaires
HCD	: Human Centered Design
HGR	: Hôpital Général de Référence
JSI	: John Snow Institute
MSP	: Ministère de la Santé Publique
OAC	: Organisation à Assise Communautaire
ODD	: Objectifs de Développement Durable
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PCIMA	: Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition
PCIMNE	: Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant
PCIMNE-C	: Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant dans la Communauté
PF	: Planification Familiale
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNIRA	: Programme National de lutte contre les Infections Respiratoires Aigues
PNSD	: Plan National de la Stratégie du Développement
RDC	: République Démocratique du Congo
RECO	: Relais Communautaire
SNAME	: Système National d'Approvisionnement des Médicaments
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SRMNEA-Nut	: Santé de la Reproduction, de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant et Adolescent, et Nutrition
SSRJA	: Services de Santé Reproductive des Jeunes et des Adolescents
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
VSBG	: Violences Sexuelles Basées sur le Genre
ZS	: Zone de Santé

REMERCIEMENTS

Le présent rapport est le résultat des profondes réflexions et des efforts conjugués des experts nationaux et internationaux qui ont accepté d'offrir leurs expertises afin de doter le Ministère de la Santé d'un outil de qualité dont la mise en œuvre contribuera à l'améliorer l'appui technique en faveur de la Santé de la Reproduction, de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant et Adolescent, et la Nutrition (SRMNEA-Nut) et du système de santé en République Démocratique du Congo.

Ainsi, nous adressons nos très sincères remerciements à Monsieur le Secrétaire Général à la Santé pour son engagement personnel, ses orientations et la désignation de notre modeste personne pour conduire le processus qui a abouti à ce document important.

Nos remerciements d'adressent également à tous les experts du Ministère de la santé, de la société civile et des partenaires techniques et financiers qui ont constitué l'équipe pays de Co-crédation pour toutes leurs réflexions et contributions dont la richesse est traduite à travers la qualité du travail que nous présentons par ce document.

Nous remercions de façon particulière les équipes de la Task Force sur la Santé de l'Enfant, JSI, Sonder Collective et la Fondation Bill & Melinda Gates pour l'appui technique très spécial et le financement sans lesquels ce processus n'aurait pu bien aboutir.

Que tous ceux qui de loin ou de près ont contribué à ce processus trouvent ici l'expression de notre gratitude.

Dr Jean Fidèle ILUNGA MUBAYI

Point Focal pays du processus de Co-crédation
Directeur du Programme National de lutte contre les
Infections Respiratoires Aiguës (PNIRA)

RESUME EXECUTIF

En souscrivant aux Objectifs de Développement Durable (ODD), la République Démocratique du Congo (RDC) a pris l'engagement de renforcer son système de santé fragile pour permettre de prestations des services de qualité et accessibles, particulièrement celles dévolues aux femmes, nouveau-nés, enfants et adolescents ainsi que l'amélioration de leur statut nutritionnel afin d'obtenir une réduction sensible et durable des taux de décès rapportés ces dernières décennies. Un des moyens d'y parvenir est d'obtenir de toutes les parties prenantes une mise à jour de l'appui technique (AT) qu'elles apportent au pays. C'est dans ce cadre qu'il faille inscrire le projet « Re-imaginer l'appui technique en RDC » mené par JSI et Sonder Collective avec le financement de Bill et Melinda Gates pour appuyer le Ministère de la Santé.

A travers une revue documentaire et une approche de conception centrée sur l'homme « Human Centered Design (HCD) » procédant par des interviews personnalisées ciblant toutes les parties prenantes et des ateliers d'idéation et de co-crédation des concepts, une analyse de la situation a été obtenue et des pistes de solutions ont été proposées. Ce processus a visé l'obtention d'une feuille de route de mise en œuvre des domaines de changement identifiés de façon collaborative par le Gouvernement, les donateurs, les partenaires techniques et financiers, la société civile et la communauté.

De l'analyse de la situation, deux faits essentiels concernant l'AT ont été relevés : (i) un financement de la santé essentiellement tributaire des paiements directs de la population et de l'aide extérieure suite à la faiblesse des apports étatiques ; (ii) une faible réglementation du secteur du fait d'un leadership moins agissant qui aboutit d'une part, à la création des projets par les donateurs à la recherche de résultats rapides et de données pour les documenter et, d'autre part aux frustrations et à une perte de l'identité professionnelle chez les agents de santé.

Ces constats se sont révélés par des coûts de gestion disproportionnés, un gaspillage des ressources, une fragmentation des services et des programmes voire même une duplication, des faiblesses organisationnelles et managériales, un déploiement improductif de ressources humaines et une duplication des chaînes d'approvisionnement pour les médicaments, intrants et produits de santé, ayant comme conséquences la faible utilisation des services de santé ainsi que la faible qualité des prestations de soins.

Quatre domaines de changement ont été identifiés à travers la méthode HCD notamment : (i) optimiser les finances et bâtir pour le long terme, (ii) accompagner pour renforcer la gouvernance, (iii) cultiver la collaboration et la transparence entre tous les acteurs, (iv) réduire les dépendances en faveur de la pérennisation.

Des principes de prestation à respecter et des recommandations ont été édictées, et, des solutions conceptuelles pour chaque domaine de changement ont été priorisées. Un cadre contractuel, de suivi et évaluation et de redevabilité de cet appui technique a été développé en se basant sur l'existant à savoir le Plan stratégique national pour la Couverture Sanitaire Universelle 2020-2030, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2019-2022, le Plan Stratégique Intégré pour la Santé de la Reproduction, de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant et Adolescent, et la Nutrition (PSI SRMNEA-Nut) 2019-2022, le Cadre d'Investissement (CI) 2017-2021, la Stratégie de financement de la santé et le Contrat unique, etc. Les orientations sur la cartographie des interventions et de financement des domaines de changement par partenaire ont été définies. La feuille de route a été élaborée en y adjoignant un coût de mise en œuvre.

I. INTRODUCTION

1.1. Contexte et objet de l'initiative

La santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, y compris leurs statuts nutritionnels représentent une préoccupation de première importance et une priorité dans l'agenda de tous les gouvernements du monde. C'est ainsi que le Secrétaire Général des Nations Unies a lancé la stratégie globale pour la promotion de la santé des femmes, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents entre 2016 et 2030 en vue d'accélérer la mise en œuvre des Objectifs de Développement Durable (ODD), pour « Chaque Femme, Chaque Enfant ».

La République Démocratique du Congo (RDC) comme plusieurs pays du monde a souscrit aux ODD et s'attelle à assurer une Couverture Sanitaire Universelle (CSU) au groupe vulnérable que sont les femmes, les enfants et les adolescents.

Malgré le nombre d'intervenants et l'importance des fonds mobilisés de la part du Gouvernement, des partenaires internationaux et la contribution de la communauté dans le secteur de la santé, les résultats issus des projections des indicateurs sur base de données des enquêtes nationales restent mitigés. Outre cela, les évaluations du financement de la santé ont montré que plusieurs mécanismes de financement de la santé coexistent sans une précise orientation politique pour mieux les canaliser vers les priorités du secteur. Parmi les raisons de cette crise figurent également les faiblesses persistantes du système de santé.

En effet, il se pose des questions fondamentales sur les moyens d'améliorer durablement les résultats sanitaires et de prêter plus efficacement et plus utilement des services de santé maternelle, néonatale et infantile de qualité en RDC. Comment un *meilleur* appui technique peut-il permettre *d'accélérer les taux annuels de déclin* de la mortalité maternelle, néonatale, et infantile ?

Avec la réduction des budgets sur le plan international, il est temps pour la RDC de maximiser l'efficacité des fonds disponibles de l'appui technique afin d'obtenir de meilleurs résultats sanitaires. Pour y remédier, il s'avère impérieux de réfléchir sur l'efficacité de l'appui technique comme ingrédient clé pour améliorer la planification et la prestation des services de santé en raison de manque d'alignement avec les priorités du pays, du manque de coordination avec le gouvernement et les autres parties prenantes, du focus sur des gains à court terme et de l'absence d'une approche des systèmes pour résoudre les problèmes de santé publique de ce groupe spécifique et du système de santé.

C'est ainsi que la République Démocratique du Congo a reçu un appui technique et financier de la Fondation Bill & Melinda Gates, dans le cadre du projet de Child Health Task Force, en partenariat avec Sonder Collective, JSI Research & Training Institute, Inc. (JSI) pour chercher à comprendre à quoi ressemble un appui technique (AT) efficace pour tous les acteurs impliqués dans la mise en place et le bon fonctionnement de l'AT (donateurs, fournisseurs, gouvernements et bénéficiaires) et à trouver des moyens d'améliorer concrètement le processus de conception et de mise en œuvre de l'AT en RDC.

