



République Démocratique de Congo

Rapport du 75ème cours FBP (Financement Basé sur la Performance)

du 8 au 20 Octobre 2018
au Centre Catholique Nganda, Kinshasa



Les 60 participants avec le Secrétaire General lors de la clôture du cours FBP

Version Finale 271018

Charlie TCHOMBA
Didier RAMANANA
Pacifique MUSAGALUSHA
Robert SOETERS

CONTENU DU RAPPORT

1. SUMMARY OF THE 75TH PBF COURSE (VERSION FRANÇAISE EN BAS).....	5
1.1 THE ALARMING SITUATION OF THE HEALTH STATUS OF THE POPULATION IN THE DRC.....	5
1.2 THE STRATEGIC CHOICE FOR PBF IN DRC	5
1.3 INCREASING THE CRITICAL MASS OF PBF EXPERTS.....	6
1.4 EVALUATION OF THE 75TH PBF COURSE	6
1.5 COURSE RECOMMENDATIONS	6
2. RESUME DU 75ÈME COURS FBP ET RECOMMANDATIONS.....	8
2.1 LA SITUATION ALARMANTE DU STATUT DE SANTÉ DE LA POPULATION EN RDC.....	8
2.2 CHOIX STRATÉGIQUE POUR LE FBP	8
2.3 AUGMENTER LA MASSE CRITIQUE.....	9
2.4 ÉVALUATION DU 75ÈME COURS FBP	9
2.5 RECOMMANDATIONS DU COURS	9
2.6 RECOMMANDATIONS DES GROUPES SPÉCIFIQUES DU COURS FBP DE KINSHASA.....	13
2.6.1 <i>Cordaid</i>	13
2.6.2 <i>Direction de la Pharmacie et du Médicament</i>	13
2.6.3 <i>Programme National d'approvisionnement en médicaments essentiels</i>	13
2.6.4 <i>Programme National de Nutrition</i>	13
2.6.5 <i>Direction Générale Organisation et Gestion Services et Soins Santé (DGOGSS)</i>	13
2.6.6 <i>Santé Reproductive, Mère, Nouveau-né, l'Enfant et de l'Adolescent</i>	14
2.6.7 <i>Direction de la Protection Sociale</i>	14
2.6.8 <i>Cellule d'Appui et de Gestion Financière (CAGF – FBP)</i>	14
2.6.9 <i>Secrétariat Général : CSU et Bureau du SG / CT et Unité de Contractualisation</i>	14
2.6.10 <i>L'inspection Générale de la Santé</i>	15
2.6.11 <i>Direction d'Enseignement des Sciences de la sante</i>	15
2.6.12 <i>Division du Système National d'Information Sanitaire</i>	15
2.6.13 <i>Direction des Ressources Humaines</i>	15
3. INTRODUCTION DU COURS FBP.....	16
3.1 HISTOIRE DES COURS FBP	16
3.2 OBJECTIFS DU COURS.....	16
3.3 MÉTHODOLOGIE DU COURS.....	16
3.4 LA LISTE DES PARTICIPANTS ET DES FACILITATEURS.....	17
3.5 LES RÉSULTATS DU TEST FINAL.....	18
3.6 ATTENTES ET CRAINTES DES PARTICIPANTS <i>AVANT</i> LE COURS.....	19
3.7 REMARQUES SPÉCIFIQUES DES PARTICIPANTS <i>APRÈS</i> LE COURS.....	19
4. DEROULEMENT DU 75ÈME COURS PBF DE KINSHASA.....	21
5. EVALUATIONS JOURNALIERES PAR LES PARTICIPANTS	26
6. EVALUATION DES PARTICIPANTS À LA FIN DU COURS	29
6.1 PRÉPARATION ET IMPRESSION GÉNÉRALE SUR LE COURS	29
6.2 ASPECTS RELATIFS À LA DURÉE DE LA FORMATION	29
6.3 COMMENT LES PARTICIPANTS APPRÉCIENT L'ORGANISATION DE LA FORMATION	29
6.4 MÉTHODOLOGIE ET CONTENU DU COURS.....	30
6.5 COMMENT LES PARTICIPANTS APPRÉCIENT LA CONDUITE DU COURS ET LA FACILITATION	31
6.6 APPRÉCIATION PAR MODULE.....	31
7. PLANS D'ACTION DES GROUPES DU COURS FBP.....	33
7.1 CORDAID	33
7.1.1 <i>Contexte</i>	33
7.1.2 <i>Analyse du problème</i>	33
7.1.3 <i>Le FBP, le score de faisabilité et les hypothèses fatales</i>	33
7.1.4 <i>Activités prévues</i>	33

7.1.5	<i>Recommandations</i>	34
7.1.6	<i>Plan d'action</i>	34
7.2	DIRECTION DE LA PHARMACIE ET DU MÉDICAMENT	35
7.2.1	<i>Contexte</i>	35
7.2.2	<i>Le secteur pharmaceutique</i>	35
7.2.3	<i>Analyse des problèmes</i>	35
7.2.4	<i>La faible accessibilité financière de la population aux médicaments</i>	36
7.2.5	<i>Recommandations</i>	36
7.2.6	<i>Plan d'action DPM</i>	37
7.3	PROGRAMME NATIONAL D'APPROVISIONNEMENT EN MÉDICAMENTS ESSENTIELS	37
7.3.1	<i>Contexte</i>	37
7.3.2	<i>Analyse détaillée des problèmes</i>	38
7.3.3	<i>Le FBP une solution pour les problèmes du marché pharmaceutique ?</i>	38
7.3.4	<i>Problèmes identifiés pour l'exécution du FBP dans le secteur pharmaceutique</i>	38
7.3.5	<i>Changement de paradigme au niveau du PNAM</i>	38
7.3.6	<i>Recommandations</i>	39
7.3.7	<i>Plan d'action PNAM</i>	39
7.4	PROGRAMME NATIONAL DE NUTRITION	39
7.4.1	<i>Contexte</i>	39
7.4.2	<i>Analyse des problèmes</i>	40
7.4.3	<i>Actions à entreprendre</i>	40
7.4.4	<i>Plan d'actions</i>	40
7.5	DIRECTION GÉNÉRALE ORGANISATION GESTION SERVICES SOINS SANTÉ (DGOSS).....	42
7.5.1	<i>Contexte</i>	42
7.5.2	<i>Analyse des problèmes</i>	42
7.5.3	<i>Le FBP et le score de faisabilité</i>	43
7.5.4	<i>Activités prévues</i>	43
7.5.5	<i>Recommandations</i>	43
7.5.6	<i>Plan d'action</i>	44
7.6	SANTÉ REPRODUCTIVE, MÈRE, NOUVEAU-NÉ, L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT	44
7.6.1	<i>Contexte</i>	44
7.6.2	<i>Analyse des problèmes</i>	45
7.6.3	<i>Score de faisabilité du groupe SRMNEA</i>	45
7.6.4	<i>Activités prévues</i>	46
7.6.5	<i>Plan d'action</i>	47
7.7	DIRECTION DE LA PROTECTION SOCIALE.....	47
7.7.1	<i>Contexte</i>	47
7.7.2	<i>Le premier organe est le Conseil du PNPS</i>	47
7.7.3	<i>Les acteurs</i>	48
7.7.4	<i>Les stratégies Nationaux de Protection Sociale</i>	48
7.7.5	<i>Le deuxième organe est la Direction du PNPS</i>	48
7.7.6	<i>Opérationnalisation du cadre</i>	49
7.7.7	<i>Analyse des problèmes</i>	49
7.7.8	<i>FBP une solution et problèmes selon score de faisabilité</i>	49
7.7.9	<i>Activités proposées</i>	49
7.7.10	<i>Recommandations</i>	50
7.7.11	<i>Plan d'action</i>	50
7.8	CELLULE D'APPUI ET DE GESTION FINANCIÈRE (CAGF – FBP).....	51
7.8.1	<i>Contexte</i>	51
7.8.2	<i>Analyse du problème</i>	51
7.8.3	<i>Est-ce que les problèmes peuvent être résolu avec le PBF? Oui / Non</i>	52
7.8.4	<i>Activités prévues</i>	52
7.8.5	<i>Recommandations</i>	52
7.8.6	<i>Plan d'action</i>	53

7.9	BUREAU DU SECRÉTAIRE GENERAL / CELLULE TECHNIQUE ET CSE	53
7.9.1	<i>Contexte</i>	53
7.9.2	<i>Analyse du problème</i>	53
7.9.3	<i>Le PBF est-il une solution ?</i>	53
7.9.4	<i>Activités Unité de Contractualisation</i>	54
7.9.5	<i>Recommandations</i>	54
7.9.6	<i>Cellule de Suivi et de l'Évaluation / SG</i>	54
7.9.7	<i>Contexte et justification</i>	54
7.9.8	<i>Missions de la CSE -SG</i>	55
7.9.9	<i>Analyse des problèmes</i>	55
7.9.10	<i>Les problèmes, peuvent-ils être résolus par le FBP ?</i>	55
7.9.11	<i>Problèmes identifiés pour la mettre en œuvre du FBP</i>	56
7.9.12	<i>Stratégies</i>	56
7.9.13	<i>Activités prévues pour la CSE</i>	56
7.9.14	<i>Recommandations</i>	57
7.10	L'INSPECTION GÉNÉRALE DE LA SANTE.....	59
7.10.1	<i>Objectifs de l'IGS dans le cadre du FBP</i>	59
7.10.2	<i>Analyse des problèmes</i>	60
7.10.3	<i>Problèmes à résoudre par le FBP et score de faisabilité</i>	61
7.10.4	<i>Activités proposées</i>	61
7.10.5	<i>Rôles et responsabilités des parties prenantes</i>	61
7.10.6	<i>Plan d'action de l'IGS</i>	62
7.10.7	<i>Recommandations</i>	63
7.11	DIRECTION D'ENSEIGNEMENT DES SCIENCES DE LA SANTE	63
7.11.1	<i>Contexte</i>	63
7.11.2	<i>Étude de Faisabilité du Programme FBP</i>	64
7.11.3	<i>Problèmes identifiés</i>	65
7.11.4	<i>Plan d'action</i>	65
7.12	DIRECTION DU SYSTÈME NATIONAL D'INFORMATION SANITAIRE	66
7.12.1	<i>Contexte</i>	66
7.12.2	<i>Analyse des problèmes</i>	66
7.12.3	<i>Étude de faisabilité SNIS</i>	68
7.12.4	<i>Objectifs du programme SNIS</i>	68
7.12.5	<i>Plan d'action</i>	68
7.13	DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES.....	70
7.13.1	<i>Contexte</i>	70
7.13.2	<i>Problèmes identifiés</i>	71
7.13.3	<i>Faisabilité du programme FBP</i>	71
7.13.4	<i>Recommandations</i>	71
7.13.5	<i>Plan d'action (y compris la formation continue)</i>	72

1. SUMMARY of the 75th PBF COURSE (Version Française en bas)

This is the report of the 75th PBF International Course, which took place from 8 to 20 October 2018 in Kinshasa in the Democratic Republic of Congo, bringing together 60 participants from the central level.

