



Evaluation du Programme d'Appui au Système de Santé du Sud Kivu (PASS)

République Démocratique du Congo

Rapport d'évaluation - VERSION FINALE

Octobre 2017

Evaluation du Programme d'Appui au Système de Santé du Sud Kivu (PASS)

République Démocratique du Congo

Rapport d'évaluation - VERSION FINALE

Octobre 2017

Jean-Marie Ngbenga Gerewoyo – chef d'équipe

Leen Jille – consultant international (membre équipe de base)

Ingeborg Jille Traas – consultante internationale (membre d'équipe de base)

Serge Mayaka – consultant national (membre d'équipe d'appui)

René Dubbeldam – responsable technique et assurance qualité (membre d'équipe d'appui)

TABLE DES MATIERES

Liste des figures.....	iii
Liste des tableaux.....	iii
Liste des acronymes et abréviations.....	v
Remerciements.....	vii
Sommaire.....	viii
1 Introduction.....	1
1.1 Présentation du rapport d'évaluation.....	1
1.2 Contexte.....	1
1.3 But et objectifs de l'évaluation.....	3
1.4 Méthodologie.....	4
1.5 Limitations de l'évaluation.....	4
1.6 Déroulement de l'évaluation.....	5
2 Résultats de l'évaluation.....	6
2.1 Analyse des 4 axes stratégiques du programme.....	6
2.1.1 Axe 1: L'amélioration de la qualité et la continuité des services de santé.....	6
2.1.2 Axe 2: L'amélioration de l'accès aux soins à travers la mise en place d'un mécanisme idoine de financement de santé.....	11
2.1.3 Axe 3: Le renforcement du leadership et de la gestion des ressources humaines.....	13
2.1.4 Axe 4: Le renforcement de la gestion des structures sanitaires, médicaments, équipements et informations sanitaires.....	16
2.2 Analyse des 5 thèmes.....	19
2.2.1 Pertinence de l'approche systémique décentralisée.....	20
2.2.2 Gestion des risques programmatiques et fiduciaires.....	20
2.2.3 Intégration de l'aspect genre dans le programme.....	21
2.2.4 Cadre de suivi et évaluation, attribution des résultats.....	23
2.2.5 Montage institutionnel actuel et modalités de travail et collaboration avec les instances et partenaires du secteur Santé.....	25
2.3 Analyse de l'appui selon les critères OCDE-CAD.....	29
2.4 Etat de lieu des recommandations de l'évaluation du PASS-II.....	31
3 Conclusion.....	35
4 Recommandations.....	37
4.1 Recommandations concernant l'exécution du PASS-III.....	37
4.2 Recommandations pour les stratégies du PASS-IV.....	37
4.3 Recommandations pour la mise en œuvre des stratégies proposées pour le PASS-IV.....	38
4.4 Conditions pour une mise en œuvre réussie.....	40

5	Annexes	41
5.1	Termes de Référence.....	41
5.2	Programme du travail de terrain.....	42
5.3	Personnes rencontrées.....	44
5.4	Observations sur les cadres logiques des mandataires.....	47
5.4.1	GIZ.....	47
5.4.2	Swiss-TPH.....	47
5.4.3	Comparaison du cadre logique de la GIZ avec le cadre logique du PASS.....	49
5.4.4	Comparaison du cadre logique de la Swiss-TPH avec le cadre logique du PASS.....	58
5.5	Comparaison des indicateurs identifiés dans le rapport de l'évaluation du PASS-II en 2013 et les résultats de ces mêmes indicateurs mi 2017.....	64
5.5.1	GIZ.....	64
5.5.2	Swiss-TPH.....	69
5.6	Résultats des indicateurs clés SNIS pertinents pour le PASS	73
5.7	Résumé des formations prévues et réalisées.....	75
5.8	Résumé des infrastructures prévues et réalisées	76
5.9	Note technique sur la Centrale de Distribution Régionale des Médicaments	77
5.10	Analyse profonde sur les Mutuelles de santé (MUSA).....	81
5.11	Analyse de l'efficacité / efficacité du PASS III.....	87
5.12	Documents consultés	90

LISTE DES FIGURES

Figure 1 - Evolution des performances des centres de santé de Nyangezi entre trimestre 3 de 2015 et trimestre 1 de 2017	7
Figure 2 - Evolution des performances des centres de santé de Ruzizi entre trimestre 1 de 2016 et trimestre 2 de 2017	7
Figure 3 - Taux d'infections post-opératoires dans les ZS appuyées par le PASS de 2012 à 2016.....	9
Figure 4 – Taux d'utilisation du curatif dans les ZS appuyées par le PASS de 2012 à 2016	12
Figure 5 - Taux de référence dans les ZS appuyées par le PASS de 2012 à 2016.....	73
Figure 6 – Taux d'accouchement assisté dans les ZS appuyées par le PASS de 2012 à 2016	73
Figure 7 – Taux de mortalité intra hospitalier dans les ZS appuyées par le PASS de 2012 à 2016	74
Figure 8 – Taux d'utilisation CPN dans les ZS appuyées par le PASS de 2012 à 2016	74

LISTE DES TABLEAUX

Table 1 – Analyse de l'appui selon les critères OCDE-CAD.....	29
Table 2 – Mise en œuvre des recommandations de l'évaluation du PASS-II (2013)	31
Table 3 – Programme du travail de terrain	42
Table 4 – Personnes rencontrées	44

Table 5 - Observations spécifiques sus le cadre logique utilisé par la GIZ et une comparaison avec le cadre logique du PASS.....	49
Table 6 – Observations spécifiques sus le cadres logiques utilisé par la Swiss-TPH et une comparaison avec le cadre logique du PASS.....	58
Table 7 – Comparaison des indicateurs identifiés dans le rapport de l'évaluation du PASS-II en 2013 et les résultats de ces mêmes indicateurs mi 2017 – GIZ.....	64
Table 8 – Comparaison des indicateurs identifiés dans le rapport de l'évaluation du PASS-II en 2013 et les résultats de ces mêmes indicateurs mi 2017 – Swiss-TPH.....	69
Table 9 – Résumé des formations prévues et réalisées.....	75
Table 10 – Résumé des infrastructures prévues et réalisées.....	76
Table 11 - Présentation du budget du PASS-III (01 avril 2015 – 31 décembre 2017) - GIZ.....	88
Table 12 - Présentation du budget du PASS-III (01 avril 2015 – 31 décembre) - Swiss TPH.....	89

LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS

APA	Autorité Politico-Administrative
AS	Aire de Santé
BCZS	Bureau Central de Zone de Santé
CA	Conseil d'Administration
CDR	Centrale de Distribution Régionale
CODESA	Comité de Développement de l'aire de santé
CODI	Comité de Direction
COGES	Comité de Gestion
COSA	Comité de Santé
CPN	Consultation Périnatale
CPP	Comité de Pilotage Provinciale
CS	Centre de Santé
CTC	Comité Technique Conjointe
DDC	Direction du Développement et de la Coopération
DGFE	Division du Genre, de la Famille et de l'Enfant
DPS	Direction Provinciale de la Santé
DRC	République Démocratique du Congo
ECZS	Equipes Cadres des Zones de Santé
EPP	Encadreur provincial polyvalent
FOSA	Formation Sanitaire
GIBS	Groupe International de Bailleurs en Santé
HGR	Hôpitaux Généraux de Référence
IPS	L'Inspection Provinciale de la Santé
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MPS	Ministre Provincial en charge de la Sante
MUSA	Mutuelle de Santé
OECD/DAC	Organisation for Economic Co-operation and Development / Development Assistance Committee
ONG	Organisations Non Gouvernementales
PAO	Plan d'Action Opérationnel
PASS	Programme d'Appui au Système de Santé du Sud Kivu
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PEC	Prise en charge
PF	Planification Familiale
PFT	Partenaire Financier et Technique
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNDS	Plan National de Développement de Sanitaire
PNSR	Programme National la Santé de la Reproduction
PPDS	Plan Provinciale de Développement Sanitaire
SGON	Soins Gynéco- Obstétricaux et Néonataux d'Urgence

SNIS	Système National de Information Sanitaire
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SSP	Soins de santé primaires
TdR	Termes de Référence
ZS	Zone de Santé

REMERCIEMENTS

Nous remercions le Ministre Provincial en charge de la Santé Publique du Sud-Kivu, le Médecin Inspecteur Provincial du Sud-Kivu ainsi que tout le personnel de l'Inspection Provinciale de la Santé et les cadres de la Division Provinciale de la Santé du Sud-Kivu pour leurs contributions aux activités de cette évaluation à travers des discussions ouvertes et franches. Ces remerciements vont particulièrement au Chef de la Division Provinciale de la Santé pour son appui dans l'organisation de toutes les visites de la mission au sein des Zones de Santé.

Nous apprécions vraiment la volonté et la gentillesse de tout le personnel des Bureaux Centraux des Zones de Santé, des hôpitaux et des centres de santé visités, personnel qui nous a consacré son temps précieux lors des visites et des entretiens. Le personnel des Bureaux Centraux des Zones de Santé a été très disponible et efficace dans l'organisation logistique et administrative des visites dans les Formations Sanitaires dans leurs zones.

Il est également très reconnaissant de notre part de noter que toutes les personnes avec qui nous avons dialogué au niveau provincial s'avéraient très disponibles pour partager/discuter leurs points de vue avec nous. Les partenaires et autres acteurs importants de la province sanitaire du Sud-Kivu tels l'OMS, le MSH, Cordaid, BDOM et autres nous ont ajouté des précieuses informations.

En outre, nous saluons, ici, les équipes de Swiss-TPH et de la GIZ pour leur disponibilité à accompagner, sur notre demande, la mission et à répondre à une liste interminable de questions.

Nous tenons, enfin, à exprimer nos particulières gratitudee au personnel de la Direction du Développement et de la Coopération Suisse à Bukavu, pour son soutien continu à la mission ; soutien exprimé sous forme d'appui administratif, logistique et technique pendant toute la durée de l'évaluation, pour sa disponibilité à répondre également à nos questions et à veiller sur notre sécurité durant la phase terrain.

Nous assumons la pleine responsabilité sur toutes les conclusions et recommandations figurant dans ce rapport, ainsi que sur d'éventuelles erreurs (y compris les erreurs résultant de mauvaises interprétations).

Bukavu/Reet, octobre 2017

Jean-Marie Ngbenga
Leen Jille
Ingeborg Jille Traas
Serge Mayaka
René Dubbeldam

SOMMAIRE

Introduction

Le Programme d'Appui au Système de Santé du Sud-Kivu (PASS) en République Démocratique du Congo (RDC), financé par la coopération Suisse, a commencé en 2009 avec une phase initiale d'orientation dans deux Zones de Santé (ZS), et une deuxième phase dans huit ZS qui a pris fin en 2014. La phase-III actuelle a été planifiée en 2014, et se focalise sur six ZS de la province.

Selon le cadre logique, le programme a pour objectif de contribuer à un accès amélioré et équitable à des soins de santé de qualité pour la population des ZS d'Uvira, Ruzizi, Nyantende, Nyangezi, Kaziba et Mwana¹, et est basé sur 4 axes, notamment :

1. L'amélioration de la qualité et la continuité des services de santé
2. L'amélioration de l'accès aux soins à travers la mise en place d'un mécanisme idoine de financement de santé
3. Le renforcement du leadership et de la gestion des ressources humaines
4. Le renforcement de la gestion des structures sanitaires, médicaments, équipements et informations sanitaires

La Direction du Développement et de la Coopération Suisse (DDC) a contracté avec 2 mandataires pour l'implémentation du PASS-III : 1) la GIZ, pour un budget total de CHF 4.754.645,50, pour appuyer le niveau intermédiaire et pour assurer l'appui technique à quatre ZS cibles du programme de l'axe centre (Kaziba, Mwana, Nyangezi et Nyantende), et 2) la Swiss-TPH, pour un budget total de 3.301.360 CHF, pour appuyer deux ZS de l'axe sud (Uvira et Ruzizi).

Un projet d'accord entre la DDC et la RDC sur le PASS-IV (2018-2020) existe déjà². Ce document décrit, entre autres, la finalité, l'objectif général et les grandes lignes d'activités de la prochaine phase du programme, ainsi que les institutions responsables pour la mise en œuvre. La GIZ est identifiée pour coordonner l'exécution opérationnelle de cette quatrième phase du programme.

Le but de l'actuelle évaluation est d'apprécier la mise en œuvre des activités de la présente phase et partir de ses résultats pour fournir les analyses nécessaires à l'équipe de la DDC et ses partenaires pour décider du contenu et du focus de la suite des interventions et appuis suisses (Phase programmatique 2018-2020, ou PASS-IV). L'évaluation qui a principalement couvert les aspects techniques du programme.

Méthodologie

La méthodologie a consisté en une revue documentaire, des entretiens avec des acteurs clés et des discussions en focus group (FGD). Les données quantitatives existantes ont complété celles qualitatives collectées par la mission. Le point de départ pour cette mission d'évaluation s'est avéré être le rapport

¹ Pour ce rapport, nous avons utilisé le cadre logique comme décrit dans la proposition de crédit PASS. Le cadre logique comme indiqué dans les Termes de Référence pour l'évaluation est légèrement différent.

² Accord entre la Confédération suisse représentée par le Département Fédéral des Affaires étrangères, agissant par la Direction du Développement et de la Coopération (DDC) et la République du Congo représentée par le Ministère des Affaires Etrangères et Intégration Régionale relatif au Programme d'Appui au Système de Santé (PASS) dans huit zones de santé de la Province du Sud Kivu, Phase IV (01.01.2018 au 31.12.2020)

d'évaluation du PASS-II conduite en 2013, et les 5 thèmes clés indiqués dans les Termes de Références de l'évaluation ont été analysés³. La collecte de données a eu lieu en fin juillet/début août de 2017.

Principaux constats

Les principaux constats de l'analyse des 4 axes du PASS-III sont les suivants :

1. La qualité des services a tendance à s'améliorer mais cet aspect est difficilement perceptible à travers des indicateurs du SNIS, le SNIS étant retenu comme seul outil de suivi & évaluation.
2. Des efforts sérieux ont été faits pour améliorer l'accès financier aux soins, mais l'apport de la population semble rester considérable. La réussite des interventions des mandataires reste minime, entre autres du fait des nombreux facteurs qui sont au-delà du projet, ce qui influence fortement la durabilité du programme (certains de ces facteurs ont été définis dans le cadre logique, comme p.ex. sur la faillisse de la mutuelle).
3. Le dispositif pour un leadership intégré au sommet de la province est mis en place avec un appui financier contributif reconnu du PASS. Le défi le plus important reste la capacitation de ces institutions provinciales pour qu'elles exercent réellement ce leadership. Au niveau des ZS les systèmes mis en place fonctionnent surtout sur base d'une motivation financière, entre autres parce que le subside étatique est insignifiant.
4. Le PASS-III a fait un exploit en mettant la province sanitaire du Sud-Kivu à jour par rapport au nouveau système de gestion d'information sanitaire adopté par le pays (DHIS2). Par ailleurs, en complément aux phases antérieures, le PASS-III a fait un effort, tout de même marginal, en termes d'investissement (infrastructures, équipements et formations). Par contre, au regard de la gestion des médicaments, des facteurs liés au système grèvent sérieusement l'obtention des résultats en cette matière. Au rang de ces facteurs nous pouvons évoquer :
 - a. Un niveau de recouvrement des coûts des soins qui devrait dépendre de l'étude costing et l'actualisation de la tarification forfaitaire
 - b. Un projet pilote de recouvrement à 100% des coûts de médicaments mis en œuvre sans réflexion fondée de l'impact et sans accompagnement adéquate (DPS et mandataires)

En ce qui concerne la pertinence de l'approche systémique décentralisée, une des 5 questions clés de l'évaluation, le constat principal est que le PASS-III est un programme pertinent du fait qu'il a répondu à des besoins de la population, des institutions de pilotage du système de santé mais aussi des structures des soins même si des défis importants ont jalonné çà et là sa mise en œuvre. L'appui institutionnel qu'il apporte aux structures bénéficiaires est à encourager même si les ZS cibles paraissent précocement classées « en développement » au vu du contexte (fragilité de l'équilibre en matière sécuritaire, financière et socio-économique)

Les risques programmatiques et fiduciaires restent fort réels. Le PASS se met en œuvre dans un contexte de gros risque fiduciaire et même programmatique d'où nécessité d'un lourd et rigoureux mécanisme de gestion de risque.

Le concept d' « intégration de l'aspect genre » n'est pas bien explicité par le mandant, et ainsi les mandataires n'ont pas pu élaborer des activités suffisamment spécifiques qui puissent refléter effectivement cet aspect du programme.

³ Pertinence de l'approche systémique décentralisée ; Gestion des risques programmatiques et fiduciaires ; Intégration de l'aspect genre dans le programme ; Cadre de suivi et évaluation, attribution des résultats ; Montage institutionnel actuel et modalités de travail et collaboration avec les instances et partenaires.

Les gros du travail abattu dans le cadre du PASS-III, en termes de qualité notamment, risque de passer inaperçu du fait de ne l'évaluer qu'à travers les indicateurs du SNIS qui sont essentiellement quantitatifs et par nature influençables par plusieurs facteurs structurels voir systémiques. Le manque d'un cadre de suivi et évaluation propre à ce programme explique cette situation avec des indicateurs bien définis y compris des objectifs cibles (ce qui est de la responsabilité clé de la DDC) est à la base de cette situation.

La proximité du bailleur par rapport aux mandataires et la participation de ce bailleur aux divers travaux opérationnels/techniques a créé une certaine ambiguïté dans les rôles et responsabilités entre bailleur et mandataires à tous niveaux. Une communication claire et continue sur les rôles et responsabilités de chacun de ces deux acteurs du programme reste indispensable. Par ailleurs cette proximité n'a quand même pas pu éviter les défis sérieux dans le domaine financier dont la DDC a fait face dans le PASS-II (avec Malteser Internationale) et, dans une moindre mesure, dans le PASS-III (avec la Swiss-TPH).

Les approches choisies par les deux mandataires pour fournir l'appui technique et financier diffèrent considérablement, au point que, du fait du manque d'un cadre logique et de suivi et évaluation unique et vue la différence entre les ZS appuyées par les deux mandataires, il est difficile de conclure quelle approche technique a mieux fonctionné. L'approche de la fourniture d'assistance technique à la DPS n'a pas (encore) mené à des résultats attendus qui permettent à cette DPS du Sud-Kivu d'exécuter ses fonctions/métiers de manière adéquate.

Conclusion

Le PASS-III, dans son actuel montage et avec son approche de renforcement du système de santé, est un programme pertinent et ambitieux qui a réalisé des efforts en termes de processus d'amélioration du management du système de santé dans la province. Il répond aux besoins du système de santé et de la population. Cependant, sa mise en œuvre laisse place à l'amélioration surtout en matière d'assistance technique (à la DPS et aux ECZS) qui constitue la composante essentielle de l'appui institutionnel (ownership) que le PASS veut apporter aux organes du système de santé congolais.

En termes d'efficacité et impact, le progrès concernant l'amélioration des services est modéré, mais le progrès concernant le renforcement des institutions responsables pour l'appui systémique aux services de santé est insuffisant. L'impact attendu se focalise sur les taux de mortalité infantile, infant-juvénile et maternelle ; indicateurs qui sont mesurés à travers des enquêtes de population comme l'Enquête Démographique et de Santé réalisée plus ou moins tous les 5 ans à travers le pays. De toutes les façons, l'évaluation estime que la durée de mise en œuvre de cette phase, moins de 2 ans effectifs pour la GIZ et un peu plus pour la Swiss-TPH, est tellement courte pour pouvoir permettre d'observer un éventuel impact.

L'efficacité du programme est difficile à mesurer. Le contexte spécifique du Sud-Kivu, avec des risques programmatiques et fiduciaires considérables, a une grande influence sur le rapport entre les ressources utilisées et les résultats obtenus. En termes de durabilité, l'image est mixte ; la durabilité financière est faible (il n'y a pas d'indice d'autres appuis prévisionnels (du gouvernement congolais ou autres PTF) qui substitueraient ou garantiraient la continuation de fonctionnement des acquis du programme au jour de son arrêt), la durabilité technique est modérée (l'appui technique fourni jusqu'à maintenant (niveau technique et durée) est encore insuffisant pour garantir que la qualité du travail réalisé par les bénéficiaires / partenaires d'exécution continue sans l'appui des mandataires) et enfin la durabilité socio-culturelle et politique est quant à elle adéquate.

Ainsi, il y a une nécessité de faire un choix stratégique pour la prochaine phase, pour éviter que les mêmes défis se répètent, et que le progrès et performance continuent être modérés ou même insuffisants. Ce choix consiste à soit renforcer l'appui institutionnel (avec une assistance technique forte et adéquate au niveau de la DPS et des ECZS), ou soit renforcer davantage l'appui aux services dans les structures de santé. Les phases précédentes ont montré qu'un appui dans les deux domaines approprié et correctement mis en œuvre simultanément n'est peut-être pas réalisable.

Recommandations

La plupart des recommandations de l'évaluation de 2013 est mise en œuvre partiellement, cependant, une des recommandations, la plus importante, notamment la mise en place d'une assistance technique dans la DPS, homologué au Chef de la DPS, n'est pas réalisée, et reste tout de même pertinente. Quelques procédures ont été alignées au système national, comme recommandé, mais le PASS-III ne dispose pas d'un cadre logique unique, et différentes approches sont utilisées par les mandataires. Un cadre de suivi adéquate (unique et/ou harmonisé) n'est pas disponible.

Les nouvelles recommandations clés pour l'actuelle évaluation sont libellées dans le tableau ci-dessous :

Pour l'exécution du PASS-III	<ul style="list-style-type: none"> ● Monitorer les niveaux de stocks et leurs dates de péremption au niveau des pharmacies zonales et FOSA
Pour les stratégies du PASS-IV	<ul style="list-style-type: none"> ● Appuyer le renforcement de la régulation technique et leadership stratégique de la province par une assistance technique pertinente au niveau de l'IPS et de la DPS. ● Appuyer le développement et la mise en œuvre d'une stratégie unique pour le financement de la santé au niveau de la province. ● Considérer l'inclusion des composants suivants : <ul style="list-style-type: none"> ○ Construction ou réhabilitation d'un laboratoire de santé publique provincial pour améliorer la surveillance épidémiologique. ○ Appui pour l'amélioration de l'accès à et qualité de la transfusion sanguine. ○ Approvisionnement des intrants nécessaires pour la prise en charge de la malnutrition sévère aigue. ○ Appui à la construction et réhabilitation des bâtiments
Pour la mise en œuvre des stratégies proposées pour le PASS-IV	<ul style="list-style-type: none"> ● Réviser le (ou développer un) cadre logique unique, et revoir (ou élaborer) les outputs spécifiques au projet. ● Développer un cadre de monitoring et suivi, et inclure des indicateurs additionnels et spécifiques du programme dans l'accord entre la DDC et le(s) mandataire(s) (c'est-à-dire, indicateurs hors du SNIS). ● Définir clairement les attentes de la DDC par rapport à l'assistance technique à fournir par le(s) mandataire(s), et solliciter un rapportage adéquat à ce sujet au travers d'un cadre de monitoring et suivi. ● Maintenir une certaine flexibilité dans l'exécution du programme, à tous les niveaux, mais surtout au niveau des ZS. ● Inclure une ligne budgétaire pour les contingences.

1 INTRODUCTION

1.1 Présentation du rapport d'évaluation

Ce rapport présente les résultats de l'évaluation du Programme d'Appui au Système de Santé du Sud Kivu (PASS), et contient les sections suivantes :

- section **2.1** présente les résultats de l'analyse des 4 axes stratégiques du programme comme décrit ci haute (
- section **2.2** élabore sur les résultats de l'analyse des 5 thèmes clés comme identifiés dans les Termes de Référence de l'évaluation
- section **2.3** résume les résultats de l'analyse de l'appui basée sur les critères OCDE-CAD
- section **2.4** montre la mise à jour de la mise en œuvre des recommandations de l'évaluation de PASS-II de 2014
- section **3** présente la conclusion
- section **4** liste les recommandations

1.2 Contexte

Le Programme d'Appui au Système de Santé du Sud-Kivu (PASS) en République Démocratique du Congo (RDC), financé par la coopération Suisse, a commencé en 2009 avec une phase initiale d'orientation dans deux Zones de Santé (ZS), notamment Ruzizi et Uvira, et une deuxième phase dans huit ZS qui a pris fin en 2014. La phase-III actuelle a été planifiée en 2014, en ajoutant aux acquis des phases précédentes des éléments d'analyse en économie politique sectorielle. Actuellement, le programme se focalise sur six ZS dans la province. En effet, suivant la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) du Ministère congolais de la Santé Publique qui promeut une approche décentralisée, le PASS vise un appui systémique « allant du bas vers le haut » focalisé sur six ZS et ayant un ancrage important sur la Division Provinciale de la Santé (DPS).

Selon le cadre logique, le programme a pour objectif de contribuer à un accès amélioré et équitable à des soins de santé de qualité pour la population des ZS d'Uvira, Ruzizi, Nyantende, Nyangezi, Kaziba et Mwana⁴.

L'objectif général du PASS est le suivant : La population des ZS d' Uvira, Ruzizi, Nyantende, Kaziba et Mwana bénéficie d'un accès amélioré et équitable à des soins de santé de qualité.

Selon le cadre logique, le programme est décliné en quatre axes principaux, à savoir :

1. L'amélioration de la qualité et la continuité des services de santé
2. L'amélioration de l'accès aux soins à travers la mise en place d'un mécanisme idoine de financement de santé
3. Le renforcement du leadership et de la gestion des ressources humaines
4. Le renforcement de la gestion des structures sanitaires, médicaments, équipements et informations sanitaires

Au total 15 'outputs' sont identifiés.

⁴ Pour ce rapport, nous avons utilisé le cadre logique comme décrit dans la proposition de crédit PASS. Le cadre logique comme indiqué dans les Termes de Référence pour l'évaluation est légèrement différent.

Actuellement, la Direction du Développement et de la Coopération Suisse (DDC) a contracté avec la GIZ pour implémenter le volet du programme destiné à appuyer le niveau intermédiaire (DPS, Inspection Provinciale de la Santé - IPS et Ministère provincial en charge de la santé). En plus, la GIZ est mandatée pour assurer l'appui technique à quatre ZS cibles du programme (Kaziba, Mwana, Nyangezi et Nyantende). Le budget total pour la GIZ est CHF 4.754.645,50. Le Swiss-TPH est le deuxième partenaire de la DDC. La Swiss-TPH appuie deux ZS (Uvira et Ruzizi), avec un budget total de 3.301.360 CHF.

Sur base d'un critérium national ajusté selon les provinces, les ZS de la RDC sont classifiées en (i) ZS en développement, (ii) ZS en transition vers le développement, et, (iii) ZS d'urgences. Les ZS dites de développement sont celles qui réunissent un minimum d'infrastructures sanitaires répondant à un standard et où les conditions de stabilité socio-économique, politique et sécuritaire sont réunies pour permettre des actions sanitaires du type durable. A l'inverse, les ZS d'urgences sont celles où les conditions sont tellement volatiles qu'il y faut des activités du type humanitaire.

Dans la province sanitaire du Sud-Kivu, la plupart des zones classées en développement sont celles-cogérées par les confessions religieuses (catholiques et protestantes). Ceci est, au fait, le résultat d'appui technique et logistique de longue durée assuré par ces confessions religieuses et auquel il suffit d'un minimum de conditions non sanitaires de stabilité pour que des actions de développement durable y soient enclenchées.

C'est dans ce contexte que le PASS-III, en tant qu'Action Durable, a été orienté par l'autorité sanitaire provincial, dans l'axe central de la province, vers des ZS d'obédience catholique (Kaziba, Mwana, Nyangezi et Nyantende). Par contre dans la partie sud de la province le programme appuie plutôt des ZS étatiques avec ambition de contribuer à la structuration des systèmes des ZS sortant d'une situation de volatilité assez profonde (Uvira et Ruzizi).

La classification des ZS où intervient le PASS comme « ZS en développement » paraît assez ambitieuse. De l'avis de l'équipe d'évaluation, ces ZS ne réunissent, en effet, pas toutes conditions socio-économiques, politiques et sanitaires nécessaires pour être classées dans cette catégorie. Prenant en compte cet aspect de classification presque arbitraire des ZS auquel il faut ajouter la quasi-absence d'interventions étatiques (subside étatique quasi-inexistant au système de santé, quasi-absence d'infrastructure, routes, d'eau potable, d'énergie, ...), l'on peut avouer que le contexte dans lequel le PASS opère est et demeure extrêmement compliqué.

Le PASS-III a démarré à un moment crucial de la réforme du niveau intermédiaire du système de santé congolais. Les prescrits de la décentralisation du secteur santé étaient en train de s'opérationnaliser, offrant ainsi une importante opportunité au PASS de devenir davantage pertinent, et en particulier pour le volet 'Appui à l'IPS et la DPS (outputs 3.4 et 3.5)'.

Au plan opérationnel, il est à remarquer que le programme qui est évalué ne dispose pas de 'Cadre de Suivi et d'Evaluation' (pas au niveau de la DDC, ni au niveau des mandataires), ni d'un baseline. En outre, en parcourant les 'prodocs' de la GIZ et de la Swiss-TPH, ces deux mandataires ne disposent pas d'un cadre logique unique ou harmonisé. Chacun de ces prodocs contient des indicateurs qui manquent des valeurs cibles pour le programme. Indicateurs dont certains paraissent peu pertinents étant donné leurs valeurs presque maximales dès le départ du PASS-III.

Au vu de l'ambition que s'est attribuée le présent programme, la cible principale qui doit devenir la locomotive de sa mise en œuvre est la DPS dont la GIZ a mandat d'appuyer. Les autres acteurs, non moins importants, du niveau intermédiaire devant concourir à la mise en œuvre du programme et

dont la GIZ appuie également sont le Ministère Provincial en charge de la Santé et IPS. Au niveau opérationnel, l'appui institutionnel du programme s'adresse aux Equipes Cadres des Zones de Santé (ECZS) cibles qui sont appuyées par la GIZ d'une part (4 ZS) et Swiss-TPH d'autres part (2 ZS). Dans son volet « appui aux services » le programme travaille avec une série d'acteurs d'exécution que sont les Formations Sanitaires (FOSA) des ZS appuyées (Centres de Santé (CS), Hôpitaux Généraux de Référence (HGR)), les Associations Locales, les Mutuelles de santé (MUSA), les Comités de Gestion (COGE) des zones de santé, les Comités de Développement des Aires de santé (CODESA), la Division du Genre, de la Famille et de l'Enfant (DGFE), et autres partenaires comme les Organisations Non Gouvernementales (ONG) œuvrant dans les zones cibles, les églises, les autres Partenaires Techniques et Financiers (PFT), et les Programmes Nationaux (Programme national de promotion des mutuelles de santé, Programme national de santé de la reproduction, et autres).

Un projet d'accord entre la DDC et la RDC sur le PASS-IV (2018-2020) existe⁵ déjà. Ce document décrit, entre autres, la finalité, l'objectif général et les grandes lignes d'activités du programme, ainsi que les résultats attendus. En outre, les institutions responsables pour la mise en œuvre du programme sont indiquées, à savoir le Ministère de la Santé Publique comme partie congolaise, la DDC comme partie suisse pour le suivi opérationnel et financier du programme, et la GIZ comme partie suisse pour l'exécution opérationnelle de cette quatrième phase du programme.

1.3 But et objectifs de l'évaluation

Le but de l'évaluation est de fournir les analyses nécessaires à l'équipe de la DDC et ses partenaires pour décider du contenu et du focus de la suite des interventions et appuis suisses (Phase programmatique 2018-2020, ou PASS-IV).

Les TdR déterminent trois étapes, à savoir :

1. Analyse et perspective. Pendant cette étape, le programme est évalué, sur base, entre autres, des critères OCDE/DAC. Les résultats sont analysés, les contraintes et leçons apprises sont décrites. La DDC a évoqué 5 questions clés pour analyse.
2. Décision. Pendant cette étape la DDC devra décider sur les options programmatiques pour le PASS-IV.
3. Planification. Pendant cette étape les Termes de Référence pour la prochaine phase du PASS seront élaborés.

Ce rapport décrit les résultats principaux de l'étape 1.

L'évaluation couvre la période du 1^{er} février 2015 à la fin juin 2017 pour la Swiss-TPH (selon le contrat entre DDC et Swiss-TPH) et la période du 1^{er} avril 2015 à la fin juin 2017 pour la GIZ (selon le contrat entre DDC et la GIZ). Le PASS-III couvrant la période allant du début février 2015 au 31 décembre 2017.

En accord avec la DDC, cette évaluation a principalement couvert les aspects techniques du programme ; plusieurs évaluations financières ayant déjà eu lieu dans le passé récent.

⁵ Accord entre la Confédération suisse représentée par le Département Fédéral des Affaires étrangères, agissant par la Direction du Développement et de la Coopération (DDC) et la République du Congo représentée par le Ministère des Affaires Etrangères et Intégration Régionale relatif au Programme d'Appui au Système de Santé (PASS) dans huit zones de santé de la Province du Sud Kivu, Phase IV (01.01.2018 au 31.12.2020)

1.4 Méthodologie

L'évaluation s'est concentrée surtout sur les données qualitatives, qui ont été collectées par des entretiens individuels avec des acteurs clés et des discussions en focus group. Les données quantitatives existantes (comme le SNIS, les enquêtes spécifiques comme l'étude Santé et Mines, l'étude enquêtes ménages, et autres) ont complété celles qualitatives collectées par la mission. La revue documentaire a été une source d'informations importante pour cette évaluation.

Le point de départ pour cette mission d'évaluation s'avère être le rapport d'évaluation du PASS-II conduite en 2013. L'équipe de consultants a analysé le niveau de la mise en œuvre des recommandations de l'évaluation du PASS-II, l'appui à base des critères OCDE-CAD, les 4 axes stratégiques du PASS, et finalement les 5 thèmes clés comme indiqués dans les Termes de Références de l'évaluation⁶.