Au départ du processus, le projet était focalisé sur la santé infantile. En mars 2019, la portée du projet est passée de la santé infantile au renforcement de la santé maternelle, néonatale et infantile ainsi que la nutrition (SRMNEA-Nut). Avec ce changement, le projet s'est concentré sur la ré-imagination des aspects de l'appui technique qui ont un impact sur le système de santé au plus large, y compris les interactions entre les acteurs clés et le transfert de pouvoir décisionnel des bailleurs de fonds vers le pays. Ceci est basé sur la reconnaissance du fait que, bien que les services techniques pour la santé maternelle, néonatale et infantile restent au cœur de la vision des Objectifs de Développement Durable 2030 et des projets d'appui technique financés par les donateurs, ces services ne peuvent être fournis que si le système de santé a la capacité (leadership et gouvernance) de gérer les services et le financement pour fournir des intrants clés dans la prestation de services.

C'est dans ce cadre que le Ministère de la Santé Publique (MSP) de la RDC s'est engagé à réinventer un nouveau modèle d'appui technique en utilisant l'approche de conception centrée sur l'homme « Human Centered Design » (HCD) afin qu'il puisse avoir un potentiel plus grand de jouer pleinement son rôle de leadership à tous les niveaux du système pour garantir les services SRMNEA-Nut de qualité et équitable en vue sauver des vies des femmes, des enfants et des adolescents de manière durable.

Dans le cadre d'élaboration de ce document, le terme « *appui technique* » a été préféré à la place de l'assistance technique. En effet, “L'assistance technique ayant une connotation d'assister, ce qui est péjoratif même si c'est un terme courant. L'appui technique devrait être la même chose, mais avec une attitude de respect mutuel et de collaboration”.

1.2. But et objectifs

Le but recherché dans la mise en œuvre de l'appui technique est de contribuer à la réduction de la mortalité des mères, nouveau-nés, enfants et adolescents en RDC.

Ainsi, l'objectif général est d'amener les différentes parties prenantes à créer une feuille de route pour l'application de nouvelles normes et standards d'appui technique pouvant être mises en œuvre dans un large éventail d'initiatives en vue d'améliorer la qualité et l'efficacité de prestations des services de la SRMNEA-Nut en RDC.

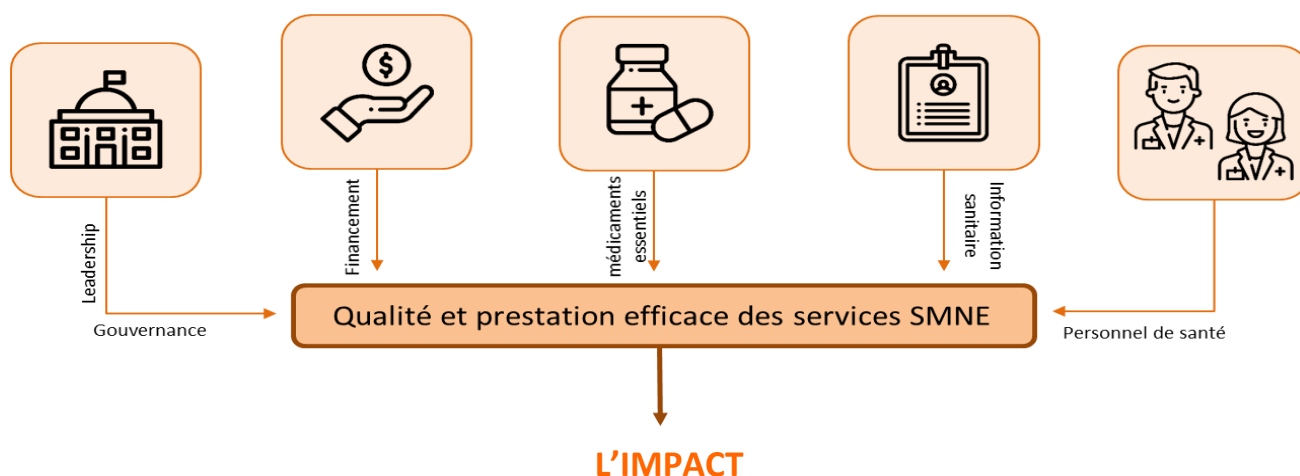


Figure 1 : Modèle conceptuel de l'impact du renforcement du système de santé sur la qualité et efficacité des services SRMNEA-Nut

De manière spécifique, il a été question de :

- ✚ Analyser, avec les acteurs clés du système de santé de la RDC, les connaissances anthropologiques sur les divers concepts d'appui technique ;
- ✚ Analyser les enjeux de l'appui technique en RDC ;
- ✚ Identifier les zones d'opportunités susceptibles de créer un changement dans l'écosystème de la santé en RDC ;
- ✚ Concevoir les principes et domaines de changement ;
- ✚ Créer une feuille de route contenant des solutions conceptuelles.

1.3. Résultats attendus

A l'issue de ce processus, une feuille de route pour le changement contenant les domaines de changement, les principes de prestations à respecter et les principales recommandations est élaborée.

Ainsi des nouveaux cadres, modèles, outils et pratiques liés à l'appui technique sont acceptés et adoptés par les acteurs clés du système de santé en RDC.

II. METHODOLOGIE ET CADRE ORGANISATIONNEL DU PROCESSUS

2.1. Revue documentaire

Pour contribuer à l'atteinte de l'ODD3, une revue documentaire rapide et synthétique des documents stratégiques pays avait été conduite au début de la 1^{ère} phase de ce processus. Elle avait comme objectifs spécifiques : (i) de relever les priorités, cibles et stratégies de mise en œuvre basées sur la vision 2030, (ii) d'identifier les besoins en ressources humaines, matérielles, financières et organisationnelles ainsi que leurs déficits ou gaps à combler, (iii) déterminer les déficits dans les stratégies d'atteinte de cette vision qui peuvent être résolues en redéfinissant l'assistance technique et enfin (iv) de proposer des actions à court, moyen et long terme pouvant être menées à différents niveaux.

2.1.1. Priorités, cibles et stratégies

A l'aube de 2030, la RDC vise que toutes les femmes, tous les nouveau-nés, enfants et adolescents bénéficient d'un accès universel à des services et soins de qualité à travers un système de santé national performant afin de mettre un terme aux décès évitables (*survivre*), d'assurer une bonne santé et un mieux-être (*s'épanouir*) et étendre les environnements favorables (*transformer*).

En vue de permettre une meilleure insertion des ODD, la RDC a contextualisé et intégré les cibles de ces objectifs dans les Plans stratégiques pays entre autres le plan national stratégique de développement (PNSD) 2017-2021, le plan stratégique national pour la couverture sanitaire universelle 2020-2030 où un focus a été mis sur les interventions à haut-impact de la SRMNEA-Nut dans le PNDS 2019-2022. Pour renforcer le système de santé particulièrement en faveur de ce groupe vulnérable et pour éviter la verticalisation des interventions et améliorer ainsi la qualité et l'efficacité de prestations des services de la SRMNEA-Nut en RDC, l'AT tirera les priorités, cibles et stratégies du Cadre d'investissement (CI) lequel est désormais inclus dans le PNDS 2019-2022 (Cfr tableau n°1).

Ce Cadre d'investissement définit 12 interventions prioritaires regroupées en 3 paquets permettant de répondre aux principaux déterminants de la mortalité maternelle, néonatale et infantile, mais aussi à des goulots d'étranglement plus systémiques. Néanmoins, les activités y afférentes pourront faire l'objet d'adaptation selon la feuille de route de la mise en œuvre de l'AT.

Tableau n°1 : Description des priorités de la SRMNEA-Nut en RDC, CI 2017-2021

Priorités	Paquets d'interventions	Cibles 2021 du CI (Pour les 14 provinces ciblées)	Stratégies PNDS
Mise en œuvre des services prioritaires de la SRMNEA-Nut ainsi que des services destinés aux survivantes de VSBG			
Priorité 1	Mise en place du paquet essentiel de services de la SRMNEA-Nut de qualité ainsi que des services destinés aux survivantes de VSBG (Paquet service SRMNEA-Nut, kits familiaux et Services VSBG)	* 35 % de la population bénéficient de services de santé primaires (nutrition, PF, CPN, etc.) * 10 % de la population a accès aux kits familiaux. * Au moins 10 % des femmes ayant subi des violences sexuelles sont prises en charge.	Axe1 & 2 Programme 1 & 10
Priorité 2	Améliorer l'offre d'interventions de qualité en santé reproductive des jeunes et des adolescents (Sensibilisation SSRJA)	* Chaque ZS dispose d'1 aménagement d'espaces d'information pour les adolescents et jeunes, soit 251 * 30 personnes au niveau provincial et tous les pairs éducateurs et le personnel médical clé des 251 aménagements sont formés et suivis.	Axe1 & 2 Programme 1, 3 & 10