1.1 The alarming situation of the health status of the population in the DRC

The Ministry of Health has drawn up the 2016-2020 National Health Development Plan with the objective of Universal Health Coverage and the achievement of the Sustainable Development Goals (2015-2030).

The DRC receives a lot of funding partner for improving the health services, but the results remain poor. The budget of the Ministry of Health, represents only 4% of the state budget, well below the commitment of 15% suggested by the Declaration of Abuja. Maternal mortality is high at 846 deaths per 100,000 live births and is strongly influenced by adolescent mortality related to the complications and consequences of early and unwanted pregnancies. It is further aggravated by the occurrence of pregnancies that are too close together due to the low contraceptive prevalence of 8%. Acute malnutrition in the DRC is 8% among children, chronic malnutrition and stunting is at 43% and vitamin A deficiency is at 61%. There is still no convincing strategy for involving the private sector in the health system. Yet, they represent more than 80% of the health services in the cities such as Kinshasa.

The government and partners until recently have opted for the centralized planning of drugs and other inputs through public monopolies such as the National Drug System and Regional Distribution Centers. Many partners use the Regional Distribution Centers for their inputs or they import them through parallel logistic organizations. As a result, several studies (and confirmed by participants of the Kinshasa PBF course) found multiple and chronic stock-outs of essential drugs and other inputs in health facilities. This also leads to an unregulated pharmaceutical market that endangers the lives of patients. In addition, current national policy centrally affects human resources without knowledge of the real needs, causing the plethora of civil servants in cities and shortages in rural areas. During the last years, partners and the government mobilized billions of dollars, but applied mainly the centralized purchase of inputs such as food supplements, therapeutic foods, mosquito nets, equipment, etc. This instead of investing the funds through strategic purchasing of services directly from health facilities and the community. This has blocked during decades the possibility of creating economic multiplier effects and thereby creating hundreds of thousands of jobs for health workers (who are currently unemployed), by creating opportunities for local businesses (construction, furniture and equipment, agriculture ...), and by stimulating the creation of Congolese industries to provide supplementary food, mosquito nets and other inputs. The centralized input policy could also not solve the problem of poor quality care in health facilities.

1.2 The strategic choice for PBF in DRC

Faced with this alarming situation, the government made a strategic choice in 2016 for the "performance-based financing" reform approach, which has already produced good results, which were published in scientific journals, in pilot projects such as in the province of South Kivu since 2005. There does not seem to be a plan B outside the PBF approach because the existing paradigms have not worked and PBF applies common sense strategies such as the decentralization of the decision-making level to local actors, good governance measures through the separation of functions, the improvements of public-private partnership as well as to break all forms of harmful monopolies in the supply and distribution of inputs.

The National Technical PBF Unit team was selected through a competitive manner based on their profiles and PBF field experiences. The PBF Unit proposed strategies to support the Health Districts affected by the Ebola epidemic in 2018 and started PBF for 3 million inhabitants of Kinshasa through performance contracts mainly with private providers. Up to the end of 2018, around 13 million inhabitants benefit in DRC from the PBF reforms and the government aims to gradually scale up nationwide.

1.3 Increasing the critical mass of PBF experts

To move forward, there is the need to increase the critical mass of PBF experts. Thus, the government decided first to train central level decision makers and professionals. The training began on October 5 and 6 with a two-day workshop for 20 departmental directors from the Ministry of Health. This workshop was followed by a 14-day PBF course, from 8 to 20 October 2018, attended by 60 participants mainly from the central level, including three representatives of the partners and a representative of the Ministry of Labor and Social Protection. Further training is planned for the provincial level and the Contract Development and Verification Agencies in January 2019.

1.4 Evaluation of the 75th PBF course

The impact of the RBF course was reflected in the good quality of the groups' action plans. The average posttest score was 72%. This means a 32% improvement over the pre-test, which scored 40%. Seven participants obtained a distinction for their final test with a score of 87% or more. Facilitation, participation and time keeping were rated as satisfactory by the participants with scores of 93%, 94% and 92%, respectively. On the other hand, the Nganda Training Center was not up to par and there were frequent problems with electricity and the sound system, the water supply was irregular and the quality of the rooms was poor.

The final evaluation of the course by the participants showed that the preparation of the course was good. The course duration was considered OK by 81% and the methodology was good. Yet, time for exercises and discussions was considered too short. In general, the contents of the course were highly appreciated, but the time for the indices management tool exercise and for the health economics module was too short for some participants.

1.5 Course recommendations

1. The PBF subsidies for the health facilities in 2017 were too low at USD 1.08 per person per year. Also, the expenditures for the verification of results at USD 0.53 for the CDV Agencies were too low. It is desirable to increase the subsidies and expenditures towards respectively USD 2-3 per person per year for the health facilities and USD 1 for the verification of results through the CDV Agencies, Provincial Health Directorates, District Health authorities, and the Inspectorates for the counter verification. ;
2. Continue to change the "input" paradigm(which means the centralized purchase of inputs) towards the "output" or "performance" paradigm(which means to contract, verify and pay for results).
3. Inject at least 70% of the government and partner budget lines directly into the decentralized structures (health centers, hospitals, and communities) through performance contracts. This approach is more efficient due to the better knowledge of those working at the grassroots level on their real needs. It also creates economic multiplier effects with economic growth and the creation of the employment.
4. The problems of malnutrition in the DRC are complex and do not only affect young children but also adults, especially pregnant and lactating women. The consequences are that it jeopardizes the future of the country. These problems are related to an inadequate

- supply of nutritional inputs through a. Lack of a nutritional supplement production industry for children; b. Non-integration of nutrition products in the list of essential medicines and c.; Continuation of the monopoly of distribution of inputs and nutrition supplements by the CDRs and parallel partners distribution systems. Thus, we propose : a. Decentralized purchase of nutrition inputs by the health facilities; b. Integrate therapeutic foods into the list of essential medicines; c. Integrate the curative indicators for malnutrition at the primary and hospital level health packages; d. Stimulate the creation of a private industry for the production of therapeutic foods and complementary foods for the feeding of children; e. Stimulate the community capacity for the manufacturing of food from local cereals ;
5. The existence of parallel quality assurance tools within the Ministry of Health such as the quality assessment tools of the integrated quality approach (DQI) and the PBF quality review tool used by the PBF Unit. The harmonization is important to prevent using different tools in the same health facilities and health districts.
 6. Many health facilities provide an incomplete set of activities at the primary and hospital level. In addition, the primary and the hospital level health packages should be reviewed and expanded to cover all key main curative, public health and preventive activities ;
 7. The classical community participation approach has so far mainly focused on voluntary community workers and health committees. The results have been disappointing. Thus, it is necessary to introduce the community PBF approach with incentives for community indicators such as home visits, monitoring of the drop-outs, identification of the vulnerable and malnourished, etc. ;
 8. Institutional setup. The PBF Unit is currently attached to the Directorate of Studies and Planning (DEP). This limits their capacity to coordinate with the other central level directorates and programs. We, therefore, suggest integrating the PBF Unit and the internal Contract Unit inside the cabinet of the Secretary-General. An analysis should still be done on how to operate the Contract Unit and its relationship with the PBF Unit.
 9. Other major recommendations for the institutional set-up are : a. The involvement of the central level and provincial level Inspectorates in the counter-verification of results; b. The establishment of the Health District Validation Committees; c. Introduce the monthly verification of outputs instead of each three months and base the verification team at district level instead of at inter-district or provincial level ;
 10. Establish the exemptions from certain laws that allows applying the PBF best practices such as the promotion of competition for the supply and distribution of medicines ;
 11. The government should explain to partners that the PBF approach is the chosen reform approach and ask them to align with this strategic decision. Partners should support the strategic purchasing of outputs and performance instead of providing inputs ;
 12. The government should transform the classical “input” budget lines into PBF performance budget lines for the purchase of results ;
 13. All Directorates, Cells, Programs or Partners present at the PBF course should share and discuss the main recommendations with their colleagues ;
 14. The government should put into place more equitable mechanisms to improve the distribution of human resources ;
 15. Advocate for the integration of PBF also in other sectors such as education, labor and social welfare, water and sanitation ;
 16. The government should avoid imposing price ceilings on the pretext of responding to social concerns related to the impoverishment of the population ;
 17. Stop the system of health authorities asking money (taxes) from health facilities ;
 18. Address the problems of confidentiality in health facilities, including for young adults.

2. RESUME du 75ème COURS FBP et RECOMMANDATIONS

Voici le rapport du 75ème cours FBP International, qui s'est déroulé du 8 au 20 octobre 2018 à Kinshasa en République Démocratique du Congo, réunissant 60 participants du niveau central.

2.1 La situation alarmante du statut de santé de la population en RDC

Le Ministère de la Santé a élaboré le Plan National Développement Sanitaire 2016 – 2020 avec comme objectif, la Couverture Sanitaire Universelle et l'atteinte des objectifs de Développement Durables (2015-2030).