1.5 Limitations de l'évaluation

Par nature, la collecte des données qualitatives – la méthode utilisée pour cette évaluation - dépend en grande partie de la disponibilité des personnes interviewées, leur volonté et capacité de partager leurs expériences et points de vue avec les intervieweurs, leurs mémoires et perceptions sélectives. La plupart des entretiens a été retenue en groupe, et sans la présence des représentants du bailleur et des mandataires, ce qui a largement facilité les discussions. L'équipe de consultants a également, dans la mesure du possible, triangulé les données collectées, comme par exemple par les discussions en focus group avec les utilisateurs de l'HGR Uvira, et membres des centres des jeunes.

Un défi additionnel est le mémoire institutionnel limité des organes étatiques et des mandataires du fait de la grande rotation du staff.

La suspension temporaire par la DDC du transfert des fonds vers la Swiss-TPH en 2016 n'a pas permis à l'équipe Swiss-TPH de faire son travail selon sa planification. Cela a, en fait, raccourci la période d'évaluation qui déjà était assez courte. Le remplacement du coordinateur de la Swiss-TPH, en fonction depuis le début du PASS, a eu son impact sur l'évaluation par le manque de mémoire institutionnelle à ce niveau. Les perceptions des partenaires d'exécution sur les problèmes rencontrés au niveau interne de la Swiss-THP et la conséquente suspension de remboursements pourraient avoir joué un rôle dans l'évaluation. Les membres de l'ECZS d'Uvira, par exemple, ont dit que les primes ont baissé, ce qui, n'est pas le cas ; en fait, les paiements des primes ont été suspendus également, mais n'ont pas la hauteur des primes payée n'a pas baissée.

Par contre, l'approche de cette évaluation a permis à l'équipe de surmonter les contraintes mentionnées ci-haut. A noter la pertinence de la composition de l'équipe terrain de la mission qui a combiné une profonde connaissance du système de santé congolais avec des expertises spécifiques dans le domaine de gestion des systèmes d'approvisionnement et de financement de la santé. En plus, l'approche choisie par l'équipe de consultants d'appliquer des méthodes de collecte de données principalement qualitatives a mené a des bons résultats. L'absence des représentants du bailleur et des mandataires pendant les entretiens a encore renforcer cette approche.

⁶ Pertinence de l'approche systémique décentralisée ; Gestion des risques programmatiques et fiduciaires ; Intégration de l'aspect genre dans le programme ; Cadre de suivi et évaluation, attribution des résultats ; Montage institutionnel actuel et modalités de travail et collaboration avec les instances et partenaires

1.6 Déroulement de l'évaluation

L'évaluation a démarré le 10 juillet 2017 avec une réunion par Skype entre l'équipe DDC Bukavu et l'équipe de consultants. Après cette réunion, plusieurs autres échanges par email et Skype ont eu lieu entre l'équipe DDC Bukavu, les mandataires (au niveau de Sud-Kivu ainsi qu'au niveau des sièges) et l'équipe de consultants.

Partant d'une première revue des principaux documents et données lui fournies sur le programme, les consultants ont élaboré le rapport d'Inception qui a confirmé l'approche méthodologique, les attentes par rapport à la mission ainsi que le calendrier de celle-ci.

Le travail de terrain s'est réalisé entre le 27 juillet et le 11 août 2017. Le 28 juillet, une réunion de briefing a eu lieu à Kigali avec l'équipe régionale de la DDC, l'équipe de base de la DDC Bukavu et l'équipe d'évaluation d'hera.

Après un briefing avec les autorités provinciales et leurs partenaires le 31 juillet 2017, 4 ZS sur le 6 appuyées par le PASS, ont été visitées. Dans ces ZS, plusieurs partenaires d'exécution du PASS-III ont été visités (p.ex. Bureaux Centraux des Zones de Santé (BCZS), HGR, Centres de Santé, CODESA, Centre des Jeunes, et une Mutuelle). Pendant toutes ces visites, un membre de l'équipe cadre provinciale et un membre du staff des mandataires ont accompagné les évaluateurs. Pour des raisons d'indépendance des évaluateurs et pour faciliter des discussions franches et ouvertes avec les partenaires d'exécution et autres, le staff de la DPS et des mandataires qui ont accompagné l'équipe d'évaluation n'a pas participé aux entretiens. Le Chargé de Programme Santé de la DDC a rejoint l'équipe lors de la visite terrain de la ZS d'Uvira, mais n'a participé non plus aux entretiens tenus par l'équipe de consultants.

Une restitution des résultats préliminaires de la mission pour les autorités et les partenaires a eu lieu dans les locaux de la DPS le 10 août 2017. En plus, ces résultats ont été discutés de manière détaillée avec la DDC et les mandataires le 11 août 2017.

Le programme du travail de terrain et une liste des personnes rencontrées se trouvent dans les annexes 5.2 et 5.3.

2 RESULTATS DE L'EVALUATION

2.1 Analyse des 4 axes stratégiques du programme

2.1.1 Axe 1: L'amélioration de la qualité et la continuité des services de santé

Outcome 1 : La qualité et la continuité des services de santé sont améliorés, en particulier la santé mère-enfant et la santé sexuelle et reproductive des jeunes

Output 1.1: Les centres de santé offrent les services du paquet minimal selon les normes et standard adéquats (personnel qualifié et motivée, procédures appliquées, équipements et médicaments disponibles)

Output 1.2: Les HGR et des CH offrent un paquet complémentaire d'activités ciblant l'essentiel des soins pour le couple mère enfant

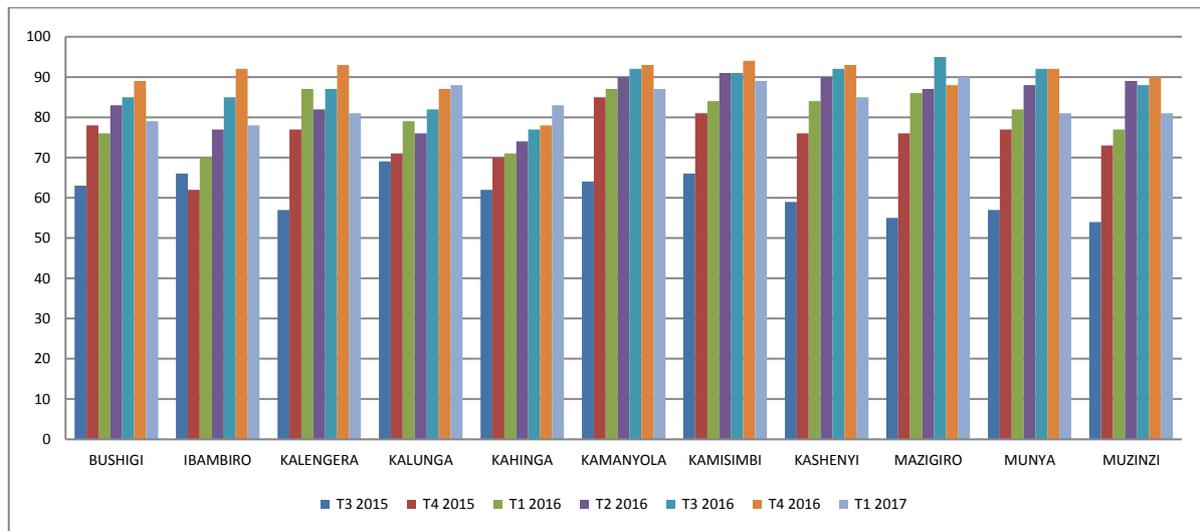
Output 1.3: Renforcement de la qualité des services de santé reproductive, néonatalogie et maternité par l'amélioration et la mise en œuvre des protocoles de prise en charge, le renforcement des compétences et de la motivation des professionnels personnel de santé et l'intégration des services (prévention, promotion, planification familiale, PMTCT, nutrition...)

Output 1.4: Renforcement des services de santé sexuelle et reproductive (adaptés aux besoins des adolescents) et de prévention des maladies sexuellement transmissibles (y compris la transmission du VIH); accès à, et choix de la contraception; prévention des violences basées sur le genre; approches participatives innovantes d'éducation à la santé sexuelle et reproductive

Les outputs de cet axe paraissent vastes. L'amélioration de la qualité des soins fournis est le focus de cet axe, et a tendance à s'améliorer dans les ZS appuyées au vu des progrès réalisés au file de temps à travers les résultats d'évaluation des performances des exécutants opérationnels. Les interventions principales menées par les mandataires sont la mise en place, à travers la DPS, d'un système d'évaluation trimestrielle des performances au sein des FOSA et l'appui financier et logistique nécessaire pour ces évaluations. A noter, pour cela, qu'au début de PASS-III, les mandataires utilisaient des grilles différentes, mais en 2017 les grilles ont été harmonisées suite à un travail conjoint des deux mandataires, en collaboration avec le personnel de santé, sous le leadership de la DPS.

La GIZ a documenté, pour les zones qu'elle appuie, les résultats de toutes ces évaluations de performances conduites depuis le début de PASS-III, et cette documentation montre une forte amélioration au début (2015) avant de stagner autour des 92-95% pour les HGR. La performance des Bureaux Centraux de Zones de Santé (BCZS) montre aussi une variance considérable entre les trimestres. Les centres de santé, malgré les différences de résultats entre eux, ont réussi d'améliorer leur performance depuis le début de sa mesure. A titre illustratif, la figure ci-dessous montre l'évolution des performances des centres de Nyangezi entre le trimestre 3 de 2015 et le trimestre 1 de 2017. Les résultats montrés sont les évaluations trimestrielles des performances conduites par l'ECZS de Nyangezi pour le paiement des primes de performance, et sont basés sur la grille développée par la GIZ pour ce but.

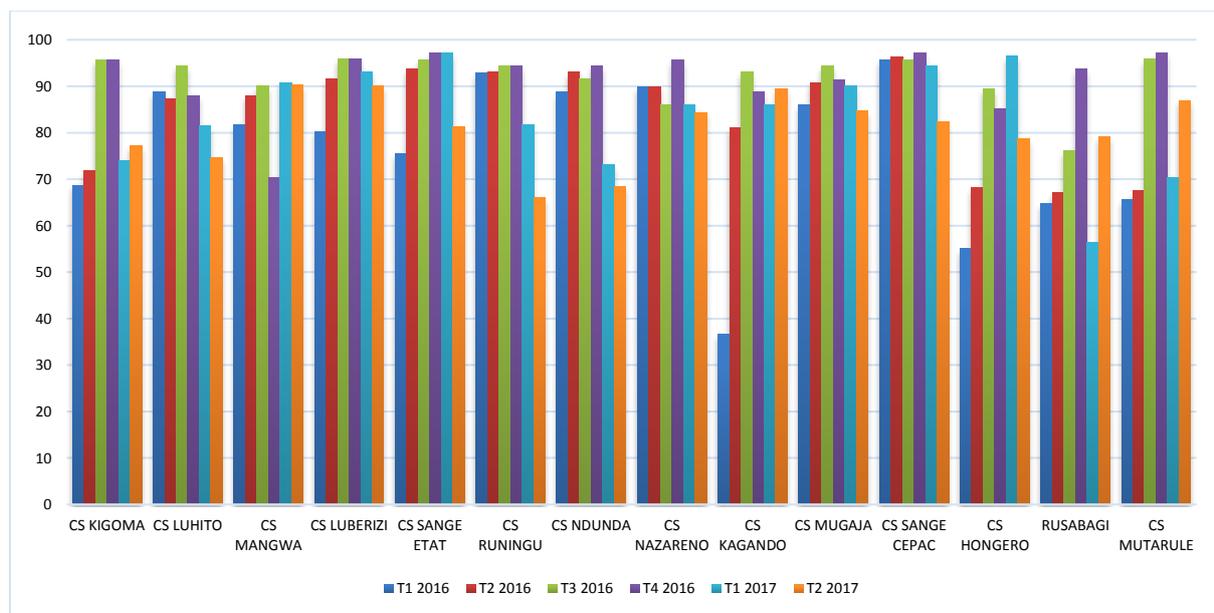
Figure 1 - Evolution des performances des centres de santé de Nyangezi entre trimestre 3 de 2015 et trimestre 1 de 2017



Source : GIZ

Aussi la Swiss-TPH administre les résultats des évaluations des performances aux différents niveaux depuis le début de PASS-III. L'analyse de ces données démontre des résultats comparables avec ceux de la GIZ ; une forte amélioration au début, et une variance considérable entre les trimestres pour la performance des BCZS, HGR et CS. A titre illustratif, la figure ci-dessous montre l'évolution des performances des centres santé de Ruzizi entre le trimestre 1 de 2016 et le trimestre 2 de 2017. Les résultats montrés sont ceux des évaluations trimestrielles des performances pour le paiement des primes de performance et sont basés sur la grille développée par la Swiss-TPH pour ce but.

Figure 2 - Evolution des performances des centres de santé de Ruzizi entre trimestre 1 de 2016 et trimestre 2 de 2017

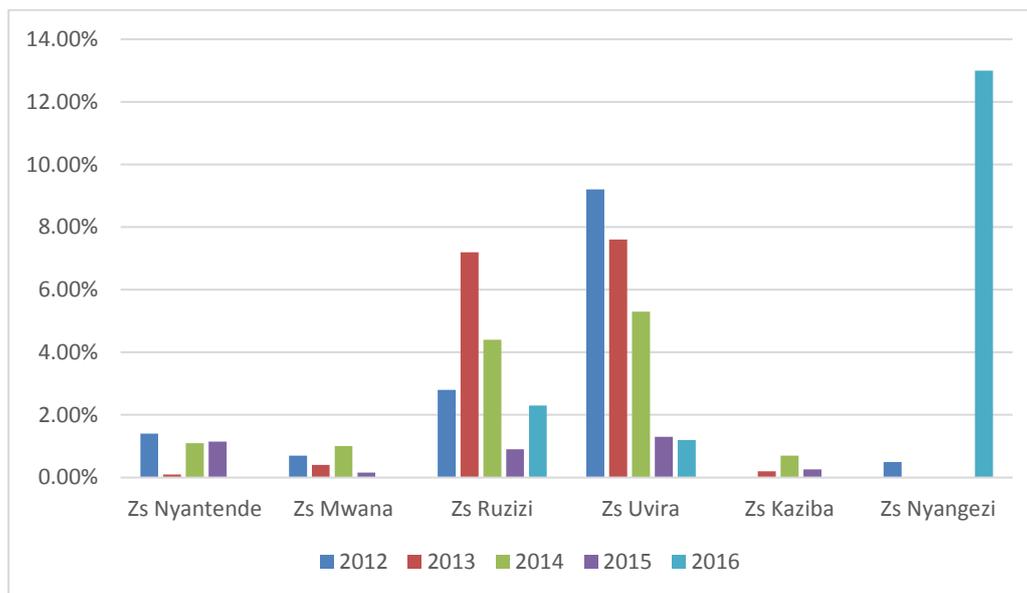


Source : Swiss-TPH

Comme dit dans les sections précédentes, ces résultats sont obtenus dans les FOSA et au sein des ECZS sur base des simples apports financiers du PASS sans un appui technique substantiel. En effet, non seulement les missions de supervision/accompagnement des ZS par la DPS et les assistants techniques des mandataires sont rares, les quelques-unes de ces missions telles que documentées (rapports de supervision) ne montrent pas de valeur ajoutée particulière par rapport au travail que mènent les ECZS et les FOSA. Ce qui porte à croire qu'avec des missions de supervision/d'encadrement régulières et susceptibles de transférer réellement des compétences aux encadrés l'on pouvait avoir des résultats bien meilleurs.

Pour exemple d'amélioration de la qualité des soins dans les hôpitaux cibles du programme, le figure 2 ci-dessous montre l'évolution du taux d'infections post-opératoires (l'un des indicateurs insinuant la qualité des soins) dans les ZS appuyées par le PASS de 2012 à 2016.

Figure 3 - Taux d'infections post-opératoires dans les ZS appuyées par le PASS de 2012 à 2016



Source : SNIS / mandataires

Néanmoins, l'amélioration de la qualité est difficilement perceptible à travers des indicateurs du SNIS dont le PASS-III s'est approprié pour son évaluation. En fait, il y a différents facteurs qui influencent les indicateurs du SNIS. Au rang de ces facteurs indépendants du PASS qui influencent forcément les données du SNIS, l'on peut citer comme exemples (i) le recours régulier de la population, pour des raisons culturelles, aux tradipraticiens ou aux chambres de prière pour se faire soigner, (ii) le recours d'une bonne frange de la population à l'automédication et/ou aux structures sanitaires pirates (foisonnement des FOSA privées non contrôlées et des officines de vente des « médicaments »), (iii) l'intégration des données sanitaires des FOSA privées non intégrées au sein du SNIS par d'autres ZS non appuyées par le PASS alors que cette pratique ne peut se faire dans les ZS PASS où la qualité est rigoureusement exigée avant d'intégrer quoi que ce soit, (iv) l'appui d'autres partenaires dans les ZS d'urgence ou celles en transition où les soins sont gratuits ou semi-gratuits, ...

Une autre raison pour les difficultés de mesurer les résultats obtenus pour cet axe est le manque d'une baseline (pour PASS en général, donc avant de la PASS-I, mais également entre les différentes phases), fait qui ne permet pas de mesurer des éventuels changements réalisés dans les ZS appuyées. En plus, ni au niveau du mandant, ni au niveau des mandataires un cadre de suivi et d'évaluation n'existe (pour un suivi individuel du progrès du programme pour lequel ils ont mandat).

Par rapport aux activités spécifiques à l'amélioration de la qualité des soins, il faut mentionner que la GIZ a financé la formation des prestataires des HGR et des centres de santé dans les domaines de Consultation Prénatale (CPN) et de la Planification Familiale (PF). Une formation prévue pour les Soins Gynéco- Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SGONU) n'a pas eu lieu ; en concertation avec le Programme National de la Santé de la Reproduction (PNSR), le budget y destiné a été réaffecté pour la formation et le recyclage des prestataires en CPN et PF. La Swiss-THP a prévu et réalisé une formation sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (SMNE).

Comme on peut le constater, peu d'activités spécifiques pour les outputs, comme définis, ont été observées. Selon le PPDS 2016 – 2020, il n'y a que 4 centres de santé de la province qui offrent le PMA suffisant, et il y a pourtant une vive discussion sur le contenu de ce paquet, qui, selon un grand nombre d'acteurs, n'est pas suffisamment adapté au contexte de la province et ZS. Discussion qui, à notre avis,

n'a pas lieu d'être d'autant plus que le PMA, tel que défini par le niveau central, est indicatif pour tout le pays, il revient donc à chaque province sanitaire de le spécifier selon son propre profil épidémiologique. De toutes les façons, en dépit de ses apports non négligeables, le PASS n'a pu permettre aux centres de santé d'offrir des PMA suffisamment adaptés aux réalités épidémiologiques de la province. A titre d'exemple, l'approvisionnement des FOSA en intrants de la prise en charge (PEC) des cas de malnutrition n'est pas prévu par le PASS alors que la PEC de la malnutrition est parmi les activités du PMA dont l'entité pathologique (malnutrition protéino-énergétique) se trouve en haut de la liste épidémiologique de la province.

Le PASS-III, par l'établissement des centres des jeunes et l'appui à ces institutions (intégrés dans les centres de santé ou des centres autonomes), a répondu à un besoin énorme des adolescents et jeunes d'information sur la santé sexuelle et reproductive. Ces centres ont comme objectif principal d'offrir un paquet intégré d'information pour l'éducation et le changement de comportement des jeunes en matière de la santé sexuelle et reproductive. Cependant, les approches et conséquentes réussites d'atteinte de cet objectif varient considérablement selon le mandataire. Dans tous les cas, l'appui fourni par les mandataires se limite surtout à l'appui financier et matériel (p.ex. téléviseurs). Quelques centres semblent avoir des difficultés pour mobiliser les jeunes filles à participer aux activités qu'ils organisent. Les efforts pour enthousiasmer ces filles semblent peu adéquats. L'équipe d'évaluation voit un grand potentiel dans ces centres, mais la réussite dépend, en grande partie, de la mise en œuvre des activités, du niveau et de la qualité de l'appui.

Le pourcentage des centres de santé qui offrent des services de promotion de la santé sexuelle des jeunes reste faible (18,8% à Ruzizi, et 33% à Uvira⁷) ; l'objectif cible du PASS-III est entre 30 et 60%. La mise en œuvre des recommandations sur les centres de jeunes et centres de santé amis des jeunes dans ces ZS sont encore en cours.

La continuité des soins, partie principale de la définition d'axe 1, n'est pas bien définie dans le cadre logique, et peut donc être interprétée de différentes façons. Dans tous les cas, l'on ne sent pas quel aurait dû être un apport spécifique et pertinent du PASS-III en matière de la continuité des soins dans la province. En effet, si la continuité des soins est comprise comme la fonctionnalité continue des FOSA dans le temps (24h/24), quasiment toutes les FOSA congolaises intégrées au système de santé fonctionnent de manière continue. Si cette continuité est prise comme la fonctionnalité d'intersection entre les différents échelons du système de santé, il est aussi vrai que le système congolais est tel qu'un mécanisme de référence et de contre-référence est en place et dont certains aspects de sa fonctionnalité échappent aux acteurs du système (perte des cas référés en cours de route). D'ailleurs, en rapport avec ce dernier aspect, la mission note que le programme n'a développé aucune activité concrète susceptible d'améliorer la continuité des soins en termes de référence/contre référence.

Annexe 5.6 montre les résultats des indicateurs clés SNIS pertinents pour le PASS.

Résumé :

La qualité des services a tendance à s'améliorer mais cet aspect est difficilement perceptible à travers les seuls indicateurs du SNIS

⁷ La GIZ ne rapporte pas sur cet indicateur, mais sur le nombre de centres de jeunes par ZS (2 par ZS, qui sont fonctionnels à partir de septembre 2016).

2.1.2 Axe 2: L'amélioration de l'accès aux soins à travers la mise en place d'un mécanisme adéquat de financement de santé

Outcome 2 : L'accès financier aux soins de santé par la population des zones d'intervention est amélioré et plus équitable, réduisant les dépenses catastrophiques des ménages

Output 2.1 : La mise en place d'un système d'assurance maladie (mutuelle de santé) avec des mécanismes de gestion transparents, pérennes et résilients aux changements de leadership

Output 2.2 : L'identification des indigents et leur prise en charge est renforcée et ceux-ci ont accès aux soins de santé, si possible, à travers un système pérenne de subvention tel que l'adhésion au paquet de prestations de l'assurance maladie

Output 2.3 : Les prestataires de soins sont motivés à fournir les services et améliorer la qualité de leurs prestations d'une manière continue

Output 2.3 : Les prestataires de soins sont motivés à fournir les services et améliorer la qualité de leurs prestations d'une manière continue

Les mandataires ont fait des efforts sérieux pour améliorer l'accès financier aux soins : les BCZS et HGR ont été approvisionnés en médicaments et intrants leur permettant de fournir les soins aux malades et il y a eu établissement/renforcement des mécanismes de recouvrement de coûts ; des primes des prestataires de tous les niveaux du système de santé sont payées ; et un nombre d'interventions pour la redynamisation des Mutuelles de Santé (MUSA) a été mis en œuvre. Cependant, l'accès financier aux soins demeure problématique (p.ex. le faible taux d'adhésion aux MUSA, des séquestrations des patients dans les FOSA en attendant le paiement des frais) et il semble que l'apport de la population reste considérable bien que des données spécifiques en cette matière sont difficiles à obtenir. Par contre, la mise en œuvre de l'approche de recouvrement de coûts des médicaments à 100% - comme projet pilote – semble avoir conduit à des contre-effets. Les médicaments et intrants médicaux mis à disposition par le PASS ne se vendent au rythme souhaité au niveau des BCZS et FOSA et de ce fait la nouvelle politique (recouvrement à 100%) n'est guère appréciée à ces niveaux du secteur santé.

Les facteurs suivants, au-delà du programme, ont une grande influence sur la mise en œuvre et la réussite des interventions prévues pour cet axe :

- La tarification forfaitaire appliquée (officiellement) par les centres de santé date de 2010/2011 et est donc largement dépassée. Le Franc Congolais ayant souffert d'une inflation sérieuse, le pouvoir d'achat de la population a changé, et les coûts des médicaments et autres intrants nécessaires pour fournir les soins aux malades ont changé. Il est très évident que la tarification actuellement appliquée ne couvre plus les coûts, et n'est plus en adéquation avec le niveau économique de la population.
- La stratégie de recouvrement des coûts des médicaments mise en œuvre par des différentes PTF dans les différentes ZS de la province n'est pas harmonisée (p.ex. PROSANI Plus applique 30%, la Banque Mondiale 140%).
- Le fonctionnement des MUSA montre des grandes faiblesses dans la gestion, situation ayant entraîné des faillites de ces structures et par conséquent le non-paiement aux centres de santé.
- La quasi-absence de l'Etat congolais (absence totale de subside au fonctionnement du système, paiement de prime dérisoire à une infime partie seulement du personnel, ...) a

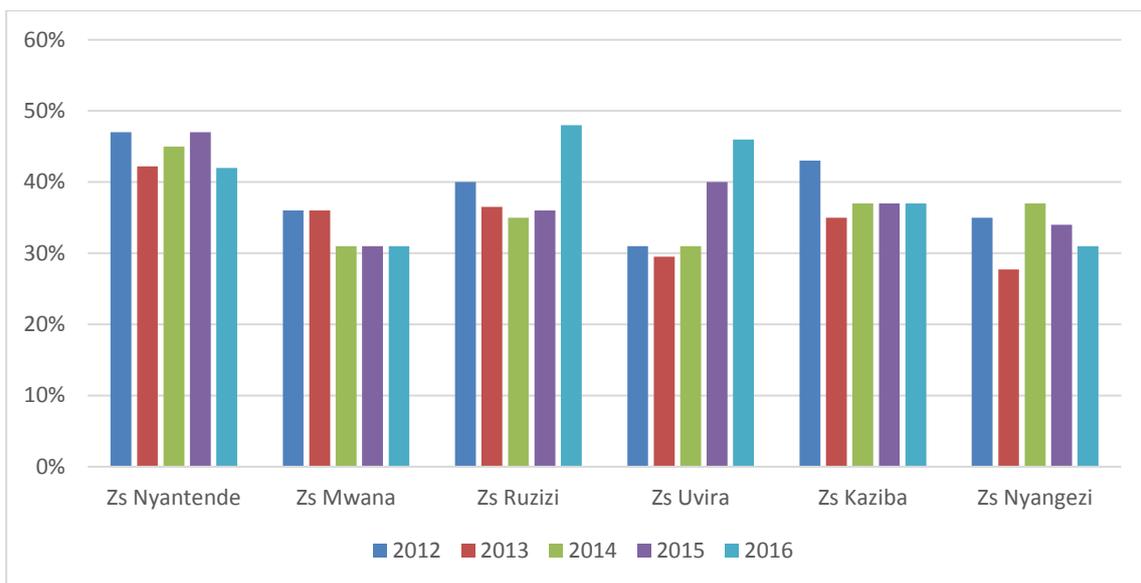
transformé le PASS, prévu comme une aide additionnelle, en un financement de base pour le fonctionnement du système de système de santé.

- Le paiement basé sur la performance (PBF) est appliqué par différents PFT, mais la hauteur de la valeur payée ainsi que les conditions (p.ex. grilles de performance) ne sont pas harmonisées. Les ECZS se voient dans une situation où les ECZS voisine reçoit beaucoup plus de primes, en effet en faisant le même travail.

Un autre aspect qui semble conduire à des défis pour la mise en œuvre des interventions PASS dans cet axe est la classification des ZS d'intervention selon les normes nationales, notamment comme zones de développement. Par principe, dans les ZS classées en développement, la population doit payer l'entièreté de frais exigés pour ses soins de santé et donc partant de ce principe, la population des zones de santé cibles du PASS doit payer la totalité des frais requis pour pouvoir se faire soigner. Les réalités sur terrain semblent indiquer que cette population n'est pas encore prête à ce paiement, bien qu'il demeure difficile d'obtenir des preuves à ce sujet assez délicat. En effet, jusqu'à récemment ces ZS étaient classifiées comme zones d'urgence, dans lesquelles les soins étaient fournis gratuitement et sans une transition suffisante cette population est appelée à payer les 100% des frais demandés pour les soins de santé. Une stratégie adéquate, et de longue durée, semble nécessaire pour amener progressivement cette population vers le total recouvrement des coûts fixés des soins et ce soit par paiement directe aux FOSA, ou bien par adhésion aux MUSA.

A titre exemplaire, le figure ci-dessous montre le taux d'utilisation du curatif (nouveaux-cas/habitant par an) dans les ZS appuyées par le PASS de 2012 à 2016.

Figure 4 – Taux d'utilisation du curatif dans les ZS appuyées par le PASS de 2012 à 2016



Source : SNIS, mandataires

L'appel d'offre pour une étude de costing (du fonctionnement des FOSA, des soins, et du niveau économique de la population), déjà recommandé dans le rapport d'évaluation de PASS-II, a été lancé début août, et semble encore plus nécessaire qu'à l'époque. Il est sincère d'avouer que plusieurs aspects sur l'accès financier restent encore comme une « boîte noire » du fait du manque de données et du fait aussi de multiples stratégies de survie pratiquées par les FOSA et généralement non documentées.

Par ailleurs il faut aussi noter que partout dans les ZS appuyées, des multiples chambres de cultes religieux sont visiblement très fréquentés, entre autres, pour espérer des guérisons pour des malaises physiques quelconques en lieu et place de fréquenter les formations sanitaires. Il reste cependant peu clair si cette fréquentation des cultes religieux, pour des raisons sanitaires, est directement liée à l'inaccessibilité financière aux soins délivrés par les FOSA ou si cela s'explique plutôt par des raisons purement culturelles. De toute façon, ces cultes religieux causent problème dans le système de santé publique car, généralement, elles finissent par référer, trop tardivement, les malades aux FOSA, ce qui implique, souvent, la mort de ces malades peu après l'arrivée dans ces FOSA.

Un document d'analyse profonde sur les MUSA avec des recommandations spécifiques se trouve dans l'Annexe 5.10.

Résumé :

Des efforts sérieux ont été faits pour améliorer l'accès financier aux soins, mais l'apport de la population semble rester considérable. La réussite des interventions des mandataires reste minime, entre autres, du fait des nombreux facteurs qui sont au-delà du projet, ce qui influence fortement la durabilité du programme (certains de ces facteurs ayant été définis dans le cadre logique, comme p.ex. sur la faillite des mutuelles de santé).

2.1.3 Axe 3: Le renforcement du leadership et de la gestion des ressources humaines

Outcome 3 : Les responsables gouvernementaux au niveau provincial et dans les bureaux des zones de santé s'engagent à gérer de manière transparente et efficace le système de santé

Output 3.1 : Les prestataires des FOSA disposent de formations leur permettant de fournir des services selon les normes et procédures

Output 3.2 : Les comités de gestion des formations sanitaires s'engagent activement dans la gouvernance des centres de santé

Output 3.3 : Des échanges régionaux sont établis, afin de promouvoir un échange d'expériences thématiques (travail communautaire, mutuelles de santé, financement de la santé, gestion des médicaments, etc)

Output 3.4 : La direction provinciale de santé promeut l'échange, la transparence et les synergies entre bailleurs, projets, secteurs privé et publique par une coordination structurée et ouverte des intervenants sectoriels

Output 3.5 : Des thèmes stratégiques sont soulevés et discutés au niveau provincial (voire national) conjointement entre bailleurs et la direction provinciale de santé

Un effort réel a été déployé par les mandataires en organisant des formations pour espérer renforcer les compétences des acteurs à différents niveaux du système. Tout le problème est de savoir si les formations telles qu'elles sont organisées peuvent contribuer réellement au renforcement de des capacités des acteurs. Surtout dans le contexte du PASS-III où l'accompagnement, qui doit faire suite aux formations, n'a pas été conséquent.

Dans les ZS, les comités comité de santé (COSA) des centres de santé sont appuyés par le PASS, mais l'appui reste limité à l'aspect financier (output 3.2). Les réunions de ces comités semblent avoir lieu régulièrement, mais l'effet sur la (qualité de la) gestion des centres de santé est difficilement

mesurable. Les paiements pour les comités se réalisent sans justificatifs spécifiques en termes de dépenses financière. Les valeurs payées sont réduites et donc les risques limités, mais pourtant la gestion nécessaire pour ce paiement minime, sans justificatif technique, est assez lourde. Ceci surtout pour raison d'absence d'un système bancaire fiable et répandu. La durabilité de cette intervention est très faible. La Swiss-TPH a organisé deux ateliers de formation des membres de ces comités pour renforcer leur capacité en matière d'élaboration des plans d'action annuels

La définition de l'output 3.3 est peu claire. Il semble quand même que les échanges régionaux (output 3.3) régulièrement organisés entre les cadres de la DDC et ceux des mandataires n'inclut pas la participation des partenaires d'exécution au sein de ces fora. Ceci limite l'impact de cette activité et soulève la question de la pertinence de cet output.

Jusqu'en mi-2017, le processus de la réforme du niveau intermédiaire du système de santé congolais est toujours en cours au Sud-Kivu, et la fonctionnalité de l'IPS et de la DPS n'est pas encore optimale. La régulation stratégique sectorielle reste à renforcer, et le leadership du niveau stratégique provincial est encore en construction.

L'IPS est une structure déconcentrée qui exerce les fonctions d'inspection et contrôle au niveau provincial sous la tutelle directe du Gouverneur de Province. Cette déconcentration a sérieusement limité l'appui des partenaires de cette institution ; pour le moment, Cordaid et GIZ sont les seuls partenaires de la province qui apporte un soutien financier plus ou moins structurée à l'IPS. Plusieurs fonctionnaires de l'IPS ont exprimé leur appréciation pour cet appui reçu du PASS, surtout quand un tel appui n'est pas commun dans la plupart des provinces de la RDC. Cela étant dit, la fonctionnalité technique de l'IPS se trouve encore à ses débuts, le transfert du savoir-faire vers ses prestataires reste l'enjeu majeur.