Priorité 3	Accroître la couverture et la qualité des services de nutrition (Campagne vitamine A et déparasitage au Mébendazole, PCIMA, Implantation des cantines dans les écoles et Production alimentaire)	* Tous les enfants de moins de 5 ans ont bénéficié de la supplémentation en vitamine A et du déparasitage ainsi que les femmes enceintes. * Tous les enfants de moins de 5 ans sévèrement malnutris sont pris en charge. * Une cantine est disponible dans chacune des 5 provinces les plus touchées sur le plan de la malnutrition. * La disponibilité des aliments enrichis, fortifiés et sains augmente sur le marché.	Axe1 & 2 Programme 1, 10 et 11
Priorité 4	Accélérer l'accès à l'eau potable et l'utilisation de toilettes améliorées (Mise en place de 2000 Villages assainis)	* 55 % de la population a accès à un point d'eau potable et * 25 % utilise des latrines améliorées (le taux de réduction des maladies d'origine hydrique est de 10 % dans les 14 provinces)	Axe1 & 2 Programme 1, 6 et 10
Modalités de mise en œuvre des services prioritaires de la SRMNEA-Nut			
Priorité 5	Passation de contrats entre les agences d'achat et les FOSA pour l'offre du paquet de services de la SRMNEA-Nut	* Établissement d'une EUP dans chacune des provinces.	Axes 1, 2 et 3 Programme 1, 3, 6, 10 et 21
Priorité 6	Mise en œuvre du paquet de services de la SRMNEA-Nut de qualité via l'approche communautaire	* 2 réunions /an sur les RECO et COSA dans toutes les ZS * Au moins un message aux radios communautaires est diffusé par les RECO sur les thématiques clés * Deux fois /an les écoles organisent des journées consacrées aux problèmes de SSRJA et une fois /mois, a lieu une journée de sensibilisation sur la SSRJA. * Trois enquêtes à mener sur l'évaluation de la qualité des services de santé et la satisfaction des malades. * Au moins 50 % des ZS des 14 DPS ont mis en place la PCIMNE-C.	Axes 1, 2 et 3 Programme 1, 2, 6, 10
Renforcement du système de santé pour appuyer la mise en œuvre des services prioritaires de SRMNEA-Nut			
Priorité 7	Améliorer l'offre de médicaments et les chaînes d'approvisionnement (Renforcement des capacités d'entreposage, de distribution du SNAME et du système de passation de marché de la FEDECAME)	* 7 CDR existants sont réhabilités * 7 nouvelles CDR sont construites * Des fonds de roulement sont disponibles * Un plan d'affaires de la FEDECAME est élaboré * Disponibilité de 80 % des médicaments traceurs dans les HGR et CS.	Axe 2, Programme 11, 12, 15 et 20
Priorité 8	Renforcer la distribution et la qualité des ressources humaines	* 20 % du personnel salarié est mis à la retraite. * 100% du personnel médical est formé en SRMNEA-Nut * Un système de contrôle de la qualité est mis en place. * Les institutions de formation font l'objet d'inspections annuelles. * Le nombre de sages-femmes diplômées augmente de 25 %	Axe 2, Programme 8, 9 et 10
Priorité 9	Améliorer l'espace budgétaire, l'efficacité et l'accès financier des plus pauvres à des services de SRMNEA-Nut à haut impact	* Des réformes sont initiées pour améliorer l'administration et la collecte des recettes (utilisation du CDMT) * Mise en place du contrat unique dans les provinces. * Réduction de 30% du paiement direct des ménages (Subvention de l'Etat et achat stratégique pour les plus pauvres et indigents aux services SRMNEA-Nut)	Axes 2 et 3 Programme 21 et 24

Priorité 10	Renforcer la gouvernance	* Toutes les résolutions du CNP-SS sont mise en œuvre * Les directives portant sur la SRMNEA-Nut sont distribuées et vulgarisées. * Mise en place de mécanismes de contrôle des importations	Axe 3, Programme 23 et 25
Priorité 11	Renforcer le SNIS et les systèmes d'information sur les médicaments et les ressources humaines, et le Monitoring de la qualité des interventions SRMNEA-Nut	* Le DHIS2 est opérationnel dans les 14 provinces et s'accompagne d'un portail DHIS2 * Un système d'IGL est opérationnel dans 14 provinces. * Un système d'IHRIS est opérationnel au niveau national. * Une base de données informatisée est en place pour faciliter l'encodage des données d'état civil /DHIS2 * Appui aux Monitorages annuels des interventions SRMNEA-Nut * Appui aux missions de revue du PNDS, qui suivent les mêmes indicateurs que le PNDS.	Axe 2, programme 17, 18 et 19
Priorité 12	Création d'un système d'état civil fonctionnel	* 780 bureaux d'état civil sont créés ou réhabilités (sur 15 provinces¹⁹). * Le personnel en système d'information des bureaux d'état civil est formé. * 600 000 actes de naissances retardés (dans le cadre des campagnes de rattrapage dans les écoles) sont produits dans les 15 provinces en 5 ans ; 200 000 actes de décès retardés (dans le cadre des campagnes de rattrapage) sont produits. * Un programme national d'état civil (CRVS) est disponible.	Axes 1 et 2 Programme 1, 3, 10 et 15

2.1.2. Besoins et déficits en ressources humaines, matérielles, financières et organisationnelles

Les différents problèmes identifiés comme gaps à combler sont regroupés dans le tableau n°2.

Tableau n°2 : Répartition des besoins programmatiques de la SRMNEA-Nut et Gaps à combler selon les ressources en RDC, 2017 (Source : Revue documentaire AT, JSI, Août 2018)

Ressources	Besoins	Gaps à combler
Organisationnelles	* Normes et directives des interventions, * Renforcement du système d'informations et des Monitorages * Renforcement de la collaboration intersectorielle avec les autres ministères (éducation, agriculture, intérieure ...)	* 237 HGR et 4998 CS à couvrir * Analyse des données collectées pour la prise de décision * Développement de la coordination intersectorielle (Task Force fonctionnel) incluant les autres ministères
Humaines	* Qualification et leur répartition rationnelle * Redynamisation des organisations à assise communautaire	* 1120 médecins et 2250 infirmiers à former et réaffecter * 31% des OAC à redynamiser
Matérielles	* Disponibilité de 13 traceurs pour la SRMNEA-Nut et les matériels et intrants spécifiques autant pour la SSRAJ	* 49% de médicaments, intrants et matériels à allouer.
Financières	* Budget conséquent * Financement conséquent de la SRMNEA-Nut	* Accroissement du budget de la santé * 744 775 774 US\$ à mobiliser pour la santé infantile à travers la SRMNEA-Nut d'ici 2020

2.1.3. Défis stratégiques pour l'atteinte de la vision 2030 à améliorer par l'appui technique

Débuté en 2005 avec l'adoption de la stratégie de renforcement des systèmes de santé (SRSS), le processus de revitalisation du secteur de la santé en RDC avait fourni un cadre pour les réformes visant

à surmonter les inefficacités du secteur et la marginalisation de l'élaboration des politiques nationales dans un contexte de dépendance à l'aide extérieure.

A l'origine des causes profondes de ce dysfonctionnement, se trouvent l'effondrement de l'État et de l'économie. Quant au secteur de la santé, deux autres éléments ont aggravé ce tableau sombre :

- (i) Le financement public du Gouvernement s'est flétri à partir de 1990 rendant le financement de la santé presque entièrement tributaire des paiements directs et de l'aide extérieur.
- (ii) Sans financement public et avec un leadership national faible, la réglementation du secteur de la santé s'est évaporée¹.

Cette situation a entraîné des graves conséquences dans le système de santé aussi bien chez les partenaires (donateurs) que chez les utilisateurs (agents de santé) à savoir :

- * La création des projets par les donateurs à la recherche de résultats rapides et de données pour les documenter, conduisant à de multiples mécanismes de coordination des bailleurs de fonds et unités de gestion de projet et, surtout, à une duplication et un gaspillage des ressources.
- * Les frustrations et l'érosion de l'identité professionnelle chez les agents de santé qui se sont retrouvés avec peu de temps pour dispenser de véritables soins de santé. La logistique s'est fragmentée et la multiplication des chaînes d'approvisionnement a entraîné des ruptures de stock dans certains CS et hôpitaux, et un excédent de fournitures dans d'autres.

L'assistance humanitaire et l'aide public au développement sont devenus l'un des rares secteurs économiques en activité et, avec de rares possibilités d'emploi, la profession d'agent de santé est devenue relativement attrayante. Sans surprise, la qualité des services s'est rapidement détériorée avec des indicateurs de santé alarmants, tandis que la mémoire institutionnelle d'un pays qui avait été un pionnier dans le développement du modèle de district sanitaire en Afrique a commencé à disparaître.

Ces inefficacités ont pris différentes formes : coûts de gestion disproportionnés ; gaspillage, duplication et inefficacité en raison de la fragmentation des services et des programmes ; inefficacités organisationnelles et managériales ; déploiement improductif de la main-d'œuvre ; et la duplication des chaînes d'approvisionnement pour les médicaments et les produits de santé.