La RDC reçoit beaucoup de financement dans le domaine de la santé des partenaires, mais les résultats demeurent faibles. En plus, le budget du Ministère de la Santé, a représenté en moyenne 4% du budget de l'État, largement en dessous des engagements de 15% d'Abuja. La mortalité maternelle est élevée avec 846 décès pour 100 000 naissances vivantes et est fortement influencée par celle des adolescentes liée aux complications et conséquences des grossesses précoces et non désirées. Elle est en outre aggravée par la survenue des grossesses trop rapprochées suite à la faible prévalence contraceptive (8%). La malnutrition aiguë en RDC est à 8% des enfants, la malnutrition chronique à 43% et le retard de croissance ainsi que l'avitaminose A à 61%. Il n'existe pas encore une stratégie convaincante pour associer le secteur privé dans le système de santé qui représente dans les grandes villes comme Kinshasa plus de 80% des prestations.

Le gouvernement et les partenaires jusqu'à récemment ont opté pour une planification centralisée des médicaments et d'autres intrants à travers les monopoles publics du Système National de Médicaments et les Centrales de Distribution Régionales. Plusieurs partenaires utilisent les CDR pour la distribution de leurs intrants ou importent les intrants à travers leurs organisations logistiques parallèles. Comme conséquence, plusieurs études (et confirmé par les participants au cours FBP de Kinshasa) ont constaté des ruptures de stocks dans les formations sanitaires ainsi que l'existence d'un marché pharmaceutique non régulé qui met en danger la vie des patients. En plus, la politique nationale affecte d'une manière centralisée les ressources humaines sans connaissance des réels besoins sur terrain, provoquant des pléthores de fonctionnaires dans les villes et des pénuries dans des zones rurales. Les partenaires et le gouvernement a mobilisé des milliards de dollars, mais à travers l'achat centralisé des intrants comme des compléments alimentaires, des aliments thérapeutiques, des moustiquaires, des équipements, etc..., au lieu d'investir l'argent à travers l'achat stratégique dans l'économie locale auprès des formations sanitaires et la communauté. Cela a bloqué, depuis des décennies, la possibilité de créer des effets économiques multiplicateurs et ainsi de créer des centaines de milliers d'emplois pour le personnel de santé (qui sont actuellement en chômage), mais aussi de créer des opportunités pour les entreprises locales (construction, mobiliers et équipements, agricultures ..., de stimuler la création des industries congolaises pour fournir les alimentations supplémentaires, des moustiquaires et d'autres intrants. La politique centralisée et input n'a pas aussi pu résoudre le problème de la mauvaise qualité de soins dans les structures de santé.

2.2 Choix stratégique pour le FBP

Face à cette situation alarmante, le gouvernement a fait un choix stratégique en 2016 pour l'approche de réforme « financement basé sur la performance » qui a eu déjà de bons résultats (publiés dans des revues scientifiques) comme projet pilote entre autres dans la province de Sud Kivu depuis 2005. Il ne semble pas exister un plan B en dehors de l'approche FBP car il

opte clairement pour la décentralisation du niveau de prise de décision, pour la bonne gouvernance à travers la séparation de fonctions, pour un partenariat public-privé amélioré ainsi que pour casser toutes formes des monopoles néfastes dans l'approvisionnement et la distribution des intrants.

La Cellule Technique Nationale FBP a été mise en place avec un équipe sélectionné d'une manière concurrentielle sur base de leurs profils et de leurs expériences du terrain en FBP. Cette CTN-FBP a aussi proposé des stratégies appuyant les Zones de Santé affectées par l'épidémie d'Ebola en 2018 ainsi que le démarrage du FBP pour 3 millions d'habitants de Kinshasa à travers des contrats de performance principalement avec les prestataires privées. Jusqu'à ici, autour de 13 millions d'habitants bénéficient du système de réforme FBP et l'ambition est de mettre progressivement à échelle le FBP en RDC.

2.3 Augmenter la masse critique

Pour avancer, il faut augmenter la masse critique des experts en FBP en RDC et le gouvernement a décidé à former les cadres de niveau central. La formation a commencé le 5 et 6 Octobre avec un atelier de deux jours pour 20 directeurs du Ministère. Cet atelier était suivi par un cours FBP de 14 jours, du 8 au 20 Octobre 2018, assisté par 56 participants principalement du niveau central, dont trois représentants des partenaires et un représentant du Ministère des du Travail et de la Protection Sociale. D'autres formations sont prévues pour le niveau provincial et les EUP en Janvier 2019.

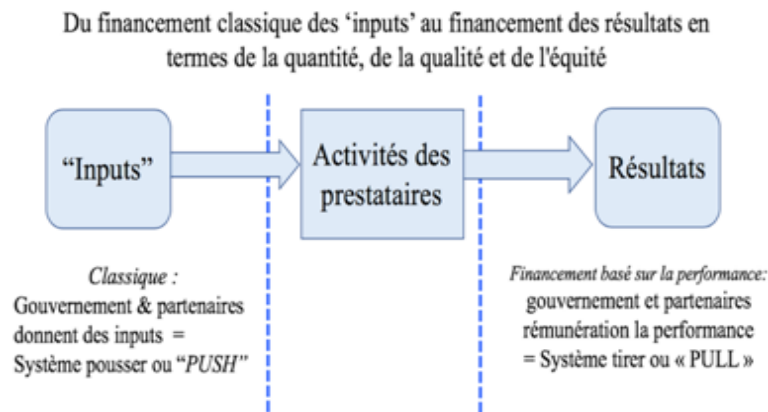
2.4 Évaluation du 75ème cours FBP

L'impact du cours RBF s'est reflété dans la bonne qualité des plans d'action des groupes (voir le présent rapport). Le score moyen de posttest était de 72%. Cela signifie un progrès de 32% par rapport au prétest qui a connu un score de 40%. Sept participants ont obtenu la distinction pour leur test final avec un score de 87% ou plus. La facilitation, la participation et le respect du temps étaient évalué comme satisfaisant par les participants avec des scores de respectivement 93%, 94% et 92%. Par contre, le centre de formation Nganda n'était pas à la hauteur avec plusieurs problèmes de l'électricité et de la système de sonorisation, de l'eau souvent manquant et des chambres de mauvaise qualité.

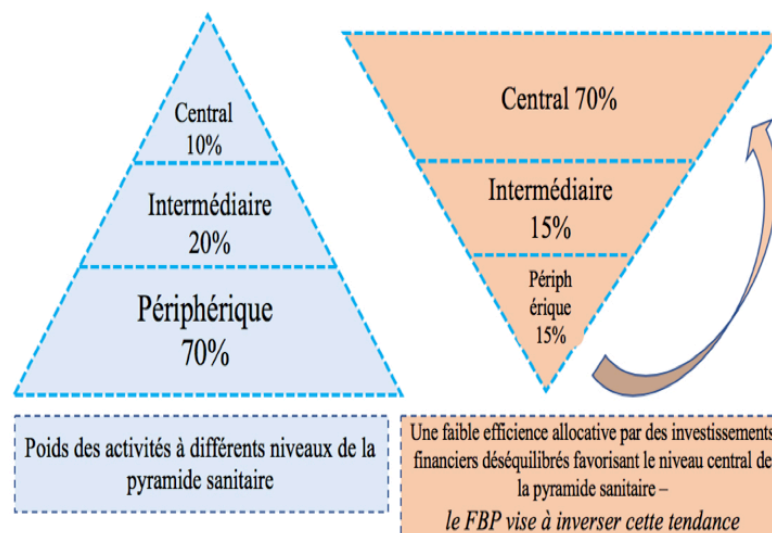
L'évaluation finale du cours par les participants ont démontré que la préparation du cours était bonne, la durée du cours était considérée OK par 81% des répondants, la méthodologie était bonne, mais le temps imparti pour les exercices et les discussions étaient considéré trop court. En général le contenu du cours était apprécié, mais le temps pour l'outil indices et l'économie de santé était considéré trop court pour certains participants.

2.5 Recommandations du cours

1. Le *financement* pour le programme FBP en subsides pour les FOSA en 2017 était encore *trop faible* avec USD 1.08 par personne par an ainsi que les dépenses pour les EUP à USD 0,53. Il est souhaitable de les augmenter vers respectivement USD 2-3 pour les FOSA et vers USD 1 par personne et par an pour la vérification des résultats à travers les EUP, les DPS, les ECZS, les IGS et d'autres directions du niveau central ;
2. Continuer de réaliser le *changement le paradigme « input »* qui signifie l'achat centralisé des intrants *par celui du paradigme « outputs »* ou « performance » ce qui signifie qu'on contractualise, on vérifie et on paie pour des résultats et de la performance déjà réalisés.