La DPS est une structure décentralisée redevable devant le Ministre Provincial en charge de la Santé (MPS). Les organes de coordination de cette division sont mis en place, mais, compte tenu de la création plus ou moins récente de cette DPS, leur fonctionnalité est encore en progrès. En particulier, le métier d'appui/encadrement des zones de santé qui constitue la fonction essentielle d'une DPS n'est pas encore pleinement opérationnel. Ici aussi, le travail de capacitation de la DPS en cette matière reste un important challenge et ce, malgré l'appui apporté par le PASS-III sous le format GIZ.

Le PASS, à travers le Chargé de Programme Santé de la DDC, a joué et joue un rôle considérable dans le processus de mise en œuvre de l'approche « Contrat Unique » prôné par le niveau central et qui est sensé conduire à la rationalisation de l'affectation des ressources drainées vers la province. Dans ce processus, le rôle de la GIZ, mandataire responsable pour l'appui institutionnel à la DPS, paraît limité ; son apport n'a pas été évidemment particulier par rapport à celui que fournissent les autres partenaires de la DPS comme par exemple l'OMS, l'UNICEF, et le PROSANI-Plus. Il faut, toutefois, avouer que la coordination/l'harmonisation entre les PTF et la DPS semble adéquate et pourra encore se renforcer davantage par la mise en œuvre de cette approche « Contrat Unique ». Toutefois, la qualité/le contenu technique de leur appui est difficile à mesurer.

Au fait l'impression existe que l'appui technique, surtout l'appui technique à la DPS, est peu clair pour tous les acteurs impliqués. Le prodoc de la GIZ mentionne le suivant : *Résultat 3.3 – Appui à la DPS: L'appui institutionnel à la DPS renforce son fonctionnement, son rôle de régulateur et de promoteur des échanges et des synergies entre bailleurs, projets, et secteurs privé et public, par une coordination structurée et ouverte de tous les intervenants au secteur.* Dans la pratique cependant, l'appui de la GIZ paraît plus concentré sur de l'apport financier permettant à la DPS de conduire les supervisions, réunions et autres activités clés. Tout au plus, les assistants techniques de la GIZ

participent à des grands nombres d'activités de la DPS, mais surtout comme intervenant, plutôt que comme accompagnant du processus technique de ces activités (p.ex. élaboration des TdR pour les supervisions, suivi des recommandations, préparation des réunions). Dans la perception d'une grande partie du staff de la DPS l'appui technique fourni par la GIZ se focalise sur l'appui financier.

L'évaluation du PASS-II a recommandé de commettre un assistant technique à la DPS, homologué au Chef de la DPS, pour faciliter la communication et coordination des PTF et pour assurer la facilitation, l'accompagnement et le coaching des acteurs de la jeune DPS dans la réalisation des activités clés de cette institution (planification, budgétisation, gestion des ressources, encadrement des ZS, mobilisation des compétences ad hoc pour la capacitation des membres de l'équipe cadre provinciale, ...). Cette recommandation n'est jamais mise en œuvre, bien qu'elle demeure très pertinente pour combler les lacunes de compétences notées çà et là au sein de cette DPS en pleine construction.

Une explication fournie est le fait que dans le cadre de cette réforme sectorielle du niveau intermédiaire le niveau central a prévu l'affectation, dans les DPS en construction, des assistants techniques nationaux (coaches) qui joueraient le rôle qu'aurait pu jouer cet accompagnateur recommandé par l'évaluation du PASS-II. Cependant, pour ce qui concerne le Sud-Kivu, un tel coach n'est jamais affecté et même s'il était affecté, il est peu probable qu'il soit techniquement à même de jouer efficacement le rôle attendu d'un AT souhaité pour appuyer cette nouvelle DPS.

Au niveau opérationnel, le leadership des ECZS paraît suffisant et fonctionner à l'optimum. Des systèmes appropriés sont mis en place, mais fonctionnent surtout sur base de la motivation financière sous forme primes (le personnel n'est pas ou très peu salarié). Ces équipes feraient mieux si elles bénéficiaient d'un appui technique consistant du niveau provincial et des mandataires. Il s'avère, cependant, que les EPP investis à la DPS ne font pas montre d'un réel gradient de compétences pour pouvoir encadrer les membres des ECZS. En outre les assistants techniques des mandataires, notamment du côté GIZ, paraissent ne pas jouer ce rôle d'appui technique aux côtés des ECZS ; jouant plus le rôle de participant à quelques activités (réunion, évaluation des contrats de performance, ...).

Par ailleurs, il faut mentionner le fait qu'au niveau local des ZS, la coordination, pourtant très pertinente, entre les partenaires intervenant dans les ZS semble être limitée. A ce niveau, en effet, certains partenaires qui y sont actifs depuis des longues années, comme le BDOM, et dont leur connaissance et réseau peuvent être utiles et complémentaires à l'appui des mandataires (qui sont encore relativement nouveaux dans les ZS) ne sont pas suffisamment pris en compte dans les actions de ceux-ci.

Un défi observé au niveau des ECZS, mais également au niveau des FOSA, est la haute rotation du staff qui constitue, au fait, un risque programmatique important pour le PASS. A noter que la GIZ avait prévu une formation / recyclage pour le management en soins de santé primaires (SSP) au niveau des ECZS, renforcement des capacités qui n'a pu se réaliser pour des raisons non connues.

Malgré la recommandation de l'évaluation du PASS-II d'harmoniser les approches, la Swiss-THP paie des frais de fonctionnement aux BCZS et à toutes les FOSA, tandis que la GIZ, quant à elle, du fait des contraintes budgétaires, ne paie ces frais qu'aux BCZS, ce qui pose des sérieuses difficultés pour les FOSA. Elles se voient, ainsi, confrontées à des attentes ambitieuses du programme (contrat de performance) sans avoir des ressources nécessaires pour la réalisation de leurs tâches même si, en effet, la plupart de ces tâches ne sont pas liées au PASS, mais font partie de leur mandat.

La province, avec l'appui du PASS, a établi un Comité de Pilotage Provincial (CPP), qui consiste en plusieurs groupes thématiques appelées « Commissions » au sein desquelles siègent les cadres de la

DPS et les représentants des PTF. Chaque commission est sensée siéger à un rythme trimestriel. Mais de façon routinière chaque commission fonctionne à travers un « Groupe de Travail » qui ne comprend que les cadres de la DPS. Ce sont donc des groupes de travail qui, sur base de la planification annuelle de la province, initient des travaux sur des thématiques spécifiques et les font remonter au niveau des commissions. Celles-ci traitent et font des recommandations spécifiques pour des questions purement opérationnelles. Celles nécessitant des décisions stratégiques sont alors référées, par les commissions, vers le CPP. Les données collectées par l'évaluation montrent que le CPP du Sud-Kivu ne fonctionne surtout qu'au niveau politique. Ses commissions ne sont pas encore réellement opérationnelles et ne siègent que pour préparer les réunions du CPP ; les groupes de travail sont quasi-inexistants. Notre mission pense qu'il était du devoir de la GIZ, ayant reçu mandat de la DDC dans le cadre du PASS-III pour appuyer la DPS, d'aider activement à assurer cette fonctionnalité souhaitée de la DPS Sud-Kivu dans toutes ses composantes telle que décrite ci-dessus.

Résumé :

Le dispositif pour un leadership intégré au sommet de la province est mis en place avec un appui financier contributif reconnu du PASS. Le défi le plus important reste la capacitation de ces institutions provinciales pour qu'elles exercent réellement ce leadership.

Au niveau des ZS les systèmes mis en place fonctionnent surtout sur base d'une motivation financière, entre autres, car le personnel est peu salarié.

2.1.4 Axe 4: Le renforcement de la gestion des structures sanitaires, médicaments, équipements et informations sanitaires

Outcome 4 : Les structures sanitaires répondent aux normes nationales et sont gérées de manière efficace, coordonné, participative et transparente. Les centres de santé offrent ou redirigent les jeunes vers les services conviviaux et correspondants à leurs besoins

Output 4.1 : Gestion efficiente et coordonnée des infrastructures, équipements

Output 4.2 : La gestion de stock (achat, utilisation) de médicaments essentiels fonctionne dans chaque zone de santé

Output 4.3 : Gestion de l'information amélioré et les données sont utilisées dans la définition des priorités et la planification des ressources

Les conditions des HGR visitées lors du travail du terrain ont montrées une grande variété. Alors que techniquement l'HGR d'Uvira, structure étatique, paraît globalement assez correct dans le management des cas qui lui arrivent (bonne documentation des cas (dossiers médicaux), autres outils tels partogrammes à jour, ...), il montre des gros déficits en termes d'hygiène et d'organisation de travail : sanitaires, literie, environnement intérieur et extérieur, malpropre, pléthore du personnel, démotivation du staff, ... Par contre, les HGR de Nyantende et Nyangezi sont trouvés en bonnes conditions techniques, hygiéniques et gestionnaires. Nonobstant les apports financiers et logistiques du PASS qui constituent le socle sur lequel ces deux hôpitaux fonctionnent, les responsables de ces deux dernières structures ont, tout de même, reconnu que cette performance serait aussi, en partie, le résultat d'un long travail d'appui/soutien technique, managérial et logistique de l'ONG Médecins Sans Vacances qui est en partenariat avec le BDOM pour le développement de ces deux formations.

Cette observation montre bien que les appuis reçus dans le passé et l'ensemble du contexte historique d'une ZS jouent un rôle considérable dans la performance actuelle de la zone. Ceci fait qu'il soit difficile d'attribuer les résultats performants d'une zone à une seule intervention surtout si celle-ci se veut un « Appui Institutionnel » comme l'est la PASS.

La plupart des centres de santé visités disposent des conditions minimales pour fournir des soins du PMA à la population de leur responsabilité. L'exception notée à cette observation globale concerne le centre de santé BUHOZI (dans la zone de santé de Nyatende) où les conditions d'infrastructures sont largement en deçà du minimum requis. Il nous faut, toutefois, nuancer que les centres visités sont ceux des plus accessibles des ZS et donc possiblement situés dans les meilleures conditions que ceux des coins éloignés de ces zones.

Au niveau opérationnel, le PASS-III a prévu surtout un appui (technique et financier) aux ECZS, et moins pour les FOSA. Du côté Swiss-TPH les travaux d'infrastructures n'ont pas été clairement prévus dans le prodoc mais en dépit de cela, 3 chantiers ont tout de même été réalisés et terminés dans la période évaluée. Pour la GIZ, en revanche, des 10 chantiers planifiés dans le prodoc, seuls 3 ont été réalisés même si 2 chantiers non planifiés ont également été entamés et achevés⁸. Pour les ZS cibles, l'appui PASS paraît très pertinent, et, jusqu'à un certain niveau, durable aussi. Le grand défi qui existe est la gestion et la maintenance des équipements et des infrastructures résultant de cet appui (PASS-III mais aussi PASS-I et II). Le budget des ECZS prévoit une certaine valeur pour la maintenance mais il n'est pas certain que cette valeur soit réellement utilisée pour la maintenance vue le grand nombre de priorités dans les ZS. La GIZ ne paie des frais de fonctionnement que pour les BCZS, mais pas pour les FOSA, mettant les responsables de celles-ci face à d'autres défis.

Sur un tout autre plan, jusqu'à ce jour, le PASS-III n'a pu réussir l'amélioration de la gestion de médicaments (essentiels) au niveau des ZS appuyées. Le contexte n'a pas été favorable non plus :

- La province de Sud-Kivu ne dispose pas d'une Centrale de Distribution Régionale (CDR) pour des médicaments et intrants médicaux ; les acteurs du secteur public doivent s'approvisionner dans 3 dépôts pharmaceutiques dits « Pré-qualifiés » par les autorités sanitaires, notamment l'Apamesk, le dépôt du BDOM, et le dépôt de la 8ième CEPAC (l'ancien Dépôt Central Médico-Pharmaceutique officiel). En fait, par l'existence de trois dépôts pré-qualifiés, la base pour une sélection d'un fournisseur à base de prix, qualité et disponibilité existe mais la réalisation s'est avérée différemment. Les deux mandataires ont connu des problèmes sérieux dans la sélection d'un fournisseur, pour des raisons différentes quand même. (Plus d'information sur ce sujet ci-dessous).
- La tarification forfaitaire appliquée (officiellement) par les centres de santé date des années 2010/2011 et est donc assez dépassée. L'inflation forte a une grande influence sur les vrais revenus pour des centres de santé. En plus, les prix de médicaments ont également augmenté (par l'inflation et autres raisons), et, par conséquence, consomment une grande partie des revenus reçus à travers cette tarification forfaitaire.
- Du fait de ce passage, sans transition, de l'approche « urgence » vers celle de « développement » des ZS appuyées, la population desdites ZS doit maintenant payer la totalité des frais pour se faire soigner, mais elle ne semble pas encore acquérir cette culture de se payer les soins médico-sanitaires. Selon les responsables des centres de santé visités, une grande partie de la population n'est pas (encore) capable de payer selon la tarification forfaitaire. Au même temps cependant, l'équipe de consultants a entendu que la population paie même plus que ce tarif par des frais non-formalisés appliqués par les centres de santé. Il

⁸ Notamment la clôture du NCZ Nyangezi et la réhabilitation de la toiture endommagée de la DPS.
hera / Rapport analytique / Octobre 2017

s'est avéré difficile d'obtenir des informations véridiques sur ces paiements et tarifs, et donc sur le budget disponible pour l'achat des médicaments.

- Différentes modalités pour le recouvrement des coûts des médicaments sont en vigueur dans la province, notamment 30% (valeur déterminée par les autorités provinciales et appliquée également par PROSANI Plus), 100% (valeur déterminée et appliquée par les mêmes autorités et appliquée par le PASS-III), 120% valeur (valeur déterminée par les autorités nationale et appliquée dans le cadre du projet gouvernemental PESS) et 140% (valeur déterminée par les autorités provinciales et appliquée par le projet financé par la Banque Mondiale au sein d'autres ZS de la province). Les autorités provinciales n'ont donc pas encore harmonisé et fixé un taux unique de recouvrement des coûts des médicaments par rapport aux ZS dites en « développement », et la communication sur les modalités de leur mise en œuvre est faible.
- Enfin les différents niveaux de prix d'achats des médicaments (selon le fournisseur) rendent difficile la gestion des ceux-ci en rapport avec le recouvrement des coûts de médicaments.

Les défis à cet égard paraissent très nombreux au niveau du PASS aussi. Les deux mandataires ont eu des difficultés avec l'approvisionnement en médicaments, et les systèmes mis en place pour la gestion de ces médicaments et intrants ne semble pas adéquat.

La GIZ a fait une commande locale, basée sur les normes provinciales (achats à un des trois dépôts pharmaceutiques dits pré-qualifiés), mais le processus a pris un long moment – entre autres du fait de temps nécessaire à l'obtention de l'autorisation du siège GIZ pour effectuer un achat local. L'évaluation des offres reçues n'a été faite qu'au niveau interne de la GIZ. Les ZS ont été consultées pour transmettre les niveaux de stocks existant et exprimer leurs besoins, mais, vu le long processus, ces niveaux de stocks et besoins étaient différents au moment de la livraison. En plus, la GIZ avait, sans consulter les ZS, augmenté les quantités de quelques médicaments pour des raisons de consommation budgétaires des fonds alloués aux médicaments. Pratique qui n'a pas été appréciée par les ZS. En outre, les ECZS se plaignent des prix d'achat de médicaments, considérés comme très élevés, qui influencent les prix de vente et ainsi causent un niveau de vente bas.

La Swiss-THP, de son côté, s'est approvisionnée auprès de Zenufa, un dépôt qui n'apparaît pas dans la liste des dépôts pré-qualifiés dans la province de Sud-Kivu. Selon la Swiss-TPH, la documentation de ce dépôt indique son autorisation de vente des produits pharmaceutiques, ce que, cependant, n'implique pas sa pré-qualification. L'accord que la Swiss-TPH a signé avec Zenufa est un contrat-cadre, c'est-à-dire que la Swiss-TPH a l'intention d'y acheter les médicaments et intrants pour toute la période du PASS-III. Il n'est, cependant, pas clair de savoir jusqu'à quel niveau le siège de Swiss-TPH a été l'impliqué dans le processus de sélection, assez controversée, de ce fournisseur et de la signature du contrat du contrat qui en a découlé.

Toutes les ZS appuyées par le PASS sont également appuyées par PROSANI Plus, projet financé par USAID et mis en œuvre par MSH. PROSANI Plus applique un tarif de recouvrement de coûts de médicaments de à 30%. Dans les ZS appuyées par la GIZ, du fait de dualité entre les médicaments PROSANI Plus (aux coûts recouverts à 30%) et ceux du PASS-III (aux coûts recouverts à 100%), il est décidé par la province de piloter pendant 6 mois une expérience de recouvrement des coûts des médicaments à 100% de leurs coûts d'achat pour tous les médicaments approvisionnés par le PASS. PROSANI Plus ne pouvant, pendant la période, apporter que des médicaments et intrants pour la lutte contre le paludisme qui sont distribués gratuitement à la population. Cette période vient d'être prolongée de 6 mois encore. Dans ces ZS appuyées par la GIZ, cette expérience pilote a été précédée d'un atelier de briefing des gestionnaires de FOSA sur cette approche.

Ce type d'accord n'est pas en place dans les ZS appuyées par la Swiss-TPH du fait de la résistance de PROSANI-Plus qui n'a signé cet accord dans l'axe centre qu'à titre pilote pour voir quel résultat pourrait

cela donner en termes de recouvrement de coûts des médicaments. Ceci étant, dans ces ZS appuyées par Swiss-TPH, le niveau de vente des médicaments et intrants approvisionnés par le PASS reste bas, avec un risque que ces médicaments et intrants puissent courir vers la péremption. A noter que l'atelier prévu pour initier les gestionnaires des FOSA d'Uvira et Ruzizi sur l'approche « recouvrement des coûts de médicaments à 100% » n'a jamais eu lieu faute de financement de cette activité. Il semble également que la communication sur la nouvelle approche n'a pas été suffisamment adéquate, ni de la part de la Swiss-TPH, ni de la part de la DPS. Une mission spécifique de la DPS pour l'information et la formation des acteurs à ce sujet tarde toujours à se réaliser pour des raisons non élucidées.

Malgré ces efforts des mandataires, le mécanisme de recouvrement de coûts des médicaments ne fonctionne pas à l'optimum. La vente des médicaments approvisionnés par le PASS reste limitée, dû ou non à l'approche de recouvrement des coûts des médicaments à 100% de leurs prix d'achat, ce qui commence à constituer un risque de péremption. L'équipe de consultants, malgré divers efforts, n'a pas pu obtenir les détails sur les stocks en risque de péremption⁹. Une péremption des médicaments approvisionnés par le PASS entraînerait un gros dommage au prestige et à la réputation du PASS et de tous les autres acteurs concernés, surtout dans une province en haut besoin des médicaments comme le Sud-Kivu.

Le domaine où l'appui technique du PASS-III, du côté GIZ, paraît évident tant au niveau provincial qu'au niveau périphérique est celui de la gestion de l'information sanitaire. En effet, l'appui du PASS (surtout en formations) dans la mise en œuvre du nouveau système de gestion des données sanitaires, DHIS2, a été très utile et fort apprécié par les bénéficiaires. Une amélioration de la gestion est visible, mais vu le grand nombre de changements qui ont eu lieu dans le système actuel au niveau pays (SNIS/DHIS2), les données doivent être encore être manipulées (manuellement) pour avoir accès aux chiffres définitifs, ce qui, cependant, n'est pas fait par toutes les EZCS résultant en figures de différentes valeurs sur le même indicateur.

Résumé :

Le PASS III a fait un exploit en mettant la province sanitaire du Sud-Kivu à jour par rapport au nouveau système de gestion d'information sanitaire adopté par le pays (DHIS2). En complément aux phases antérieures, le PASS-III a fait un effort, tout de même marginal, en termes d'investissement (infrastructures, équipements et formations).

Par contre, eu égard à la gestion des médicaments, des facteurs liés au système grèvent sérieusement l'obtention des résultats en cette matière. Au rang de ces facteurs nous pouvons évoquer :

- Une politique provinciale peu claire en matière de gestion des médicaments
- Un niveau de recouvrement des coûts des soins qui devrait dépendre de l'étude costing et l'actualisation de la tarification forfaitaire
- Un projet pilote de recouvrement à 100% des coûts de médicaments mis en œuvre sans réflexion fondée de l'impact et sans accompagnement adéquate (DPS et mandataires)

2.2 Analyse des 5 thèmes

Selon les TdR de la mission, l'évaluation s'intéresse surtout aux 5 thèmes clés suivantes :

1. Pertinence de l'approche systémique décentralisée
2. Gestion des risques programmatiques et fiduciaires

⁹ Les dates de péremption des produits livrés aux ZS sont connues, mais précisions sur le niveau du stock actuel manquant.
hera / Rapport analytique / Octobre 2017

3. Intégration de l'aspect genre dans le programme
4. Cadre de suivi et évaluation, attribution des résultats
5. Montage institutionnel actuel et modalités de travail et collaboration avec les instances et partenaires du secteur Santé

Les résultats de l'analyse de chaque thème sont décrits dans les sections suivantes.

2.2.1 Pertinence de l'approche systémique décentralisée

Cette question s'applique à la programmation du PASS, et couvre les quatre axes du programme.

L'approche optée et qui s'est alignée sur la politique nationale et provinciale (le PNDS et le PPDS 2016 – 2020) fait du PASS une Action très pertinente. Cette approche est fortement encouragée car elle appuie le système de santé dans sa totalité, sans créer des mécanismes et processus particuliers/verticaux. En même temps, l'approche du PASS s'est appropriée de la classification nationale/provinciale des ZS et, à tant que programme de développement, s'est adressé aux ZS classées comme « en développement ». Et ce, même si cette classification de la DPS Sud-Kivu paraît classer assez précocement les ZS en étape de développement vue la fragilité de l'équilibre dans ces ZS en matière sécuritaire, financière et socio-économique. Aussi, plusieurs ZS appuyées par le PASS reçoivent des populations des ZS voisines qui font face à des problèmes de sécurité. En plus, la DPS, institution appelée à porter le processus de développement de ces ZS est elle-même, encore, en pleine construction.

En outre, la réforme sectorielle du niveau intermédiaire a, au même temps, offert au PASS des opportunités de jouer un rôle clé dans la mise en place des institutions et organes du niveau intermédiaire, ce qui a contribué à hausser davantage la pertinence de ce programme.

Résumé :

PASS-III est un programme très pertinent du fait qu'il a répondu à des besoins de la population, des institutions de pilotage du système de santé mais aussi des structures des soins même si des défis importants ont jalonné çà et là sa mise en œuvre. Du fait de l'approche systémique décentralisée qu'elle a adoptée, le PASS s'est alignée sur la politique nationale et provinciale. L'appui institutionnel qu'il apporte aux structures bénéficiaires est à encourager même si les ZS cibles paraissent précocement classées « en développement » au vu du contexte (fragilité de l'équilibre en matière sécuritaire, financière et socio-économique)

2.2.2 Gestion des risques programmatiques et fiduciaires

Cette question s'applique à la gestion du programme, essentiellement en ce qui concerne les systèmes et mécanismes mis en place par les mandataires à propos de la gestion des risques.

Le risque de gestion des fonds fiduciaires reste fort réel : après PASS-II, la collaboration avec Malteser International est interrompue, suite à des malversations et une gestion financière insatisfaisante¹⁰. La DDC par contre, après ces importants problèmes constatés avec Malteser International lors du PASS II, n'a pas pris des mesures d'atténuation suffisantes et en temps opportun pour éviter la répétition de ces problèmes. C'est ainsi que, pendant cette 3^{ème} phase, des défis sérieux dans le dispositif financier

¹⁰ Termes de Référence, Etape 2, Programme d'Appui au Système de Santé du Sud Kivu, PASS Sud Kivu, Phase III, Mandat 2
hera / Rapport analytique / Octobre 2017

de la Swiss-TPH ont été également constatés. Situation qui a obligé la DDC, au cours de ce PASS-III, de changer quelques procédures, notamment, la mise en place d'un mécanisme de contrôle auprès de Swiss-TPH pour toutes les dépenses de ses partenaires d'exécution ; mécanisme dont les premières implémentations sont encore en cours. Précédemment, cette responsabilité était entièrement portée par les partenaires d'exécution.

Outre les défis de gestion (administrative et financière) au niveau des mandataires et des partenaires d'exécution, le programme a également souffert d'autres incidents financiers hors de pouvoir du PASS comme la faillite des institutions financières locales (coopératives d'épargne) qui a englouti les avoirs des MUSA, les rendant ainsi insolvable vis-à-vis des FOSA.

En effet, le contexte continue d'exiger une gestion lourde sur le plan technique et financier à tous les niveaux. Lourdeur qui s'est illustrée, par exemple, à travers la gestion des justificatifs des dépenses au niveau des centres de santé qui ne reçoivent qu'une somme limitée pour couvrir (une partie de) leurs frais de fonctionnement, résultant des justificatifs dans l'ordre de grandeur de USD 40 ou même moins¹¹. Au même temps, ces justificatifs semblent être identiques chaque trimestre questionnant la valeur de ces pièces. Des valeurs similaires sont mises à disposition des CODESA, centres de jeunes et MUSA.

Par ailleurs, à aucun niveau, l'on n'a pas observé un mécanisme adéquat pour la gestion du recouvrement des coûts des médicaments, ce qui rend la traçabilité des fonds très difficile, ou même impossible. Sachant que la vente des médicaments par les FOSA est l'une des rares sources de revenus à ce niveau, il n'est pas surprenant que la gestion de ces fonds soit gardée peu transparente. En tout cas le PASS n'a pu réussir à mettre en place un tel mécanisme.

Le risque programmatique est, lui aussi, assez important dans ce contexte où se met en œuvre le PASS. En effet, au vu des fortes rotations du personnel des FOSA et des ECZS contre laquelle les mandataires ne peuvent pas grand-chose, des investissements dans les ressources humaines comportent un réel risque d'ordre programmatique.

Résumé :

Le PASS se met en œuvre dans un contexte de gros risque fiduciaire et même programmatique d'où nécessité d'un lourd et rigoureux mécanisme de gestion de risque. A ce sujet, le mandataire GIZ paraît avoir relevé le pari alors que du côté Swiss-TPH, la responsabilité de gestion financière étant laissée aux partenaires d'exécution, les ECZS en l'occurrence, l'on a noté des problèmes financiers qui ont tout de même entaché la fluidité du flux financier du programme à ce niveau.

2.2.3 Intégration de l'aspect genre dans le programme

Cette question s'applique surtout à la programmation du PASS, et plus spécifiquement à l'axe 1 (amélioration de la qualité et la continuité des services de santé).

Les TdR du PASS-III mentionnent : *L'aspect genre est à intégrer dans les protocoles de prise en charge, dans les services de santé reproductive des jeunes mais aussi dans le fonctionnement de mutuelles de santé et-enfin- des collaboration stratégiques avec des initiatives de prise en charge des victimes de violence basé sur le genre sont à établir.* Cependant, dans la pratique, la définition de cet aspect genre

¹¹ La Swiss-TPH paie des frais de fonctionnement pour les BCZS et les FOSA; la GIZ ne paie ces frais qu'aux BCZS.
hera / Rapport analytique / Octobre 2017

est peu claire de la part du mandant, déficit qui s'est reflété dans les interventions des mandataires. Il n'y a pas des indicateurs qui réfèrent à cet aspect.

L'évaluation du PASS-II indique que la participation des filles dans les centres des jeunes est faible, et suggère le développement d'une stratégie de renforcement de leur participation¹². La mise en œuvre de cette recommandation varie ; quelques centres continuent de faire face à une participation limitée des jeunes filles, d'autres semblent avoir réussi à les y attirer. A noter que la mise en place de ces centres s'est faite, selon les mandataires, avec des approches considérablement différentes. Ceci fait qu'il soit difficile de pouvoir expliquer, de manière claire, les raisons de réussite ou d'échecs de recrutement des jeunes filles.

En dehors des interventions dans les centres des jeunes, peu d'autres activités spécifiques dans le domaine de genre sont mises en place.

Résumé :

Le concept même d'« intégration de l'aspect genre » n'étant pas bien explicité par le mandant, les mandataires n'ont pas pu élaborer des activités suffisamment spécifiques qui puissent refléter effectivement cet aspect du programme

¹² Cette recommandation est une recommandation pour l'exécution du PASS-II
hera / Rapport analytique / Octobre 2017

2.2.4 Cadre de suivi et évaluation, attribution des résultats

Cette question s'applique surtout à la gestion du programme PASS mais touche également la programmation, spécifiquement l'axe 4 (renforcement de la gestion des structures sanitaires, des médicaments, des équipements et de l'information).

Malgré la recommandation de l'évaluation du PASS-II d'harmoniser les approches de mise en œuvre du programme par les mandataires, le PASS-III dispose d'un cadre logique global, mais ensuite chacun des mandataires utilise son propre cadre logique. Il est évident que la GIZ dispose d'un cadre logique plus élaboré car elle est responsable pour l'appui au niveau intermédiaire (appui l'IPS et à la DPS), composante qui n'est pas incluse dans le mandat de la Swiss-TPH.

Le cadre logique du PASS-III montre plusieurs défis, dont les principaux sont les suivants :

- Les outputs de la Phase III sont très larges et de ce fait il y a certains outputs qui ne sont pas directement liés au programme, mais sont des outputs (résultats) du système de santé en général. Il s'agit par exemple de PMA offert par les centres de santé. Ce paquet inclus la prise en charge de la malnutrition mais le PASS-III ne fournit pas les intrants nécessaires.
- Alors que globalement les indicateurs de programme n'ont de baseline clairement définie, certains autres de ces indicateurs qui en ont (résultats de fin de la phase II) présentent des valeurs déjà suffisamment bonnes pour pouvoir être pertinents au cours de cette 3^{ème} phase.
- La plupart d'indicateurs du cadre logique ne présentent pas de cible (p.ex. un des indicateurs pour le résultat 1.4 : % des centres de santé offrant des services de promotion de la santé sexuelle des jeunes).
- Un grand nombre de ces indicateurs ne sont pas SMART¹³ : spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et temporellement défini. Un exemple est l'indicateur pour le résultat 2.2 qui est stipulé comme suit : Baisse de la prise en charge financière directe des indigents par le programme vers une augmentation de la prise en charge via les mutuelles. Cependant, une baisse de la prise en charge financière et une augmentation de la prise en charge via les mutuelles ne sont pas précisées (1%, 10% ?). Une telle définition des résultats ou indicateurs laisse trop de place pour une interprétation libre et donc différente. Un autre exemple est l'indicateur pour résultat 4.1 : Affichage des principaux indicateurs de couverture par structure de santé. L'indicateur ne décrit pas quel sont ces principaux indicateurs qui doivent être affichés. En plus, il est questionnable si l'affichage des indicateurs appuie l'amélioration des services fournis par la structure.
- Output 2.3 (Les prestataires de soins sont motivés à fournir les services et améliorer la qualité de leurs prestations d'une manière continue) semble partir de l'hypothèse que l'accès financier de la population s'améliore quand les prestataires sont motivés, ou bien, quand les prestataires reçoivent une motivation financière (donc salaire stable, et suffisamment de fonds disponibles pour un bon fonctionnement de la structure) ce qui limite le besoin de charger la population des paiements au-dessus des tarifs fixés nécessaires pour s'assurer du salaire de ces prestataires, et pour faire fonctionner la structure. Autrement, cet output ne semble pas être adéquat pour l'axe 2 (Amélioration de l'accès aux soins à travers la mise en place d'un mécanisme de financement).
- Il est discutable dans quelle mesure l'output 3.4 (Des échanges régionaux sont établis, afin de promouvoir un échange d'expériences thématiques (travail communautaire, mutuelles de santé, financement de la santé, gestion des médicaments, et autres)) influence le

¹³ SMART (intelligent en anglais) est un moyen qui permet de décrire les objectifs qu'on veut exprimer de façon la plus claire, la plus simple à comprendre et pour lesquels les résultats sont réalisables.

renforcement du leadership et de la gestion des ressources humaines, principalement, car ces échanges ont lieu surtout au niveau de la DDC et ses mandataires, et n'impliquent pas les gestionnaires et/ou prestataires du gouvernement.

- Il existe un certain embrochement entre les axes 3 et 4, notamment en ce qui concerne la gestion.
- L'axe 4 contient une composante sur les centres de jeunes qui pourrait plutôt être mieux placée dans l'axe 1 (Les centres de santé offrent ou redirigent les jeunes vers les services conviviaux et correspondants à leurs besoins).
- Pour l'axe 4, il n'y a pas d'indicateurs clairs pour la gestion de stock, pourtant ces indicateurs sont assez faciles à définir et à mesurer.

Dans sa conception, une option délibérée a été faite pour que le PASS-III ne puisse disposer d'un cadre de monitoring et suivi spécifique tant au niveau des mandataires qu'au au niveau de la DDC (c'est-à-dire un cadre unique pour PASS-III). Le PASS-III devant, pour son suivi, recourir aux indicateurs du SNIS ; option qui est louable du fait qu'elle vise à éviter la duplication du système de gestion d'information (système national et système PASS) et ouvre, ainsi, l'opportunité de renforcer le système national. Au même temps, les indicateurs du SNIS ne peuvent donner qu'une vue globale sur l'avancement du programme sans permettre un suivi des activités spécifiques de celui-ci. La mission estime que la DDC a manqué de mettre en place un cadre de suivi et évaluation unique pour le programme ou du moins à exiger aux mandataires des cadres respectifs en termes d'outils pratiques de leur redevabilité. L'on note par contre que chaque mandataire utilise son propre cadre, avec des indicateurs légèrement différents l'un de l'autre et dont certains ont une très faible pertinence étant donné qu'ils ont déjà des valeurs sub-maximale au départ du programme (comme dit ci-haut). Il reste peu clair comment les indicateurs des mandataires ont été définis.