Pour y remédier, la RDC a expérimenté en profondeur la réforme des DPS dans l'optique de supprimer la structure bureaucratique de la DPS au profit d'une équipe managériale dédiée à l'AT de la ZS. Deux approches que revêtent l'AT se sont avérées indispensables : d'une part celle d'un assistant technique résident (ATR) venant en appui à l'administration tant centrale que provinciale et, d'autre part celle des « cadres provinciaux permanents » (EPP) dévolus au renforcement des capacités des ECZS.

L'ATR est externe à la hiérarchie locale, tandis que les EPP en font partie et impriment même le leadership. L'ATR, en plus des capacités relationnelles, doit revêtir des aptitudes managériales comme celle de gestion des projets et scientifiques devant amener les changements. Tandis que les EPP doivent être des techniciens de terrain avérés connaissant les particularités locales et ayant un sens de recul critique et de polyvalence.

Le tableau n° 3 ci-dessous, décrit les fonctions des assistants techniques.

Tableau n°3 : Description des fonctions techniques de l'ATR et l'EPP par axes stratégiques du PNDS, RDC

Axes stratégiques du PNDS 2019-2022	Fonction de l'appui technique	
	ATR	EPP

¹ Kalambay H et Van Lerberghe W, Improving health system efficiency, DRC Improving aid coordination in the health sector, World Health Organization 2015

Développement des ZS et continuité des soins	* Amélioration de la qualité des paquets de services offerts à la population, * Amélioration de l'offre au niveau des structures de référence secondaire et tertiaire.	* Rationalisation du fonctionnement des structures de soins, * Renforcement de la dynamique communautaire, * Promotion des services de santé * Extension des sites de soins communautaires dans les AS non couverts et conformément aux plans de couverture des ZS.
Appui au développement des ZS	* Amélioration de la formation de base * Développement des compétences du personnel de santé * Mobilisation, la mise en commun et la rationalisation de l'affectation des ressources, * Développement des mécanismes de partage des risques et de financement de la santé	* Amélioration de la disponibilité et de la fidélisation des ressources humaines compétentes en santé ; * Maîtrise des besoins, de gestion et d'approvisionnement des médicaments, vaccins, contraceptifs et intrants spécifiques de qualité dans les FOSA, * Amélioration de la gestion des ressources financières dans les Services et FOSA
Gouvernance et pilotage du secteur	* Renforcement des capacités institutionnelles du MSP, * Renforcement de la coordination du secteur de la santé * Renforcement de la collaboration inter sectorielle.	* Renforcement des mécanismes de suivi de l'application des normes et directives du secteur

2.1.4. Recommandations à toutes les parties prenantes

A court terme

- Améliorer la coordination, la qualité et l'accessibilité des interventions sur terrain
- Améliorer l'organisation des services ainsi que leur qualité
- Accroître l'implication du secteur privé
- Définir la cadre de la redevabilité
- Réaligner les différentes parties prenantes sur les priorités pour un financement conséquent
- Accroître la fonctionnalité des services
- Renforcer la dynamique communautaire
- Mener un plaidoyer pour l'accroissement du budget
- Redéfinir la nature de l'assistance technique

Moyen et long terme

- Améliorer la couverture des interventions
- Améliorer la formation des personnels
- Rationaliser leur affectation et leur utilisation

2.2. Approche Human Centered Design

Pour obtenir les résultats escomptés, l'équipe de Co-crédation a opté pour une méthode centrée sur l'homme « Human Centered Design » (HCD).

Le processus HCD examine globalement un écosystème dans lequel un programme, une initiative ou service existe afin de comprendre exactement qui est impliqué tout au long de la vie ce programme, service ou initiative. Elle se concentre sur les besoins et les motivations des utilisateurs finaux bénéficiant de l'Appui Technique.

Le but de cette méthode est de prendre en compte le point de vue de tous les acteurs pour imaginer ensemble des solutions qui fonctionnent.

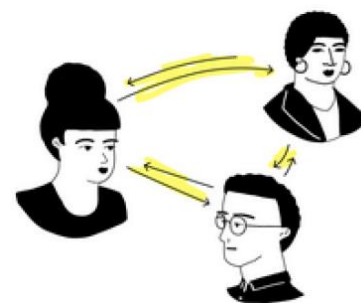


Figure 2 : Illustration de la méthode centrée sur l'homme « Human Centered Design » (HCD)

2.2.1. Processus de mise en place de l'appui technique

Les travaux de conception du nouveau modèle d'appui technique en RDC se sont déroulés en plusieurs étapes regroupées en 2 phases.

1^{ère} Phase de travail

Durant cette phase, plusieurs approches ont été utilisées (Cfr tableau 4). Il a été question (i) de comprendre la nature des relations entre les fournisseurs d'AT, le Gouvernement, les bailleurs de fonds et la communauté ; (ii) de renforcer les connaissances sur les diverses typologies d'AT en RDC ; (iii) d'identifier les points communs et clés à ces initiatives ainsi que les goulots d'étranglement.

Tableau n°4 : Approches méthodologiques utilisées selon les étapes de la première phase

Période	Etapes /approches méthodologiques
Aout 2018	Revue documentaire sur la santé de l'enfant
Novembre 2018	Enquête Anthropologique basée sur les interviews des différentes parties prenantes de l'appui technique et des bénéficiaires pour dégager leurs vécus et perceptions
Mars 2019	Premier atelier de co-crédation pour élaborer les hypothèses
Mai 2019	Deuxième atelier de co-crédation pour une conceptualisation des idées et concepts et la définition des prochaines étapes itératives
Juin-juillet 2019	Réorientation du projet en incluant la santé de la mère ainsi que le renforcement du système de santé



Photos lors de la descente dans la ZS de Mont-Ngafula I pour prototypage des concepts avec la communauté

2^{ème} Phase de travail

La deuxième phase a consisté à explorer de manière plus approfondie les principes de design, à solidifier la faisabilité et la viabilité des concepts et à créer une feuille de route pour le changement.

Tableau n°5 : Approches méthodologiques utilisées selon les étapes de la deuxième phase

Période	Etapes /approches méthodologiques
Septembre – Octobre 2019	Alignement de l'équipe de Co-Création •Revue des données des phases précédentes et des lacunes et perspectives manquantes
21-26 Octobre 2019	Immersion (Atelier de lancement avec l'équipe de Co-Création, JSI et Sonder) • Recueillement des perspectives manquantes, entretiens avec les décideurs et itération et hiérarchisation des résultats avec l'équipe de Co- Création.
Octobre – Novembre 2019	Reformulation des opportunités •Continuité des entretiens à distance pour combler les lacunes restantes puis fusion des résultats •Passage en revue des opportunités et affinement du parcours de l'appui technique
06-11 Décembre 2019	Co-crédation avec les représentants Gouvernementaux à tous les niveaux et PTF clefs • Génération d'idées basées sur les principes de design et le parcours de l'AT • Priorisation des concepts.
Janvier – Février 2020	Définition de la feuille de route •Affinement des concepts priorisés et Création d'une feuille de route pour le changement, des stratégies et des principes de design définissant des actions claires à entreprendre par les acteurs.
05-07 Mars 2020	Atelier d'intégration •Présentation de la feuille de route, stratégies et principes de design pour la RDC. •Identification des étapes à suivre pour l'implémentation de ces recommandations •Collecte de feedback général sur le procédé HCD et le projet.



Photos lors des ateliers de Co-crédation

2.2.2. Acteurs impliqués dans le processus

Les ateliers de Co-crédation sur le modèle d'appui technique en RDC ont connu la participation de plusieurs experts provenant des diverses institutions à savoir :

- * Le Ministère de la Santé (Directions et Programmes en lien avec la SRMNEA-Nut) ;
- * Les fournisseurs de l'AT (ONGs/Agents de mise en œuvre, CBOs) ;
- * Les utilisateurs de l'AT (Agents de santé, Bénéficiaires, Responsables des CS)
- * Les PTF : Le « *Child Health Task Force* » avec l'initiative cadre pour ce travail, *JSI* pour le compte du Secrétariat de « *Child Health Task Force* » et bénéficiaire et coordinateur de cette subvention, *Sonder Collective* comme facilitateur du processus de Co-crédation et responsable de la conception du modèle.

III. RESULTATS OBTENUS ET ANALYSES

Les résultats présentés dans cette section se rapportent à (i) l'analyse des connaissances anthropologiques sur les différentes typologies de l'AT, (ii) l'analyse des enjeux du concept AT, (iii) l'identification des zones d'opportunités, (iv) la conception des principes et domaines de changement et (vi) la création d'une feuille de route pour la mise en œuvre de l'AT.

3.1. Analyse des connaissances anthropologiques

Au cours de la 1^{ère} phase, 9 grandes connaissances anthropologiques regroupées en six concepts ont été créées et prototypées à tous les niveaux du système selon le type d'appui (Cfr tableau 6).