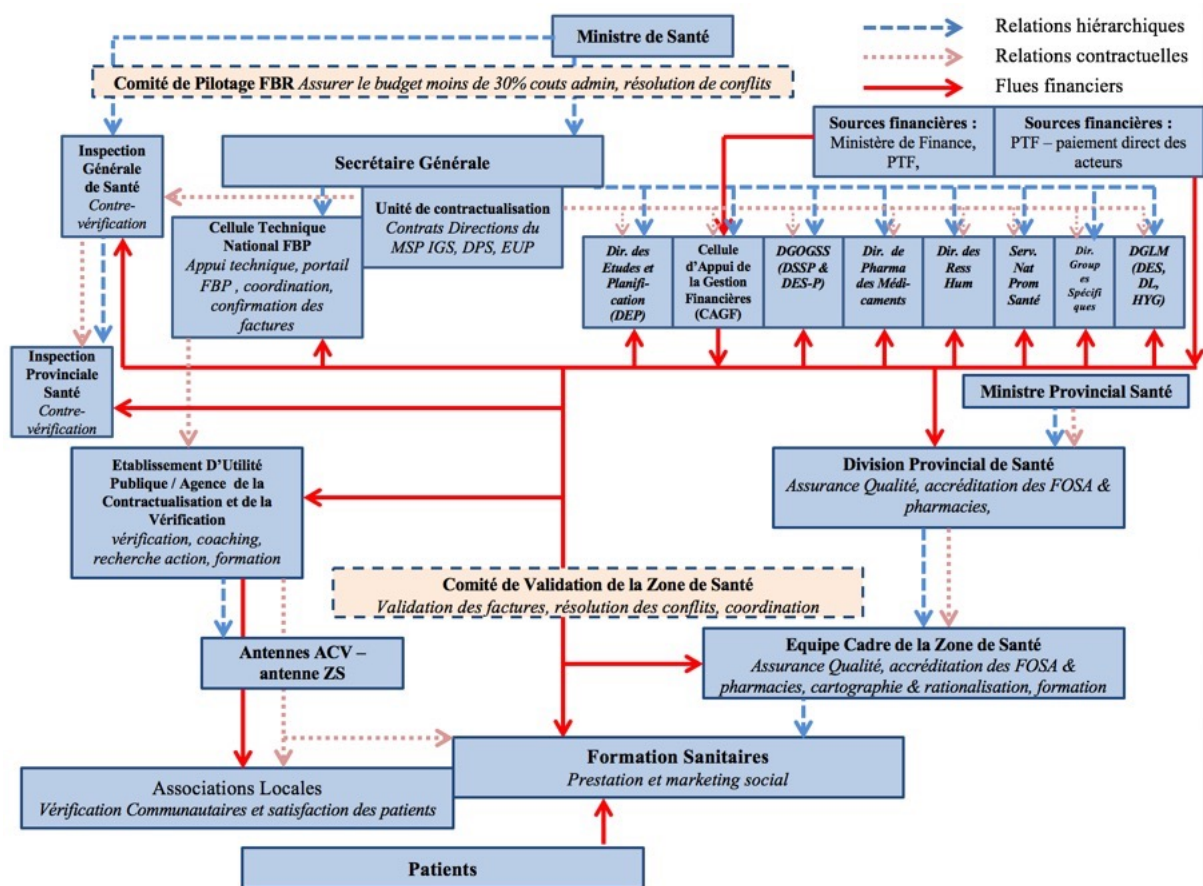
3. Injecter au moins 70% du budget public disponible du gouvernement et des partenaires directement *dans les structures décentralisées* (les CS, les hôpitaux et les communautés). Cette approche est plus efficace à travers la meilleure connaissance des acteurs économiques décentralisés de l'offre de soins sur leurs besoins ainsi que l'importance pour créer des effets économiques multiplicateurs pour la croissance économique et la création de l'emploi dans l'économie locale du pays. Il s'agit d'un changement de paradigme pour inverser la tendance de centraliser les décisions d'allocation des ressources. Il est illustré dans la figure suivante.



4. Les problèmes de malnutrition en RDC sont complexes et n'affectent pas seulement les jeunes enfants, mais aussi les adultes spécialement les femmes enceintes et allaitantes. Les conséquences sont lourdes et hypothèquent l'avenir du pays. Tous ces problèmes sont étroitement liés à un approvisionnement inadéquat en intrants nutritionnels : a. L'absence d'une industrie de production d'aliments de complément nutritionnel pour les enfants de 6-23 mois ; b. La non intégration des produits de nutrition sur la liste des médicaments essentiels et c. ; La continuation du monopole de distribution des intrants et médicaments par les centrales de distribution régionale (CDR).

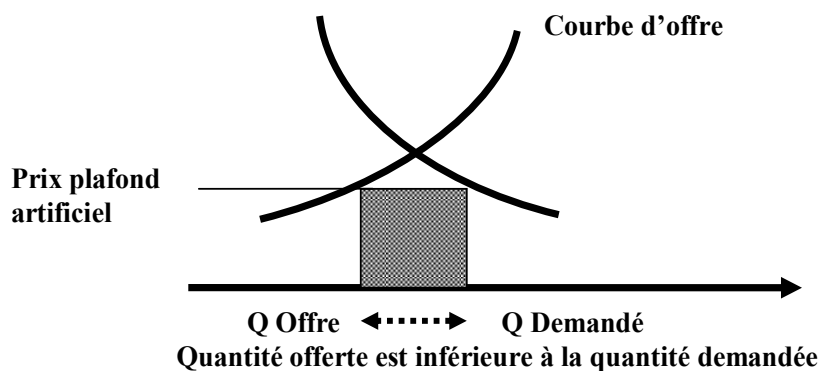
Ainsi nous proposons : a. L'achat décentralisé des intrants de nutrition par les FOSA ; b. L'intégration des aliments thérapeutiques parmi la liste des médicaments essentiels ; c. Intégrer des indicateurs curatifs pour la malnutrition au niveau du PMA et PCA ; d. Création d'une industrie privée de production des aliments thérapeutiques et d'aliments de complément pour l'alimentation complémentaire des enfants et ; Renforcer les capacités de la communauté pour la fabrication composée à partir des céréales locales.

5. Existence de *plusieurs outils d'assurance* qualité au sein du Ministère de la santé : Il sied de souligner la présence des outils d'évaluation de la qualité décrit dans la démarche qualité intégrée (DQI) adoptée par le Ministère de la santé et l'outil de revue de la qualité FBR utilisé par la CTN et PDSS. Ainsi il faut les harmoniser.
6. Existence des structures de santé avec un *plateau technique incomplet* PMA et PCA. En plus, les indicateurs du PMA et PCA devraient être revu et élargi pour couvrir toutes les *activités clés curatives, santé publiques et préventives au niveau primaire et hospitalier*.
7. *Approche communautaire* centrée principalement sur les relais communautaires dans un contexte de volontariat. Ainsi il faut introduire l'approche FBP communautaire à travers des incitations pour des indicateurs comme la Visite à Domicile, suivi des abandons, identification des vulnérables et malnutris, etc. ;
8. *Montage institutionnel*. La CTN est actuellement attachée à la Direction des Études et de la Planification. Cela limite la coordination avec les autres Directions et programmes du niveau central. Il soit mieux de loger la CTN et l'Unité de Contractualisation au cœur du Secrétariat General. Il faut analyser comment établir cette Unité de Contractualisation : soit l'intégrer dans des structures déjà existant comme la Cellule de Suivi et d'Évaluation ou un autre montage institutionnel. Confère au montage ci-dessous. Les autres changements principaux du nouveau montage institutionnel sont : a. l'implication de l'IGS et des IPS comme structure de contre-vérification ; b. l'établissements de Comité de Validation de Zones de Santé ; c. La vérification mensuelle des données output par l'EUP.



9. Réviser et/ou établir des *dérogations* pour certains textes de lois verrouillés en vue d'entre autres favoriser la concurrence dans l'approvisionnement et distribution des médicaments (Responsable : Gouvernement/MSP) ;

10. Signer les contrats de performance entre une unité de contractualisation logée au Secrétariat Général avec les Directions, Cellules et Programme du Ministère ;
11. Que le Gouvernement recommande l'alignement obligatoire de tous les partenaires de la santé derrière l'approche FBP et l'achat stratégique des outputs/performances
12. Que le Gouvernement puisse ouvrir des lignes budgétaires pour appuyer l'approche FBP ;
13. Tous les représentants des Directions, Cellules, Programmes ou Partenaire présent au cours FBP ont proposé de faire une restitution auprès de leurs organisations respectives ;
14. Mettre en place des mécanismes incitatifs pour améliorer la répartition des ressources humaines (équité)
15. Mener un plaidoyer pour l'intégration du PBF dans les autres secteurs : enseignement, travail et prévoyance social, eau et assainissement (Responsable : Gouvernement) ;
16. Éviter d'imposer les prix plafonds sous prétexte de répondre à une préoccupation sociale liée à l'appauvrissement de la population.



17. Intervenir à travers le subventionnement ciblé des prestations pour améliorer l'accessibilité financière aux soins ;

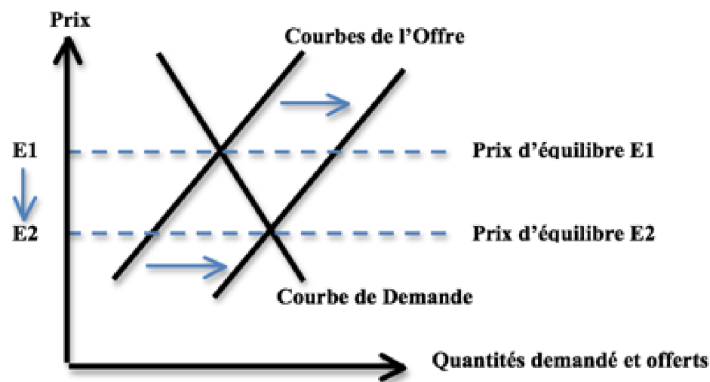


Figure : Pousser la courbe de l'offre vers la droite à travers des subsides "intelligents".

18. Intégrer les aspects de sanction en lien avec les financements ascendants dans le manuel PBF ;
19. La question de confidentialité PF, VIH et SAA sera prise en compte dans tous les documents régaliens.

2.6 Recommandations des groupes spécifiques du cours FBP de Kinshasa

2.6.1 Cordaid

- Intégrer le FBP dans le Programme du FM en transformant les fonds des intrants en subsides de performance pour les structures et les FOSA achèteront au niveau des Grossistes accrédités ;
- Renforcer le Ministère à tous les niveaux (DPM, DPS et ECZS) dans le processus d'accréditation des fournisseurs locaux des médicaments

2.6.2 Direction de la Pharmacie et du Médicament

- L'alignement des PTF dans le FBP en mettant à la disposition de FOSA des subsides pour les activités output et de qualité qui leur permet de s'approvisionner en médicaments auprès des pharmacies accréditées et de les vendre à moindre coût aux patients ;
- Développer un contrat de performance pouvant permettre à la DPM de mieux fonctionner surtout dans les aspects de la régulation et l'accréditation des distributeurs en intrants à travers les DPS et ECZS ;
- Mener un plaidoyer pour la diminution de taxe (actuellement 59%) et frais liés à l'importation des produits pharmaceutiques ;
- Promouvoir l'industrie locale pharmaceutique en réduisant les taxes et impôts ;
- Mettre à jour les textes réglementant les secteurs pharmaceutiques ;
- Sélectionner à tout niveau (DPS et ZS) les structures (en gros comme les EVG et en détails les Officines) pouvant être l'objet d'une certification qui aboutira à une accréditation.