La DDC a une responsabilité en ce qui concerne le rapportage des mandataires sur le progrès du programme. Il existe une différence considérable dans les cadres logiques (dans le domaine appui ZS), surtout en ce qui concerne les indicateurs choisis (et approuvés) pour mesurer les résultats des interventions. Par conséquent, les rapports annuels sont essentiellement différents dans la conception, le contenu et le niveau d'analyse, et il est donc impraticable de comparer les résultats des mandataires. Il semble qu'au niveau des mandataires, une multitude d'informations est disponible mais qui n'est pas toujours partagée avec la DDC (ni sollicité par la DDC), et autres partenaires et qui, pourtant, pourrait valoir beaucoup.

A propos du départ du programme, une baseline claire et consistante n'existe pas – soit par rapport à la situation « préprogramme », PASS-I, soit par rapport à la situation au début du PASS-III. Ce manque de baseline ne permet pas d'apprécier facilement les changements qui ont eu lieu pendant la période de la mise en œuvre du PASS, et encore moins l'attribution éventuelle du PASS.

De toutes les façons, il est, par nature, très difficile pour un programme d'appui institutionnel de pouvoir mesurer l'attribution des résultats. Cependant, la DDC aurait pu insister sur un cadre de suivi et évaluation pour les interventions spécifiques des mandataires, surtout par rapport au niveau des processus. A titre d'exemple, les indicateurs de la grille d'évaluation de performance appliquée trimestriellement au niveau des ECZS et FOSA pouvaient bien servir pour contribuer à l'élaboration d'un tel cadre et pouvoir, ainsi, refléter périodiquement l'ampleur de l'effort déployé dans le cadre du programme pour améliorer la qualité des productions des structures bénéficiaires.

Annexe 5.4 décrit les observations sur les cadres logiques des mandataires. Des observations spécifiques sur les cadres logiques utilisés par les mandataires, et une comparaison avec le cadre logique du PASS, sont listés. Annexe 5.5 contient une comparaison des indicateurs identifiés dans le

rapport de l'évaluation du PASS-II en 2013 et les résultats de ces mêmes indicateurs mi 2017. Une grande partie des indicateurs suivi en 2013 cependant, ne font plus partie du cadre logique du 2017 (parfois pour des raisons pertinentes, mais une bonne compréhension du progrès dans les ZS appuyées se rend difficile quand les indicateurs changent).

Résumé :

Les gros du travail abattu dans le cadre du PASS-III, en termes de qualité notamment, risque de passer inaperçu du fait de ne l'évaluer qu'à travers les indicateurs du SNIS qui sont essentiellement quantitatifs et par nature influençables par plusieurs facteurs structurels voir systémiques. Le manque d'un cadre de suivi et évaluation propre à ce programme (avec des indicateurs bien définis y compris des objectifs cibles) explique cette situation ; fait qui est une responsabilité clé non assumée par la DDC.

2.2.5 Montage institutionnel actuel et modalités de travail et collaboration avec les instances et partenaires du secteur Santé

Cette question s'applique surtout à la gestion du programme PASS mais touche également à la programmation, spécifiquement les axes 3 et 4 (renforcement du leadership et gestion des ressources humaines, et renforcement de la gestion des structures sanitaires, médicaments, équipements et informations).

Le cadre de gestion du programme est assez fort, avec une collaboration et implication des institutions gouvernementales par des réunions du CPP, le Cadre de Concertation des Partenaires Techniques et Financiers et autres plateformes de concertation. Cependant, le fonctionnement des commissions et autres groupes de travail de ce CPP reste minimal ; commissions qui ne siègent que quelques jours avant les réunions du CPP pour pouvoir préparer celles-ci. Situation qui ne mène pas aux résultats escomptés mais qui, par contre, insinue une sorte de fonctionnalité de façade et non un vrai travail de développement c.à.d. un travail destiné à résoudre des grands problèmes auxquels est confronté le système de santé de la province. Cette situation est également liée au faible leadership au niveau provincial comme décrit ci-haut.

Le montage institutionnel actuel du PASS se caractérise par une forte présence de la DDC dans la mise en œuvre du programme, un mandat pour l'appui au niveau de la province (GIZ), et deux mandats pour l'appui aux ZS par une équipe basée à Bukavu (GIZ) et une équipe basée à Uvira (Swiss-TPH). Le programme ne dispose pas d'un cadre logique unique ni d'un cadre de monitoring et suivi unique, ce qui est une forte faiblesse du programme.

Par ce montage, la mise en œuvre du programme ne dépend pas d'un mandataire unique. Le fait de travailler avec deux mandataires présente, à la base, l'opportunité d'enrichissement mutuel entre eux de par leurs différentes expertises, différents points de vue et différents contacts. Dans le contexte du Sud-Kivu, où l'appui institutionnel est encore à ses débuts, les échanges techniques au niveau des mandataires pourront être bénéfiques ; les deux mandataires disposant des expertises et créneaux différents. Quelques études conduites sont également importantes pour l'un et l'autre mandataire.

Par contre, un seul mandataire pour la mise en œuvre du programme pourra faciliter la gestion au niveau de la DDC. Néanmoins, cela dépend également du système de monitoring à ce niveau, et pourra être réalisé par le développement d'un cadre logique et d'un cadre de suivi unique. Un interlocuteur au niveau de la province du sein du PASS semble utile, bien que la présentation des informations claires

et complètes aux partenaires d'exécution, bénéficiaires et autres acteurs de manière continue reste la plus importante pour une mise en œuvre adéquate et pour une bonne gestion des attentes.

Le choix des mandataires reste extrêmement important et délicat, ce qui se confirme par les problèmes rencontrés dans la gestion financière pendant la mise en œuvre du PASS-II et PASS-III. Un système adéquat de monitoring (financier et programmatique) au niveau de la DDC est indispensable pour assurer un bon suivi à ce niveau.

Il y a une certaine ambiguïté dans les rôles et responsabilités entre le bailleur (la DDC) et les mandataires à tous les niveaux (bailleur, mandataire et bénéficiaire), ce qui semble être causé, entre autres, par la proximité de la DDC avec les mandataires (surtout de la GIZ qui a son bureau de gestion du PASS à Bukavu), et par la participation du Chargé de Programme Santé de la DDC à divers travaux opérationnels/techniques au niveau de la DPS et de certains partenaires.

Le rôle prescrit de la DDC se focalise sur la coordination de l'ensemble des actions du programme ; rôle qui, du reste, est bien noté est bien joué. Cependant, l'équipe a observé que dans la réalisation dudit rôle de coordination, la division tâches et responsabilités entre elle et le mandataire est parfois précaire. En effet, dans cette province du Sud-Kivu la DDC porte deux casquettes ; celle de bailleur de fonds sous laquelle elle joue le rôle lui confié de coordination des tous les PTF (domaine d'action hors du PASS) et celle de mandant du PASS. Dans les faits, il a semblé difficile à l'équipe d'évaluation de séparer, en temps réel, les activités menées par la DDC sous telle ou telle autre casquette. Ceci d'autant plus que l'assistance technique de la GIZ aux institutions provinciales semble très peu perceptible.

Les marges n'étant pas clairement définies, le Chargé de Programme Santé de la DDC semble se voir attribué le rôle de porte-parole des mandataires pendant certains travaux de la DPS. Il paraît indispensable, aux yeux de l'équipe d'évaluation, de bien définir quelles sont les responsabilités/rôles du bailleur (DDC) et quelles sont celles des mandataires notamment pour niveau provincial où la GIZ a mandat d'appuyer l'IPS et la DPS. La présence intense du bailleur peut gêner les mandataires, qui sont responsables pour la gestion du programme, et même diminuer leur crédibilité vis-à-vis les partenaires d'exécution.

Par sa participation active dans des travaux de management et autres au niveau de la DPS (et ou IPS), le Chargé de Programme Santé de la DDC s'est, ainsi, impliqué dans une forme d'assistance technique au niveau provincial alors que c'est la GIZ qui est mandatée pour fournir davantage de ces services. Ce rôle que joue la DDC dans le secteur santé du Sud-Kivu est pourtant très apprécié par le Ministre provincial en charge de la santé, ses collaborateurs (IPS et DPS) ainsi que les autres PTF de la province. En fait, en lieu et place d'actions disparates et isolées des PTF, la DDC, à travers son responsable Santé, a pris le lead et mis en place un GIBS (Groupe International de Bailleurs en Santé) qu'il pilote jusqu'à ce jour. Ce rôle, réellement pertinent, pouvait garder toute sa pertinence s'il se limite au niveau stratégique et politique. Il est donc impératif, pour la phase suivante que la DDC puisse assurer une division claire de tâches entre elle-même et la GIZ en ce qui concerne, notamment, l'appui technique à la DPS et que le contenu d'un tel appui soit aussi clairement spécifié.

GIZ

Comme dit à plusieurs reprises, la GIZ est mandatée pour apporter un appui institutionnel au niveau provincial (IPS et DPS), et aux 4 ZS de l'axe centre (Mwana, Nyantende, Nyangezi, et Kaziba). Selon le prococ approuvé, la GIZ a un rôle à jouer en tant qu'agent fiduciaire mais aussi comme assistant technique.

L'équipe GIZ a monté un dispositif adéquat pour la gestion administrative et financière du programme. L'approche adoptée par la GIZ se base sur les normes nationales, en forçant les acteurs du système national d'appliquer ces normes, et de cette façon renforçant le système national. Par exemple, la GIZ paie une prime de performance pour le nombre de personnel prévu pour les différentes institutions de la santé, même si en réalité ce nombre est beaucoup plus élevé (la pléthore). Bien évidemment, cette application forcée des normes par la GIZ n'est pas bien comprise ni appréciée par tous les acteurs, qui, à leur tour, parfois mettent en question (la validité) lesdites normes.

La GIZ est très focalisée sur la réalisation des activités selon les plans annuels et dans les délais fixés mais elle met peu ou ne met pas du tout du temps nécessaire pour une réflexion profonde et une coordination pertinente avec d'autres partenaires/acteurs engagés ou impliqués dans la mise en œuvre des activités sanitaires au niveau opérationnel. Les bénéficiaires ont affirmé qu'il existe peu de flexibilité dans le plan annuel opérationnel de la GIZ, mais ils entendent dire que ceci est due aux exigences du bailleur. Ce focus fort sur la mise en œuvre et la réalisation des objectifs risque de mener surtout aux réussites à court-terme, et même à des échecs, par l'adoption d'une approche d'apparence mécanique et peu appréciée/peu appuyée par les partenaires d'exécution, les PTF et/ou les bénéficiaires. Dans la province, y compris dans les ZS appuyées par la GIZ, la connaissance et l'expérience profonde sur le fonctionnement du système de santé local existe parmi les partenaires traditionnels. Ces partenaires, le BDOM notamment (pour ce qui concerne la GIZ), ne sont pas consultés fréquemment et de forme systématique dans l'opérationnel au sein des zones de santé.

Le volet assistance technique au niveau provincial (IPS et DPS) et zonal (EZCS) consiste principalement en la participation, comme tout autre intervenant, à des réunions, des travaux de comités, à des sessions de travail et autres. Participations qui semblent ne pas vraiment différer de la participation d'autres partenaires qui n'ont pas mandat formel d'apporter l'assistance technique, institutionnel, à la DPS. Le niveau de coaching aux deux niveaux d'intervention (niveau provincial et niveau opérationnel) ne semble pas très adéquat non plus. Les bénéficiaires, surtout dans les ZS, ont indiqué que la fréquence des sessions de coaching, ainsi que le temps disponible pour ce coaching sont faibles. En outre, l'appui technique de GIZ à la DPS semble être orienté/focalisé sur les 4 ZS appuyées par la GIZ en termes de supervision et autre, alors que cet appui est sensé assurer la capacitation de la DPS pour qu'elle puisse assurer le leadership sanitaire de toute la province.

Le manque de paiement de frais de fonctionnement pour les FOSA des ZS appuyées par la GIZ est expliqué par une contrainte financière du fait du budget disponible limité. Compris comme tel l'on peut donc dire que le programme (ou mieux la GIZ dans ce cas), est être (trop) ambitieux ; l'appui financier qu'il apporte n'étant toujours pas conforme aux résultats attendus.

Swiss-TPH

La Swiss-TPH est mandatée par la DDC pour un appui aux 2 ZS de l'axe sud (Uvira et Ruzizi). Selon le prodoc approuvé, les appuis, tant techniques que financiers, visent à ce que les institutions du système de santé soient en mesure de répondre durablement aux besoins de santé primaire de la population locale.

La proximité des partenaires d'exécution et la continuité de présence sur terrain (le bureau Swiss-TPH à Uvira) sont appréciées par les acteurs clés et bénéficiaires de l'appui. La localisation du bureau au même temps, semble avoir eu aussi quelques effets négatifs sur la relation avec l'équipe cadre de la DPS, qui indique qu'elle n'est pas toujours suffisamment informée sur les interventions de la Swiss-TPH dans les 2 ZS appuyées. Il faut souligner que la DPS ne semble pas être au courant de la différence entre le double mandat de la GIZ (appui à la DPS et aux ZS) et le mandat simple de la Swiss-TPH (appui

aux ZS) et attends le même appui à la DPS des deux mandataires. Pourtant la Swiss-TPH n'est pas mandatée pour l'appui à la DPS.

Au niveau des ECZS, l'assistance technique fournie par l'équipe de la Swiss-TPH est pertinente ; elle accompagne, tout en espérant un transfert de compétences dans le temps, l'ECZS dans ses activités techniques. En plus, l'équipe Swiss-TPH visite les FOSA avec une certaine régularité. Les bénéficiaires se montrent réceptifs pour l'appui fourni par la Swiss-TPH.

Toutefois, il reste peu clair jusqu'à quelle proportion les ECZS concernées ont été impliquées dans la formulation du PASS-III.

Le système d'évaluation de performance pour le paiement des primes au niveau des ECZS initialement mise en place était basé sur l'évaluation par les pairs. Vu le fait qu'il n'y a que deux ZS (une seule paire), chaque trimestre les mêmes équipes s'évaluaient entre eux, situation qui rend très peu efficace cette pratique parce que devenue très vite complaisante. Au premier semestre de 2017, les grilles d'évaluation des deux mandataires ont été révisées et harmonisées dans une session de travail commun, et en étroite collaboration avec les partenaires d'exécution. Ainsi, la Swiss-TPH a adopté le même système que la GIZ a mise en place ; une évaluation des ECZS par la DPS avec la participation du mandataire. Les assistants techniques de la Swiss-TPH semblent travailler de concert avec les ECZS ainsi que les FOSA entre les évaluations pour aider ces dernières à améliorer leur performance pour l'évaluation future.

L'efficacité et l'efficacités du projet

Une analyse basée sur les rapports annuels des mandataires a été faite sur l'efficacité et l'efficacités du projet, analyse dont les conclusions, plus ou moins détaillées, se trouvent à l'annexe 5.11 du présent rapport. Il est important de noter que ces rapports ne sont pas présentés sur le même format, ce qui n'a pas facilité ce travail d'analyse. Par exemple, le prodoc (ainsi que les rapports annuels) de la GIZ ne donne pas de détails sur les coûts de transaction, mais les rapports de la Swiss-TPH fournissent ces détails. Par contre, les rapports de la Swiss-TPH manquent un suivi des activités planifiées dans le cadre logique, données qui sont fournies clairement dans les rapports de la GIZ. Des lignes directrices pour les rapports de la part de la DDC sont nécessaires pour un suivi adéquate des activités par le mandant.

Résumé :

La proximité du bailleur par rapport aux mandataires et la participation de ce bailleur aux divers travaux opérationnels/techniques a créé une certaine ambiguïté dans les rôles et responsabilités entre bailleur et mandataires à tous niveaux. Une communication claire et continue sur les rôles et responsabilités de chacun de ces deux acteurs du programme reste indispensable. Par ailleurs cette proximité n'a quand même pas pu éviter les défis sérieux dont la DDC a fait face tant dans le PASS-II (avec Malteser Internationale) que dans le PASS-III où la Swiss-TPH qui a délaissant, en début du programme, la gestion des fonds opérationnels aux partenaires d'exécution, s'est confrontée à des malversations.

Les approches choisies par les deux mandataires pour fournir l'appui technique et financier diffèrent considérablement, au point que, du fait du manque d'un cadre logique et de suivi et évaluation unique et vue la différence entre les ZS appuyées par les deux mandataires, il est difficile de conclure quelle approche technique a mieux fonctionné.

La DPS, censée être l'instance clé du programme (bénéficiaire institutionnel principal et centre d'impulsion du reste d'activités du programme) ne l'a pas suffisamment été. Elle a été, par contre, réduite en un simple receveur de fonds du programme pour l'organisation des réunions et des itinérances routinières. L'approche

tant souhaitée/recommandée de fourniture d'une assistance à même d'assurer la capacitation de la DPS n'a pas (encore) connu un réel début de mise en œuvre.

2.3 Analyse de l'appui selon les critères OCDE-CAD

Cette section résume les résultats de l'analyse de l'appui du programme PASS-III selon les critères de l'OCDE-CAD : pertinence, efficacité, efficience, impact et durabilité. Plusieurs aspects discutés ci-dessous, sont élaborés de manière plus détaillée dans les autres sections de ce rapport.

Table 1 – Analyse de l'appui selon les critères OCDE-CAD

Pertinence	<p>Le programme PASS, dans son actuel montage et avec son approche de renforcement du système de santé, est pertinent. Il répond aux besoins du système de santé et de la population. Cependant, la mise en œuvre laisse place à l'amélioration, surtout sur le plan institutionnel (ownership), et au niveau de l'assistance technique à la DPS et aux ECZS.</p> <p>La pertinence de ce programme est d'autant plus grande du fait du d'alignement de sa mise en œuvre au Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2016 - 2020) et au Plan Provincial de Développement Sanitaire (PPDS 2016 – 2020). Plans qui sont, au fait, des outils de mise en œuvre de la SRSS (2010) et se concentrent sur le développement des ZS et la continuité des soins, ainsi que l'amélioration/le renforcement de la gouvernance et le pilotage du secteur santé.</p> <p>Quelques composantes de ces plans de développement sanitaire correspondent directement avec les axes du PASS-III, comme par exemple la redynamisation de la fonctionnalité des organes de pilotage et de gestion, l'intégration d'un Paquet Complémentaire d'Activités (CPA) et Paquet Minimum d'Activités (PMA) complets et de qualité dans les structures, et le renforcement du système national d'information sanitaire (SNIS).</p>
Efficacité	<p>Le processus mis en place pour la gestion et l'exécution du PASS-III raisonnablement efficace. En effet, sur le plan du processus d'activités allant dans le sens de renforcement du système de santé, d'amélioration de la qualité des soins, d'augmentation de l'accessibilité aux soins et l'amélioration de la gouvernance ont été menées.</p> <p>Cependant, les résultats de ce processus sont (encore) peu visibles sur les indicateurs du SNIS ; indicateurs expressément retenus pour mesurer les résultats du PASS-III. Ce qui s'explique, partiellement, par la nature quantitative des indicateurs du SNIS, alors que, comme dit le paragraphe ci-dessus, le PASS III a beaucoup travaillé sur le processus d'amélioration de la qualité des services. Pour une meilleure appréciation de ces aspects qualitatifs, les acteurs auraient dû mettre en place, à travers un cadre de suivi et d'évaluation propre au programme, d'autres indicateurs. A titre d'illustration, le système d'évaluation trimestrielle des performances de ECZS et des FOSA mis en place par la DPS avec l'appui technique et financier du PASS a révélé une amélioration croissante d'indicateurs de qualité (développement des protocoles des soins, pratique d'audit clinique, mis en place des procédures d'asepsie, ...) ; processus qui ne peut être mis en évidence à travers les seuls indicateurs du SNIS.</p> <p>Le taux d'exécution de la GIZ était de 35% en 2015, et 108% en 2016. Pour la Swiss-TPH, ce taux était de 64% en 2015, et 71% en 2016.</p>
Efficience	<p>Un mécanisme de gestion assez lourd a été observé au niveau des mandataires, qui semble, cependant, essentiel du fait du contexte dans lequel le PASS opère. Les coûts de transaction ou administration sont assez importants pour les deux mandataires : 43,4% du budget total de la GIZ, et 50% pour la Swiss-TPH.</p>

	<p>En fait, les risques, à la fois programmatique et fiduciaire (tels que la rotation du personnel de santé, l'insécurité, l'instabilité socio-économique) sont considérables et demandent une telle gestion. Les problèmes financiers rencontrés avec Malteser, un des mandataires du PASS-II, ont montré que les risques sont importants et ont dû mener à l'interruption de la collaboration avec cette institution comme mandataire du PASS-III.</p> <p>Néanmoins, il semble que les mesures prises par la DDC pour éviter ce type de défis dans la gestion financière dans le futur, n'ont pas été suffisantes. En effet, le mandataire Swiss-TPH a laissé une grande responsabilité de la gestion financière aux partenaires d'exécution et cela a occasionné également des problèmes financiers d'ampleur que la mission n'a pas évaluée.¹⁴ Situation qui a mené à une suspension temporaire des remboursements de la DDC à la Swiss-TPH, avec toutes les conséquences que cela comporte sur la mise en œuvre des activités du programme dans les ZS ainsi que sur la crédibilité du mandataire.</p> <p>A noter que le volet 'Assistance Technique' ne transparait pas clairement dans les observations de terrain et à travers la revue documentaire ni au niveau de la DPS, ni au niveau des ZS appuyées par la GIZ. En effet, que ce soit dans les prodocs des mandataires ou au niveau des acteurs interviewés (hormis la Swiss-TPH), il n'a pas été fait clairement la définition du concept « Assistance Technique » ce qui a fait cette notion, si importante, est confondue en une simple participation à des réunions ou à des missions d'évaluation des contrats de performance. Etat de lieu qui rend l'appui essentiellement financier et de ce fait diminue son efficience. Des structures sanitaires bénéficiaires, dont le DPS notamment, ayant pourtant un besoin énorme de la capacitation.</p>
<p>Impact</p>	<p>L'impact attendu se focalise sur les taux de mortalité infantile, infanto-juvénile et maternelle ; indicateurs qui sont mesurés à travers des enquêtes de population comme l'Enquête Démographique et de Santé réalisée plus ou moins tous les 5 ans à travers le pays.</p> <p>Le programme précise aussi comme éléments d'impact le taux de mortalité infantile institutionnelle et le taux de mortalité maternelle institutionnelle, mais ces taux ne sont rapportés que par la Swiss-TPH et ne montrent pas de changements considérables dans les deux années passées (2015 et 2016).</p> <p>La GIZ rapporte un taux d'accouchements assistés augmenté dans les ZS appuyées depuis 2014 (de 55% à 84%). Le taux dans les ZS appuyées par la Swiss-TPH est resté stationnaire depuis 2015 (73% dans la ZS de Ruzizi, et 72 à 76% dans la ZS d'Uvira).</p> <p>De toutes les façons, l'évaluation estime que la durée de mise en œuvre de cette phase, moins de 2 ans effectifs pour la GIZ et un peu plus pour la Swiss-TPH, est tellement courte pour pouvoir permettre d'observer un éventuel impact.</p>
<p>Durabilité</p>	<p>Le PASS-III a apporté un appui en infrastructures, soit par construction, soit par réhabilitation et même par la dotation en équipements. Ces interventions sont considérées comme durables pour autant que les frais de maintenance planifiés par le programme soient utilisés correctement, comme prévu dans le prodoc de la GIZ. Du côté Swiss-TPH les quelques travaux d'infrastructures effectués ne sont garantis que par le paiement des frais de fonctionnement qui devront couvrir la maintenance.</p> <p>La durabilité financière de l'Action est faible. Le PASS-III paie des frais de fonctionnement et des primes (dont une partie est liée aux performances) pour le personnel de tous les BCZS, ainsi que pour les HGR et les Centres de Santé dans les ZS appuyées.¹⁵ Du fait de la quasi-</p>

¹⁴ En accord avec la DDC, cette évaluation a principalement couvert les aspects techniques du programme ; plusieurs évaluations financières ayant déjà eu lieu dans le passé récent.

¹⁵ Il faut noter que la GIZ ne paie que les primes pour le personnel des HGR et FOSA mais ne paie pas de frais de fonctionnement pour ces organisations.

	<p>absence du subside de l'Etat congolais dans le système et le caractère très limité d'apports des autres PTF dans les ZS d'intervention, le fonctionnement des institutions impliquées dépend en grande partie du financement apporté par le PASS. Ce qui ne garantit pas une amélioration durable de la fonctionnalité du système. Il n'y a pas d'indice d'autres appuis prévus (du gouvernement ou autres PTF) qui substitueraient ou garantiraient la continuation des actions du PASS après son éventuel arrêt.</p> <p>La durabilité technique du programme est modérée. La période de mise en œuvre relativement courte et l'approche d'appui technique peu évidente, surtout du côté GIZ, n'ont pas (encore) permis de renforcer les capacités du personnel des institutions bénéficiaires de telle sorte que la fonctionnalité de ces institutions puisse continuer au-delà du PASS. Ceci est particulièrement le cas pour le renforcement des capacités au niveau de l'IPS et de la DPS.</p>
--	--

2.4 Etat de lieu des recommandations de l'évaluation du PASS-II

Le rapport d'évaluation du PASS-II de 2013 a formulé des recommandations détaillées pour les stratégies du PASS-III et les dispositifs de sa mise en œuvre. Ces premières portent essentiellement sur les volets programmatiques du PASS (les 4 axes), tandis que les dernières concernent essentiellement la gestion du programme PASS. Le tableau ci-dessous décrit le niveau de la mise en œuvre de ces recommandations à la fin du premier semestre de 2017.

Table 2 – Mise en œuvre des recommandations de l'évaluation du PASS-II (2013)

Recommandation évaluation 2013	Situation actuelle	Mise en œuvre
Recommandations stratégies PASS-III		
Renforcer l'accompagnement technique aux niveaux provincial (DPS) et les Zones. Pendant PASS-II il y avait un déséquilibre entre appui financier et technique. Qualité de travail devra être améliorée pendant PASS-III.	L'accompagnement technique à la DPS et aux ZS par la GIZ est resté assez faible. L'appui financier a prévalu. L'accompagnement technique aux ZS par la Swiss-TPH semble plus pertinent, et est apprécié par les bénéficiaires directs.	Partiellement
Aligner certaines procédures de gestion du PASS au système national/provincial : <ul style="list-style-type: none"> - Adapter période rapportage (jan-déc) - Inclure dans cadre logique indicateurs les SNIS 	La période de rapportage du PASS est alignée avec le calendrier du système national/provincial. <p>Un cadre logique unique, ainsi qu'un cadre de monitoring et suivi (unique) du PASS, manquent. Les cadres logiques des mandataires incluent quelques indicateurs clairs (SNIS et autres), mais manquent des objectifs cibles pour la plupart des indicateurs, et sont parfois peu pertinents ou suffisamment bien définis. Il reste difficile de voir le progrès du programme dans sa totalité.</p>	Partiellement
Aborder les problèmes clefs du système de santé provincial (MEG / CDR; RH; fragmentation des stratégies, p.ex. financement santé): <ul style="list-style-type: none"> - Pléthore des RH - Mauvaise gestion MEG 	Les problèmes clés du système de santé provincial (gestion de médicaments, financement de la santé, ressources humaines) persistent. <p>Pour le paiement des primes par exemple, la GIZ se base sur les normes nationales (c'est-à-dire le nombre de personnel prévu pour les différentes institutions de la santé) même si ce nombre est beaucoup plus élevé en réalité. Cette approche ne résout pas la pléthore, mais dénonce la situation et promeut le respect aux normes.</p>	Partiellement

Recommandation évaluation 2013	Situation actuelle	Mise en œuvre
	<p>Un projet pilote pour le recouvrement de coûts des médicaments à 100% est en cours, mais une première évaluation conduite dans les ZS appuyées par la GIZ ne montre pas encore des résultats suffisamment satisfaisants. Il manque le leadership des autorités provinciales pour pouvoir harmoniser les approches parmi les différents PTF et un bon accompagnement de la part des autorités et mandataires fait également défaut. La gestion de médicaments en général reste faible dans la province, à tous les niveaux.</p>	
<p>Investir dans la <i>collaboration intra sectorielle</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcement du pilotage par la CPP - Renforcement de la collaboration entre les partenaires 	<p>Le CPP est mis en place et est fonctionnel dans une certaine mesure. Il siège à un rythme inférieur à celui prévu. Mais ses commissions présentent une fonctionnalité de façade et ses groupes de travail inexistants.</p> <p>La collaboration entre les partenaires au niveau de la province semble adéquate, bien qu'elle se concentre essentiellement sur les partenaires techniques internationaux. Par contre, la collaboration avec les partenaires traditionnels (p.ex. BDOM) et collaboration au niveau des ZS paraît faible. Par le manque de collaboration, d'échanges de connaissance et d'expériences il y a une perte d'opportunités de mettre en place des interventions durables.</p>	Partiellement
Recommandations mise en œuvre des stratégies proposés pour PASS-III		
<p>Assistant technique (HSS/haute niveau) <i>dans</i> la DPS, homologué au Chef de la DPS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avec Chef DPS, l'AT constituera la Direction PASS-III - DPS bénéficiera d'une AT qui facilitera et accompagnera ses activités - Basé dans la DPS - Description claire des nouvelles procédures de gestion PASS-III, y compris relations contractuelles entre la direction PASS-III et ses mandataires 	<p>Il n'y a pas d'AT dans la DPS. L'assistance technique fournie par la GIZ à la DPS (mandataire en charge du volet AT pour la DPS) reste faible ; elle est principalement basée sur la participation à des réunions. La décision de ne pas baser un AT dans la DPS semble être une décision politique.</p> <p>Les procédures de gestion PASS-III maintiennent la DDC dans la Direction du programme et semblent ne pas bien délimiter le rôle que la DDC doit y jouer. Ceci a ouvert la porte à des interventions de celle-ci dans des activités techniques de la DPS dans l'optique de combler le vide y laissé par la GIZ.</p>	Non
<p><i>Consolider / renforcer les acquis dans les 8 Zones (ne pas élargir le nombre des Zones)</i></p>	<p>PASS-III est mis en œuvre dans 6 ZS, dont 4 de l'axe central sont accompagnées par GIZ, et 2 de l'axe sud par la Swiss-TPH.</p>	Oui

Recommandation évaluation 2013	Situation actuelle	Mise en œuvre
<p><i>Alignement des procédures :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Un seul cadre logique - Indicateurs alignés au SNIS - Cadre logique à aligner au cycle national de rapportage (jan-déc) - Uniformiser procédures de performance dans les 8ZS (développer Convention, avec indicateurs de performance) 	<p>PASS-III ne dispose pas d'un cadre logique unique, et les cadres logiques des deux mandataires sont différents l'un de l'autre. Ils sont alignés partiellement avec les indicateurs SNIS, et suivent le cycle national de rapportage.</p> <p>Les procédures de performance dans les 6 ZS appuyées par PASS-III sont uniformisées dans une certaine mesure. Par exemple, les grilles d'évaluation de la performance au niveau BCZS et FOSA sont harmonisées début 2017. Pour les autres éléments du programme, les deux mandataires continuent d'appliquer différentes approches avec différentes procédures (p.ex. l'approche centre des jeunes)</p>	Partiellement
<p>Réviser le <i>cadre institutionnel du CTC :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Règlement plus claire (interne) - Limiter membres : chef DPS, AT DPS, représentants mandataires, représentants mandataires - Agenda doit inclure surtout aspects stratégiques 	Cadre effectivement révisé en termes des membres : chef DPS, AT DPS, représentants mandant, représentants des mandataires. Toutefois, dans les faits, l'on constate que le mandant intervient assez régulièrement dans des activités opérationnelles	Partiellement
<p><i>Etudes à mener :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Etude de faisabilité de cofinancement du plan CDR / MEG; 2. Analyse de situation Ressources Humaines; options pour l'appui DDC/PASS; et, 3. 'Costing' des besoins (fonctionnement / investissement) au niveau de la DPS et les ZS: base pour l'appui financier 4. Analyse (sociologique) des activités de la promotion de la santé auprès les jeunes. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'étude de faisabilité de cofinancement du plan CDR n'a pas été menée, mais, entretemps, la DDC a beaucoup évolué sur ce chantier en signant même un accord avec GAVI d'une valeur de 2 millions CFH. Ce financement qui aurait dû être utilisé pour plusieurs composantes de la gestion de l'approvisionnement en médicaments a été plutôt focalisé sur l'établissement d'une CDR au Sud-Kivu. La GIZ a été nommée agent fiduciaire pour ce projet, mais le contrat n'est pas encore signé. 2. Aucune documentation n'est disponible sur une analyse de la situation des ressources humaines au Sud-Kivu. 3. L'appel d'offre pour l'étude de costing a été lancé par la GIZ en fin du mois de juillet 2017. 4. L'analyse des activités de la promotion de la santé auprès des jeunes est prévue pour début aout 2017, et sera faite par une équipe de la Swiss-TPH 	Partiellement
<p>Organisation de la formulation (élaboration du PRODOC):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cadre logique, redéfinir les priorités et formuler les conditions - Procédures de gestion/cadre institutionnel 	<p>Les prodocs des mandataires contiennent des cadres logiques qui cependant ne sont pas très bien élaborés et réfléchis pour toutes les composantes voire section 2.3.4 et Annexes 5.4 et 5.5) et diffèrent l'un de l'autre. Certains éléments manquent.</p> <p>Les procédures de gestion et le cadre institutionnel sont décrits dans les prodocs, mais semblent peu efficaces car</p>	Partiellement

Recommandation évaluation 2013	Situation actuelle	Mise en œuvre
	elles n'ont pas permis d'éviter la problématique de la gestion financière du côté de la Swiss-TPH.	

3 CONCLUSION

Le PASS-III, tout comme ses prédécesseurs PASS-I et PASS-II, est un programme pertinent dans son montage et son approche qui est celle du renforcement du système de santé. Apporter un appui institutionnel, surtout au niveau intermédiaire, et un soutien aux services de soins au niveau des FOSA, est approprié dans le contexte actuel du Sud-Kivu. Contexte difficile et délicat, avec une population défavorisée dans plusieurs aspects et une maigre contribution étatique.