Tableau n°6 : Prototypage des concepts par niveau du système et par type d'appui

Type d'appui	ZS et communauté	Niveau Provincial	Niveau Central
Systémique et politique	<u>Concept 1</u> - Améliorer la planification et le suivi des activités en fonction des besoins définis par la communauté	<u>Concept 4</u> - Plateforme de plaidoyer constituée de groupes de pression multisectoriels à destination des décideurs	
Technique	<u>Concept 2</u> - Outils permettant de collecter des informations au niveau de la communauté et pour celle-ci de s'organiser en groupes structurés. <u>Concept 3</u> - Mutualisation des soins adaptée aux dynamiques communautaires	<u>Concept 5</u> – Une initiative de cartographie pour que l'information circule vers le haut.	<u>Concept 6</u> - Une initiative de cartographie pour coordonner les activités curatives, promotionnelles et de sensibilisation.

Après revues des données de la 1^{ère} phase, l'équipe de Co-crédation a recueilli, lors de l'étape de l'immersion, les lacunes et perspectives manquantes pour enfin hiérarchiser les résultats en **19 concepts** regroupés en 4 domaines (Cfr tableau 9 en annexe relatif aux solutions conceptuelles).

3.2. Analyse des enjeux du concept « Appui Technique »

3.2.1. Redéfinition du concept Appui technique

Le terme « appui technique » est extrêmement vaste et différentes institutions du développement travaillent souvent avec des définitions similaires et qui se chevauchent. La priorité habituelle des interventions dans ce domaine, à savoir améliorer les « capacités », les « compétences » et/ou les « performances », couvre également un large ensemble de définitions et de conceptualisations. L'objectif de l'intervention de l'AT peut lui-même être de grande portée. Les interventions peuvent se concentrer sur l'amélioration de la capacité d'individus clés spécifiques, ou avoir un but plus ambitieux en relevant les fonctions de certaines équipes, de l'ensemble de systèmes et même d'organisations tout entières.

Encadré n°1 : Définitions du concept AT selon les acteurs clés du système de santé en RDC.

- **Selon les bailleurs :**
« L'AT c'est une approche intégrée au système de santé pour répondre aux besoins du pays »
- **Selon les partenaires multilatéraux :**
✓ "L'AT ne devrait pas être imposée, elle devrait être utile et conforme aux priorités du pays."
✓ "Le futur de l'AT c'est la bonne identification du problème d'ensemble, le partage des TDR entre partenaires et la validation avec le gouvernement, et l'apport d'une solution"
- **Selon les partenaires bilatéraux :**
✓ "AT, c'est travailler ensemble, transpirer ensemble, et pas seulement sur le succès, c'est aussi des échecs"
✓ « Le partenariat, la collaboration et la communication sont de la plus haute importance.

Être assis avec le ministère, c'est ce que devrait être AT pour s'assurer que tout est coordonné et pour fournir le soutien approprié. ”

• **Selon les cadres du Ministère de la santé :**

- ✓ *“L’AT obtient une valeur si la main qui reçoit est également prête à accepter AT. Nous devrions avoir une justification claire pour toute assistance technique venant de l’extérieur »*
- ✓ *“L’AT doit être rationnelle et avoir de la valeur ajoutée. L’avenir c’est un leadership fort et des outils provinciaux adoptés”*

En définitive, après échanges participatifs, l’équipe de Co-Création a redéfini l’AT comme : ***“la capacitation des équipes locales à jouer pleinement leur rôle. Cette capacitation renferme les aspects aussi bien techniques (connaissances, renforcement des capacités), matériels (équipements, intrants, consommables), que financiers (transport, primes, et financement des activités)”***.

3.2.2. Identification des problèmes de l’appui technique et analyses

L’analyse à froid des capacités opérationnelles du MSP relève une insuffisance énorme dans la conduite et la mise en œuvre de la politique sanitaire nationale. Ainsi, l’AT apparait, dès l’instant, comme une alternative, pas moins négligeable, dans l’accompagnement du ministère de la santé pour :

- * Faciliter le renforcement du leadership du MSP dans la mise en œuvre des politiques sanitaires ;
- * Contribuer à la mobilisation des ressources (financières, humaines, logistiques, ...) pour la réalisation des interventions ;
- * Apporter un appui technique dans l’amélioration de la qualité des prestations offertes ;
- * Stimuler la demande et l’utilisation des services de santé.

Cependant, dans la réalité des faits, plusieurs questions influent sur la demande de l’AT par le MSP et l’offre de cet AT par les bailleurs/partenaires. Il s’agit notamment :

- * Une méconnaissance et un accord insuffisant entre les donateurs et le Gouvernement sur ce qui est considéré comme « l’appui technique », et sur l’offre potentielle ;
- * Dans plusieurs exemples en RDC, il existe un manque de consensus entre les donateurs et le gouvernement sur ce que l’on entend par « appui technique » ;
- * Dans certains cas, l’appui technique proposée ne correspond pas à ce que les gouvernements souhaiteraient dans l’idéal, et l’offre potentielle des donateurs est mal connue ;
- * Les relations plus larges entre le gouvernement et les donateurs influencent la mise en œuvre de l’appui technique sur le terrain.
- * La détérioration du niveau général de confiance entre les donateurs/partenaires et le Gouvernement influe négativement sur la nature de l’AT offert par les donateurs/partenaires. Certains partenaires/donateurs ont retiré le soutien qu’ils versaient au budget général (du ministère) et se sont tournés vers des approches fondées sur des projets ;
- * L’utilisation des systèmes nationaux, conformément aux engagements souscrits dans la Déclaration de Paris, peut améliorer l’appropriation des interventions de l’appui technique par le Gouvernement ; mais parfois, les systèmes des donateurs sont préférés. On considère que l’octroi d’un AT par le biais des systèmes Gouvernementaux améliore l’appropriation gouvernementale, mais les donateurs refusent souvent d’adhérer à cette approche.
- * Les caractéristiques individuelles du prestataire de l’AT et la création d’un climat de confiance comptent beaucoup pour que l’AT soit efficace.
- * Les activités pour relever la redevabilité de l’AT, d’une part à l’égard du Gouvernement et de la communauté et, d’autre part à l’égard des donateurs sont importantes ; mais il est souvent problématique de rendre des comptes à deux organismes différents.

Il ressort des analyses que ces faits corroborent avec les résultats de Kalambay et Van Leberghe.

En résumé, selon les décideurs, les problèmes de l'appui technique résident entre autres à l'absence des résultats, d'harmonisation et du plan de pérennisation ainsi qu'à la dépendance quasi totale du Gouvernement aux aides extérieures (l'AT se substitue à l'Etat), comme illustré dans l'encadré n°2.

Encadré n°2 : Problèmes de l'AT selon les acteurs clés du système de santé en RDC.

- **Selon les bailleurs :**
 - ✓ "l'AT est devenu une substitution du gouvernement."
 - ✓ "Un leadership affaibli n'est pas en position de prendre une décision forte auprès des donateurs"
- **Selon les partenaires multilatéraux :**
 - ✓ «AT est une solution mais aussi un problème. Sans cela, les pays ne progressent pas vraiment, mais ils ne donnent toujours pas de résultats.
- **Selon les partenaires bilatéraux :**
 - ✓ « Il n'y a pas de problème avec l'AT. Il y a un problème avec la façon dont nous l'abordons. Nous ne prenons pas de risques, nous n'attendons que les succès. En faisant cela, nous n'apprenons pas de nos erreurs. »
 - ✓ "On se concentre trop sur le processus plutôt que sur l'impact ; plus sur des solutions rapides que leur redevabilité."
- **Selon les cadres du Ministère de la santé :**
 - ✓ "Les bases de l'AT sont fausses en RDC. Les bailleurs interviennent tous de manière différente : il n'y a pas d'harmonisation ».
 - ✓ " Le leadership est un problème. Tout projet devrait avoir des pérennisation, L'état peine souvent à soutenir les projets"

3.3. Identification des zones d'opportunités

Trois zones d'opportunités critiques ont été identifiées dans lesquelles les décideurs peuvent intervenir pour créer un changement dans l'écosystème de la santé en RDC. Il s'agit de :

- * **Repenser les interactions pour renforcer la prise en charge locale et soutenir la prise de décision stratégique** c-à-d changer la façon dont les acteurs du système interagissent, partagent et prennent leurs décisions les uns avec les autres pour répartir équitablement le développement des priorités abordés et pour renforcer le leadership du pays.
- * **Repenser les circuits de feedbacks et les processus de partage de données pour soutenir la contextualisation et la décentralisation** c-à-d modifier les structures existantes d'incitation et de budgétisation pour que les ressources soient utilisées plus efficacement et de manière plus équilibrée et favorise le bien collectif plutôt que les gains individuels.
- * **Repenser les incitations et structures de budgétisation pour renforcer le système de santé** c-à-d changer la façon dont l'information circule entre les différents acteurs du système pour promouvoir une prise de décision plus informée et basée sur le contexte local.