2.6.3 Programme National d'approvisionnement en médicaments essentiels

- Garantir la disponibilité des pharmaciens régaliennes au niveau des provinces et des zones de santé pour assurer la qualité des produits auprès des distributeurs pharmaceutiques ;
- Accréditer les distributeurs en gros de médicaments dans chaque province et centre commercial ;
- Mener le plaidoyer pour la dérogation des textes juridiques et administratifs et réviser les documents techniques pour ouvrir la concurrence et décentraliser des activités de gestion : PNAM ; DPM et DPS et BCZS.
- Intégrer dans le protocole de VAD les éléments liés à la nutrition (PDSS/PRONANUT).

2.6.4 Programme National de Nutrition

- Promouvoir l'achat décentralisé des intrants de nutrition par les FOSA ;
- Intégrer des aliments thérapeutiques parmi la liste des médicaments essentiels ;
- Intégrer les indicateurs curatifs pour la malnutrition ;
- Stimuler la création d'une industrie privée de production des aliments thérapeutiques et d'aliments de complément pour l'alimentation complémentaire des enfants ;
- Élaborer les normes congolaises pour la fabrication des aliments destinés à la prise en charge ;
- Renforcer les capacités de la communauté pour la fabrication composée à partir des céréales locales.

2.6.5 Direction Générale Organisation et Gestion Services et Soins Santé (DGOGSS)

- Intégrer les principes du PBF communautaire dans la stratégie de participation communautaire et assurer la bonne qualité aussi des actions communautaires avec des personnes primés à travers leurs résultats ;

- Intégrer progressivement de toutes les interventions PMA au niveau de CS et du PCA dans leurs activités des HGR.

2.6.6 Santé Reproductive, Mère, Nouveau-né, l'Enfant et de l'Adolescent

- Améliorer le niveau de connaissance et les compétences des adolescents et jeunes sur les problèmes spécifiques de santé.

2.6.7 Direction de la Protection Sociale

- Atteindre une masse critique des personnes formées à l'approche de financement basé sur la performance (FBP) au sein du Programme National d'Appuis à la Protection Sociale.

2.6.8 Cellule d'Appui et de Gestion Financière (CAGF – FBP)

- Vérifier que les procédures de passation des marchés soient adaptées aux exigences de meilleures pratiques FBP qui orientent l'achat des prestations vers les résultats (quantité, qualité et équité).
- Transformer les activités de la CAGF en cadre de performance avec des résultats output et qualité comme par exemple : a. Transfert bancaire réalisé aux bénéficiaires dans le délais ; b. Rapport des dépenses trimestriels écrit et à temps selon les lignes FBP : PMA, PCA, BAQ, ECZS, DPS, EUP, Direction du niveau central ; c. rapport d'audit réalisé au niveau central ainsi que DPS, EUP, ECZS, FOSA et ASLO ; d. Remboursement du budget décaissé avec les financeurs (l'État, partenaires) selon un fonds de roulement.
- Paramétrer le logiciel comptable TOM2PRO pour permettre de suivre le paiement par prestation et par formation sanitaire (Responsable : CAGF)

2.6.9 Secrétariat Général : CSU et Bureau du SG / CT et Unité de Contractualisation

- Établir une Unité de Contractualisation FBP au sein du Secrétariat Général à partir des meilleurs participants du 75ème cours FBP. Cette Unité pourrait être une structure déjà existant dans le Secrétariat General, lié à la CTN-FBP ou une autre modalité. Les experts doivent disposer d'une bonne connaissance en Santé Publique, du FBP, d'une bonne maîtrise des rôles et responsabilités de chaque direction et enfin avoir eu un score de 80% ou plus lors du test final ;
- Afin d'assurer une meilleure transparence et un bon suivi des données de l'Unité de Contractualisation, la base des données de l'Unité de Contractualisation doit être en connexion permanente avec les autres systèmes d'information comme le portail web ;
- Le Secrétaire Général signe le contrat avec l'Inspection Générale de la Santé (IGS), les Directions centrales, les Programmes Spécialisés, les Cellules Techniques du MS ;
- Le processus de passation d'un contrat, réunit les étapes suivantes : a. Préparation ; b. formalisation de la relation contractuelle ; c. Mise en œuvre du contrat ; d. Évaluation trimestrielle des résultats (outputs, qualité) ; e. Paiement à travers un fonds de roulement.
- Les documents constitutifs du contrat : a. Le contrat lui-même ; b. Le Cadre de performance ; c. Le plan business et ; d. Le rapport d'évaluation et la facture.
- Assurer un environnement de travail répondant aux normes à travers des paiements trimestriels pour les résultats réalisés, y inclut pour les BAQ et l'application de l'outil indice. Il sera de la responsabilité de la CSE d'assurer la logistique appropriée comme des matériels informatiques, charroie automobile, équipements et fournitures de bureaux.
- Toutes les activités de l'Unité de Contractualisation seront traduites en indicateurs output et qualité réalisés tels que contrat signé, évaluation réalisé, formation réalisé, BAQ réalisé, l'outil d'indice trimestriel réalisé, etc.

2.6.10 L'inspection Générale de la Sante

- Contractualiser avec l'IGS pour l'achat stratégique de ses activités ;
- Accorder un fonds de démarrage à l'IGS pour réaliser ses activités output et de qualité de contre-vérification à tous les niveaux du système de santé. Cela inclut les BAQ pour améliorer ses conditions de travail ;
- Impliquer les PTFs appuyant l'IGS et ses IPS dans l'approche FBP pour qu'ils s'organisent pour acheter les outputs de qualité ;
- Intégrer les IPS dans le suivi des comités de validation des prestations des zones de santé
- Mettre en place des mécanismes de gestion de dénonciations et des plaintes
- Réaliser des missions mixtes de contre-vérification des évaluations dans dix DPS avec l'ACVE dans les deux trimestres cités (T4/2018 – T1/2019) ;
- Organiser un atelier de renforcement des capacités des Inspecteurs en techniques de contre-vérification et utilisations des outils FBP.

2.6.11 Direction d'Enseignement des Sciences de la sante

- Intégrer les modules FBP dans les curricula de formation des Écoles;
- Vulgariser et diffuser le Guide de formation et former les encadreurs de stages ;
- Créer un cadre de concertation permanente entre terrains de stage (structures de prestations) et les écoles de formation ;
- Organiser l'évaluation et la certificative des apprenants (jury national) ;
- Développer le mécanisme d'accréditation des écoles ;
- Mener une étude en faveur de la résorption dans le système de la santé des finalistes en accoucheuses, assistant en pharmacie, technicien d'assainissement, technicien laboratoire médical, santé mentale.
- Actualiser les documents de politique, normes et directives de mise en œuvre du FBP ;
- Accompagner les DPS/équipes Bureau enseignement dans la mise en œuvre des programmes de formation des apprenants ;
- Actualiser les documents de politique, normes et directives de mise en œuvre du FBP.

2.6.12 Division du Système National d'Information Sanitaire

- Corriger les données dans le DHIS2 et harmoniser avec les données FBP ;
- Procéder à la vérification mensuelle des données des FOSA DHIS 2 et FBP par les vérificateurs des EUP avec la validation au niveau des comité de validation des ZS ;
- Organisation des missions de suivi du cadre normatif du SNIS et de formation pour les DPS, EUP, ECZE et des FOSA sur l'utilisation du DHIS2 ;
- Paramétrage dans le logiciel DHIS2, des aires de santé des structures sanitaires PMA et PCA rationalisées, découpées et déclarées par les ECZ.

2.6.13 Direction des Ressources Humaines

- Réalisation d'un état de lieu des RH dans les structures basé sur la population cible ;
- Production et mise en œuvre des normes et directives de dotation des ressources humaines au niveau des FOSA PMA et PCA, ECZS, DPS ;
- Adapter les textes réglementaires en vigueur en vue d'octroyer un pouvoir réel aux structures en matière de la gestion des ressources humaines ;
- Intégrer la prime de risque dans l'outil indice ;
- Impliquer la DRH dans la mise en application de l'outil indice.

3. INTRODUCTION du COURS FBP

3.1 Histoire des cours FBP

Le premier cours FBP a eu lieu en République Démocratique du Congo en 2007. Ce premier cours et quelques autres cours FBR francophones ont été possibles grâce au financement régulier de Cordaid Pays Bas et la collaboration de plusieurs organisations comme l'AAP Sud Kivu et HDP Rwanda. Plus récemment le BEST-SD de Bénin, le BASP96 de Burkina et le FRPS de Littoral de Cameroun ont organisé entre eux au moins 25 cours FBP. Les cours Anglophones sont devenus possibles avec l'appui de la Banque Mondiale et notamment de Gyuri Fritsche et Godelieve van Heteren. Le premier manuel du cours FBP a été édité en 2009 et est continuellement mis à jour. À ce jour, plus de 2300 participants ont pris part à ces cours et la plupart sont devenus des défenseurs du FBR dans leurs pays.

Le FBR attire l'attention dans le monde entier. Il constitue une bonne voie pour l'atteinte des Objectifs de Développement Durables et la Couverture Sanitaire Universelle. Le FBR s'éloigne des idées traditionnelles existantes du système sanitaire, ce qui entraîne souvent de la résistance à laquelle il faut faire face pour dissiper les inquiétudes. Pour cela ce cours va dans les profondeurs des théories, des pratiques et des instruments.