Le progrès du programme, depuis la dernière évaluation en 2013 du PASS-II, est modéré en ce qui concerne l'amélioration des services (p.ex. la qualité des services, l'utilisation des services). Il convient de noter quand même que les indicateurs mesurés pour apprécier le programme sont ceux du SNIS qui eux se basent surtout sur les aspects quantitatifs alors que le PASS a travaillé surtout sur les aspects de qualité. Les résultats de ce processus ne sont pas bien visibles, notamment par le manque d'indicateurs adéquats pour ce faire.

Par contre, le progrès observé en ce qui concerne le renforcement des institutions, notamment la DPS, IPS et ECZ, est insuffisant. Le rôle de la DPS, spécifiquement, est crucial en ce qui concerne l'appui systémique aux ZS (encadrement/accompagnement, supervision formative, ...).

L'efficacité du programme est difficile à mesurer. Le contexte spécifique du Sud-Kivu (province en post-conflit : insécurité résiduelle, instabilité socio-économique, ...) a une grande influence sur le rapport entre les ressources utilisées et les résultats obtenus. Les risques programmatiques et fiduciaires requièrent un mécanisme de gestion assez lourd, à tous les niveaux, ce qui a son prix. La valeur budgétisée pour les Fonds de Projet administrés par les mandataires représente approximativement 50% du budget totale du PASS.

En termes de durabilité, l'image est mixte. La durabilité financière du programme est limitée par la contribution maigre de l'Etat, et par la contribution des communautés qui reste limitée. Leur pouvoir d'achat est faible et des systèmes de prépaiement souhaités (MUSA ou autres) sont très peu fonctionnels.

La durabilité technique du programme est modérée, situation causée, entre autres, par les approches appliquées par les mandataires qui ne sont pas toujours harmonisées, et par la faible attention pour un appui technique approprié à tous les niveaux (DPS, ECZS et même les FOSA).

La durabilité socio-culturelle et politique paraît adéquate. Le programme étant bien aligné aux politiques et stratégies nationales.

L'évaluation a montré également que, en général, la performance du projet a été modérée, et le progrès fait insuffisant. Plusieurs recommandations de l'évaluation de 2013 ne sont pas mises en œuvre, ou partiellement seulement. La majorité des recommandations cependant, surtout celles qui ne sont pas (complètement) mise en œuvre, restent pertinentes (p.ex. celle ayant trait à l'assistance technique basée dans la DPS, et à un cadre logique unique).

Le programme est globalement bien apprécié par les partenaires d'exécution, une appréciation, toutefois, atténuée au niveau des acteurs de mis en œuvre à l'échelon des ZS. Le faible engagement des partenaires traditionnels au niveau des ZS (et AS) semble être, elle aussi, l'une des raisons de cette baisse de cotation du programme.

Ainsi, il y a une nécessité de faire un choix stratégique pour la prochaine phase, pour éviter que les mêmes défis se répètent, et que le progrès et performance continuent d'être modérés ou même insuffisants. Ce choix consiste à, soit renforcer l'appui institutionnel (avec une assistance technique forte et adéquate au niveau de la DPS et des ECZS), soit à renforcer davantage l'appui aux services dans les structures de santé, choix de défaitiste.

La première option est le choix souhaitable par les consultants. En fait, un appui pour la fourniture des services sans un appui institutionnel n'a pas une grande valeur et comporte une durabilité limitée. L'engagement du niveau intermédiaire est indispensable pour un ancrage adéquat de tout soutien aux niveaux inférieurs (périphériques) où les services sont fournis. Pour cela, l'équipe de consultants décourage l'idée d'une limitation d'appui à l'offre des services isolée.

Les phases précédentes ayant démontré qu'un appui approprié dans les deux domaines (appui institutionnel et appui aux services) et correctement mis en œuvre simultanément n'est peut-être pas réalisable.

Dans le cas du choix d'un appui institutionnel ou bien celui des deux (appui institutionnel et appui aux services), la gestion du programme devra (i) aligner les approches en instruisant le(s) mandataire(s) pour une direction de projet ayant suffisamment de pouvoir (clarifié dans le mandat) et faisant preuve de capacité requise pour l'assumer ; (ii) assurer la capacitation et la responsabilisation de la DPS pour pouvoir faire d'elle le principal centre d'impulsion des actions du programme et ce, à travers une assistance technique que peut déployer directement la DDC à défaut de le faire pourvoir par un mandataire.

4 RECOMMANDATIONS

4.1 Recommandations concernant l'exécution du PASS-III

Quant à l'exécution du PASS-III, les recommandations suivantes sont proposées :

- **Monitorer les niveaux de stocks et leurs dates de péremption au niveau des pharmacies zonales et FOSA.** La possibilité éventuelle de péremption des médicaments approvisionnée avec le financement du PASS-III, quel que soit la raison, pose un grand risque pour le PASS en termes de crédibilité et utilisation efficace de ressources limitées.
- **Elaborer un plan de transition pour la période de la fin du PASS-III et le démarrage du PASS-IV**, ce qui semble très important et pertinent considérant la prise en charge du programme par un seul mandataire selon le projet d'accord entre la DDC et la RDC sur le PASS-IV (2018-2020). Cette transition suggérée est une nécessité car il faudra du temps à ce mandataire pour (i) s'installer (physiquement et/ou virtuellement) dans les ZS nouvelles, (ii) développer ou adapter les contrats avec les bénéficiaires / partenaires d'exécution et pour (iii) recruter d'éventuel personnel additionnel ; etc. Le passé (notamment la transition de Malteser vers la GIZ) ayant montré qu'une telle transition requiert du temps, tout en appréciant que la situation actuelle est différente du fait que l'un ou l'autre des deux mandataires qui sera retenu (GIZ ou Swiss-TPH) a déjà de l'expérience du terrain.

4.2 Recommandations pour les stratégies du PASS-IV

Quant aux stratégies du programme PASS-IV, les recommandations suivantes sont proposées :

- **Appuyer le renforcement de la régulation technique et leadership stratégique de la province** par une assistance technique pertinente au niveau de l'IPS et de la DPS. Pour la DPS ceci inclut son rôle de soutien aux ZS.
- **Appuyer le développement et la mise en œuvre d'une stratégie unique pour la gestion de médicaments au niveau de la province.** Cette stratégie devra inclure, entre autres, la décision sur l'établissement ou non d'une CDR, le mécanisme et système pour le recouvrement de coûts des médicaments, et la composante médicaments dans la tarification.
- **Appuyer le développement et la mise en œuvre d'une stratégie unique pour le financement de la santé au niveau de la province.** Cette stratégie devra inclure, entre autres, la tarification, les MUSA, et le PBF.
- Considérer l'inclusion des composants suivants :
 - **Construction ou réhabilitation d'un laboratoire de santé publique provincial** pour améliorer la surveillance épidémiologique. Ceci est pertinent dans une province qui se voit régulièrement confronter à des épidémies (p.ex. choléra et rougeole). L'appui devra inclure un approvisionnement non-interrompu en intrants nécessaires pour le fonctionnement d'un tel laboratoire.
 - **Appui pour l'amélioration de l'accès à et qualité de la transfusion sanguine.** Cet aspect est de haute importance dans un contexte post-conflit de la province du Sud-Kivu où le risque de transmission du VIH est très élevé.

- **Approvisionnement des intrants nécessaires pour la prise en charge de la malnutrition sévère aigüe.** Cette prise en charge est une activité du PMA, dont l'amélioration de la qualité fait partie du PASS-II (et prévu pour PASS-III également) mais qui ne prend pas en charge l'approvisionnement de ces intrants. La malnutrition protéino-énergétique étant en tête du profil épidémiologique de la province.
- **Appui à la construction et réhabilitation des bâtiments,** surtout au niveau des CS dont certaines manquent même des locaux propres.
- **Renforcer l'approche de sensibilisation.** Par exemple, la sensibilisation pour l'adhésion à la MUSA devra se focaliser surtout à un changement de comportement ; la population doit s'habituer au fait que les soins doivent être payés. Convaincre les membres de la communauté de s'inscrire pour la MUSA fait partie de la conscience, mais n'est pas suffisamment pour changer le comportement à long terme. Ceci est pareil pour changer les comportements dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive.

Les recommandations suivantes de l'évaluation du PASS-II se maintiennent :

- Renforcer l'accompagnement technique aux niveaux provincial (DPS) et des ZS. Pendant PASS-II et PASS-III il y avait un déséquilibre entre appui financier et technique. La qualité de travail devra être d'abord définie, et ensuite être améliorée pendant PASS-IV.
- Aborder les problèmes clé du système de santé provincial ; gestion de médicaments y compris la CDR, ressources humaines, fragmentation des stratégies, p.ex. le financement de la santé

Il est recommandable d'inclure le développement et mise en œuvre d'une stratégie de sortie, même s'il y aura des prochaines phases après la quatrième. Il faudra déjà amorcer, graduellement, la préparation des bénéficiaires pour la phase post-PASS. Le développement, en collaboration avec les bénéficiaires et partenaires, d'une stratégie de sortie, facilitera le processus du transfert des responsabilités, et préparera pour une fermeture harmonieuse du programme.

4.3 Recommandations pour la mise en œuvre des stratégies proposées pour le PASS-IV

Quant à la mise en œuvre des stratégies recommandées pour le PASS-IV, les recommandations suivantes sont proposées :

- **Réviser le (ou développer un) cadre logique unique, et revoir (ou élaborer) les outputs spécifiques au projet.** PASS-IV devra avoir un cadre logique unique. Les outputs ne doivent inclure que des outputs qui sont (directement) liés au programme, et pas des outputs du système de santé en général.
- **Développer un cadre de monitoring et suivi,** et inclure des indicateurs additionnels et spécifiques du programme dans l'accord entre la DDC et le(s) mandataire(s) (c'est-à-dire, indicateurs hors du SNIS). La grille évaluation de performance harmonisée pourra servir de base pour la détermination de ces indicateurs. Un système de monitoring adéquat au niveau de la DDC est indispensable.
- **Définir clairement les attentes de la DDC par rapport à l'assistance technique** à fournir par le(s) mandataire(s), et solliciter un rapportage adéquat à ce sujet au travers d'un cadre de monitoring et suivi. L'assistance technique devra se focaliser sur l'accompagnement des

partenaires d'exécution dans leurs fonctions techniques et de gestion dans une optique du transfert du savoir-faire.

- **Créer des synergies fructueuses avec d'autres projets financés par la DDC (ou par autres bailleurs)** pour optimiser l'utilisation des ressources disponibles, et pour renforcer l'impact.
- **Maintenir une certaine flexibilité dans l'exécution du programme**, à tous les niveaux, mais surtout au niveau des ZS. La stabilité est encore très fragile dans la province, et les ZS peuvent facilement revenir dans une situation d'urgence, avec des imprévus et priorités autres que prévues pendant la formulation du programme. Les interventions doivent être également flexibles entre les différentes ZS pour pouvoir répondre aux besoins spécifiques de chaque ZS.
- **Clarifier l'aspect genre, et définir clairement les attentes de la DDC** dans les TdR pour PASS-IV, ce qui permettra au(x) mandataire(s) de planifier des interventions qui puissent répondre à ces attentes.
- **Considérer/inclure un budget pour permettre à la DPS de conduire l'étude de Monitoring Améliorer et d'Action (MAA)** dans les ZS appuyées au moins une fois par an, et de préférence dans toutes les ZS de la province permettant d'obtenir une bonne vue sur la situation sanitaire et l'évolution de cette situation dans le temps. L'accompagnement de cette étude, financière et technique, pourra se faire en partenariat avec des autres PTF. L'UNICEF (bureau RDC) a développé l'outil, en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé Publique. Toutefois, à défaut de MAA, il est toujours possible de recourir à d'autres outils existants (développés par d'autres PTF) pour monitorer la qualité des services fournis. L'avantage du MAA étant qu'il constitue un outil national (développé par le gouvernement avec l'appui de ses PTF) qui paraît mieux adapté au contexte du pays.
- **Inclure une ligne budgétaire pour les contingences.** Les ZS du Sud-Kivu font régulièrement face à des situations d'urgence et les ECZS concernées sont parfois désarçonnées et devant attendre, désarmées, l'éventuelle arrivée des partenaires d'urgences. Il serait bien de mettre en place un fonds d'urgence au sein du PASS qui puisse être activé très rapidement pour des premières interventions avant l'arrivée des partenaires spécialisés.
- **Tout en gardant le lien avec les PPDS PDZS des institutions bénéficiaires, effectuer la formulation du PASS-IV en étroite collaboration avec les principaux partenaires d'exécution** (IPS, DPS et EZCS), pour leur permettre d'exprimer leurs priorités, et d'assurer que le programme réponde aux besoins spécifiques des bénéficiaires. Laisser des espaces pour l'adaptation éventuelle du programme aux besoins de chaque ZS.
- **Promouvoir la collaboration et synergie intra-sectorielle.**

Les recommandations suivantes de l'évaluation du PASS-II se maintiennent :

- Un assistant technique (HSS/haute niveau) *dans* la DPS, homologué au Chef de la DPS
- *Alignement* des procédures:
 - un seul cadre logique
 - Indicateurs alignés au SNIS
- Uniformiser procédures de performance dans les ZS appuyées (développer Convention, avec indicateurs de performance)

4.4 Conditions pour une mise en œuvre réussie

Le contexte dans lequel le PASS fonctionne influence fortement la (réussite de la) mise en œuvre de ses interventions. Les conditions principales pour implémenter le programme avec succès sont :

- La problématique de la gestion des médicaments au niveau de la province soit clarifiée et que les mécanismes adéquats soient élaborés et mis en place. Ceci inclut l'approvisionnement, la gestion des stocks, et le recouvrement de coûts de médicaments. Il faut quand même être réaliste, et se réaliser que la solution de cette problématique prendra probablement quelques années. La DDC et mandataire(s) du PASS-IV seront, très probablement, engagés dans cette problématique, mais les décisions clés seront à prendre par les autorités.
- La problématique du financement de la santé au niveau de la province est clarifiée et les mécanismes adéquats sont élaborés et mis en place. Il s'agit, entre autres choses, de la tarification, MUSA, et PBF. Comme pour la problématique de la gestion des médicaments, la DDC et mandataire(s) du PASS-IV seront, très probablement, engagés, mais les décisions clés seront à prendre par les autorités.
- La DPS, en collaboration avec les partenaires, joue son rôle de soutien aux ZS.
- La province envisage la révision de la classification des ZS. Le passage des ZS du stade des urgences directement vers les zones de développement avec des répercussions que cela a en termes de financement des coûts des soins par la population semble avoir un effet contreproductif par rapport à 'accessibilité financière de la population.

5 ANNEXES

5.1 Termes de Référence

Veillez trouver les Termes de Référence en Annex séparé (Annex 5.1).

5.2 Programme du travail de terrain

Table 3 – Programme du travail de terrain

Vendredi	28-Jul	11h	Briefing DDC a Kigali
Lundi	31-Jul	8h30	Seance travail GIZ
		11h00	Ministre de la Santé Provincial
		13h30	DPS
		14h	Réunion DPS et partenaires
Mardi	01-Aug	9h	Voyage a Uvira
		14h	TPH
Mercredi	02-Aug	8h	Briefing ECZS Uvira
		8h30	Visite HGR Uvira
		9h30	ECZS Uvira
		11h	FGD HGR utilisateurs
		13h	CS Kalundu Etat
		13h	CS Kilomoni
		14h	FGC COSA CS Kilomoni
Jeudi	03-Aug	9h	Espace Santé Jeune Uvira
		9h	FGD jeunes visiteurs Espace Santé Jeune Uvira
		9h	MUSA d'Uvira
		9h	APA
		11h	Restitution
		13h	Voyage a Bukavu
Vendredi	04-Aug	9h30	Briefing ECZS Nyangezi
		10h	ECZS Nyangezi
		10h	Visite HGR Nyangezi
		12h30	CS Musinzi
		12h30	CS Munyia
		14h30	Centre des Jeunes (CS Munyia)
		15h	Restitution
Samedi	05-Aug	9h	Briefing ECZS Nyantende
		9h30	ECZS Nyantende
		9h30	Visite HGR Nyantende
			MUSA Nyatende
		12h30	CS Mumoshe (Centre de Jeunes et CODESA)
		12h30	CS Buhozi
		14h30	Restitution
Dimanche	06-Aug		Mise en comun
Lundi	07-Aug	11h	ECZS Mwana
		13h	CS de Mulambi/Mwana

Evaluation du Programme d'Appui au Système de Santé du Sud Kivu (PASS)

Mardi	08-Aug	8h30	Restitution DDC
		10h30	Suite travaux GIZ
		15h	Suite travaux DDC
		17h	PROSANI
Mercredi	09-Aug	8h30	BDOM
		9h30	IPS
		12h30	DPS
Jeudi	10-Aug	8h30	OMS
		10h00	DDC
		14h	Restitution DPS et partenaires
Vendredi	11-Aug	10h	Restitution DDC et mandataires
		15h	Cordaid

5.3 Personnes rencontrées

Table 4 – Personnes rencontrées

Nom	Organisation	Fonction
Panzu Nimi	BCZS Uvira	Médecin Chef du Zone
Tomy Kitalobe	BCZS Uvira	AG ZS
Bitana Bonde	BCZS Uvira	Inspecteur Superviseur ZS
Jules BISIMWA	BCZS Mwana	MCZ
Crispin MUGANGA	BCZS Mwana	MDH
Willy MUSHAURI	BCZS Mwana	AG/ZS
Jean-Marie NSITHIKO	BCZS Mwana	AG/HGR
Jean-Pierre ZIHINDU	BCZS Mwana	IS
Philippe MUNGA	BCZS Mwana	DN
SHABANI	BCZS Nyangezi	MCZ
SAFARI	BCZS Nyangezi	AG zone de santé
MBOTOSHI	BCZS Nyangezi	Médecin Directeur de l'Hôpital
RUZIBUKA	BCZS Nyangezi	Pharmacienne
BORAHUZIMA	BCZS Nyangezi	Animateur communautaire
ZAGABE	BCZS Nyangezi	Nutritionniste
TSONGO	BCZS Nyangezi	Inspecteur Superviseur ZS
ZERERANA	BCZS Nyangezi	Directeur Nursing
Aimé BALAGIZI	BCZS Nyantende	MDH & MCZ ai
Marius MULIMBANYA	BCZS Nyantende	AG zone de santé
MUNTU	BCZS Nyantende	Pharmacienne HGR
Justin BAGULA	BCZS Nyantende	Pharmacien ZS
Samuel MUKAMBA	BCZS Nyantende	IS
Mons BASIELE	BCZS Nyantende	Animateur communautaire
FURAH	BCZS Nyantende	Nutritionniste
Maria MASSON	BDOM	Directrice
André NTABORA	BDOM	Directeur adjoint
Barthélémy BUNANI	BDOM	Coordonnateur médical
Lélia sallé de CHOU	BDOM	Coordinatrice unités de production
Charles MUSHAGALUSA	BDOM	Responsables projets santé
Prosper ZAGABE	CODESA CS Mumoshe	
Christian BUHERHWA	CODESA CS Mumoshe	
Paterne KALEGEMIRE	CORDAID	Conseiller au Projet CODESA/GPSA
Christian BAHIZI	CORDAID	Administrateur
Joseph BAGALWA MASHEKA	CORDAID	Expert PBF

Nom	Organisation	Fonction
Immaculée MULAMBA	CORDAID	Projet Jeunesse
Seydou NDIAY	CORDAID	Projet Jeunesse
Sr Stanyslawa OSZYWA	CS de Mulambi/Mwana	Infirmier titulaire
MULUME KASHEMWA	CS Buhozi	IT
KITO KABOYI	CS Buhozi	Infirmière
BUJOERA MAWAZO	CS Buhozi	Préposée à la pharmacie
Bijou KITUMAINI	CS Buhozi	Secrétaire comptable
Matata ZIHINDULA	CS Kalundu Etat	Infirmier titulaire
Jeanne KANGABUKA	CS Kalundu Etat	Accoucheuse
Honore BUTASHI	CS Kalundu Etat	Comptable
Ezechiel KALENGA RAMAZANE	CS Kalundu Etat	Hygieniste
Solange MIHIGO	CS Kilomoni	Médecin directeur
Dieu-Merci MASIRIKA	CS Kilomoni	Médecin traitant
MUSHOBOLWA	CS Kilomoni	Infirmier titulaire
Pascal KAMBASITA	CS Kilomoni	Secrétaire comptable
Emmanuel MURHULA	CS Mumoshe	
Justin MUKANIRE BAGALWA	CS Munyia	
BIGABWA BUHANDWA	CS Munyia / Centre des Jeunes	
Espérance MUSINZI	CS Musinzi	Infirmier Titulair
KITUMAINI	CS Musinzi	Infirmière
Ange CIRUBA	CS Musinzi	Infirmière
BALIBUNU	CS Musinzi	Réceptioniste
Eustache NDOKABYLA	DDC	Responsable santé
Claude WANDELER	DDC	Responsable Urgences
David WINIGER	DDC	Directeur de coopération
Théoneste TWAHIRWA	DDC Bureau Rwanda	Chargé de programme Santé
Dr Pépin Nabugobe SHAMAVU	DPS Sud Kivu	Chef de DPS
Apolinaire BAHIZIRE	DPS Sud Kivu	Gestion des ressources/MUSA
Liévain BENGANA	DPS Sud Kivu	Inspection et contrôle
Michel MANENO	DPS Sud Kivu	Appui aux zones de santé
Gaston LUBAMBO	DPS Sud Kivu	Chef du Bureau Hygiène
Claude WILONJA	DPS Sud Kivu	Chef du Bureau Hygiène
Françoise d'ASSISE	Espace Santé Jeune Uvira	Responsable
Benedicte	Espace Santé Jeune Uvira	Volontaire
Sephora	Espace Santé Jeune Uvira	Animatrice
Anthonio LOZITO	GIZ	Chef de projet

Nom	Organisation	Fonction
Séraphin MITIMI	GIZ	AT renforcement du SS
Susanne KAMBAZA	GIZ	AT écentralisation du SS
John LUHUNU	GIZ	Administrateur Gestionnaire
Eva LUNANGA	GIZ	Secrétaire
René MBULIRO	HGR Nyangezi	Staff médical
Pascal MSHAGALUSA	HGR Nyangezi	AG
Aimé BALAGIZI	HGR Nyantende	Médecin-Directeur et Médecin Chef de Zone ai
Martin KALIBUZE	HGR Uvira	Médecin Directeur de l'Hôpital
Sikiri NYAKABIRI	HGR Uvira	Directeur Nursing
LOMOYO WANANGO	IPS	MIP
Dr MWANZA NANGUNIA	Ministère de la Santé Provincial	Minstre de la Santé Provincial
Lucien Kimalangumbu	MUSA d'Uvira	Président Conseil de Gestion MUSA
Marquis Buroko	MUSA d'Uvira	Superviseur MUSA
Victor MAMBO	MUSA Nyatende	Animateur permanent
SIKU MIRIMBA	MUSA Nyatende	Animateur permanent
RIZIKI LUESI	MUSA Nyatende	Animatrice ponctuelle
Berthe NKUKU	OMS	Chef de Bureau
MAKAKALA	OMS	Chargé des Urgences
Janvier BARHOBAGAYANA	PROSANI Plus	Chef du projet Sud-Kivu
Nina NDABIHORE	Swiss-TPH	Chef du projet
Martin LUNGULUNGU	Swiss-TPH	Assistant Technique
Christophe MWEZE	Swiss-TPH	Administrateur gestionnaire
KALAU MORISHO	Swiss-TPH	Secrétaire
Symphonie DIMFUMU MUANAMUNDELE	UNICEF	Spécialiste Survie et développement de l'enfant
Mr Samuel LUNGANGA LENDA	Territoire administratif d'Uvira	Administrateur-Adjoint du territoire

5.4 Observations sur les cadres logiques des mandataires

5.4.1 GIZ

Les observations listées ci-dessous sont basées sur le cadre logique comme décrit dans le rapport annuel de 2016. Les observations principales sont :

- La plupart des indicateurs du cadre logique du PASS-III ne sont pas inclus dans le cadre logique de la GIZ. Une raison spécifique pourra exister, mais n'est pas connue par l'équipe de consultants.
- Pour une grande partie d'indicateurs il n'y a pas de valeur cible indiquée. Pour plusieurs de ces indicateurs, le cible du cadre logique du PASS-III semble valable, mais ce cadre ne dispose non plus de cibles pour tous les indicateurs.
- Certains indicateurs d'output indiqués dans le cadre logique du PASS-III ne sont pas inclus dans le cadre logique de la GIZ, comme par exemple :
 - Outputs de l'outcome 1 :
 - % des formations sanitaires qui intègrent les services (one-stop-shop) selon les besoins des population cibles (horaires, espaces, circuits)
 - % des formations sanitaires offrant un paquet d'urgence en continue (service de garde)
 - Taux de létalité des <5 ans pour les trois principales infections
 - % de grossesses à risque dépistées et référés
 - Aucun indicateur d'output de l'outcome 2 du cadre logique du PASS-III est inclus dans le cadre de la GIZ. En effet, les indicateurs d'output de cet outcome comme définis dans le cadre logique du PASS-III ne sont pas SMART, mais même ceci ne semble pas la raison pour l'exclusion de ces indicateurs.
 - Aucun indicateur d'output de l'outcome 4 du cadre logique du PASS-III est inclus dans le cadre logique de la GIZ. Ces indicateurs ne sont pas SMART, effectivement, mais ceci ne justifie pas la manque d'indicateurs adéquate sur la gestion de stock. Quelques indicateurs de gestion de stock sont assez simples à définir et à mesurer, mais au même temps donnent une information pertinente. Un indicateur existe (Nombre de jours de rupture de stocks des médicaments essentiels), mais les résultats ne sont pas disponibles (ND), et aucune explication est donnée dans le rapport.
- Pour 6 des 11 indicateurs d'output de l'outcome 2, les résultats atteints sont déjà à 100% dès le début du PASS-III, et ces indicateurs semblent donc peu pertinents.
- La plupart des indicateurs d'effet d'outcome 3 apparaissent aussi comme indicateurs d'output (p.ex nombre de réunions de CA, COGE, CODESA, ACEP, CPP, CTC et PTF, comparé avec le nombre prévu). Tous ces indicateurs sont des indicateurs quantitatifs, et ne donnent aucune information sur la qualité de ces réunions.

5.4.2 Swiss-TPH

Les observations listées ci-dessous sont basées sur le cadre logique comme décrit dans le rapport annuel de 2016. Les observations principales sont :

- La Swiss-TPH rapporte surtout sur les indicateurs d'effet (axes) selon le cadre logique du PASS-III, avec quelques indicateurs additionnels. Cependant, il n'y a presque pas des indicateurs d'output mentionnés dans les rapports annuels, ce qui donne l'impression que en effet ceux-ci sont les seuls indicateurs mesurés par la Swiss-TPH.

- La Swiss-TPH, étant mandataire depuis le début du PASS, a données historiques disponibles, qui, malheureusement, ne sont pas montrés dans le rapportage. Ces données permettraient montrer des trends au long des années. En outre, le rapport ne montre que les résultats des années 2015 et 2016. Pour une comparaison / analyse pertinente, il faudra avoir plus de résultats, et de préférence les objectifs cibles. Ces objectifs existent mais sont listés dans un document séparé (Indicateurs et cibles par Objectif spécifique), et ne figurent pas dans le rapport annuel.

Des observations spécifiques sur les cadres logiques utilisés par les mandataires, et une comparaison avec le cadre logique du PASS, sont listés dans les sections suivantes.

5.4.3 Comparaison du cadre logique de la GIZ avec le cadre logique du PASS

Le tableau suivant contient les indicateurs du cadre logiques pour l'année 2016 de la GIZ (indicateurs d'impact et indicateurs d'effets pour les 4 axes).

Table 5 - Observations spécifiques sus le cadre logique utilisé par la GIZ et une comparaison avec le cadre logique du PASS

	Indicateurs PASS/DDC	Indicateurs GIZ	Cible 2017 GIZ	2014	2015	2016	Observations GIZ	Observations évaluation
Objectif général du programme : La population des ZS d' Uvira, Ruzizi, Nyantende, Kaziba et Mwana bénéficie d'un accès amélioré et équitable à des soins de santé de qualité	Taux de mortalité infantile selon les enquêtes nationales utilisés pour la période	Taux de mortalité infantile	Pas indiqué	139 décès pour 1.000 naissances vivantes	139 décès pour 1.000 naissances vivantes	139 décès pour 1.000 naissances vivantes	EDS RDC II 2013-2014	Ce taux ne peut être obtenu que par les enquêtes de population
	Taux de mortalité infantilo-juvenile selon les enquêtes nationales utilisés pour la période	Non inclus	NA	NA	NA	NA		GIZ a proposé autres indicateurs que indiqués dans le cadre logique de la DDC selon la Proposition de Crédit PASS Sud-Kivu Phase 3
	Taux de mortalité maternelle selon les enquêtes nationales utilisés pour la période	Taux de mortalité maternelle	Pas indiqué	846 pour 100.000 naissances vivantes	846 pour 100.000 naissances vivantes	846 pour 100.000 naissances vivantes	EDS RDC II 2013-2014	Ce taux ne peut être obtenu que par les enquêtes de population
	Taux de mortalité infantile institutionnelle	Non inclus	NA	NA	NA	NA		GIZ a proposé autres indicateurs que indiqués dans le cadre logique de la DDC selon la Proposition de Crédit PASS Sud-Kivu Phase 3 Il n'est pas clair pourquoi cet indicateur n'est pas inclus par GIZ ; il est pertinent car il reflète l'effort que la FOSA déploie pour prendre en charge les cas

Indicateurs PASS/DDC	Indicateurs GIZ	Cible 2017 GIZ	2014	2015	2016	Observations GIZ	Observations évaluation	
	Taux de mortalité maternelle institutionnelle	Non inclus	NA	NA	NA	NA		GIZ a proposé autres indicateurs que indiqués dans le cadre logique de la DDC selon la Proposition de Crédit PASS Sud-Kivu Phase 3 Il n'est pas clair pourquoi cet indicateur n'est pas inclus par GIZ ; il est pertinent car il reflète l'effort que la FOSA déploie pour prendre en charge les cas
	Taux d'accouchements assistés		100%	55%	70%	84,31%		GIZ a inclus cet indicateur pour l'Effet 1
		Taux d'utilisation des services	60%	35% (y compris HGR)	35% (CS)	35% (CS)		GIZ a proposé autres indicateurs que indiqués dans le cadre logique de la DDC selon la Proposition de Crédit PASS Sud-Kivu Phase 3 Il paraît peu probable que ce taux est exactement le même pendant 3 années
Outcome 1 : Qualité et continuité des services	Entre 65 et 80% des CS offrent un PMA essentiel selon les normes et standards, et offrent des services de façon intégrée (one-stop-shop, horaires, espaces)	Nombre de CS avec PMA de Base / Nb total des CS	Pas indiqué - selon cible PASS	50/50	50/50	50/50	PPDS 2016-2020 indique que seulement 4 CS sur 503 ont PMA complet dans la province	Indicateur peu pertinent : dès le début du PASS-III le résultat atteint est déjà 100%. Pour pouvoir apprécier cet indicateur il faut définir le PMA de base.
	Entre 80 et 100% des HGR et CH ont des service de maternité, soins obstétricaux et néonataux d'urgence, prise en charge grave paludisme, sécurité transfusionnelle selon les normes est standards adéquats	Nombre de HGR avec PCA de Base / Nb total des HGR	Pas indiqué - selon cible PASS	4/4	4/4	4/4	PPDS 2016-2020 indique que seulement 4 HGR sur 30 ont PCA complet dans la province	Indicateur peu pertinent : dès le début du PASS-III le résultat atteint est déjà 100%. Pour pouvoir apprécier cet indicateur il faut définir le PCA de base.