3.4. Conception des principes et domaines de changement pour l'appui technique

Les principes de design et concepts ont été regroupés en 4 domaines de changement. Ceux-ci doivent être considérés comme un système à mettre en œuvre pour la résolution des problèmes sous-jacent aux domaines abordés et qui encouragerait le MSP à se responsabiliser pour le bénéfice au long terme.

Un domaine de changement aborde un thème systémique et politique qui touche le système de l'AT. Les concepts et les principes de design sont de principe systémique mais de nature technique nécessitant une série de réformes, de restructuration et de renforcement pour assurer avec succès le processus gouvernemental et les relations plus rationalisés avec les donateurs, les partenaires et les communautés.

Tableau n°7 : Principes et domaines de changement pour l'AT en RDC

Domaines de changement	Principes à respecter
1. Optimiser les finances et bâtir pour le long terme	* Diriger le financement au niveau des zones en prévoyant l'accompagnement aux niveaux national et provincial. * Minimiser la duplication des financements des zones de santé et la dispersion des fonds. * Optimiser les dépenses et favoriser le renforcement des structures à la base et l'amélioration des infrastructures. * Implémenter un système d'initiative qui favorise la responsabilisation des acteurs et de l'État.
2. Accompagner pour renforcer la gouvernance	* S'aligner sur des objectifs et priorités communs. * Permettre au pays de diriger l'AT en respectant les règles d'engagement. * Ne pas exécuter mais accompagner, avec respect. * Éviter une approche à l'emporte-pièce. Adapter l'AT au contexte.
3. Cultiver la collaboration et la transparence entre tous les acteurs	* Vulgariser les décisions stratégiques à tous les niveaux. * Partager les leçons apprises sur des plateformes verticales et horizontales. * Identifier, socialiser et récompenser la réussite. * Renforcer la redevabilité en s'alignant sur les besoins des bénéficiaires. * Assurer l'évaluation conjointe des services de l'AT.
4. Réduire les dépendances en faveur de la pérennisation	* Construire pour la durabilité financière après le départ des donateurs aux niveaux national et local. * Accroître les allocations budgétaires étatiques au niveau de la santé. * Valoriser les ressources locales (matérielles, financières) même si cela signifie sacrifier certains gains immédiats. * Inciter les communautés à s'approprier des projets.

3.5. Création de la feuille de route /Recommandations et Solutions conceptuelles

Tableau n°8 : Recommandations de la feuille de route pour l'AT par domaines de changement en RDC

Niveau des concepts	Recommandations par domaines de changement			
	Domaine 1	Domaine 2	Domaine 3	Domaine 4
Recommandations globales pour l'AT	* Favoriser le développement des infrastructures	* Appui multisectoriel (et cadre de concertation obligatoire)		* Plan de pérennisation des initiatives * Plan d'investissement pour la pérennisation des initiatives
Recommandations pays pour l'AT	* Mise à jour de la cartographie des interventions	* Revue des TDRs pour les ATR et EPP * Manuel de procédure RDC * Mise à jour de la cartographie des interventions	* Cadre de concertation obligatoire * Tableau de bord de décisions stratégiques	* Plan d'investissement pour la pérennisation des initiatives (état) * Renforcement de l'IGS/l'IPS
Recommandations pour l'état	* Plan de mobilisation des ressources mis à jour			* Mutualisation des soins adaptés aux dynamiques communautaires * Motiver les RECO et prestataires

Solutions conceptuelles par domaines de changement priorisés

Il est évident qu'un bon respect des priorités du pays peut contribuer au renforcement du système. Tout ceci dépend d'un leadership étatique fort. Cependant, celui-ci est affaibli pour diverses raisons ci-hautes évoquées. Les détails concernant la description des solutions, limites et avantages pour chaque concept se trouvent dans le document « Ré-imaginer l'appui technique en RDC », page 35-80.

IV. CADRE CONTRACTUEL, DE SUIVI ET EVALUATION ET REDEVABILITE

4.1. Contractualisation

4.1.1. Domaines de partenariat

Selon le « Vade mecum du partenariat dans le secteur de la santé » publié en 2002 par le ministère de la santé, les principaux domaines de partenariat envisagés sont :

- ✓ L'appui institutionnel ou opérationnel à tous les niveaux du système de santé ;
- ✓ L'intégration des Établissements de soins appartenant aux privés dans la Politique Nationale de Santé (PSN) ;
- ✓ L'intégration des activités des soins de santé primaires dans les Établissements de soins appartenant aux privés ;
- ✓ La cession de gestion des établissements médicaux publics aux privés (dévolution de service public) ;
- ✓ Les appuis aux structures publiques sous forme de financement de certaines activités spécifiques et de parrainage ou appui partiel ou global ;
- ✓ Appui aux écoles et instituts d'enseignement des sciences de la santé (ITM, IEM) ;
- ✓ L'intégration des officines privées, l'appui aux centrales d'achat des médicaments et le partenariat avec les grossistes.

4.1.2. Approche contractuelle

L'approche contractuelle est un outil de mise en œuvre de la politique nationale de la santé, dans le but d'améliorer la prise en charge des problèmes de santé des populations.

Plutôt que d'assister passivement au développement incontrôlé d'une activité multiple, diverse et difficilement maîtrisable d'acteurs privés à but lucratif ou non (ONG, organismes confessionnels), l'Etat peut renforcer son rôle normatif et centralisateur, de garant de la santé de la population tout en faisant participer à la mise en œuvre de sa politique de santé les partenaires potentiels intéressés.

- L'approche contractuelle revêt un caractère essentiel : le recours contractuel organisé à un partenaire opérationnel de l'Etat pour l'exécution de prestations de santé relevant du service public.
- Elle signifie pour le Ministère de la Santé : une opportunité d'améliorer l'exécution des prestations sanitaires avec pour devise « ni privatisation, ni désengagement »
- Son champ d'application est le plus large possible. Il est défini par négociation et exécuté en collaboration et peut porter soit sur des prestations déterminées, soit sur un appui ou un accompagnement pouvant aller jusqu'à la co-exécution de certaines tâches et missions.

L'approche contractuelle passe par les étapes suivantes :

- La définition par le Ministère de ses besoins et le choix parmi ceux-ci de priorités,
- L'identification des acteurs dans le domaine de la santé et des partenaires potentiels de l'État ;
- La définition de leur statut légal ;
- Une sensibilisation interne ;
- La négociation des obligations de chaque partie, et enfin ;
- La signature d'accords formels (contrats) en couchant sur papier les identités, rôles, objectifs, exigences, et obligation de chacun.

L'approche contractuelle invite le Ministère de la Santé Publique à intégrer la contractualisation comme mode systématique de fonctionnement : non standardisé, mais planifié.

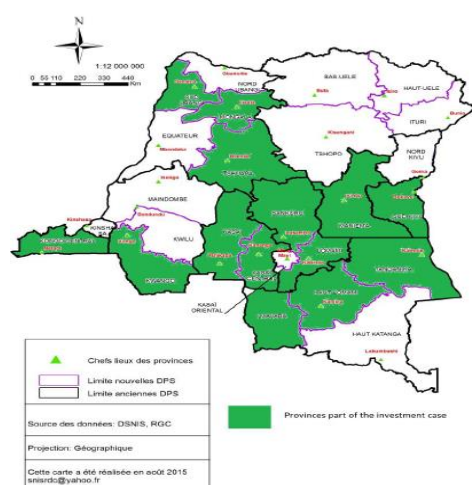
4.1.3. « Contrat Unique » comme outil de coordination de l'aide extérieure en santé.

Une étude menée par le MSP-DEP a montré que : (i) toutes les DPS, les Directions centrales et Programmes spécialisés disposent de plusieurs contrats et certains ont jusqu'à 30 contrats avec plusieurs partenaires, (ii) le financement du niveau intermédiaire est très fragmenté, (iii) les modes de financement ciblant, soit des individus, soit des activités ponctuelles accusent des doublons (iv) le gaspillage et les superpositions des appuis ne favorisent pas le développement institutionnel.

Pour modifier cette situation, en décembre 2014, le Ministère de la Santé a adopté le contrat unique comme outil national pour la canalisation des financements et l'incitation à la performance sur base d'un cadre des résultats. La mise en place d'un contrat unique avec un cadre de performance aligné sur les missions des directions, programmes et DPS devrait permettre de mieux coordonner les appuis extérieurs et de renforcer le leadership du MSP. Cet outil vise à mettre en place un financement structurel suffisant et régulier d'une part et d'autre part absorber de manière progressive tous les multiples contrats qui existent actuellement dans les institutions de la santé. Le contrat unique permet d'absorber graduellement le financement morcelé des partenaires.