3.2 Objectifs du cours

*Le cours FBR vise à contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population en offrant aux participants, à travers ses différents modules des stratégies de financement des services de bonne qualité, à coûts accessibles et de la façon la plus équitable possible
.... à travers le libre choix du patient pour les prestataires publics et privés, et l'utilisation rationnelle et efficace des ressources limitées du gouvernement et des ménages, en appliquant les mécanismes du marché.*

Cette dernière partie de l'objectif, rend le FBR différent des paradigmes des Soins de Santé Primaires ou de l'Initiative de Bamako. Les ressources pour atteindre les objectifs sociaux sont *rare*s et c'est pourquoi il est devenu une obligation de les utiliser de la manière la plus efficace et la plus efficiente possible. Cela place les défenseurs du FBR en position d'entrepreneurs sociaux plaidant pour la justice sociale. En effet, l'objectif du FBR en général, et du cours FBR en particulier, est d'apporter la lumière sur ce que l'économie de marché peut améliorer. De ce fait, en cas de défaillances du marché, le FBR indique comment corriger les échecs en appliquant des instruments de marché tels que les subsides, les taxes, les outils réglementaires et le marketing social.

En considérant ce qui précède, le cours a donc les objectifs spécifiques suivants :

1. Atteindre une masse critique des personnes qui adhèrent au FBR, ceci pour assurer le plaidoyer à différents niveaux pour que le FBP remplace les mécanismes traditionnels de financement de la santé et de l'éducation, basés sur les inputs.
2. À la fin de ce cours les participants devraient maîtriser les théories, les meilleures pratiques et les outils afin d'assurer la mise en œuvre du financement basé sur la performance dans la pratique.

3.3 Méthodologie du cours

La méthodologie appliquée était mixte à savoir les exposés-débats. Un accent particulier a été mis sur le fait de poser des questions aux participants auxquelles chacun pouvait répondre par la technologie Turning Point. Le récapitulatif journalier des sessions antérieures permet aux participants de fixer les points clés et essentiels des modules, des débats et des travaux de groupes. On a aussi pendant les derniers cours mis plus d'accent sur le développement des

plans d'action de chaque participant : Qu'est-ce que le participant ou la participante va faire à son retour dans son lieu de travail pour améliorer le système de santé / éducation.

3.4 La liste des participants et des facilitateurs

Le 75ème cours FBR a connu la participation de 59 personnes dont seulement 15 (25,4%) de sexe féminin. Sur l'ensemble des participants, la majorité sont fonctionnaires du Ministère de Santé du niveau central, 3 participants sont des ONG internationales et un représentant du Ministère du Travail et le Protection Sociale. Cinq personnes ont commencé le cours, mais sans le terminer. Parmi eux les deux représentants de l'IGS et le Dr Robert Yao de l'ACV Externe Credes ont présenté une justification d'absence, mais l'expert de passation de marché de CGPMP et le directeur de la Mutuelle n'ont pas justifié leur absence.

	Prénom	Nom Famille	Sexe	Organisation	Profession
1	Déphin	ANTWISI MATATA	m	PDSS	Médecin
2	Agnès	BAKAMBIA MIAKA	f	IGS	Médecin
4	José	BANZOMBWA MAGANGU	m	IGS	Administrateur
3	Désiré	BAPITANI BASUANA	m	DESS / SG	Infirmier
5	Philippe	BUSHABU BEMPE	m	IGS	Économiste
6	Markus	CHANDA KIMPINDE	m	PRONANUT	Nutritionniste
7	Frederick	DJUNGA PAME	m	IGS	MPH
8	Martine	IKALU MUANGALA	f	CSE / SG	Épidémiologiste
9	Bruno	ILUNGA ILUNGA	m	DSFGS/DIO	Administrateur
10	Anaclet	KABAMBA	m	CGPMP	Économiste
11	Mimie	KABANGA KAYEMBE	f	PNSA	Médecin
12	Yakim	KABANGU LUBIKA	m	DSSP	Médecin
13	Celestin - Joseph	KALEKA ILUNGA	m	CAGF	Économiste
14	Dieudonné	KALINDULA YALOCHA	m	Dir Form Cont	Administrateur
15	Daniel	KALONJI KABAKODI	m	DSSP	Informatique
16	Odette	KANGOLA MASANGU	f	IGS	Pharmacien
17	Marie Chantal	KANKOLONGO KAZADI	f	PATHFINDER	Sage-Femme
18	Jean	KAPONGO KALAMBAYI	m	IGS	Infirmier
19	Laurent	KASSA	m	IGS	Infirmier
20	Jules	KATUSI BISELELE	m	CTFBR	Médecin
21	Noella	KAVIRA KASHINDO	f	PNSAdol	Médecin
22	Jean Marie	KAYUMBA LISAMBOLA	m	DGOGSS	Administrateur
23	José	KIALA MAKOLA	f	IGS	Infirmière
24	Emmanuel	KIBAMBE KYA KATEMBO	m	DSSP	Médecin
25	Steve	KIBUNDILA HEMEDI	m	DRH	Économiste
26	Christophe	KINANGA KUSOMBELA	m	PNPS	Chef de Projet
27	Valère	KIPUPA KAYILA	m	PNSR	Administrateur
28	José Baldin	KISESA TANGU BALAK	m	IGS	Administrateur
29	Alphonsine	KISUMBULE OYOMBA	f	DSSP /DGOGSS	Infirmière
30		KOMBA DJEKO	m	IGS	Infirmier
31	John	KUMBA MUBENGA	m	IGS	Inspecteur
32	Marie Thérèse	LUKENGO NGAMBIMBI	f	IGS	Médecin
33	Jean Jacques	MAMBWENE NKOMBO	m	CAGF	Administrateur
34	Fabrice	MAPHASI BAKULU	m	IGS	Pharmacien
35	René	MASUMBUKO SABITI	m	PRONANUT	Administrateur
36	Yori	MATUMONA NGINAMAU	m	D.HYG	Médecin
37	Jacques	MBAYA-ILUNGA KATO	m	Dir RH	Administrateur
38	Thierry	MONGA KAYEMBE	m	DPM	Pharmacien
39	Blaise	MUDEKEREZA MIHIGO	m	CORDAID	Médecin
40	Philomène	MUJINGA	f	DLS/DGLM	Administrateur
41	Nana	MUNYANGA BAKATSI	f	CSE / SG	Médecin
42	Benjamin	MUSHAGALUSA BALIKUBIRHI	m	PATHFINDER	Infirmier
43	Jean	NANGA ILONGO	m	PNAM	Pharmacien

44	Khady	NDIAYE NDEYE	f	PDSS	Médecin
45	Alice	NDJOKA PUNGU-SHEMBO	f	PNSR	Médecin
46	Guy	NDOGALA VENGA	m	PNAM	Administrateur
47	Paul	NGANJAMBE MAKALA	m	DSSP	Médecin
48	Marcel	NGINDU KANKU	m	DESP	Médecin
49	Hugo	NGOY MUKONKOLE	m	CSE / SG	Médecin
50	Bavon	NKAMA TOL'MATA	m	CSE / SG	Médecin
52	Lily	NTUMBA TSHIBOLA	m	CSE / SG	Médecin
51	Fortunat	NTUMBA TSHITOKA	m	CSE / SG	Médecin
53	Patrick	OBEY EMBEY	m	SEGE	Médecin
54	Didier	RAMANANA	m	PDSS	Médecin Econ
55	Nadine	RUBANGO NAMASI	f	DESP / DGOSS	Manager
56	Gustave	SANVUA DAMWAZO	m	DSFGS/DIO	Infirmier
57	Marcel	SHETA MAFUZO	m	DSSP/DGOSS	Médecin
58	Berthe	SIKUYANZA TABENA	f	CT/SG	Médecin
59	Gaston	TSHAPENDA PANDA	m	Dir Surveillance	Médecin
60	Robert	YAO	m	ACVE CREDES	Médecin

Tableau 1 : Liste des participants au 75ème cours FBR

Le cours était animé par Dr Robert SOETERS de SINA Health comme facilitateur principal ; Dr Charlie TCHOMBA Coordinatrice de la CTN FBR, Dr Didier RAMANANA Coordinateur Adjoint du PDSS, M. Pacifique MUSHAGALUSA, Assistant Technique FBP au PDSS ; M. Lourd SHAMASHANGA, Dr Samuel MATETA et Mme Cathy KANKU ont assuré les aspects organisationnels et logistiques du cours.

3.5 Les résultats du test final

Le score moyen des 56 participants qui ont fait le test final était de 72% ce qu'était comparable avec les résultats de tests des deux dernières années. Le score moyen de prétest était de 40% ce que montre un progrès de 32% par rapport au posttest de 72%.

Sept participants ont obtenu une distinction avec des scores de 87% ou plus.

Avec 97%

Dr. Marcel NGINDU KANKU de la DESP

Dr. Didier RAMANANA du PDSS

Avec 93%

Dr. Marcel SHETA MAFUZO de la DSSP /DGOSS Médecin

Avec 90%

Dr. Noella KAVIRA KASHINDO du PNSA

Dr. Emmanuel KIBAMBE KYA KATEMBO de la DSSP

Dr. Christophe KINANGA KUSOMBELA du PNPS Chef de Projet

Avec 87%

M. Jean NANGA ILONGO du PNAM – Pharmacien

Les participants avec des score mérite « mention » de 80% et 83% étaient :

Mme José KIALA MAKOLA de l'IGS

Dr. Alice NDJOKA PUNGU-SHEMBO du PNSR

M. Jacques MBAYA-ILUNGA KATO de la DRH

Dr. Yori MATUMONA NGINAMAU DHYG

Dr. Khady NDIAYE NDEYE du PDSS

Dr Gaston TSHAPENDA PANDA de la Dir de Surveillance

Mme Nadine RUBANGO NAMASI de la DESP / DGOSS

Dr. Odette KANGOLA MASANGU de l'IGS

Dr Fortunat NTUMBA TSHITOKA de la CSE / SG

Dr. Patrick OBEY EMBEY du SEGE

M. Guy NDOGALA VENGA du PNAM

Huit participants ont reçu un certificat de participation.

Scores	Nbr	%	Certificat
87% - 100%	7	13%	Distinction
80% - 83%	11	20%	Mérite - mention
70% - 77%	17	30%	Mérite
57% - 67%	13	23%	Mérite
0% - 53%	8	14%	Participation
TOTAL	56	100%	

Tableau 2 : Répartition des scores pour le posttest en distinction, mérite et participation.