Indicateurs PASS/DDC	Indicateurs GIZ	Cible 2017 GIZ	2014	2015	2016	Observations GIZ	Observations évaluation	
	Entre 30 et 60% des CS offrent des services de promotion de la santé sexuelle des jeunes	Non inclus	NA	NA	NA	NA		Indicateurs d'output R-1.4 réfère aux Centres des Jeunes mis en place et anmé par des Associations Locales au moins une fois par semaine. Selon cet indicateur, le nombre prévu de Centres de Jeunes est 8, et tous sont fonctionnels à partir de septembre 2016. Cependant, il n'est pas clair comment ce nombre de 8 a été défini; GIZ appuyé 50 CS. 8 CS offrant ces services est équivalent à 16%. Il n'y a pas d'indicateur sur les CS offrant des services de promotion de la santé sexuelle des jeunes, même si l'indicateur est pertinent.
		Taux d'utilisation CPN-1	100%	94,50%	92%	99,74%		GIZ a proposé autres indicateurs que indiqués dans le cadre logique de la DDC selon la Proposition de Crédit PASS Sud-Kivu Phase 3
		PF – proportion de nouvelles acceptantes en méthodes modernes	15%	11%	ND	13%		GIZ a proposé autres indicateurs que indiqués dans le cadre logique de la DDC selon la Proposition de Crédit PASS Sud-Kivu Phase 3
Outcome 2 : Accès aux services à travers la mise en place d'un mécanisme de financement	Augmentation significative du taux d'adhésion aux mutuelles dans la population	Taux d'adhésion aux mutuelles de santé	10%	3,20%	5,70%	3,82%		L'indicateur PASS ne défine pas 'l'augmentation significative' Cet indicateur est répété dans les indicateurs d'output (R-2.1)
	Entre 15 et 40% des indigents identifiés ont accès aux soins à travers la couverture par une mutuelle	Non inclus	NA	NA	NA	NA		GIZ a proposé autres indicateurs que indiqués dans le cadre logique de la DDC selon la Proposition de Crédit PASS Sud-Kivu Phase 3

Indicateurs PASS/DDC	Indicateurs GIZ	Cible 2017 GIZ	2014	2015	2016	Observations GIZ	Observations évaluation
Tous les agents de santé éligibles pour la prime à la performance reçoivent trimestriellement sa prima selon les barèmes établis	Non inclus	NA	NA	NA	NA		GIZ a proposé autres indicateurs que indiqués dans le cadre logique de la DDC selon la Proposition de Crédit PASS Sud-Kivu Phase 3 Cet indicateur ne semble pas pertinent pour cet outcome; il sera mieux de l'inclure comme indicateur pour Outcome 1 (comme indicateur pour la qualité des services fournis - pour les CS et HGR), et/ou pur Outcome 3 (pour la partie ressources humaines)
	Taux d'utilisation des services par les adhérents aux MUSA	80%	ND	ND	ND		GIZ a proposé autres indicateurs que indiqués dans le cadre logique de la DDC selon la Proposition de Crédit PASS Sud-Kivu Phase 3
	Proportion d'indigents pris en charges par un fonds d'équité multi bailleurs	100%	0	0	2000	2000 indigents sont pris en charge dans les CS avec les fonds GIZ-PASS à raison de 40 indigents les plus vulnérables par AS sur les 50 AS.	GIZ a proposé autres indicateurs que indiqués dans le cadre logique de la DDC selon la Proposition de Crédit PASS Sud-Kivu Phase 3
	Taux de recouvrement des coûts	100%	30%	30%	100%	Au cours du deuxième semestre 2016 a été introduit à titre d'expérimentation le nouveau système de gestion des MEG avec un taux de recouvrement à 100%	GIZ a proposé autres indicateurs que indiqués dans le cadre logique de la DDC selon la Proposition de Crédit PASS Sud-Kivu Phase 3 Selon le rapport sur l'évaluation du recouvrement conduite en juin 2017, le % de recouvrement parmi les CS inclus dans l'évaluation (6 par ZS) varie entre 26 et 107%. Cependant, il n'y a avait qu'un CS avec un % de plus de 83% (107%)

Indicateurs PASS/DDC	Indicateurs GIZ	Cible 2017 GIZ	2014	2015	2016	Observations GIZ	Observations évaluation
	Nombre de CS avec tarification forfaitaire / Nombre total de CS sous contrat	Pas indiqué	50/50	50/50	50/50		GIZ a proposé autres indicateurs que indiqués dans le cadre logique de la DDC selon la Proposition de Crédit PASS Sud-Kivu Phase 3 Indicateur peu pertinent : dès le début du PASS-III le résultat atteint est déjà 100%.
Outcome 3 : Leadership et gestion des ressources humaines	% des agents des ECZS, HGR et CS ayant reçu au moins une formation ayant trait à la la gestion des ressources	Non inclus	NA	NA	NA		GIZ a proposé autres indicateurs que indiqués dans le cadre logique de la DDC selon la Proposition de Crédit PASS Sud-Kivu Phase 3
	Nombre de supervisions et de coaching réalise par rapport à ceux prévus aux trois niveaux	Non inclus	NA	NA	NA		GIZ a proposé autres indicateurs que indiqués dans le cadre logique de la DDC selon la Proposition de Crédit PASS Sud-Kivu Phase 3 Les indicateurs d'output R-3.1 montre les supervisions effectuées en comparaison des supervisions programmées, mais uniquement pour le niveau ECZS aux CS et HGR (résultats: 2014 - ND, 2015: 100/200, 2016 - 150/200)
	% des AS dont les CODESA participent aux réunions de COGE	Non inclus	NA	NA	NA		GIZ a proposé autres indicateurs que indiqués dans le cadre logique de la DDC selon la Proposition de Crédit PASS Sud-Kivu Phase 3
	Au moins trois événements d'échange interne entre les ZS, et un échange régional avec les programmes Grands Lacs sont	Non inclus	NA	NA	NA		GIZ a proposé autres indicateurs que indiqués dans le cadre logique de la DDC selon la Proposition de Crédit PASS Sud-Kivu Phase 3

Indicateurs PASS/DDC	Indicateurs GIZ	Cible 2017 GIZ	2014	2015	2016	Observations GIZ	Observations évaluation
organisés afin de promouvoir un échange d'expériences thématiques							
	Nombre de réunions de CPP réalisées / prévues	Pas indiqué	1/2	2/2	1/2	Prévue 1 Réunion du Comité Provincial de Pilotage par semestre qui n'a pas été tenue	GIZ a proposé autres indicateurs que indiqués dans le cadre logique de la DDC selon la Proposition de Crédit PASS Sud-Kivu Phase 3 Cet indicateur n'est que quantitatif, et ne donne pas d'information sur la qualité des réunions Cet indicateur est également mentionné parmi les indicateurs d'output
	Nombre de réunions hebdomadaires de l'ECP réalisées / prévues	Pas indiqué	0	24/52	46/52	En 2014 la DPS n'était pas fonctionnelle	GIZ a proposé autres indicateurs que indiqués dans le cadre logique de la DDC selon la Proposition de Crédit PASS Sud-Kivu Phase 3 Cet indicateur n'est que quantitatif, et ne donne pas d'information sur la qualité des réunions Cet indicateur est également mentionné parmi les indicateurs d'output
	Nombre de réunions du Cadre de Concertation PTF réalisées / prévues	Pas indiqué	0	5/6	5/6	Le Cadre de Concertation PTF Sud Kivu a été mis en place en 2015 et les réunions sont bimensuelles	GIZ a proposé autres indicateurs que indiqués dans le cadre logique de la DDC selon la Proposition de Crédit PASS Sud-Kivu Phase 3 Cet indicateur n'est que quantitatif, et ne donne pas d'information sur la qualité des réunions Cet indicateur est également

Indicateurs PASS/DDC	Indicateurs GIZ	Cible 2017 GIZ	2014	2015	2016	Observations GIZ	Observations évaluation
							mentionné parmi les indicateurs d'output
	Nombre de réunions de CTC réalisées / prévues	Pas indiqué	0	1/1	1/1	Cette réunion de CTC a été tenue avant la réunion de SMCN	GIZ a proposé autres indicateurs que indiqués dans le cadre logique de la DDC selon la Proposition de Crédit PASS Sud-Kivu Phase 3 Cet indicateur n'est que quantitatif, et ne donne pas d'information sur la qualité des réunions Cet indicateur est également mentionné parmi les indicateurs d'output
	Nombre de réunions de CA réalisées / prévues	Pas indiqué	4/8	4/8	4/8	Prévues 1 réunion du Conseil d'Administration par semestre par Zone de Santé, une réunion organisée dans le deuxième semestre	GIZ a proposé autres indicateurs que indiqués dans le cadre logique de la DDC selon la Proposition de Crédit PASS Sud-Kivu Phase 3 Cet indicateur n'est que quantitatif, et ne donne pas d'information sur la qualité des réunions Cet indicateur est également mentionné parmi les indicateurs d'output
	Nombre de réunions de COGE réalisées / prévues	Pas indiqué	ND	24/48	48/48	Prévue 1 réunion du Comité de Gestion par mois et par Zone de Santé	GIZ a proposé autres indicateurs que indiqués dans le cadre logique de la DDC selon la Proposition de Crédit PASS Sud-Kivu Phase 3 Cet indicateur n'est que quantitatif, et ne donne pas d'information sur la qualité des réunions Cet indicateur est également

Indicateurs PASS/DDC	Indicateurs GIZ	Cible 2017 GIZ	2014	2015	2016	Observations GIZ	Observations évaluation
							mentionné parmi les indicateurs d'output
	Nombre de réunions de CODESA réalisées / prévues	Pas indiqué	ND	300/600	506/600	Prévue 1 réunion du CODESA par mois et par Centre de Santé	GIZ a proposé autres indicateurs que indiqués dans le cadre logique de la DDC selon la Proposition de Crédit PASS Sud-Kivu Phase 3 Cet indicateur n'est que quantitatif, et ne donne pas d'information sur la qualité des réunions Cet indicateur est également mentionné parmi les indicateurs d'output
	Nombre de réunions hebdomadaires de l'ECZS réalisées / prévues	Pas indiqué	ND	96/208	196/208	Prévue 1 réunion de l'ECZS par semaine et par Zone de Santé ; nous avons indiqué les réunions vérifiées trimestriellement lors des missions conjointes avec la DPS et l'IPS	GIZ a proposé autres indicateurs que indiqués dans le cadre logique de la DDC selon la Proposition de Crédit PASS Sud-Kivu Phase 3 Cet indicateur n'est que quantitatif, et ne donne pas d'information sur la qualité des réunions Cet indicateur est également mentionné parmi les indicateurs d'output
Outcome 4 : Gestion des structures, médicaments, équipements et informations	% du personnel chargé de la gestion des MEG à tous les niveaux ayant reçu un briefing sur les aspects de base de la gestion du médicament	Non inclus	NA	NA	NA	NA	

Indicateurs PASS/DDC	Indicateurs GIZ	Cible 2017 GIZ	2014	2015	2016	Observations GIZ	Observations évaluation
Taux de promptitude et de complétude des rapports mensuels des chargés du SNIS atteint au moins 80%	Non inclus	NA	NA	NA	NA		
Existence d'analyses des données pour les réunions des soins de santé primaire, planification et monitoring systématiques	Non inclus	NA	NA	NA	NA		
	Nombre d'AS couvertes / prévues	Pas indiqué	50/51	50/51	50/51		GIZ a proposé autres indicateurs que indiqués dans le cadre logique de la DDC selon la Proposition de Crédit PASS Sud-Kivu Phase 3 Indicateur peu pertinent : dès le début du PASS-III le résultat atteint est déjà presque 100%.
	Nombre de CS avec équipement de base / nombre total des CS	Pas indiqué	50/50	50/50	50/50	Au cours du premier semestre 2016 a été livré un stock complémentaire un stock complémentaire d'équipements techniques pour les CS appuyés	GIZ a proposé autres indicateurs que indiqués dans le cadre logique de la DDC selon la Proposition de Crédit PASS Sud-Kivu Phase 3 Indicateur peu pertinent : dès le début du PASS-III le résultat atteint est déjà 100%.
	Nombre de HGR avec équipement de base / nombre total des HGR	Pas indiqué	4/4	4/4	4/4	Au cours du deuxième semestre a été livré aux 4 HGR des ZS un stock complémentaire d'équipements techniques	GIZ a proposé autres indicateurs que indiqués dans le cadre logique de la DDC selon la Proposition de Crédit PASS Sud-Kivu Phase 3 Indicateur peu pertinent : dès le début du PASS-III le résultat atteint est déjà 100%.

Indicateurs PASS/DDC	Indicateurs GIZ	Cible 2017 GIZ	2014	2015	2016	Observations GIZ	Observations évaluation
	Nombre de jours de rupture de stock pour les médicaments traceurs	Pas indiqué	ND	ND	ND		Cet indicateur est pertinent, mais les données ne sont pas disponibles, et une explication n'est pas fournie. Il est également listé comme indicateur d'output (R-4.2).
	Nombre de rapports SNIS transmis au niveau supérieur / prévu	Pas indiqué	ND	0	NA	Suite à l'introduction du DHIS2 les données sont encodées directement dans le système via internet	Indicateur d'output R-4.3 'Nombre de rapports SNIS saisis sur le site / prévu' montre un résultat élevé: 2014 - ND, 2015: 98%, 2016 - 96% pour CS et 93% pour HGR

Source: Rapport annuel 2016 – GIZ

5.4.4 Comparaison du cadre logique de la Swiss-TPH avec le cadre logique du PASS

Le tableau suivant contient les indicateurs du cadre logiques pour l'année 2016 de la Swiss-TPH (indicateurs d'impact et indicateurs d'effets pour les 4 axes).

Table 6 – Observations spécifiques sus le cadres logiques utilisé par la Swiss-TPH et une comparaison avec le cadre logique du PASS

Indicateurs PASS/DDC	Indicateurs Swiss-TPH	Cible 2017 Swiss-TPH	2014	2015	2016	Observations Swiss-TPH	Observations évaluation
Objectif général du programme : La population des ZS d' Uvira, Ruzizi, Nyantende, Kaziba et Mwana bénéficie d'un accès amélioré et équitable à des	Taux de mortalité infantile selon les enquêtes nationales utilisés pour la période	Pas indiqué	42 pour 1.000 naissances vivantes	58 pour 1.000 naissances vivantes			Ce taux ne peut être obtenu que par les enquêtes de population
	Taux de mortalité infantilo-juvenile selon les enquêtes nationales utilisés pour la période	Pas indiqué	90 pour 1.000 naissances vivantes	104 pour 1.000 naissances vivantes		186 pour 1.000 naissances vivantes au Sud Kivu	Ce taux ne peut être obtenu que par les enquêtes de population

	Indicateurs PASS/DDC	Indicateurs Swiss-TPH	Cible 2017 Swiss-TPH	2014	2015	2016	Observations Swiss-TPH	Observations évaluation
soins de santé de qualité	Taux de mortalité maternelle selon les enquêtes nationales utilisés pour la période	Pas indiqué	300 pour 100.000 naissances vivantes	846 pour 100.000 naissances vivantes				Ce taux ne peut être obtenu que par les enquêtes de population
	Taux de mortalité infantile institutionnelle	Pas indiqué	Pas indiqué	Pas connu?	Ruzizi: 15 Uvira: 17 pour pour 1.000 naissances vivantes	Ruzizi: 17 Uvira: 15 pour pour 1.000 naissances vivantes		Pas de grands changements à noter
	Taux de mortalité maternelle institutionnelle	Pas indiqué	Pas indiqué	Pas connu?	Ruzizi: 39 Uvira: 10 pour pour 100.000 naissances vivantes	Ruzizi: 35 Uvira: 10 pour pour 100.000 naissances vivantes		Pas de grands changements à noter
	Taux d'accouchements assistés	Pas indiqué	Pas indiqué	Pas connu?	Ruzizi: 73,1% Uvira: 72,3%	Ruzizi: 73,8% Uvira: 76%		Pas de grands changements à noter, quand même une légère amélioration dans la ZS d'Uvira.
	Taux d'utilisation curatif	Pas indiqué	Pas indiqué	Pas connu?	Ruzizi: 39,7% Uvira: 39,7%	Ruzizi: 45,1% Uvira: 46%		Pas de grands changements à noter
Outcome 1 : Qualité et continuité des services	Entre 65 et 80% des CS offrent un PMA essentiel selon les normes et standards, et offrent des services de façon intégrée (one-stop-shop, horaires, espaces)		80%	Pas connu?	Ruzizi: 100% Uvira: 100%	Ruzizi: 100% Uvira: 100%		Indicateur peu pertinent : dès le début du PASS-III le résultat atteint est déjà 100%. Pour pouvoir apprécier cet indicateur il faut définir le PMA essentiel

	Indicateurs PASS/DDC	Indicateurs Swiss-TPH	Cible 2017 Swiss-TPH	2014	2015	2016	Observations Swiss-TPH	Observations évaluation
	Entre 80 et 100% des HGR et CH ont des service de maternité, soins obstétricaux et néonataux d'urgence, prise en charge grave paludisme, sécurité transfusionnelle selon les normes est standards adéquats		100%	Pas connu?	Ruzizi: 100% Uvira: 100%	Ruzizi: 100% Uvira: 100%		Indicateur peu pertinent : dès le début du PASS-III le résultat atteint est déjà 100%.
	Entre 30 et 60% des CS offrent des services de promotion de la santé sexuelle des jeunes		50%	Pas connu?	Ruzizi: 18,8% Uvira: 18,8%	Ruzizi: 33% Uvira: 33%		Pas de changements à noter; il serait utile de connaître le nombre des CS pour pouvoir mieux comprendre les résultats
Outcome 2 : Accès aux services à travers la mise en place d'un mécanisme de financement	Augmentation significative du taux d'adhésion aux mutuelles dans la population	Taux d'adhésion aux mutuelles dans la population	5%	Pas connu?	Ruzizi: NA (pas de mutuelle d'abord) Uvira: 1%	Ruzizi: NA (pas de mutuelle d'abord) Uvira: 1,2%		Pas de grands changements à noter, mais difficile d'apprécier le progrès par manque de cible
	Entre 15 et 40% des indigents identifiés ont accès aux soins à travers la couverture par une mutuelle	% des indigents identifiés ont accès aux soins à travers la couverture par une mutuelle	30%	Pas connu?	Ruzizi: NA (pas de mutuelle d'abord) Uvira: NA (stratégie n'était pas adoptée)	Ruzizi: NA (pas de mutuelle d'abord) Uvira: 23,5%		Difficile d'apprécier le progrès par manque de cible

	Indicateurs PASS/DDC	Indicateurs Swiss-TPH	Cible 2017 Swiss-TPH	2014	2015	2016	Observations Swiss-TPH	Observations évaluation
	Tous les agents de santé éligibles pour la prime à la performance reçoivent trimestriellement sa prima selon les barèmes établis	% des agents de santé éligibles pour la prime à la performance qui reçoivent trimestriellement la prime selon les barèmes établis (PASS SK)	100%	Pas connu?	Ruzizi: NA Uvira: 100%	Ruzizi: 92% (4 structures ne sont pas couvertes par les primes de performances) Uvira: 100%		Il faudra avoir plus d'informations sur la situation de Ruzizi; pourquoi est-ce que cet indicateur n'était pas applicable pour 2015? Et pourquoi 4 structures ne sont pas couvertes?
		% des agents de santé éligibles touchant leurs primes venant du recouvrement de coûts	100%	Pas connu?	Ruzizi: 94,6% Uvira: 92%	Ruzizi: 96% Uvira: 100%		Swiss-TPH a proposé autres indicateurs que indiqués dans le cadre logique de la DDC selon la Proposition de Crédit PASS Sud-Kivu Phase 3
Outcome 3 : Leadership et gestion des ressources humaines	% des agents des ECZS, HGR et CS ayant reçu au moins une formation ayant trait à la gestion des ressources		70%	Pas connu?	Ruzizi: 21% Uvira: 12,5%	Ruzizi: 23% Uvira: 14,2%		Les résultats baissent
	Nombre de supervisions et de coaching réalise par rapport à ceux prévus aux trois niveaux	% de supervisions et de coaching réalisés par rapport à ceux prévus aux trois niveaux (Province vers BCZS)	90%	Pas connu?	Ruzizi: 66,7% Uvira: 66,7%	Ruzizi: 78% Uvira: 78%		
	% des AS dont les CODESA participent aux réunions de COGE	Pas inclus - voir ci-dessous pour indicateurs liés	NA	NA	NA	NA		

Indicateurs PASS/DDC	Indicateurs Swiss-TPH	Cible 2017 Swiss-TPH	2014	2015	2016	Observations Swiss-TPH	Observations évaluation
Au moins trois événements d'échange interne entre les ZS, et un échange régional avec les programmes Grands Lacs sont organisés afin de promouvoir un échange d'expériences thématiques	Pas inclus - voir ci-dessous pour indicateurs liés	NA	NA	NA	NA		
	% des AS dont les CODESA (président) participants aux réunions de COG (appréciation qualitative de la participation et de l'implication	100%	Pas connu?	Ruzizi: 100% (qualité de l'implication reste faible) Uvira: 100% (qualité de l'implication reste moyenne - président plus instruits)	Ruzizi: 100% Uvira: 100%		Swiss-TPH a proposé autres indicateurs que indiqués dans le cadre logique de la DDC selon la Proposition de Crédit PASS Sud-Kivu Phase 3
	% de supervisions et de coaching réalisés par rapport à ceux prévus aux trois niveaux (BCZS vers HGR et CS)	90%	Pas connu?	Ruzizi: 78% Uvira: 97,7%	Ruzizi: 82,6% Uvira: 98,1%		Swiss-TPH a proposé autres indicateurs que indiqués dans le cadre logique de la DDC selon la Proposition de Crédit PASS Sud-Kivu Phase 3 Augmentation des supervisions et coaching réalisée
	Nombre d'événements d'échange	3/an	Pas connu?	Ruzizi: 4 Uvira: 4	Ruzizi: 4 Uvira: 4		Swiss-TPH a proposé autres indicateurs que indiqués dans le cadre logique de la DDC selon la

	Indicateurs PASS/DDC	Indicateurs Swiss-TPH	Cible 2017 Swiss-TPH	2014	2015	2016	Observations Swiss-TPH	Observations évaluation
		interne entre les ZS						Proposition de Crédit PASS Sud-Kivu Phase 3 Difficile d'apprécier le progrès par manque de cible
Outcome 4 : Gestion des structures, médicaments, équipements et informations	% du personnel chargé de la gestion des MEG à tous les niveaux ayant reçu un briefing sur les aspects de base de la gestion du médicament		80%	Pas connu?	Ruzizi: 100% (il s'agit de briefing) Uvira: 100%	Ruzizi: 100% (il s'agit de briefing) Uvira: 100%		Indicateur peu pertinent : dès le début du PASS-III le résultat atteint est déjà 100%
	Taux de promptitude et de complétude des rapports mensuels des chargés du SNIS atteint au moins 80%		95%	Pas connu?	Ruzizi: 97,7% Uvira: 99,2%	Ruzizi: 98,1% Uvira: 99,6%		Résultats attendus
	Existence d'analyses des données pour les données pour les réunions des soins de santé primaire, planification et monitoring systématiques		100%	Pas connu?	Ruzizi: 100% Uvira: 100%	Ruzizi: 100% Uvira: 100%		Indicateur peu pertinent : dès le début du PASS-III le résultat atteint est déjà 100%
		% AS affichant les indicateurs de couverture et à jour	100%	Pas connu?	Ruzizi: 100% Uvira: 100%	Ruzizi: 100% Uvira: 100%		Swiss-TPH a proposé autres indicateurs que indiqués dans le cadre logique de la DDC selon la Proposition de Crédit PASS Sud-Kivu Phase 3 Indicateur peu pertinent: dès le début du PASS-III le résultat atteint est déjà 100%

5.5 Comparaison des indicateurs identifiés dans le rapport de l'évaluation du PASS-II en 2013 et les résultats de ces mêmes indicateurs mi 2017

5.5.1 GIZ

Le tableau suivant montre les résultats d'une comparaison des indicateurs identifiés dans le rapport de l'évaluation du PASS-II en 2013 et les résultats de ces mêmes indicateurs mi 2017. Une grande partie des indicateurs suivi en 2013 cependant, ne font plus partie du cadre logique du 2017. Il faut noter que le mandataire a changé (GIZ a remplacé Malteser).

Table 7 – Comparaison des indicateurs identifiés dans le rapport de l'évaluation du PASS-II en 2013 et les résultats de ces mêmes indicateurs mi 2017 – GIZ

	Rapport évaluation 2013			Evaluation 2017			
	Targets PASS 2014	Réalisations Oct 2012	Observations par l'équipe d'évaluation	Target PASS 2017	Réalisation 2015	Réalisation 2016	Observations par l'équipe d'évaluation
Taux de mortalité maternelle hospitalière	75/100,000	80/100.000	Fiabilité des chiffres?? Voir résultat du Swiss TPH ci-dessus.	Inconnu	ND	ND	Cadre de GIZ comprends Taux de mortalité maternelle selon les enquêtes de population
Taux de mortalité infantile (< 5 ans)	0,5/10.000/jour	1,2/10.000/jour	Définition de mortalité infantile peu claire.	Inconnu	ND	ND	Cadre de GIZ comprends Taux de mortalité infantile selon les enquêtes de population
Taux d'autofinancement des structures sanitaires	> 70%	39%	La population éprouve des difficultés considérables pour accéder financièrement aux soins. Le recouvrement des couts qui fixe cette capacité d'autofinancement est encore faible	Pas inclus	NA	NA	
Soins curatifs - OPD: NC/hab/an	60%	40%		Pas inclus	NA	NA	Indicateur SNIS
Les diagnostics respectent les ordinogrammes et les stratégies de soins hospitaliers	85%	82%	Les structures visitées (Kalundu Etat, Sidem,...) n'utilisent pas les ordinogrammes, ce qui entraine des prescriptions exagérées des	Pas inclus	NA	NA	

	Rapport évaluation 2013			Evaluation 2017			
	Targets PASS 2014	Réalisations Oct 2012	Observations par l'équipe d'évaluation	Target PASS 2017	Réalisation 2015	Réalisation 2016	Observations par l'équipe d'évaluation
			médicaments (surtout des perfusions)				
Taux d'adhésion de la population y compris des indigents à la mutuelle de santé (désagrégé par sexe)	10%	6,83%		80%	ND	ND	
Taux de satisfaction des bénéficiaires des formations sanitaires publiques	70%	78%	Enquête socio-économique 2012; 9 critères	Pas inclus	NA	NA	
Nombre d'ECZS fonctionnelles (pour les 4 ZS)	4	79%	La performance des ECZS est mesurée de façon quantitative plutôt que qualitative.	Pas inclus	NA	NA	
Taux de réalisation des réunions d'organes de gestion (2 CA, 52 CODIR/HGR et 12 COGE par an)	75%	79%					
Nombre de réunions de CPP réalisées / prévues					2/2	1/2	Pour des premiers exercices de cette jeune DPS, si le nombre s'optimise, c'est appréciable...Mais à la phase 4 il faudra mettre de la qualité
Nombre de réunions hebdomadaires de l'ECP réalisées / prévues					24/52	46/52	Pour des premiers exercices de cette jeune DPS, si le nombre s'optimise, c'est appréciable...Mais à la phase 4 il faudra mettre de la qualité
Nombre de réunions du Cadre de Concertation PTF réalisées / prévues					5/6	5/6	
Nombre de réunions de CTC réalisées / prévues					1/1	1/1	Indicateur spécifique au PAS

	Rapport évaluation 2013			Evaluation 2017			
	Targets PASS 2014	Réalisations Oct 2012	Observations par l'équipe d'évaluation	Target PASS 2017	Réalisation 2015	Réalisation 2016	Observations par l'équipe d'évaluation
Nombre de réunions de CA réalisées / prévues					4/8	4/8	Pour des premiers exercices de cette jeune DPS, si le nombre s'optimise, c'est appréciable...Mais à la phase 4 il faudra mettre de la qualité
Nombre de réunions de COGE réalisées / prévues					24/48	48/48	En pincipe, à cette 3ème phase, l'indicateur ne devait plus être quantitatif mais plutôt qualitatif
Nombre de réunions de CODESA réalisées / prévues					300/600	506/600	En pincipe, à cette 3ème phase, l'indicateur ne devait plus être quantitatif mais plutôt qualitatif
Nombre de réunions hebdomadaires de l'ECZS réalisées / prévues					96/208	196/208	En pincipe, à cette 3ème phase, l'indicateur ne devait plus être quantitatif mais plutôt qualitatif
Taux de réalisation de supervisions <u>intégrées</u> des CS et HGR	85%	90%		Voir observation			GIZ a proposé autres indicateurs: Les indicateurs d'output R-3.1 montre les supervisions effectuées en comparaison des supervisions programmées, mais uniquement pour le niveau ECZS aux CS et HGR (résultats: 2014 - ND, 2015: 100/200, 2016 - 150/200) (l'on devait ici basculer vers la qualité étant donné les deux phase précédentes)
Nombre de Réunion entre les ECZS, l'ECP et Partenaire (trimestrielle)	4 par an	2 par an		Pas inclus	NA	NA	
Taux de réalisation de supervisions (1 fois par trimestre par l'ECP) et d'inspection	80%	50%		Pas inclus	NA	NA	
Taux de participation de l'ECP aux réunions des organes des gestions des ZS (CA, COGES)	80%	8%	Faible participation par la DPS	Pas inclus	NA	NA	

	Rapport évaluation 2013			Evaluation 2017			
	Targets PASS 2014	Réalisations Oct 2012	Observations par l'équipe d'évaluation	Target PASS 2017	Réalisation 2015	Réalisation 2016	Observations par l'équipe d'évaluation
Les prix des actes médicaux et des médicaments sont affichés et respectés dans les Fosa	95%	98%	voir ci-dessus: autres constats par l'équipe d'évaluation	Pas inclus	NA	NA	
Réduction du taux de dettes dans les formations sanitaires	< 25%	19%	L'encadrement des recettes pose problème et plus de 50% des structures éprouvent des difficultés pour payer les 30% des médicaments demandés	Pas inclus	NA	NA	
Taux de paiement à la pharmacie zonale 30% de la valeur réelle pour CS et 50% pour l'HGR (subvention =70% / 50%)	30%	28%	Les structures thésaurisent l'argent et utilisent par ailleurs les moyens de recouvrement de couts pour payer des médicaments sur le marché local	Pas inclus	NA	NA	
La mutuelle de santé est fonctionnelle dans 4 ZS	4 ZS	2		Pas inclus	NA	NA	
Taux de nouvelles adhésions > 2% par an	> 2% par an	1,80%		10%	5,70%	3,82%	Depuis 2012, il y a une amélioration observée, mais cette amélioration est moins que prévu pour 2017
80% des mutuelles du programme fonctionnent selon les critères définis par le niveau national.	80%	45%	Indicateur composite. Mieux suggéré des indicateurs spécifiques à suivre	Pas inclus	NA	NA	
Les Fosa dans les ZS disposent du PMA et PCA complet et de qualité.	50%	30%		80-100% HGR 65-80% CS	4/4 HGR 50/50 CS	4/4 HGR 50/50 CS	Indicateur peu pertinent : dès le début du PASS-III le résultat atteint est déjà 100%
Le système de référence pour les cas de santé mentale est fonctionnel	50%	0%		Pas inclus	NA	NA	Indicateur SNIS
> 40% des cas de malaria sont confirmés correctement avec la goutte épaisse avant le traitement	> 40%	20%	Procédures de suivi? Fiabilité des données? Procédures de mesurer cet indicateur?	Pas inclus	NA	NA	

	Rapport évaluation 2013			Evaluation 2017			
	Targets PASS 2014	Réalisations Oct 2012	Observations par l'équipe d'évaluation	Target PASS 2017	Réalisation 2015	Réalisation 2016	Observations par l'équipe d'évaluation
100% des Fosa et hôpitaux ont l'eau propre, l'électricité, latrine et un système hygiénique d'évacuation de déchets médicaux	100%	73%		Pas inclus	NA	NA	
Taux des accouchements assistés	> 85%	83%		100%	70%	84,31%	
Taux de référence des femmes avec grossesse à haut risque 100%	100%	78%		Pas inclus	NA	NA	Indicateur SNIS
Taux de fréquentation CPS 2	> 45%	35%	CPN-2: pas d'indicateur SNIS	Pas inclus	NA	NA	Indicateur SNIS
Proportion des CODESA fonctionnelles selon des critères préétablis.	90%	91%		Pas inclus	NA	NA	
Proportion des relais communautaires qui font le monitoring socio sanitaire dans les ménages	80%	ND		Pas inclus	NA	NA	
Proportion des relais communautaires qui participent activement à la sensibilisation pour la lutte contre les maladies transmissibles	80%	83%	Evaluations 2012 par les BCZS	Pas inclus	NA	NA	
Proportion des jeunes de 14 à 25 ans qui participent aux activités d'animation	40%	ND	Malteser a entrepris une étude KAP en 2012 (sans suite)	Pas inclus	NA	NA	
Proportion des FOSA qui offrent un paquet intégré pour la santé reproductive des adolescentes et adolescents	30%	ND	Malteser a entrepris une étude KAP en 2012 (sans suite)	Pas inclus	NA	NA	
Proportion des jeunes femmes et hommes, qui effectuent un test de dépistage volontaire	30%	ND	Malteser a entrepris une étude KAP en 2012 (sans suite)	Pas inclus	NA	NA	

5.5.2 Swiss-TPH

Le tableau suivant montre les résultats d'une comparaison des indicateurs identifiés dans le rapport de l'évaluation du PASS-II en 2013 et les résultats de ces mêmes indicateurs mi 2017. Une grande partie des indicateurs suivi en 2013 cependant, ne font plus partie du cadre logique du 2017.