Dans le cadre du renforcement de l'aide publique au développement, la RDC a connu la signature de la Charte du Partenariat en 2014 dans laquelle, tous les partenaires ont pris l'engagement d'harmoniser leurs interventions au sein du secteur. Cet exemple a été matérialisé par la signature des plusieurs mémorandum d'entente mais aussi de la mise en place d'une plateforme multi bailleur dans le cadre de la préparation du Projet de Développement du Système de Santé (PDSS).

4.2. Localisation des provinces prioritaires pour l'appui technique



Comme précisé plus haut, l'AT se focalisera d'abord sur les 14 provinces qui ont été sélectionnées dans le CI sur base de huit critères reflétant le plus grand nombre de besoins concernant la SRMNEA (mortalité néonatale, malnutrition, maternité précoce, planification familiale), le système de santé (médicaments, ressources humaines et état civil) et l'environnement socio-économique (taux de pauvreté).

Il s'agit des provinces de Tanganyika, Haut-Lomami, Sankuru, Maniema, Lomami, Tshuapa, Kongo Central, Sud-Kivu, Kasai, Kasai-Central, Lualaba, Mongala, Sud-Ubangi et Kwango (Cfr figure ci-contre). Et ensuite, l'AT sera étendu graduellement dans d'autres provinces en vue d'une couverture large vers la réalisation des ODD.

Figure 3 : Localisation des provinces prioritaire pour l'AT en RDC (source : CI 2017-2021)

4.3. Lien entre l'appui technique et les documents stratégiques pays

L'AT étant une approche innovante et non parallèle au système de santé de la RDC, il existe des liens étroits entre les concepts et domaines créés dans cette approche et les axes, priorités ou paquets des documents stratégiques existants au pays entre autres le PNDS 2019-2022, le Cadre d'investissement, la Stratégie de Financement de la Santé, le Contrat Unique, comme le décrit le tableau ci-dessous :

Tableau 9 : Lien entre l'AT et les documents stratégiques du pays

Documents stratégiques pays		Approche AT			
		Domaines 1	Domaines 2	Domaines 3	Domaines 4
PNDS 2019-2022	Axe 1 : Amélioration des prestations de services de santé et continuité des soins	Concept 1.3 Concept 1.5		Concept 3.4	Concept 4.2 à Concept 4.4
	Axe 2 : Appui aux différents piliers du système de santé	Concept 1.2 Concept 1.4		Concept 3.1 Concept 3.2	

	<i>Axe 3 : Renforcement de la Gouvernance et du système de santé</i>	Concept 1.1 Concept 1.6	Concept 2.1 à Concept 2.4	Concept 3.1 à Concept 3.4	Concept 4.1
Cadre d'Investissement	<i>Paquet 1 : Mise en œuvre des services prioritaires de SRMNEA ainsi que des services destinés aux survivantes de VSBG</i>	Concept 1.1			Concept 4.3 Concept 4.4
	<i>Paquet 2 : Modalités de mise en œuvre des services prioritaires de SRMNEA</i>	Concept 1.4 Concept 1.5		Concept 3.1 Concept 3.4	Concept 4.4
	<i>Paquet 3 : Renforcement du système de santé pour appuyer la mise en œuvre des services prioritaires de SRMNEA</i>	Concept 1.1 à Concept 1.6	Concept 2.1 à Concept 2.4	Concept 3.1 Concept 3.2 Concept 3.3	Concept 4.1 et Concept 4.2
Stratégie de Financement de la Santé	<i>Priorité 1 : Mobilisation des ressources suffisantes et durables pour le financement de l'offre et la demande des services de santé</i>	Concept 1.4	Concept 2.4		Concept 4.3
	<i>Priorité 2 : Réduction de la fragmentation du financement de la santé pour une prise en charge plus large et équitable.</i>	Concept 1.6		Concept 3.5	
	<i>Priorité 3 : Réduction des barrières financières à l'accès aux services de santé de qualité</i>			Concept 3.4	
	<i>Priorité 4 : Optimisation de l'utilisation des ressources dans le secteur de la santé</i>	Concept 1.1 à Concept 1.6	Concept 2.1 à Concept 2.4	Concept 3.1 Concept 3.3	Concept 4.1
Contrat Unique	<i>Coordination des financements</i>			Concept 3.1 Concept 3.3	
	<i>Harmonisation et alignement</i>		Concept 2.2		
	<i>Evite la duplication des interventions et renforce la gestion</i>		Concept 2.3	Concept 3.2 Concept 3.3	Concept 4.1
	<i>Basket fund virtuel</i>	Concept 1.1		Concept 3.3	Concept 4.1 Concept 4.2
	<i>Redevabilité et de transparence</i>			Concept 3.1 Concept 3.5	
	<i>Comble les gaps par des meilleures allocations</i>		Concept 2.1	Concept 3.3	
	<i>Renforce la décentralisation</i>	Concept 1.3			Concept 4.1 Concept 4.2
	<i>Financement structurel</i>	Concept 1.1	Concept 2.4	Concept 3.3	
	<i>Traçabilité et mobilisation des financements domestiques alignés sur les priorités des DPS</i>		Concept 2.3		

4.4. Cadre de suivi, évaluation et redevabilité

Étant donné que l'AT se focalise sur les priorités du CI qui s'aligne sur les priorités du PNDS, le cadre de suivi et d'évaluation (CSE) de l'AT sera le même et s'attellera sur les indicateurs clés du CI en harmonie avec celui du PNDS. Ainsi, les mécanismes de suivi et d'évaluation de l'AT à l'instar du CI seront similaires à ceux du CSE du PNDS 2019-2022 et ne donneront pas lieu à des activités parallèles, excepté quelques adaptations.

Dans le souci d'harmoniser efficacement les différentes activités de suivi et évaluation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, une bonne coordination est nécessaire. Cette dernière va s'appuyer sur les réunions régulières impliquant toutes les parties prenantes à tous les niveaux d'opérationnalisation. En attendant le processus devant aboutir à la validation des documents et outils de l'AT dont la feuille de route en annexe, quelques activités de suivi pourront être faites notamment le suivi continue des étapes, la revue annuelle pour analyser les progrès et présenter les résultats au CNP-SS.

Un comité de Coordination de l'AT sera mis en place autour de la DEP et du point focal de l'équipe de Co-crédation, le Directeur du PNIRA qui vont travailler en étroite collaboration avec les Directions centrales principalement la DSFGS, les Programmes et PTF en lien avec la SRMNEA. Sur ce, l'équipe de Co-crédation pourra aider la DEP à parfaire le processus de mise en œuvre de l'appui technique.

Quant aux indicateurs de l'appui technique, le Cadre de Suivi et d'Evaluation (CSE) du PNDS 2019-2022 servira de base pour suivre la mise en œuvre de cette approche au niveau national.

V. PERSPECTIVES SUR LA CARTOGRAPHIE DES INTERVENTIONS ET INTERVENANTS

En RDC, plusieurs partenaires appuient le secteur de la santé ; leur contribution représente 40% du financement de la santé. Des efforts de coordination et d'harmonisation des interventions des partenaires s'opèrent à travers le Groupe inter bailleurs santé (GIBS) qui doit progressivement intégrer le Comité de coordination sectorielle. Les principaux bailleurs sont la Belgique, le Canada, les États Unis d'Amérique et la Grande Bretagne ; les partenaires multilatéraux sont l'Union européenne, la Banque mondiale et la Banque africaine de Développement ; le Fonds mondial et l'Alliance GAVI.

La cartographie des interventions et intervenants fournie dans ce cadre, est une proposition pour l'orientation des domaines de changement par partenaires et par provinces pour la période allant de 2020 à 2022. Les provinces ciblées étant les 14 provinces prioritaires du CI.

5.1. Proposition de la cartographie de financement par domaine de changement et par partenaires

Tableau 10 : Cartographie de financement par domaine de changement et par partenaires

Priorités AT /CI	2020-2022	MSP	Privé non lucratif	PTF 1	PFT 2	PTF 3		Total	Ecart
Optimiser les finances et bâtir pour le long terme									
Accompagner pour renforcer la gouvernance									
Cultiver la collaboration et la transparence entre tous les acteurs									
Réduire les dépendances en faveur de la pérennisation									
Total									
Pourcentage									

5.2. Proposition de la cartographie de financement par domaine de changement et par provinces

Tableau 11 : Cartographie de financement par domaine de changement et par provinces

Priorités AT /CI	2020-2022	Tanganyika							Total	Ecart
Optimiser les finances et bâtir pour le long terme										
Accompagner pour renforcer la gouvernance										
Cultiver la collaboration et la transparence entre tous les acteurs										
Réduire les dépendances en faveur de la pérennisation										
Total										
Pourcentage										

VI. CONCLUSION

Au cours de ce processus d'alignement, d'immersion, de co-création et d'élaboration de la feuille de route, l'appui technique dans le secteur de la santé a été compris par les parties prenantes comme une capacit  tion des équipes locales à jouer pleinement leur rôle sous l'autorité affirmée de l'Etat, avec l'accompagnement des partenaires locaux et externes particulièrement dans les domaines où les besoins ne sont pas couverts par l'Etat. Ce qui implique un leadership fort, une bonne gouvernance, une approche collaborative et transparente, une optimisation des ressources pour réduire la dépendance et bâtir à long terme.