3.6 Attentes et Craintes des participants avant le cours

Attentes

- Élargir mes connaissances et compétences dans l'approche PBF ; 14 x
- Acquérir des capacités nouvelles dans l'accompagnement des FOSA ; 4 x
- Maîtrise du cours et être à mesure de mettre en place et gérer une agence de contractualisation et de la vérification ou de contre-vérification ; 3 x
- Maîtriser les outils d'indices et le plan de business ; 1 x
- Comprendre les limites de performance et les alternatives ; 1 x
- Comment le PBF travaille avec les mutuelles ; 1 x
- Comment organiser le PBF communautaire dans les régions rurales ; 1 x

Craintes :

- Arriver à assimiler la matière car le temps semble court ; 11 x
- Comment appliquer le FBP dans une communauté très pauvre ; 2 x
- Comment assurer la pérennisation de l'approche par les autorités ; 1 x
- L'intolérance aux questions de compréhension par les facilitateurs ; 1 x
- Que les notions d'économie de la santé soient difficiles ; 1 x
- Que les enseignants soient rapides dans leur manière de former ; 1 x
- Accumuler autant de théories sans avoir les moyens de les appliquer ; 1 x

3.7 Remarques spécifiques des participants après le cours

Sur le contenu du cours

- Donner plus de temps pour les discussions et les exercices surtout sur l'économie et l'outil indices ; 8 x
- Mieux montrer le fonctionnement du projet PDSS à travers les EUP, les ASLO, Les FOSA ; 2 x
- Nous remercions l'organisation pour ce cours ; 1 x
- L'approche devrait prendre en compte les avancées du pays en matière de santé communautaire FBP plutôt que de se baser sur les notions d'Alma Ata ; 1 x
- Pour que le FBP s'applique à tous les niveaux, il faut aussi former les haut cadres comme les Ministres, le Cabinet du Président, les députés nationaux, les sénateurs ; 1 x
- Donner à la fin du cours les réponses correctes des questions et des exercices des modules du livre et les slides peut être donné ; 1 x
- Le cours n'a pas disposé les outils pour les activités de contre vérification ; 1 x
- Il serait souhaitable d'élargir la formation à d'autres secteurs ; (ministères d'éducation, du budget et finance) ; 1 x

L'organisation du cours:

- Le cadre Centre Nganda a posé beaucoup des problèmes notamment : les ruptures de l'électricité, l'approvisionnement en eau parfois manquante, environnement (moustiques ; marigots,.... Prière de penser à un autre cadre prochainement comme à KOLA au KONGO CENTRAL, l'hôtel en vrac, Centre Caritas ou Kisantu. 6 x
Commentaire : On propose de faire une analyse des différents centres de formation
- Il serait mieux si tous les participants soient internes 2 x
- Facilitateurs avec dos tourné vers certains participants n'est pas bon ; 1 x
Commentaire : Bien noté, il n'est pas facile d'organiser la salle avec 60 participants
- Nécessité d'équilibre avec le temps de travail pour permettre aux responsables de répondre aux exigences de service. 1 x
Commentaire : Vue l'intensité du cours, il soit difficile de permettre les participants en même temps de continuer leur travail quotidien
- Le transport des participants soit convenable (tenir compte de certains paramètres socio-économiques) 1 x

Sur la durée du cours :

- Formation en 3 semaines soit mieux pour aussi terminer tout le programme comme le costing, et le module sur l'éducation et plus de temps pour la révision et le repos; 3 x
Commentaire : Il soit difficile pour les hauts cadres du ministère de réserver trois semaines pour le cours. En plus, 81% des participants ont pensé que la durée du cours était bonne.
- Former tous les directeurs : Ils doivent comprendre aussi les principes pour une bonne négociation 1 x
- Il faut accorder suffisamment de temps pour l'outil indice pour une bonne maîtrise 1 x
- Revoir un atelier de 5 jours plus au moins en faveur de personnes des services qui vont soutenir l'intégration FBP. 1 x

4. DEROULEMENT du 75ème COURS PBF de Kinshasa

Ce chapitre présente le déroulement du 75ème cours international sur le PBF qui s'est tenu au Centre Nganda de Kinshasa.

Lundi 8 octobre à 08h30 : le cours a débuté par l'accueil des participants en leur remettant le module avant de les installer. L'étape suivante était la remise du pré-questionnaire à tous les participants qui l'ont complété pendant 20 minutes. Ensuite on a procédé à la présentation de l'équipe de facilitation et des participants.

L'explication du programme d'une manière détaillée des modules de la formation. Après présentation des participants, le chef du 75ème village PBF a été élu en la personne de Mr KISESA TANGU José, ses collaborateurs ainsi désignés étaient Martine IKALU (adjointe), Dr Khady TOURE (Bergère), Mme Odette KANGOLA MASANGO (collecteur des taxes), Redynamisation (energizer) : Nadine RUBANGO et Berthe SIKUYANZA. Leurs missions sont définies et le code de bonne conduite était validé et adopté. Ce comité de Sages a été officiellement installé par le doyen de la salle à savoir l'Inspecteur Général à la santé. Après cette étape, les participants ont réalisé le pré-test.

A l'issue de cette introduction, le premier module a porté sur un bref historique sur le PBF, les principaux messages à retenir, les objectifs de ce cours, la méthodologie à utiliser, la comparaison entre le FBP, les SSP et l'initiative de Bamako, le bon sens et les évidences économiques. Ensuite les groupes ont travaillé et restitué leurs réflexions selon le canevas donné qui a porté sur l'efficacité du travail actuel de chaque groupe, les principaux défis, les priorités à améliorer ainsi que les solutions possibles. Ceci en vue de préparer le plan d'action de chaque groupe.

Le deuxième module qui a porté sur *un exemple simple* d'un programme FBP et définition du FBP, la terminologie FBP, RBF, contractualisation, achat stratégique, le Montage Institutionnel et les sujets de changement a clôturé la séance des présentations.

Il est important de savoir que le FBP met une hiérarchie sur la qualité des services offerts, ensuite l'efficacité et enfin l'équité au cas où les ressources sont disponibles. Notons cependant que les prestataires ne peuvent pas être tenu responsable de chercher les fonds pour assurer l'équité.

La fin de cette première journée a été ponctuée par son évaluation selon les critères suivants : la méthodologie, la participation, l'organisation, le respect du temps et l'élection du meilleur participant. Ceci a été répété tout au long du cours.

La journée s'est clôturée à 16h30 comme tous les jours et à partir de 17h30 l'équipe des facilitateurs s'est réunie avec les groupes de travail selon les services concernés afin d'échanger sur leurs plans de travail. Ces réunions ont été organisées chaque soir jusqu'à 21 heures.

Mardi 9 octobre à 8h30 : le deuxième jour de formation, a débuté par la présentation du récapitulatif de la journée précédente. Après quelques amendements apportés sur le fonds et la forme le rapport a été adopté par l'ensemble des participants. Le module 3 a ensuite été présenté portant sur le module 3 *meilleures pratiques et les instruments équité FBP* qui a développé les sujets de changement, les meilleures pratiques, l'équité pour atteindre la couverture sanitaire universelle en insistant sur les six instruments de l'équité. Il a été suivi par la présentation du module 4 sur les *Théories FBP* qui a relevé les messages clés suivants :

- La microéconomie, l'économie de la santé et l'analyse des systèmes stimule toute la décentralisation du pouvoir aux périphériques de la demande et de l'offre
- L'analyse du système est développée pour résoudre des problèmes complexes

- L'analyse des systèmes fait que le problème complexe soit décomposé en composants plus petites gérables par des entités spécialisées autonomes
- La théorie du choix publics décrit le comportement des acteurs en général et des fonctionnaires en particulier en proposant comment influencer le comportement pour que l'intérêt individuel puisse contribuer à l'intérêt public
- Le choix public propose des incitations positives et négatives et il faut éviter les incitations perverses
- Le FBP commence souvent par des contrats relationnels lorsque les événements sont difficiles à prévoir pour passer ensuite, au contrat classique après la phase pilote
- Les deux options pour améliorer la performance des institutions publiques sont celle d'appliquer les techniques de gestion du secteur privé dans les structures publiques et celle de la privatisation totale

La journée a été clôturée par l'évaluation de la journée et le meilleur participant a été élu. Dans la soirée, des séances de travail ont été réalisées avec les groupes de travail.

Mercredi 10 octobre à 8h30, les travaux ont commencé par la lecture et l'amendement de la synthèse des travaux de la 2ème journée, de manière TAPIS comme à l'accoutumée. Le module 5 a été parcouru sur *la micro-économie et l'économie de la santé*. **La microéconomie** où les notions telles les lois de l'offre et de la demande, le prix, un bien, la libéralisation du marché et la suppression du monopole, comment influencer les prix, ont été détaillées. Enfin **l'introduction de l'économie de santé**.

- Parmi les messages relevés au cours de l'économie, il a été noté que dans le cas où le gouvernement crée un prix inférieur au prix d'équilibre (plafond) ou supérieur au prix d'équilibre (plancher) il y aura une pénurie ou une pléthore qui déséquilibre le marché. Cela peut créer des pratiques du marché noir, la mauvaise qualité des services.
- Le marché des soins de santé a des éléments de concurrence parfaite et contient aussi des éléments d'un marché à concurrence imparfaite, soit des échecs de marché qui sont : les *biens publics, les externalités, le risqué moral et l'asymétrie d'information*
- Il est également important dans le secteur de la santé de réaliser des économies d'échelle pour plus d'efficacité ainsi que des économies de portée en offrant le plus de services possibles au profit des populations

La journée a été clôturée par son évaluation et l'élection du meilleur participant et l'évaluation de la journée ont clôturé cette session. Comme programmé, les séances de travail sur les plans de travail des groupes ont été réalisées dans la soirée.