Table 8 – Comparaison des indicateurs identifiés dans le rapport de l'évaluation du PASS-II en 2013 et les résultats de ces mêmes indicateurs mi 2017 – Swiss-TPH

Indicateurs	Rapport évaluation 2013			Evaluation 2017			Observations par l'équipe d'évaluation
	Targets PASS 2014	Réalisations Oct 2012	Observations par l'équipe d'évaluation	Target PASS 2017	Réalisation 2015	Réalisation 2016	
Taux de mortalité infantile institutionnelle	?	16/1000	overall target: 42/1000	Inconnu	Ruzizi: 15/1000 Uvira: 17/1000	Ruzizi: 17/1000 Uvira: 15/1000	La situation du pays est qu'un enfant sur dix meurt avant d'atteindre l'âge de cinq ans. L'on doit donc analyser la situation des zones cibles du PASS par rapport à la moyenne nationale qui est de 104/100.000
Taux de mortalité maternelle institutionnelle		396/100,000	300/100,000 cible taux mortalité maternelle - communautaire	Inconnu	Ruzizi: 39/100.000 Uvira: 10/100.000	Ruzizi: 35 /100.000 Uvira: 10/100.000	Il semble avoir 2 différents indicateurs (Il y a la mortalité maternelle institutionnelle et celle communautaire, celle concernée ici et l'institutionnelle qui engage pleinement réellement la responsabilité du système de santé)
Soins curatifs - OPD: NC/hab/an		37%		Inconnu	Ruzizi: 39,7% Uvira: 39,7%	Ruzizi: 45,1% Uvira: 46%	Depuis 2012, il y a une légère amélioration et l'on tend vers la moyenne optimale souhaitée qui est de 50/hab/an
Taux de fréquentation des indigents dans les formations sanitaires désagrégé par sexe	?	F: 58,25% ; H: 41.75%		Inconnu			
Taux d'accouchements assistés par le personnel qualifié		44,50%		Inconnu	Ruzizi: 73,1% Uvira: 72,3%	Ruzizi: 73,8% Uvira: 76%	Cet indicateur a amélioré effectivement

Indicateurs	Rapport évaluation 2013			Evaluation 2017			Observations par l'équipe d'évaluation
	Targets PASS 2014	Réalisations Oct 2012	Observations par l'équipe d'évaluation	Target PASS 2017	Réalisation 2015	Réalisation 2016	
% des FOSA qui dispensent le paquet minimum d'activités (PMA)	50%	0%	définition numérateur?	Entre 65 et 80%	Ruzizi: 100% Uvira: 100%	Ruzizi: 100% Uvira: 100%	Indicateur peu pertinent : dès le début du PASS-III le résultat atteint est déjà 100%. La Swiss-TPH utilise comme indicateur le PMA essentiel, mais ce paquet n'est pas défini
% des FOSA qui offrent un paquet intégré pour la santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents	30%	10%	taux croissant	Entre 30 et 60%	Ruzizi: 18,8% Uvira: 18,8%	Ruzizi: 33% Uvira: 33%	Pas de changements à noter; il serait utile de connaître le nombre des CS pour pouvoir mieux comprendre les résultats
Les plans d'action annuels des zones sont coordonnés au niveau provincial; % d'activités exécutées	80%	78,50%		NA	ND		Pertinence de cet indicateur?
Nombre des supervisions exécutées selon le protocole révisé	80%	79,90%		Inconnu	Ruzizi: 66,7% Uvira: 66,7%	Ruzizi: 78% Uvira: 78%	% de supervisions et de coaching réalisés par rapport à ceux prévus aux trois niveaux (Province vers BCZS)
Nombre des supervisions exécutées selon le protocole révisé	80%	79,90%		Inconnu	Ruzizi: 78% Uvira: 97,7%	Ruzizi: 82,6% Uvira: 98,1%	% de supervisions et de coaching réalisés par rapport à ceux prévus aux trois niveaux (BCZS vers HGR et CS) (il y a la supervision de la DPS vers l'ECZS et l'HGR puis la supervision de l'ECZS vers les CS. Normalement après la phase I et la phase II qui s'intéresse au volet quantitatif des supervision, à la 3ème phase l'on devait s'intéresser au volet qualitatif des supervisions d'où un tel indicateur n'est plus pertinent pour cette 3ème phase).
% du personnel formé par ZS par thématique prioritaire	50%		données?	NA	ND		

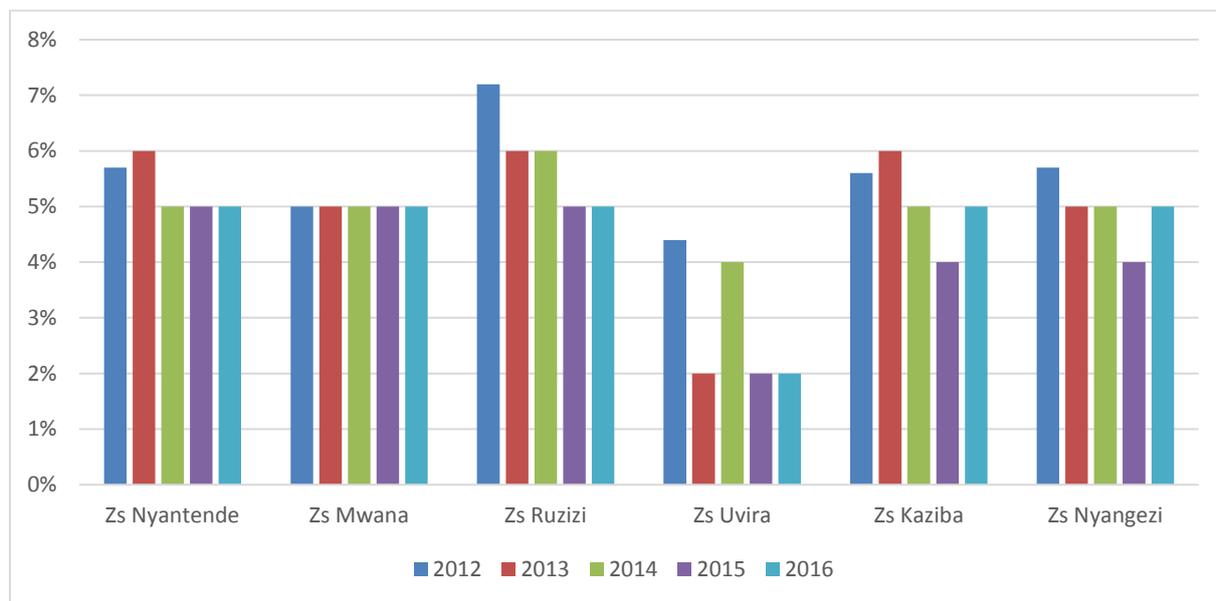
Indicateurs	Rapport évaluation 2013			Evaluation 2017			Observations par l'équipe d'évaluation
	Targets PASS 2014	Réalisations Oct 2012	Observations par l'équipe d'évaluation	Target PASS 2017	Réalisation 2015	Réalisation 2016	
Nombre de rencontres de partage d'expérience au niveau provincial (comité technique de suivi)	3-6 par an	2		Inconnu	Ruzizi: 4 Uvira: 4	Ruzizi: 4 Uvira: 4	Nombre d'événements d'échange interne entre les ZS
Consultation curative	60%	37%		Pas inclus	ND	ND	Indicateur SNIS
CPN-1	100%		réalisations satisfaisantes	Pas inclus	ND	ND	Indicateur SNIS
PF	7,50%		données? Voir tableau SNIS 2012	Pas inclus	ND	ND	Indicateur SNIS
% FOSA avec CODESA fonctionnelle	80%	76%		Pas inclus	ND	ND	Indicateur SNIS
Taux de FoSa qui bénéficient de structures mise en place selon les critères de fonctionnalité définis	50%	13,00%	Cet indicateur n'est pas SMART et peut se confondre à l'offre d'un PMA ou d'un PCA complet	Pas inclus	ND	ND	Je ne comprends pas bien cet indicateur
Nombre des FoSa respectant la tarification forfaitaire pour les soins aux populations vulnérables	75%	100%	Les visites de terrain montrent que les tarifs ne sont pas respectés. En effet, les malades paient 10 fois plus les soins, cela liée aussi la sur-prescription par les FOSA	Pas inclus	ND	ND	Indicateurs difficile à vérifier car en apparence toutes les FOSA du premier échelon pratiquent la tarification forfaitaire mais nous apprenons aussi (sans pouvoir vérifier) que ces FOSA exigent plus aux malades mais sans pouvoir les documenter. Assertion qui paraît vraisemblable étant donné le stationnement du taux d'utilisation du curatif comparativement aux au même taux pour des ZS d'urgences où les soins sont gratuits
% des FOSA qui dispensent le PMA	50%	0%	Toutes les FOSA dispensent un PMA ou un PCA selon le cas	Duplication	Duplication	Duplication	
% des FoSa qui disposent de latrines ventilées et de systèmes de captation des eaux pluviales	80%		données?	Pas inclus	ND	ND	
Tx d'accouchements assistés par le personnel qualifié	?	44,50%	voir aussi tableau SNIS en annexe	Duplication	Duplication	Duplication	

Indicateurs	Rapport évaluation 2013			Evaluation 2017			Observations par l'équipe d'évaluation
	Targets PASS 2014	Réalisations Oct 2012	Observations par l'équipe d'évaluation	Target PASS 2017	Réalisation 2015	Réalisation 2016	
Taux de FoSa qui assurent la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME)	60-70%	63%		Pas inclus	ND	ND	
Proportion des victimes se présentant dans les FOSA dans les 72 heures ayant bénéficié du Kit PEP	100%	89,05%	voir aussi tableau SNIS en annexe	Pas inclus	ND	ND	
Taux de référence effective vers les structures de prise en charge psychosociale et juridique	60%		données?	Pas inclus	ND	ND	
Taux de disponibilité des médicaments traceurs (par ex. quinine, pénicilline, Cotrimoxazole)	100%	100%	CAVE: ACT = 75%; ARV = 30%; TB: 85% ; CONDOMS = 0%; TESTES SIDA??	Pas inclus	ND	ND	
% des FOSA qui offrent un paquet intégré pour la santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents	30%	10%	voir ci-dessus	Duplication	Duplication	Duplication	
% des activités des centres jeunes qui ont trait à la santé, l'hygiène ou rapport de genre	75%	60%		Pas inclus	ND	ND	
% des activités des centres jeunes qui incluent des interventions d'organisations locales (droit de l'homme, SIDA, lutte contre la violence sexuelle, formation professionnelle) et des FoSa (animateurs, agents de santé)	50%	30%		Pas inclus	ND	ND	

5.6 Résultats des indicateurs clés SNIS pertinents pour le PASS

Le figure ci-dessous montre le taux de référence dans les ZS appuyées par le PASS de 2012 à 2016.

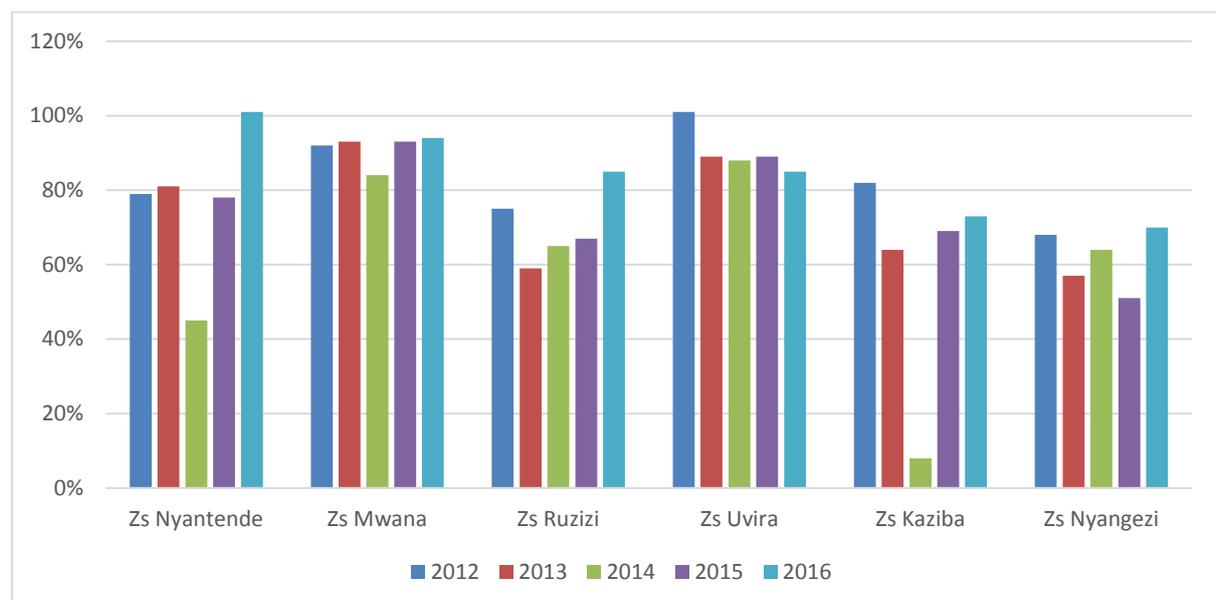
Figure 5 - Taux de référence dans les ZS appuyées par le PASS de 2012 à 2016



Source: SNIS, mandataires

Le figure ci-dessous montre le taux d'accouchement assisté dans les ZS appuyées par le PASS de 2012 à 2016.

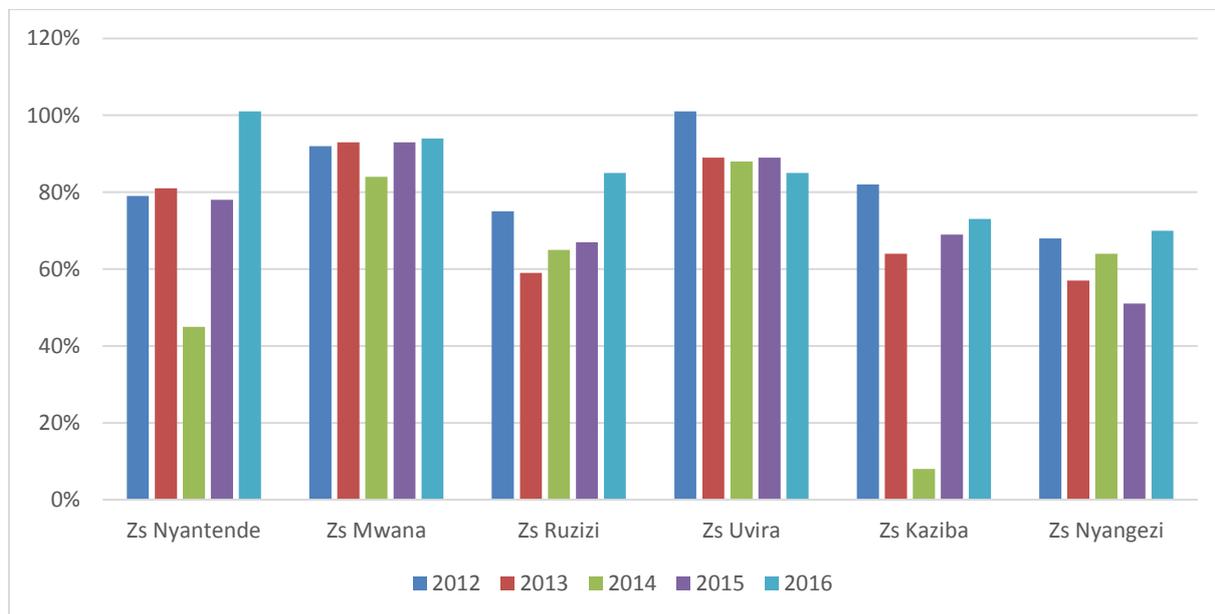
Figure 6 – Taux d'accouchement assisté dans les ZS appuyées par le PASS de 2012 à 2016



Source: SNIS, mandataires

Le figure ci-dessous montre le taux de mortalité intra hospitalier dans les ZS appuyées par le PASS de 2012 à 2016.

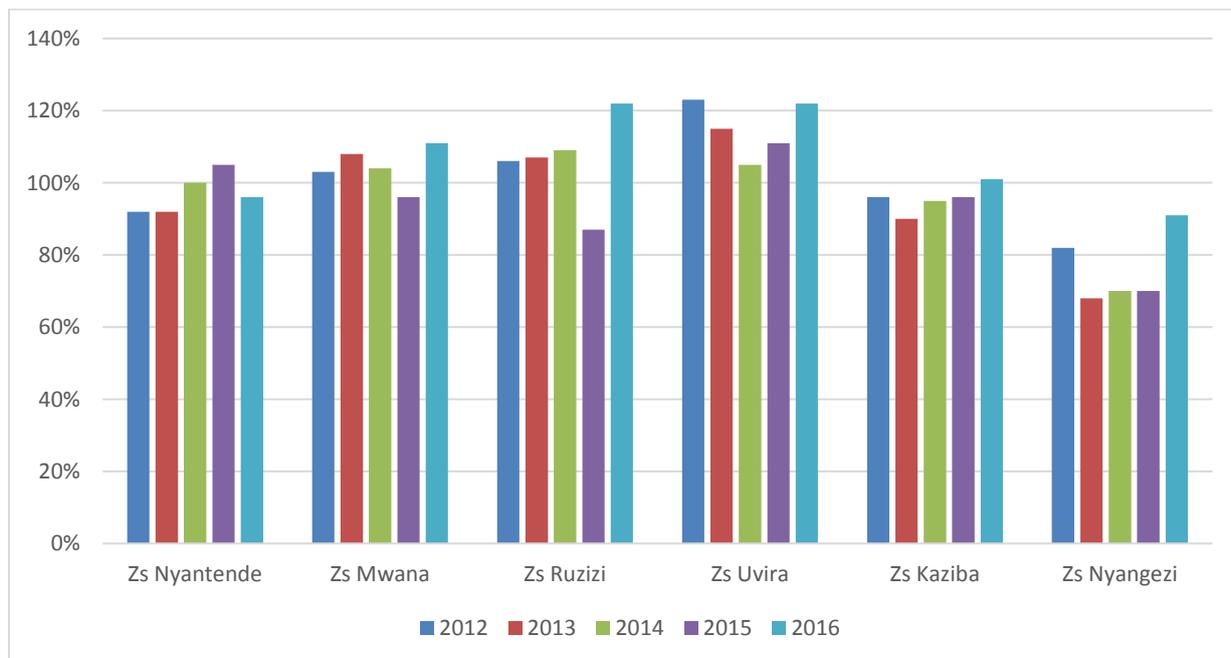
Figure 7 – Taux de mortalité intra hospitalier dans les ZS appuyées par le PASS de 2012 à 2016



Source: SNIS, mandataires

Le figure ci-dessous montre le taux d'utilisation CPN dans les ZS appuyées par le PASS de 2012 à 2016.

Figure 8 – Taux d'utilisation CPN dans les ZS appuyées par le PASS de 2012 à 2016



Source: SNIS, mandataires

5.7 Résumé des formations prévues et réalisées

Table 9 – Résumé des formations prévues et réalisées

Prévisions	Réalizations			
	Période	Cibles		Mandataire
		Prestataires	Institutions	
SGONU		Non réalisée	Non réalisée	GIZ
PF		Infirmiers traitants	CS	GIZ
CPN	2016	Infirmiers traitants	CS	GIZ
PEC Paludisme		Non réalisée	Non réalisée	GIZ
Utilisation des ordinogrammes	2016	IT	CS	GIZ
Management des soins de santé primaires		Non réalisée	Non réalisée	GIZ
SNIS	2016	IT	CS	GIZ
Gestion des médicaments	2016	Pharmaciens	BCZ	GIZ
SMNE	2015	Infirmiers et médecins	HGR & CS	Swiss-TPH
Gestion des MUSA	2015	Gestionnaires des MUSA	MUSA	Swiss-TPH
Planification	2015	Membres CODESA	CODESA	Swiss-TPH
Gestion des FOSA	2015	Membres CODESA	CODESA	Swiss-TPH
Gestion des FOSA	2015	Clercs	CS	Swiss-TPH

5.8 Résumé des infrastructures prévues et réalisées

Table 10 – Résumé des infrastructures prévues et réalisées

Prévisions		Prévisions		Réalizations	
ZS	Structures sanitaires	Nature des travaux	Début travaux	Autres	Suites aux 30 juin 2017
GIZ					
Nyatende	HGR Nyatende	Electrification SI	2015		Electrification solaire fonctionnelle
	CS Cirhagabwa	Construction			Non réalisée
	CS Ihembwa	Réhabilitation			Non réalisée
Nyangezi	BCZ Nyangezi	Construction	2016	Construction de la clôture	Bâtiment équipé, clôturé et fonctionnel
	CS Kashenyi	Réhabilitation			Non réalisée
Kaziba	HGR Kaziba	Réhabilitation SI			Non réalisée
	CS Kafindjo	Construction			Non réalisée
	CS Kasheke	Réhabilitation			Non réalisée
Mwana	CS Kasiye	Construction	2016		Bâtiment construit et opérationnel
	CS Ifendula	Réhabilitation			Non réalisée
					Réhabilitation de la toiture de la DPS Sud-Kivu
Swiss-TPH					
Ruzizi	BCZ	Reconstruction	2016		Bâtiment reconstruit, équipé et opérationnel
Ruzizi	CS Makobola	Réhabilitation	2015		Bâtiment réhabilité
Ruzizi	CS Kirungu	Réhabilitation			Bâtiment réhabilité

5.9 Note technique sur la Centrale de Distribution Régionale des Médicaments

Introduction

La DDC, à travers d'un appui au programme GAVI en RDC, vise l'installation (construction, constitution des organes de gestion et mise en route) d'une Centrale de Distribution Régionale (CDR) à Bukavu, avec l'éventualité d'un dépôt satellite à Uvira. Le Document de Projet Abrégé prévisionnel (daté de novembre 2016) décrit l'objectif de l'appui Suisse à GAVI comme suivant : *la population des 34 zones de santé (ZS) du Sud-Kivu bénéficie d'un accès amélioré et équitable à des soins de santé de qualité. Le système de gouvernance et les institutions (publiques et ou privées) du système de santé des ZS visées sont en mesure de répondre durablement aux besoins en santé primaire de la population locale.*

Cet appui est aligné sur le programme PASS, et, selon le Document de Projet Abrégé prévisionnel, l'on utilisera la même théorie de changement, logique d'interventions et les effets attendus. Deux outputs spécifiques seront ajoutés, notamment un output relatif à la gestion de la CDR, et un relatif à la construction de(s) dépôt(s).

La GIZ sera nommée agent fiduciaire et technique pour l'installation de cette CDR du Sud-Kivu, mais le contrat n'est pas encore signé. Le budget disponible est CHF 2 millions pour la période de décembre 2014 à décembre 2018. La première tranche de CHF 1,6 million a déjà été transférée à GAVI fin 2016.

La DDC ayant sollicité l'avis de l'équipe d'évaluation du PASS-III sur cet appui à l'installation d'une CDR au Sud-Kivu, la présente note est produite pour exprimer les réflexions des consultants sur la question.

Le système national

L'objectif du Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (SNAME) est d'assurer que la population ait accès aux médicaments essentiels et intrants médicaux de qualité à un prix abordable. Pour atteindre cet objectif, le SNAME utilise une approche décentralisée pour tous les éléments de la chaîne d'approvisionnement, avec une possibilité de groupement des achats au niveau régional et national. Pour les achats, les Centrales de Distribution Régionales (CDR) peuvent utiliser les services du Bureau de Coordination des Achats (BCAF) à Kinshasa, et l'Association Régionale pour l'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (ASRAMES) à Goma qui achètent les médicaments et consommables médicaux sur le marché international et local par Appels d'Offres. La distribution se fait à travers les CDR opérationnelles dans les différentes provinces du pays directement aux Hôpitaux Généraux de Référence (HGR), et aux Bureaux Centraux de Zones de Santé (BCZS) pour une distribution ultérieure aux Centres de Santé.

Le but principal des CDR est d'assurer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels et intrants médicaux de qualité aux FOSA, via les BCZS. Les CDRs signent une convention avec l'Etat (au niveau provincial) pour la délégation des fonctions de gestion de l'approvisionnement en médicament dans leur région déterminée.

Les CDR ont créé la Fédération des Centrales d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (FEDECAME), en forme d'un asbl, pour faciliter les achats et pour sa représentation auprès du gouvernement national. Depuis 2002, la FEDECAME a signé une convention avec l'Etat congolais pour une mission d'utilité publique, notamment d'assurer l'approvisionnement en médicaments essentiels génériques et intrants médicaux aux FOSA des ZS à travers les CDR, membres de la Fédération, au meilleur prix et dans le respect des normes de qualité.

Le SNAME est financé d'un côté par le système de recouvrement des coûts et de l'autre côté par les financements des partenaires techniques et financiers (PTF). Le Programme National

d'Approvisionnement en Médicaments essentiels (PNAM), sous tutelle de la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) du Ministère de la Santé Publique (MSP), est responsable pour la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du SNAME. Ainsi, la FEDECAME est le prestataire privilégié du PNAM dans la mise en œuvre du SNAME à travers le réseau des CDR.

La situation actuelle

La province du Sud-Kivu ne dispose pas d'une CDR agréée par la FEDECAME.

Aujourd'hui, 3 dépôts à base non-lucratif sont pré-qualifiés par les autorités pour assurer la distribution des médicaments et intrants médicaux dans la province dans le secteur public, il s'agit de :

- **APAMESK** – Cette institution, censée être le point de départ de la mise en place d'une CDR dans la province, était la deuxième CDR du pays, en forme d'asbl, même avant la création de la FEDECAME, le PNAM (et SNAME). Elle était reconnue par les autorités provinciales et nationales comme telle. Cependant, à ce jour, son statut juridique n'est plus clair par le fait que les réunions des Conseils d'Administration ne sont plus tenues depuis des années. Ce statut indéfini met en cause la responsabilité de l'organisation quant à son devoir d'améliorer sérieusement le respect des normes et standards pharmaceutiques.
- **BDOM** – Le dépôt pharmaceutique du BDOM Bukavu qui assure aussi la fonction d'achats, stockage, vente et distribution depuis des années vers, entre autres, les FOSA dans la province a, du reste, peu progressé pendant ces dernières années en ce qui concerne le respect des normes et standards pharmaceutiques et son projet de construction d'un entrepôt. Cependant, sur le plan gestionnaire, l'on note la mise en place d'un logiciel de gestion des médicaments et intrants médicaux, et l'adoption de la nomenclature de FEDECAME/PNAM.
- **DCMP/8^{ème} CEPAC** – Ce dépôt appartenant à la communauté protestante 8^{ème} CEPAC a fait, quant à elle, un progrès considérable en ce qui concerne le respect des normes et standards pharmaceutiques.

Par ailleurs, il faut noter la présence de nombreux autres grossistes pharmaceutiques privés à Bukavu (14 en 2012) qui opèrent avec une licence de fonctionnement, mais dont peu d'entre eux disposent de conditions acceptables pour le stockage des médicaments et intrants médicaux, c.à.d. en conformité avec les bonnes pratiques de stockage et distribution.

Actuellement, les PTF actifs dans le Sud-Kivu utilisent les services des dépôts pré-qualifiés. PSF, le Fonds Mondial (à travers les actuels Bénéficiaires Principaux comme CORDAID, SANRU, MSP), la Banque Mondial (MAP) et tant d'autres ont contracté avec APAMESK pour le stockage et distribution des médicaments et intrants médicaux fournis par leurs projets. Des autres PTF, notamment ceux financés par USAID, ont signés des accords pour le stockage et distribution avec le BDOM et DCMP/8^{ème} CEPAC.

L'histoire de la création de la CDR au Sud Kivu

Au fil des longues années, plusieurs tentatives ont été faites, par les autorités provinciales, et par des PTF pour la mise en place d'une CDR dans la province du Sud-Kivu. Un groupe de travail pour la création d'une CDR a même été constitué et officiellement nommé avec pour objectif la création de la « Centrale d'Achat et de Distribution des Médicaments Essentiel du Sud-Kivu », « CADIMESKI » en abrégé. Selon les normes du PNAM et de la FEDECAME, une CDR doit avoir comme forme juridique, une « Association Sans But Lucratif (asbl) ».

En 2010, la création de la CADIMESKI semblait être proche. Les documents fondamentaux pour cette création étaient élaborés ; un plan d'action, un projet de mise en place d'une centrale d'achat, un projet des statuts 'CADIMESKI' et un projet du règlement d'ordre intérieur ont été produits. Vers les

années 2013, 2014, un terrain a été rendu disponible (cependant sans une documentation légale claire), et une proposition avec piste de financement pour la construction des locaux semblait être en place. Cependant, à ce jour, les activités concrètes pour la mise en œuvre n'ont pu avoir lieu, et même le comité de pilotage (Conseil d'Administration) ne s'est plus réuni depuis 2013.

Pendant la Table ronde Inter-CDR de Mbuji-Mayi (juillet 2016), l'information sur un financement de la DDC pour la création de la CADIMESKI n'a pu être confirmée. A cette époque, il était peu clair qui gérerait la construction, et à qui le dépôt (bâtiment) devait être attribué étant donné que la CADIMESKI n'est pas une entité légale. Début août 2017, l'Inter-CDR a eu lieu à Goma. Les recommandations officielles de cette dernière table-ronde ne mentionnent pas d'activités spécifiques en ce qui concerne la concrétisation de la création de la CADIMESKI.

Même si au cours de cette table ronde, il a été décidé que le PNAM puisse visiter la province de Sud-Kivu pour conduire une évaluation ou une étude concernant la création d'une CDR ; la date de cette visite ni la source de son financement ne sont déterminées. Cette décision prise au cours d'une des séances de débats de la table-ronde n'a pu être incluse dans les recommandations officielles de celle-ci. Cependant, il a été mentionné que la province devrait saisir officiellement le PNAM pour la conduite à tenir en relation avec la création d'une CDR.

Malgré le désir de créer une CDR dans la province de Sud-Kivu exprimé par les autorités gouvernementales et les PTF, et malgré plusieurs efforts de ces mêmes institutions depuis 1997, le progrès pour la réalisation d'une CDR reste très limité.

Il s'avère ce pendant que trois des sept membres intéressés/identifiés¹⁶ pour la création d'une CDR au Sud-Kivu disposent chacun d'un dépôt pharmaceutique et font un effort pour se renforcer et continuent à apporter des améliorations dans leurs opérations. Ces membres, disposant de dépôt de distribution depuis des années, ne semblent plus prêts à se joindre à une CDR, et cette situation fait que la création et la faisabilité d'une CDR au Sud-Kivu devient de moins en moins évidente.

La voie à suivre

Etant donné ce contexte assez complexe (existence de trois dépôts pharmaceutiques à Bukavu se renforçant progressivement, acteurs incapables de se mettre d'accord sur la création d'une CDR, attitude assez ambiguë des PTF, ...) depuis 20 ans, la création d'une CDR ne semble plus être une nécessité.

Par ailleurs, deux établissements d'utilité publique (BDOM et DCMP/8^{ème} CEPAC) semblent être en mesure d'assurer les fonctions d'achat, stockage, vente et de distribution des médicaments essentiels et intrants médicaux pour le secteur public dans la province. Il est, cependant, nécessaire de formaliser les relations entre l'Etat et ces deux dépôts et clarifier les responsabilités de chacune de ces parties impliquées dans l'approvisionnement de la province des FOSA en médicaments et intrants médicaux. Sur base d'un accord entre l'Etat et les deux dépôts, les PTF peuvent soutenir avec des investissements requis, et un appui technique si nécessaire.¹⁷ Il est recommandable d'impliquer le PNAM, comme responsable de la mise en œuvre du SNAME, dans la formalisation des tâches et responsabilités de ces dépôts et l'Etat.

En outre, un plan d'approvisionnement pour toute la province est nécessaire. Il y a un rôle important à jouer pour le régulateur (c.à.d. l'Inspection Provinciale de la Santé), non seulement pour la

¹⁶ i) 5^{ème}CELPA ii) 8^{ème}CEPAC iii) APAMESK iv) BDOM v) CORDAID vi) MSH /SPS et vii) Ministère Provincial de la Santé du Sud Kivu

¹⁷ Plusieurs 'plans d'affaires' avec des besoins en investissements ont été développé par la DCMP/8^{ème} CEPAC et le BDOM.

régulation/l'inspection de ces deux dépôts dans leur rôle d'approvisionner les FOSA dans la province (comme s'ils étaient des CDR), mais également pour la régulation des autres grossistes.

Effectivement le domaine pharmaceutique de la province du Sud-Kivu a besoin d'un renforcement pour qu'il puisse assurer l'approvisionnement, pour la population de toute la province, en médicaments essentielles de qualité. Mais la création d'une CDR semble ne plus être une absolue nécessité ou la solution la plus adéquate et efficace actuellement.

5.10 Analyse profonde sur les Mutuelles de santé (MUSA)

Contexte global de financement de la santé en RDC

Il est important évoquer brièvement le contexte global de financement de la santé en RDC pour une meilleure compréhension et interprétation des résultats qui en découleront.

Selon la revue des dépenses publiques en santé (2014), les dépenses des ménages (représentant près de 40% du budget santé en RDC) s'effectuent à plus de 90% par le biais de paiements directs. Dans un système de paiement à l'acte, les usagers couvrent la totalité des frais de consultations et les médicaments et intrants, à l'exception de quelques ZS qui ont récemment introduit le paiement forfaitaire subventionné. Consultations primaires (13%) et médicaments et intrants (32%) représentent presque la moitié des paiements directs des usagers, le reste (44%) allant principalement aux frais d'hospitalisations (secondaire et tertiaire).

Une telle situation ne peut que justifier la présence de MUSA, comme celles faisant l'objet de cette évaluation, pour un meilleur partage des risques maladies avec les dépenses catastrophiques et appauvrissantes que cela entraîne.

Mais malheureusement, à ce jour, le pays ne dispose pas de système national de partage des risques liés à la santé. Des MUSA sur base volontaire existent et se sont développées mais proposent une couverture qui reste à ce jour très limitée (concernant à peine 2% de la population) (Rapport Adept, 2015).

A cet effet, un système de mutuelles sur affiliation volontaire s'est développé en RDC depuis les années 1980 et fonctionne sous forme de fonds de très petite taille en termes de nombre d'adhérents, fonds gérés, couverture géographique. Les deux réseaux de mutuelles les plus aboutis sont ceux de Bwamanda (depuis 1986) et du Sud Kivu (depuis 1997).

Le premier réseau de mutuelles compte autour de 130,000 affiliés sur base volontaire, et le second comprend autour de 20-30,000 adhérents à travers 16 mutuelles différentes. Le paquet de soins couvert dans les deux réseaux est globalement identique et comprend les soins curatifs délivrés dans les centres de santé et les HGR. Un système de partage des coûts a été instauré dans les deux cas, imposant entre 20 et 50% de co-paiement. La cotisation individuelle s'établit à USD 1,5 à Bwamanda et entre USD 3 et 6 dans le Sud Kivu par an. La prise en charge s'effectue à travers un réseau de structures confessionnelles rattachées directement à l'organisation de la mutuelle. Des premières analyses, il ressort une augmentation de l'utilisation des services parmi les mutualistes, mais un effet limité sur la protection financière (réduction du paiement direct des coûts de soins dans une proportion d'environ 10% sur 5 ans) (Banque Mondiale, 2014).

Un signal fort est parti du niveau national avec la promulgation de la **loi organique n°17/002 du 8 février 2017, déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité** ; en remplacement du Décret du 15 avril 1958 réglementant les associations mutualistes et qui ne correspondait plus à l'évolution institutionnelle que connaît la RDC depuis son accession à l'indépendance.

Histoire des MUSA au Sud-Kivu

Au Sud-Kivu, l'histoire des MUSA a commencé en 1996 sous le leadership du BDOM Bukavu. Depuis ce temps, beaucoup de MUSA ont été créées. L'évolution des MUSA, cependant, a connu beaucoup de défis. La majorité a connu des problèmes de gestion ce qui a causé des problèmes liés à l'insolvabilité des MUSA. En plus, au Sud-Kivu, un nombre de MUSA a utilisé des coopératives financières comme

outils d'épargne et de transaction financière, coopératives qui ont connu des faillites, donc un montant substantiel a été perdu. En général le taux d'adhésion est et demeure très faible.

Dans le mandat de la GIZ et du Swiss-TPH pendant la Phase III du PASS, un volet "appui aux Mutuelles de Santé (MUSA)" et "prise en charge des indigents" a été ajouté. Depuis mai 2017, ces partenaires financent une redynamisation de quelques MUSA dans les 6 ZS d'intervention, suivant la nouvelle loi sur les MUSA promulguée du début de cette année 2017.