Quatre domaines de changements ont été identifiés et, les recommandations ainsi que les solutions préconisées doivent être mises en œuvre en respectant les principes de prestation selon la feuille de route élaborée. L'alignement aux besoins réels pressentis par les bénéficiaires, l'harmonisation du couple assistant-assisté, le respect du cadre contractuel, de suivi-évaluation et de redevabilité ainsi que la cartographie des interventions et des intervenants sont nécessaires à la réussite de cette approche de solutions qui se veut innovatrice.

Tel peut se comprendre ce projet « Re-imaginer l'appui technique en République Démocratique du Congo », en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, y compris les aspects nutritionnels et le renforcement du système dans le secteur de la santé.



Photos lors de l'atelier d'intégration avec l'implication du Secrétaire Général à la Santé    Rotana club Plaza hôtel,

ANNEXES

Annexe 1 : Feuille de route pour les prochaines étapes

N°	Activités	Responsable	Chronogramme												Hypothèses	Coûts approximatifs
			Mars-2020	Avr-2020	Mai-2020	Juin-2020	Juil-2020	Août-2020	Sept-2020	Oct-2020	Nov-2020	Déc-2020	[...]	Sept-2021		
1	Organiser un atelier d'adaptation (livrable : consolider le rapport en lien avec le format du pays basé sur le plan d'investissement du PNDS et le plan stratégique de la CSU)	Equipe de Co-crédation													Présidence (2), Cabinet (1), SG (1), DEP (1), DGOSS (1), Co-crédation (15), Personnel d'appoint = Total 25 pers. 5 jours d'atelier résidentiel à Kin	\$ 29 000,00
2	Soumission et validation des documents par un groupe d'experts indépendants à identifier, pour la relecture (options possibles : commission de documentation de la DEP ; institutions privées, consultants ou universités)	Equipe de Co-crédation													Coûts de quatre experts pour sept jours	\$ 7 000,00
3	Organiser un 2 ^{ème} atelier (livrable : élaboration, harmonisation et production des différents outils de l'AT qui accompagnent les documents validés)	Equipe de Co-crédation													Cfr hypothèse n°1	\$ 29 000,00
4	Adoption des documents et outils par la commission de Gouvernance	Commission de Gouvernance													Coûts de reproduction des documents et outils	\$ 5 000,00

															(contrats et outils de procédures)	
5	Transmettre les documents et outils au CCT	Commission Gouvernance														
6	Validation des documents et outils par le CCT	SG														
7	Documents et outils apportés au CNP-SS et validés comme documents politiques, prêts à être vulgarisés	SG													En cas d'amendements, coûts de reproduction	Inclus dans étape 4
8	Vulgarisation des documents et outils dans 26 provinces	SG													Coûts de reproduction des documents et outils (contrats et outils de procédures)	\$ 15 000,00
9	Mettre en place un comité de suivi de l'AT (transformer l'équipe de co-création en comité de suivi) autour de la DEP	SG													Frais de réunions trimestrielles de 10 personnes	\$ 1 000,00
10	Suivi continu de la progression des étapes	SG														
11	Réunion annuelle de revue des progrès (un an après étape 7) et présenter résultats de la revue au CNP	SG													26 Représentants provinciaux + NC = ~60 pers. PEC voyageurs + per diem, Salle + transport individuel 2 jours d'atelier Coût production de documents	\$ 45 200,00
															Sous-total	\$131 200,00
															Imprévus	10%

Annexe 2 : Liste des experts ayant participé au processus de Ré-imagination de l'AT en RDC

N°	Nom et Prénom	Institutions	Téléphone	Adresse Mail
Cabinet de la Présidence de la République				
1.	Dr ENO	Conseiller au collège des conseillers chargés de la santé		
Ministère de la Santé (Secrétariat Général à la Santé, Directions et Programmes spécialisés, ZS)				
2.	YUMA RAMAZANI Sylvain	Secrétariat Général /Santé		
3.	ILUNGA Jean Fidèle	PNIRA /Point focal pays AT	0999927053	jfilunga@hotmail.com
4.	EZOMBE Toto	PNIRA	0859023056	totoezombe@outlook.fr
5.	EPUMBA Jean Bertin	DEP	0824919355	Ebertino200013@gmail.com
6.	PUNGA Dieudonné	DEP		
7.	MAVULA Baudouin	DSFGS	0812727727	
8.	SANVUA Gustave	DSFGS	0853071482	
9.	TSHIALA Béatrice	PRONANUT	0819056657	gracebeatricetshiala@gmail.com
10.	KASONGO Joseph	PRONANUT	0810609794	kasdecca@gmail.com
11.	BUSHABU Bernard	PRONANUT	0998552008	drbushabu@gmail.com
12.	MOLE Delaurent	PNPMS	0811629270	
13.	NGAMBUWA Gavial	PNPMS	0998090620	drgavia@yahoo.fr
14.	LUNTADILA Papy	PNECHOL-MD	0971046268	papy.lunta19@gmail.com
15.	MBEMBA Ritha	PNLP		drithambemba@yahoo.fr
16.	MISURU Lucie	PNSR		misurulucie@gmail.com
ZS de Mont-Ngafula I (Prestataires, Leaders d'opinion et membres de la communauté)				
17.	MTAKULU	ZS /Infirmier Supérieur	0998264215	
18.	BAMBI Brigitte	Infirmière	0823138378	
19.	KAPELA	Animateur Communautaire	0811908102	
20.	KIBONGE KITENGE	Animateur Communautaire	0826287634	
21.	KIMPALA	RECO	0840959213	
22.	MANTATA	RECO	0998375400	
23.	KAMBU	Pasteur /Eglise ESVC	0900030965	
24.	NSANDA NSIBU	Etudiante UPC	0975787589	
25.	NGOYI MUJINGA	Ménagère /Q-BOMA	0995708308	
26.	LANDU Fideline	Ménagère /Q-Lemba Imbu	0973662935	
27.	BWAK Espérance	Ménagère /Q-Matadi Kibala	0900573359	
28.	NDEKEZA Arlène	Superviseur ONG/Q-Mitendi	0891152726	
29.	ESENGO	Couturière Q-Matadi Mayo	0896026201	
Société Civile				
30.	MUKINAY Nestor	CNOS	0999354426	nmukinay@gmail.com
31.	MANGALA Laurent	CNOS	0808960017	laurentmangala68@gmail.com
32.	KIBUNGU Rita	CNOS	0998102580	ritakibungu@gmail.com
PTF				
33.	KINI Brigitte	OMS	0817006412	kininsikub@who.int
34.	KAZADI Thierry	UNICEF		tkazadi@unicef.org
35.	BOKOKO Marie Jeanne	Coopération Canadienne	0815025657	mjbokoko@psartrdc.org
36.	ZAMBITE Elise	USAID	0817100289	ezambite@usaid.gov
37.	EMBEKE Narcisse	PROSANI-IHP	0810146217	Narcisse_Embeke@ihp-prosani.com
38.	MBWEBWE Wivine	PROSANI-IHP	081062190	
39.	TUTU Elie Moise	PROSANI-IHP		Elie_Tutu@ihp-prosani.com
40.	MULONGO Salva	PATH DRC	0817085710	smulongo@path.org
41.	MULOHWE Michel	UNION EUROPEENNE	0815567401	
PROJET				
42.	KASUNGAMI Dyness	JSI		dyness_kasungami@jsi.com
43.	BAYEMI Charlene	JSI		charlene_bayemi@jsi.com
44.	HOURLANI Elizabeth	JSI		elizabeth_hourani@jsi.com
45.	DOUGHERTY Leanne	JSI		leanne_dougherty@jsi.com
46.	CHAUFFOUR Jeanne	JSI		jeanne_chauffour@jsi.com
47.	ROUBERT Chloé	SONDER DESIGN		chloe@sonderdesign.org
48.	SALAZAR Liliana	SONDER DESIGN		liliana@sonderdesign.org
49.	WENDLAND Melanie	SONDR DESIGN		melanie@sonderdesign.org
50.	ANDRAWES Ledia	SONDER DESIGN		ledia@sonderdesign

51.	ROUSSE-MARQUET Floriane	SONDER DESIGN		floriane@sonderdesign.org
Consultants				
52.	NSIBU Célestin	JSI /Consultant national	0999923676	celensibu@gmail.com
53.	ABOUBAKER Samira	JSI /Consultant international		123saboubaker@gmail.com
54.	KAPANGA Serge	JSI/Consultant national		sergekapanga@gmail.com