Analyse d'évaluation de viabilité des MUSA

En se référant au cadre d'analyse d'évaluation de la viabilité des MUSA proposée par le BIT STEP (2001) ; nous aborderons les MUSA au regard des nombreux facteurs ou déterminants qui influencent la viabilité d'une MUSA, et qui sont classés en quatre niveaux :

1. *Administratif* : évaluation de la qualité du suivi de la mutuelle ; en se référant aux fonctions de gestion et en analysant l'utilisation des principaux outils employés dans ce cadre ;
2. *Technique* : évaluation de la capacité de la mutuelle à maîtriser les risques liés à : la surconsommation, la sélection adverse et la sur-prescription. Elle porte sur la qualité du portefeuille de risques ;
3. *Fonctionnel* : évaluation de la capacité à respecter le principe de base du fonctionnement de la mutuelle, à savoir celle de fournir les prestations en échange des cotisations ;
4. *Financier et économique* : évaluation de la capacité de l'assurance santé à couvrir durablement l'ensemble des charges avec ses ressources.

Une série d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs sera utile pour éclairer chacun des quatre niveaux d'analyse de la viabilité des MUSA.

1 Evaluation de la viabilité administrative

Toutes les fonctions de suivi (adhésions, recouvrement, demandes de prises en charge, surveillance du portefeuille, suivi comptable et suivi financier) sont considérées être d'égale importance pour assurer la viabilité administrative de la MUSA.

Certes, des éléments de la viabilité administrative sont respectés par ces mutuelles tels que la possession d'outils permettant le suivi des adhésions (fiches d'adhésion et/ou registre d'adhésion), des outils spécifiques (fiches de cotisation et/ou registre des paiements des cotisations) permettant de disposer des principales informations sur le montant des droits d'adhésion, le montant des cotisations émises, le montant des cotisations perçues ; des outils pour le suivi des demandes de prise en charge (contrôle des factures des prestataires et leur remboursement et/ou du paiement).

On note toutefois que des aspects importants entachent fortement la viabilité administrative des mutuelles de santé visitées. On peut citer notamment :

- Le non-respect des engagements contractuels en termes de reportages et de paiement des factures des soins ;
- L'absence de documents légaux autorisant le fonctionnement de la mutuelle ;
- L'absence de convention régissant les prestations des mutuelles et des FOSA ;
- Le dysfonctionnement des organes de gestion (AG, COGES, Commission de contrôle) : ces organes ne se réunissent quasi jamais. Les rares de fois qu'ils le font ils ne s'intéressent pas aux problèmes de leur mutuelle ;
- Le personnel insuffisant ne facilite pas la tâche au bureau permanent. Le seul animateur centralise toute la gestion. A ce propos d'ailleurs, certaines mutuelles fonctionnent avec un seul animateur, et d'autres avec deux personnes ; alors que pour les rendre fonctionnelles et leur permettre de bien accomplir leur mission il paraît souhaitable que chaque mutuelle

dispose de deux employés, l'un ayant pour rôle la gestion (financière, administrative, gestion des données) et l'autre l'appui à la gouvernance et à la promotion ;

- L'insuffisance ou la quasi absence des supervisions formatives de la part de la COPMUSA et de Réseau des Mutuelles de Santé Communautaires (REMUSACO) ;
- Les lacunes dans le suivi de l'enregistrement comptable ainsi que dans le suivi budgétaire et de la trésorerie

2 *Evaluation de la viabilité technique*

Les MUSA sont toutes exposées à des conséquences négatives liées à l'exercice du métier d'assureur à savoir, la sélection adverse, la surconsommation et la sur-prescription.

L'évaluation de la viabilité technique porte sur l'analyse de la qualité du portefeuille de risques des MUSA; ce qui revient à apprécier, en particulier, leur degré de maîtrise de ces trois risques inhérents à l'assurance santé ; ou si elles ont pris les mesures adéquates afin de les limiter.

Certes, des MUSA arrivent à suivre certains paramètres qui peuvent influencer la qualité du portefeuille de risques, à savoir : une bonne définition des modalités (modes et types) d'adhésion, l'existence de co-paiements avec un ticket modérateur qui est clairement expliqué aux adhérents, le type de services de santé offerts, la sélection des prestataires, le nombre moyen de bénéficiaires par adhérent cotisant et le respect de l'unité de base d'adhésion.

Mais certains paramètres ne sont pas toujours respectés notamment :

- i. l'existence d'une période probatoire ou de stage de 1 à plusieurs mois (pour éviter que certaines personnes ne s'affilient au moment précis où elles en ont besoin (par exemple l'adhésion en prévision d'un accouchement) et ne se désengagent une fois couvert leur besoin ;
- ii. la référence obligatoire qui revient à obliger les bénéficiaires à consulter un prestataire d'un échelon déterminé avant de pouvoir recourir à un prestataire de l'échelon supérieur ;
- iii. une définition claire des mécanismes de paiement des prestataires (Le paiement à l'acte ? par cas ? par journée d'hospitalisation ? par capitation ou forfait par adhérent ?) ;
- iv. la nécessité d'une rationalisation des prestations pour réduire les abus ou surconsommation des services par les adhérents ;
- v. la nécessité de clarifier la question des co-paiements au risque que les MUSA deviennent des MUSA des indigents (qui sont d'ailleurs sélectionnés de manière très arbitraire : 40 indigents par AS, dont 20 hommes et 20 femmes), mais aussi avec des risques de voir les MUSA confrontées à des difficultés financières qui ont conduit au doublement du co-paiement avec les conséquences d'accessibilité qui en découlent...

Nous saluons l'initiative du REMUSACO qui fédère 23 MUSA et qui a pour mission d'assurer un accompagnement technique des MUSA existantes (supervisions formatives) à travers la Comité d'Appui des Mutuelles de Santé (CAMS), son secrétariat technique. Ses activités, vont de l'assistance dans leur relation avec les FOSA à la promotion, en passant par les fonctions essentielles de l'assurance maladie que sont l'appui à la gestion financière, l'appui à la gouvernance et l'appui à la gestion des adhésions, des prestations y inclut l'intervention des médecins conseils.

Mais cette initiative devrait être mieux structurée pour réduire les risques de lourdeur administrative et d'efficacité car le REMUSACO évolue à côté de la Cellule d'Appui aux MUSA au niveau des ZS (cas d'Uvira), la Coordination de MUSA au niveau de la DPS, le BDOM (pour des MUSA parrainées par celui-ci), la coordination opérationnelle propre à chacune des MUSA,... Une réflexion s'impose pour une

coordination plus efficace et surtout efficient à l'heure où la dynamique nationale est au contrat unique au niveau intermédiaire.

3 *Evaluation de la viabilité fonctionnelle*

Il est important d'évaluer la bonne marche de la MUSA aussi bien au niveau de la collecte des cotisations (capacité à constituer et fidéliser une « clientèle », à travers l'examen de la dynamique d'affiliation, et capacité à recouvrer les cotisations) qu'au niveau des prestations prises en charge (efficacité avec laquelle la MUSA paie les prestataires ou rembourse les adhérents).

A ce niveau, on note de problèmes sérieux de viabilité des MUSA visitées.

En effet, **sur le plan de la dynamique d'affiliation**, toutes les mutuelles, même si leur taux de fidélisation (ou pourcentage d'anciens adhérents qui ont renouvelé leur contrat) est assez bon mais elles présentent des taux faibles pour ce qui est de : leur croissance brute (accroissement de la taille de la MUSA sur une période donnée, en général un an), leur croissance interne (ou évolution du nombre d'adhérents dans les anciennes zones d'implantation de la MUSA), leur croissance externe (ou évolution du nombre de nouveaux adhérents cotisants, originaires de nouvelles zones où la MUSA se propose d'intervenir pour la première fois), leur pénétration (ou rapport entre le nombre total de bénéficiaires de la MUSA et le nombre de personnes constituant le public cible).

A noter qu'une partie de ces problèmes peut s'expliquer par une absence d'une stratégie de développement, de sensibilisation et de suivi des bénéficiaires dans la plupart de ces MUSA.

Sur le plan du recouvrement des cotisations, leur taux de recouvrement (ou rapport entre les cotisations perçues et les cotisations émises) demeure aussi faible.

Il est important de signaler à ce niveau que le coût moyen des prestations couvertes est supérieur à la cotisation des membres adhérents à nos MUSA. A titre d'exemple, avec un taux d'adhésion faible la MUSA d'Uvira a une moyenne de USD 610 par mois pour payer les factures des FOSA, tandis que la facture moyenne des 3 derniers mois est de USD 946.

Enfin sur **le plan délai de remboursement des adhérents et/ou de paiement des prestataires** pour apprécier la situation de liquidité de la MUSA et la bonne marche des procédures de gestion, on note que très souvent le délai séparant la date d'émission des factures par le prestataire ou des demandes de remboursement des adhérents et la date à laquelle le paiement est assez long.

La lourdeur du circuit de traitement et de validation des factures des FOSA entraîne des retards de paiement, mettant en mal les relations FOSA- MUSA. A ce propos, signalons que la plupart des MUSA de la province n'a pas pu respecter leurs engagements de payer les factures des soins dont ont bénéficié leurs membres adhérents au niveau des FOSA. Cette situation a été causée non seulement, comme indiqué précédemment, par le fait que le coût moyen des prestations couvertes est supérieur à la cotisation des membres, à la faillite des quelques coopératives d'épargne qui abritaient les comptes des fonds des mutuelles de santé, mais aussi par la mauvaise gestion des gestionnaires pour certaines mutuelles de santé.

Pour permettre aux mutuelles de regagner la confiance de la population d'une part et des FOSA d'autre part, il est nécessaire d'alléger la situation des dettes substantielles des mutuelles vis-à-vis des MUSA qui parfois refusent de prendre en charge des mutualistes.

Nous saluons l'initiative de paiement des dettes de l'exercice 2016 directement dans les structures après vérification du montant exact dû et décisions éclairées de GIZ et Swiss-TPH sur l'éligibilité et les conditionnalités assorties.

Pour ces partenaires, le remboursement des dettes des MUSA ne dépassera pas un montant total de USD 25.000 et il sera reparti équitablement entre elles, avec comme préalable la signature de convention / contrat entre MUSA et FOSA en insistant sur la rationalisation de la prise en charge des mutualistes et de la gestion.

En contrepartie et conformément aux conventions signées ou à signer avec les structures sanitaires, ces dernières s'engageront à remplir leurs obligations contractuelles suivantes :

- Assurance d'une prise en charge adéquate aux mutualistes ;
- Respect de la tarification négociée avec les MUSA ;
- Participation à la sensibilisation sur les MUSA ;
- Fourniture aux mandataires du PASS, des factures des mutualistes en créance pour l'exercice 2016 ainsi que les listes des personnes soignées.

4 *Evaluation de la viabilité économique et financière*

Les MUSA doivent avoir la capacité à couvrir durablement les charges avec les produits et à faire face aux engagements financiers dans les délais requis.

L'évaluation de la situation financière s'appuie sur les outils de gestion comptable et financière. Elle évalue si la MUSA est solvable, si les cotisations permettent de financer l'activité et si elles sont utilisées essentiellement au paiement des prestations. Deux outils constituent le minimum indispensable pour effectuer une telle évaluation : le CdR et le bilan.

Pour ce qui est de la viabilité financière, les ratios jugés les plus pertinents pour l'apprécier nous montrent ces mutuelles rencontrent de sérieux problèmes de pérennité. En effet, tous ces ratios sont faibles à savoir : le ratio de liquidité immédiate (disponibilité des liquidités avec les dettes exigibles à court terme), le ratio de capitaux propres (capacité de la MUSA à honorer la totalité de ses dettes sans recourir à l'emprunt), le ratio de couverture des charges au taux de réserve (degré d'autonomie financière de la MUSA ou rapport entre réserves comptables et les charges mensuelles en prestations), le ratio des cotisations acquises/charges (pour voir dans quelle mesure le financement de l'activité provient des cotisations), le ratio de sinistralité (ou part des cotisations ayant été utilisée au remboursement ou au paiement des prestations), le ratio de frais de fonctionnement brut (ou part des ressources financières de la MUSA utilisée pour son fonctionnement).

Cette situation peut s'expliquer notamment par les problèmes suivants :

- La gestion comptable et financière est faite de manière non professionnelle, une analyse approfondie de la situation financière n'est pas faite par la mutuelle ;
- L'insuffisance ou la quasi absence des supervisions formatives, surtout pour les aspects de gestion financière de la part de la COPMUSA et de la REMUSACO ;
- Le manque d'implication d'autres partenaires dans la mise en œuvre des activités des MUSA ;
- La fragmentation/multiplication démesurée des MUSA au Sud-Kivu (chaque ZS ayant sa MUSA ou même plus d'une MUSA), d'où beaucoup de MUSA ont été créées et chacune connaît des défis de gestion.

Afin d'éviter que les mutuelles ne tombent plus en faillite, il a été recommandé aux MUSA de veiller à ce que leur planification budgétaire puisse leur permettre d'octroyer les prestations aux adhérents, de couvrir les frais de fonctionnement et de constituer des réserves financières. A cet effet, la clé de répartition proposée au cours de l'atelier de lancement de la redynamisation des MUSA serait respectivement 75%, 15% et 10%.

Pour ce qui est de l'évaluation de la viabilité économique, deux ratios sont pertinents pour l'évaluer, il s'agit du :

- Taux de financement propre (rapport entre les produits propres de la MUSA ou produits avant subvention et les coûts totaux de l'exercice) : qui permet d'apprécier le niveau de dépendance de la MUSA par rapport à des ressources externes
- Ratio des cotisations acquises / (charges + coûts cachés) : pour apprécier si un excédent est possible dans la MUSA afin qu'elle assume seul l'ensemble des charges grâce aux seules cotisations des adhérents.

Ces deux ratios demeurent également faibles et traduisent les lacunes en matière de viabilité économique.

5.11 Analyse de l'efficacité / efficacité du PASS III

GIZ

Le budget a été élaboré suite à l'atelier de planification participative et au recadrage des PAO 2015 de la DPS et des ZS appuyées. Les différentes rubriques de ce budget sont en phase avec la hiérarchie des objectifs et les stratégies d'intervention du cadre logique.

Dans le prodoc, le budget présente les fonds de projet administrés détaillés par trimestre/par semestre et par activité. Par contre, le budget ne donne pas de détails sur les coûts de transaction qui sont assez importants, soit près de 43,4% du budget total (voir tableau ci-dessous). Les détails de ces coûts auraient pu aider à comprendre si une réallocation était possible afin d'augmenter le part consacré aux activités des fonds de projet administrés qui est actuellement de 56,6%.

En 2015, pour les fonds de projets administrés, le budget global pour la période était de CHF 536.445. Au 31 décembre 2015 ont été utilisés CHF 190.837,19, ce qui représente environ 35% du budget prévu. Ceci s'explique par les responsables du programme par le fait que l'approbation du prodoc, avec l'autorisation à effectuer les dépenses budgétisées pour 2015, a eu lieu seulement au cours du mois d'octobre 2015.

En examinant le tableau qui suit l'état d'avancement des activités du programme prévues et planifiées dans le cadre logique jusqu'au 31 décembre 2015 et l'utilisation budgétaire par activité, on constate que de nombreuses activités ont été partiellement ou pas du tout réalisées. Pour certaines d'entre elles seulement, des mesures correctives ont été envisagées mais pas pour d'autres. A titre d'exemple, l'activité « Développer et exécuter un programme de formation / recyclage pour la DPS (SNIS – DHIS 2) » (résultat 3.3) n'a pas été réalisée (budget non utilisé de 11.400 \$) mais la formation DHIS 2 a été financée par GAVI.

En 2016 par contre, pour les fonds de projets administrés, le budget global pour la période était de CHF 1.090.186. Au 31 décembre 2015 ont été utilisés CHF 1.177.142, ce qui représente environ 108% du budget prévu. Selon les responsables du programme, ce dépassement budgétaire annuel s'explique par la mise en œuvre et le paiement d'activités prévues normalement dans la période de démarrage du projet (1 avril 2015 – 31 décembre 2015) mais réalisées au cours de l'année 2016. De plus, le reliquat budgétaire de 2015 de CHF 345.030, a été partiellement rattrapé en 2016 (CHF 86.956).

Ici aussi, l'examen du tableau d'avancement des activités planifiées dans le cadre logique jusqu'au 31 décembre 2016 indique que nombreuses activités ont été partiellement ou pas du tout réalisées. Pour certaines d'entre elles seulement, des mesures correctives ont été envisagées mais pas pour d'autres. A titre d'exemple : l'activité « formation en SGONU pour le personnel soignant des HGR » (Résultat 1.2) n'a pas été réalisée mais en accord avec le PNSR, ce budget (CHF 6.800) a été utilisé au cours du deuxième semestre pour la formation / recyclage des prestataires en CPN et PF.

A noter aussi que la non réalisation de certaines activités dépendait de certains facteurs externes au programme. A titre d'exemple : l'activité « Reproduction ordinogrammes (CS) et protocoles thérapeutiques (HGR) » (Résultat 1.3) a été réalisé pour les ordinogrammes mais non réalisée pour les protocoles thérapeutiques car les versions finales des protocoles thérapeutiques ne sont pas encore disponibles au niveau national (budget CHF 4.000).

Au 31 décembre 2016, les dépenses totales de la phase III étaient estimées à CHF 1.368.557 soit 51% du budget global pour les fonds de projet administrés (CHF 2.689.082) alors qu'un taux d'exécution autour de 60,5% aurait dû approcher. Il aurait été important que la planification des activités envisage

les risques éventuels et que des mesures correctives soient prises pour une meilleure exécution du budget.

Table 11 - Présentation du budget du PASS-III (01 avril 2015 – 31 décembre 2017) - GIZ

Lignes budgétaires	ANNEE 1 (2015)	Taux exécution	ANNEE 2 (2016)	Taux exécution	ANNEE 3 (2017)	TOTAL	%
Coûts de transaction						2.065.563	43,4
Siège social						147.853	3,1
Bureau local						102.788	2,2
Experts pour missions longues						1.085.308	22,8
Experts pour missions courtes						31.884	0,7
Appui local et logistique						634.359	13,3
Fonds de projet administrés						2.689.082	56,6
Effet 1 L'offre de soins est améliorée	119.005		189.310		185.839	494.154	10,4
Effet 2 Le financement est assuré	125.680		207.212		205.960	538.852	11,3
Effet 3 Le leadership est développé	154.760		256.292		247.800	658.852	13,9
Effet 4 La gestion est renforcée	137.000		437.372		422.852	1.029.108	21,6
Total	536.445	190.837,19 (35%)	1.090.186	1.177.142 (108%)	1.062.451	4.754.645	100

Source : GIZ

Swiss-TPH

Le prodoc indique un budget total de CHF 3.301.360 couvrant le budget des prestations de services ainsi que les fonds fiduciaires administrés. Une ventilation de ce budget par catégorie de postes de dépenses figure dans le document du projet (voir tableau ci-dessous). A la lecture de ce tableau il ressort que les coûts administratifs demeurent trop importants (49,8%) et sont presque égaux aux fonds de projet administrés (50,2%). A ce propos, on note par exemple que l'expertise technique long terme a un coût plus important (22,8% du budget) que la majorité des objectifs du programme (voir tableau ci-dessous).

Contrairement à la GIZ dont les rapports prévoyaient un suivi des activités planifiées dans le cadre logique, les rapports de ce partenaire ne fournissent pas assez de précisions à ce sujet. Toutefois, le programme assure le suivi de l'évolution des indicateurs retenus dans un cadre logique pour mesurer l'effet de la composante amélioration de la qualité et la continuité des services de santé. L'analyse des tableaux de suivi réalisés pour les différentes composantes grâce aux indicateurs du DHIS2 Sud Kivu et des BCZS, donne des informations utiles sur l'atteinte des résultats attendus au regard des investissements réalisés.

En 2015, pour les fonds de projets administrés, le budget global pour la période était de CHF 1.189.870. Au 31 décembre 2015 ont été utilisés CHF 757.687, ce qui représente environ 63,7%% du budget prévu.

On a constaté aussi que l'exécution des rubriques relatives aux coûts administratifs est plus faible que celles des coûts des fonds des projets administrés; soit 48% contre 79,2%. Cela se comprend lorsqu'on se rend compte de plusieurs rubriques des coûts administratifs ont été peu ou non exécutées par exemple : le faible backstopping par le personnel du siège, la faible mobilisation de l'expertise court et long terme, l'appui logistique local très limité, etc.

En 2016 par contre, pour les fonds de projets administrés, le budget global pour la période était de CHF 1.073.370. Au 31 décembre 2016 ont été utilisés CHF 765.636, ce qui représente environ 71,3% du budget prévu.

De plus, l'exécution des rubriques relatives aux coûts administratifs est plus élevée que celles des coûts des fonds des projets administrés; soit 87% contre 56,2%. Cela se comprend lorsqu'on se rend compte de plusieurs rubriques des coûts des fonds des projets administrés ont été peu ou non exécutées par exemple : le manque d'approvisionnement médical ni d'achat de médicaments (0% de décaissement-objectif 1 et 2), la non réalisation des travaux de réhabilitation des infrastructures (0%-objectif 2), appui partiel au fonctionnement (objectif 3) et pas de paiement des primes de performance (objectif 4).

Table 12 - Présentation du budget du PASS-III (01 avril 2015 – 31 décembre) - Swiss TPH

Lignes budgétaires	ANNEE 1		ANNEE 2		ANNEE 3	TOTAL prévisions budgétaires	% prévisions budgétaires
	2015	Taux exécution	2016	Taux exécution			
Coûts de transaction						1.644.710	49,8
Siège social	52.170	96,1% (50.128)	52.570	88,7% (46.627,85)	52.570	157.310	4,8
Experts pour missions longues	245.600	49,1% (120.600)	250.350	78,9% (197.440,56)	25.5350	751.300	22,8
Experts pour missions courtes	98.100	6,9% (6.751,72)	67.700	115,7% (78.343,73)	67.700	233.500	7,1
Appui local et logistique	198.200	54,4% (107.896)	157.200	86,8% (136.379,89)	147.200	502.600	15,2
Sous total 1	594.070	48% (285.375,72)	527.820	87% (458.792,03)	522.820		
Fonds de projet administrés						1.656.650	50,2
Effet 1 L'offre de soins est améliorée	317.000	86,2% (273.250,45)	305.000	52,7% (160.777,2)	297.000	919.000	27,8
Effet 2 Le financement est assuré	84.000	64,6% (542.48,75)	75.750	73,5% (55.640,51)	59.500	219.250	6,6
Effet 3 Le leadership est développé	96.000	81,2% (77.930,01)	86.000	52,3% (44.972,2)	82.000	264.000	8,0
Effet 4 La gestion est renforcée	98.800	67,7% (66.882,08)	78.800	57,7% (45.454,24)	76.800	254.400	7,7
Sous total 2	595.800	79,2% (472.311,29)	545.550	56,2% (306.844,15)	515.300		
Total	1.189.870	63,7% (757.687,01)	1.073.370	71,3% (765.636,18)	1.038.120	3.301.360	100

5.12 Documents consultés

Les principaux documents consultés pour l'évaluation sont:

National

- 1) République Démocratique du Congo, Enquête Démographique et de Santé. 2013-2014.
- 2) République Démocratique du Congo, Ministère de la Santé Publique, Plan National de Développement Sanitaire – PNDS, 2016-2020. Mars 2016.
- 3) Stratégie de renforcement du système de santé (SRSS), deuxième édition. Mars 2010.

DPS

- 1) Contrat unique entre le Ministère Provincial de la Santé Publique, les partenaires et la Division Provinciale de la Santé du Sud Kivu. Mai 2017.
- 2) République Démocratique du Congo, Ministère de la Santé Publique, Division Provinciale de la Santé Province du Sud Kivu, Plan de Développement Sanitaire de la Province du Sud Kivu – PNDS, 2016-2020.
- 3) République Démocratique du Congo, Ministère de la Santé Publique, Division Provinciale de la Santé Province du Sud Kivu, Rapport de la revue annuelle 2015. Avril 2016.
- 4) République Démocratique du Congo, Ministère de la Santé Publique, Division Provinciale de la Santé Province du Sud Kivu, Rapport de la revue annuelle 2016. Mars 2017.
- 5) PAO 2015 de la ZS de Kaziba.
- 6) PAO 2016 de la ZS de Kaziba.
- 7) Rapport annuel 2015 de la ZS de Kaziba.
- 8) Rapport annuel 2015 de la ZS de Mwana.
- 9) Rapport annuel 2015 de la ZS de Nyangezi.
- 10) Rapport annuel 2015 de la ZS de Nyantende.
- 11) Rapport annuel 2016 de la ZS de Kaziba.
- 12) Rapport annuel 2016 de la ZS de Mwana.
- 13) Rapport annuel 2016 de la ZS de Nyangezi.
- 14) Rapport annuel 2016 de la ZS de Nyantende.
- 15) PAO 2017 de la ZS de Kaziba.
- 16) PAO 2017 de la ZS de Mwana.
- 17) PAO 2017 de la ZS de Nyangezi.
- 18) PAO 2017 de la ZS de Nyantende.
- 19) Liste des partenaires de la Province du Sud-Kivu
- 20) Cartographie des partenaires technique et financiers u Sud-Kivu
- 21) Cadre national des indicateurs

DDC

- 1) Rapport de l'Evaluation Externe du Programme d'Appui au Système de Santé dans la Province de Kivu-Sud. Septembre 2013.
- 2) Document de Projet Abrégé (provisionnel). RDC, Alliance Globale du Vaccin (GAVI) : Approvisionnement en médicaments. Novembre 2016.

- 3) Contribution agreement between the Government of Switzerland, represented by the Federal Department of Foreign Affairs (FDFA) acting through the Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC) (donor) and The GAVI Alliance (GAV). December 2016.
- 4) Termes de référence, Etape 1, Programme d'Appui au Système de Santé du Sud-Kivu, PASS Sud Kivu, Phase III, Mandat 2, 1.02.2015-31.12.2017. Août 2014.
- 5) Accord entre la Confédération suisse représentée par le Département Fédéral des Affaires Etrangères, agissant par la Direction du Développement et la Coopération (DDC) et la République Démocratique du Congo représentée par le Ministère des Affaires Etrangères et Intégration Régionale relatif au Programme d'Appui au Système de Santé (PASS) dans huit zones de santé de la Province du Sud Kivu, Phase IV (01.01.2018-31.12.2020).

CDR

- 1) Projet de mise en place d'une centrale d'achat et de distribution des médicaments essentiels génériques au Sud-Kivu (CADIMESKI), juillet 2011
- 2) Rapport de mission PMI-EP, chaîne d'approvisionnement Sud-Kivu RDC. Chiel Lijdsman, août 2016.
- 3) Synthèse des recommandations de l'Inter-CDR de Goma 2017.

GIZ

- 1) Mandat d'exécution de projet entre DDC et GIZ concernant le projet : Mandat 2 GIZ – Programme d'Appui au Système de Santé (PASS) Sud Kivu, phase 3. 31 mars 2015.
- 2) Offre technique et financière concernant le Programme d'Appui au Système de Santé (PASS) Sud Kivu, phase 3 (prodoc).
- 3) Rapport Annuel pour la période du 1^{er} avril 2015 au 31 décembre 2015. 29 février 2016.
- 4) Rapport Annuel pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2016. 28 février 2017.
- 5) Rapport financier pour la période 01.04.2015-31.12.2016.
- 6) Plan Opérationnel 2016. 15 novembre 2015.
- 7) Plan Opérationnel 2017. 15 novembre 2016.
- 8) Avenant 2 à la convention de partenariat 2016 entre la Division Provinciale de la Santé du Sud-Kivu et la GIZ, mandataire 2 du Programme d'Appui au Système de Santé Sud Kivu. 19 juin 2017.
- 9) Convention de partenariat entre la Division Provinciale de la Santé du Sud-Kivu et la GIZ, mandataire 2 du Programme d'Appui au Système de Santé Sud Kivu. 22 septembre 2015.
- 10) Convention de partenariat entre la Division Provinciale de la Santé du Sud-Kivu et la GIZ, mandataire 2 du Programme d'Appui au Système de Santé Sud Kivu. 3 février 2016.
- 11) Avenant à la convention de partenariat 2016 entre la Division Provinciale de la Santé du Sud-Kivu et la GIZ, mandataire 2 du Programme d'Appui au Système de Santé Sud Kivu. 19 janvier 2017.
- 12) Convention de partenariat entre le Ministère Provincial de la Santé, du Genre, de la Famille et des Affaires Humanitaires du Sud Kivu et la GIZ, mandataire 2 du Programme d'Appui au Système de Santé du Sud Kivu. 8 février 2016.
- 13) Format Convention de partenariat entre l'Inspection Provinciale de la Santé du Sud Kivu et la GIZ, mandataire 2 du Programme d'Appui au Système de Santé du Sud Kivu.
- 14) Format Contrat de performance – HGR, entre le PASS SK et le HGR.
- 15) Format Contrat de performance – Centre de Santé, entre le PASS SK et le Centre de Santé.

- 16) Format Contrat de performance – ECZS, entre le PASS SK et le ECZS.
- 17) Format de Convention de partenariat entre le PASS Sud Kivu et la Mutuelle de Santé et la Division Provinciale de la Santé.
- 18) Format de Contention de partenariat régissant le fonctionnement des centres des jeunes entre le PASS Sud Kivu et le centre de santé et l'Association.
- 19) Format de Convention de partenariat PASS, MUSA et Associations Locales entre PASS Sud Kivu et la Mutuelle de Santé et l'Association et la Zone de Santé.
- 20) Format de Convention de partenariat pour la prise en charge des indigents entre le PASS Sud Kivu et le Centre de Santé.
- 21) Format de Convention de partenariat REMUSACO entre le PASS Sud Kivu et le REMUSACO et la Division Provinciale de la Santé – Coordination Provinciale des Mutuelles de Santé.
- 22) Format de Convention de partenariat entre la Division Provinciale de la Santé du Sud Kivu et la GIZ, mandataire 2 du Programme d'Appui au Système de Santé du Sud Kivu.
- 23) Evolution de performance ECZS, HGR et CS de Trimestre 3 de 2015 à Trimestre 2 de 2017.
- 24) Grille de performance trimestrielle IPS Sud Kivu (4^{ième} Trimestre 2016).
- 25) Grille de qualité CS.
- 26) Grille de qualité HGR.
- 27) Liste nominative des bénéficiaires des primes PASS 2016.
- 28) Mesures transitoires de prise en charge des indigents en attendant la mise en place d'un Fonds Provincial d'Equité.
- 29) Rapport de l'atelier d'évaluation des activités des adolescents et jeunes dans les centres pour jeunes des Zones de Santé de Nyangezi, Nyantende, Mwana et Kaziba. Mars 2017.
- 30) Rapport mission conjointe d'accompagnement des ECZS dans l'analyse des données DHIS2 du premier trimestre 2016 par le Bureau d'Information Sanitaire de la DPS et PASS GIZ. 9 juin 2016.
- 31) Rapport de mission de suivi et d'état des lieux des mutuelles de santé dans les Zones de Santé de Nyantende, Nyangezi, Kaziba, Mwana et Uvira du 4 au 8 et 12 au 14 novembre 2016. Janvier 2017.
- 32) Rapport de la mission d'évaluation de l'approche expérimentale de recouvrement des médicaments à 100% dans les Zones de Santé appuyées par GIZ PASS au Sud Kivu (Nyangezi, Nyantende, Kaziba et Mwana). Juin 2017.
- 33) Termes de Référence, Rédynamisation et consolidation des mutuelles de santé de Nyangezi, Kamanyola, Kaziba, Mwana, Nyantende, Chai, Uvira, Tushiriki Afya Yetu. Mars 2017.

Swiss- TPH

- 1) Mandat d'exécution de projet entre DDC et Swiss-TPH concernant le projet : Mandat 1 STPH – Programme d'Appui au Système de Santé (PASS) Sud Kivu, phase 3. 23 mars 2015.
- 2) Prodoc – Programme d'Appui au Système de Santé du Sud Kivu, Phase III. 22 janvier 2015.
- 3) Rapport annuel 1^{er} février 2015 – 31 décembre 2014. Draft mars 2016.
- 4) Rapport semestriel 1^{er} janvier 2016 – 30 juin 2016. Version révisée en octobre 2016.
- 5) Rapport Annuel semestriel 1^{er} janvier 2016 – 31 décembre 2016. Février 2017.
- 6) Rapport de contrôle interne – Gestion financière des opérations menées par le bureau Swiss-TPH du Sud Kivu dans le cadre du Projet d'Appui au Système de Santé financé par la Coopération Suisse. 22 novembre 2016.

- 7) Convention de partenariat et de collaboration entre la Zone de Santé d'Uvira, Sud Kivu en RDC et la Coordination du Programme PASS 'Swiss-TPH'.
- 8) PAO 2017 de la ZS de Ruzizi.
- 9) PAO 2017 de la ZS d'Uvira.
- 10) Plan d'
- 11) Rapport synthèse des supervisions et évaluation des activités avec les partenaires, ZS Uvira. Avril 2016.
- 12) Rapport synthèse des supervisions avec les partenaires, ZS Uvira. Février 2017.
- 13) Termes de référence, Suivi de la mise en œuvre des recommandations 2-16 sur les centres de jeunes et centres de santé amis des jeunes – Uvira et Ruzizi.
- 14) Rapport de mission – juin 2017, installation et maintenance d'IMIS. 17 juillet 2017.
- 15) Plan d'activités PASS Sud Kivu Janvier-Décembre 2017.
- 16) Rapport d'évaluation participative des centres jeunes et des centres de santé 'amis des jeunes' au Sud Kivu. 9 septembre 2016.

Autres

- 1) Compte rendu de la réunion CPM. 18 au 19 décembre 2014.
- 2) Procès-verbal de la 7^{ème} réunion ordinaire du Comité Provincial de Pilotage du secteur de la santé (CPP-SS) du Sud Kivu.
- 3) Procès-verbal de la 5^{ème} réunion de la Structure Mixte de Concertation Nationale (SMCN) du Programme d'Appui au Système de Santé (PASS) du Sud-Kivu. 25 mai 2017.
- 4) Rapport sur le monitoring amélioré pour action dans la Division Provinciale de la Santé du Sud Kivu. Juin 2016.