Jeudi 11 octobre à 8h30 : le récapitulatif de la journée précédente a été présenté et amendé. Ensuite on a procédé à la révision de quelques messages clés économiques et notamment :

- Explication de la pyramide par rapport l'efficience allocative : favoriser des investissements financiers et décisionnel au niveau opérationnel de la pyramide sanitaire.
- La main invisible d'Adam Smith qui frappe quand l'état fixe des prix plafonds et / ou des prix planchers ;
- Les facteurs qui influencent la demande : le revenu disponible, le prix du produit de substitution, la croissance démographique, le prix du bien concerné et le goût préférence.
- Les échecs du marché : le risque moral, l'asymétrie de l'information, externalité positive et négative, défaillance du marché sur les assurances et le sous-utilisation de bien publique.
- Citer les trois types d'efficience : efficience allocative, efficience technique et efficience administrative.

- Les échanges ont également porté sur la capacitation du personnel qui se fait par deux méthodes à savoir, le recrutement du personnel déjà formé et la formation continue.
- S'en est suivie une discussion sur le rôle des agents communautaires qui devraient de plus en plus être qualifiés et sur la répartition du personnel formé entre le milieu rural et milieu urbain qui peut être équilibrée à partir des subsides et de l'équité.

Un comité chargé de noter chaque jour les grandes recommandations de l'atelier qui seront lu le dernier jour a été formé. Il était composé de : Mme Chantal KANKOLONGO, Dr Charlie TCHOMBA, Dr Berthe SIKUYANZA, Mr Désiré BAPITANI, Dr Agnès BAKAMBIA, M. Emmanuel KIBAMBE, Dr Yakim KABANGU et Dr Alice NDJOKA.

On a continué avec le module 6 *régulation*. Le régulateur a pour rôles de : promouvoir la politique nationale de santé, assurer un financement adéquat, encourager les effets multiplicateurs économiques, promouvoir la compétition entre les prestataires et recherche de la collaboration, instituer une compétition équitable, développer et renforcer la législation nationale de travail, cartographier les structures et les distributeurs en unités opérationnelles, informer le public et renforcer la voix de la population.

Il faut appliquer la même logique pour les autres structures (régulateurs, directions, EUP) que les Fosa. On paye d'abord la quantité, ensuite un bonus de qualité et enfin un bonus d'équité pour les régions éloignées.

Le rôle du Comité de pilotage FBP est d'assurer la coordination générale de tous les acteurs, valider les budgets et s'assurer que 70% du budget va aux prestataires, gérer les conflits, assurer une bonne efficacité allocative et appuyer la Cellule Technique FBP dans son plaidoyer pour le FBP. Le rôle des régulateurs à différents niveaux du système de santé dans le FBP a été bien précisé et éclairé. De même, les mécanismes de calcul de bonus qualité a été bien expliqué.

Le module 7 a parlé du rôle des ACV ou EUP provinciales qui consiste à : négocier et signer les contrats, de vérifier mensuellement les résultats quantitatifs, d'organiser trimestriellement la vérification communautaire, de faire le coaching sur les outils FBP, d'organiser la formation des Fosa, de participer aux réunions du Comité de validation, saisir les données sur le portail FBP, produire le rapport trimestriel et conduire la recherche-action.

La journée s'est clôturée par la séance d'évaluation quotidienne suivi de l'élection du meilleur participant du jour

Dans la soirée, des séances de travail avec les groupes sur leurs plans ont été réalisées avec les facilitateurs

Vendredi 12 octobre à 8h30 : cette journée a commencé par la présentation des rapports des récapitulatifs de la journée précédente.

La présentation par le Dr Michel Mavudi sur le contrat unique a été intégrée dans le programme du jour et a été réalisée par l'expert santé de la Banque mondiale en RDC. Ensuite le facilitateur principal a fait un feedback sur l'évolution des séances réalisées avec les groupes sur leurs plans de travail. Il s'en est suivie la suite du module sur les ACV qui a été clôturé.

Les travaux de terrain ont été réalisés ce jour. Après la présentation des termes de référence des travaux de terrain par le facilitateur suivi de la constitution des groupes de 4 à 5 personnes. Ces derniers ont visité les structures de santé afin de collecter des informations suivant un questionnaire remis.

Ainsi les participants ont visité douze structures dont : BCZ Binza météo, CS et maternité Binza météo, Centre hospitalier la Borne, Centre hospitalier Kinkenda, Centre hospitalier Shalom, Centre hospitalier Kasavubu, BCZS Kintambo, HGR de Kintambo, CS Kimia, CSR CBCO, CS Lubudi et Polyclinique Obed.

Les groupes ont restitué les informations spécifiques collectées dans les structures. Il a été constaté que certains BCZS continue à bénéficier d'un financement ascendant provenant des FOSA, ce qui va à l'encontre des normes du Ministère et de la logique FBP. Le ratio personnel qualifié et habitants reste hors normes suite à une forte densité de la population mais aussi l'existence de plusieurs structures dans une aire de santé. La majorité de personnel ont exprimé la volonté de développer le FBP après explication des participants. Un constat presque généralisé de l'absence de la séparation des fonctions de la régulation, de l'autonomie de gestion...

L'évaluation de la journée a sanctionné la fin de la séance.

Samedi 13 octobre : la journée a débuté par la présentation du rapport de la journée précédente on est revenu sur la notion de monopole dans le cas des médicaments, de même que des éclaircissements ont été apportés sur la différence entre contrats principal et secondaire. La suite des travaux a consisté en la présentation des modules sur **l'évaluation communautaire-marketing social** puis la **faisabilité d'un programme PBF et hypothèses fatales**. Il a été demandé à chaque groupe de faire l'analyse de faisabilité du PBF appliqué ou en train d'être implémenté dans leurs structures respectives, puis ressortir les hypothèses fatales et les mesures correctrices ou recommandations. Il a ensuite été question de préparer un jeu de rôle de plaider pour la résolution du problème crucial. La journée s'est terminée par son évaluation par les participants. L'après-midi était libre.

Dimanche 14 octobre, était libre et les organisateurs du cours ont conduit une excursion au Parc Botanique de Kisantu dans la province du Kongo central et ensemble ont terminé la visite par un repas partagé dans la convivialité. 32 personnes (facilitateurs et participants) ont participé à l'excursion. Cette journée fut mémorable.

Lundi 15 Octobre à 8h30 : a débuté par la présentation du rapport synthèse des journées de Samedi et de Dimanche. Puis s'en est suivie la restitution des travaux de groupe sur le module 9 « scan de faisabilité d'un projet PBF, les hypothèses fatales et le plaidoyer ». Les groupes ont présenté leurs travaux (résultat de l'analyse et jeu de rôle), il en ressort des hypothèses fatales récurrentes : le manque d'autonomie des prestataires, le monopole dans la gestion du médicament, l'existence des subventions en nature (input) dans les FOSA publiques, le non-respect de la séparation des fonctions.

L'après-midi a été consacré aux présentations des modules sur « les techniques de **gestion des conflits** ». Pour appliquer le FBR ça nécessite de changer les idées, les compétences, et les attitudes de ceux qui doivent mettre en œuvre le PBF et cela peut être à l'origine des conflits. D'où l'importance de bien négocier et savoir gérer les conflits. Les travaux ont été clôturés par l'évaluation de la journée ainsi que l'élection du meilleur participant.

Mardi 16 octobre a commencé par la lecture du rapport de la journée précédente et son amendement. La journée a continué par le module : Résolution des conflits et négociation. Il est important de bien analyser la situation et parfois réfléchir au-delà de nos limites pour trouver des solutions qui conviennent.

Nous avons poursuivi avec le module 12 sur « *les indicateurs outputs* ». Enfin, le module 11 sur *l'Étude de Base* avant le démarrage du programme du PBF a été abordé en montrant l'importance de réaliser une étude de base avant tout démarrage d'un programme, afin

d'identifier des problèmes de la population concernant les services de santé, la qualité des soins et les aspects d'équité et de définir des objectifs ainsi que leur contexte et l'élaboration des indicateurs quantitatifs et qualitatifs ainsi que les cibles.

Avant l'évaluation de la journée, un exercice sur le calcul des indicateurs a été donné aux différents groupes repartis en 7.

L'évaluation de la journée ainsi que l'élection du meilleur participant ont clôturé la journée.

Mercredi 17 octobre : Les travaux ont débuté par la lecture du récapitulatif des travaux du neuvième jour, suivie des amendements y afférents. S'en est suivi la finalisation des travaux en groupe sur les indicateurs outputs ainsi que la restitution en plénière des résultats des travaux en groupes. La journée a continué avec la présentation du module 13 sur les outils de gestion de la boîte noire : *le Business plan*. A l'issue de ce module et en guise d'exercice, tous les groupes de travail ont été invité à travailler sur leurs plans de travail sur base des orientations reçues, ces derniers seront présentés le lendemain.

Avant l'évaluation de la journée, l'organisation a informé les participants de la clôture officielle de l'atelier ce vendredi 19 Octobre 2018 à 15 heures tenant compte de la disponibilité du Secrétaire General. Tous les responsables des structures représentées sont invités à y participer. A ce sujet, il a été demandé aux participants d'informer leurs Chefs. L'évaluation de la journée ainsi que l'élection du meilleur participant ont clôturé la journée.

Jedi 18 octobre : La journée a débuté à 8h30 par la présentation du récapitulatif de la journée du mercredi ; s'en est suivi la présentation des plans d'action des différents groupes qui ont reçus le feedback des facilitateurs afin d'améliorer leur travail. Ensuite nous avons échangé sur le module 14 « *Outils Indices* » qui a fait l'objet de beaucoup d'échanges qui permettront de capitaliser cet outil à différents niveaux du système de santé y compris les cadres du niveau central. Les travaux en groupes sur l'outil indice ont été donnés aux participants pour y travailler le soir et la journée s'est ainsi clôturée par l'évaluation et l'élection du meilleur participant.

Vendredi 19 octobre : La journée a commencé par la récapitulation de la journée précédente suivi d'un résumé global du cours qui a été fait par le facilitateur principal afin d'aider les participants à mieux retenir les messages clés. Ensuite on a procédé à la restitution du travail en groupe sur l'outil indice. Les participants ont évalué le cours et l'ensemble de l'organisation. Le chapitre 13 sur Costing prévu d'être présenté dans l'après-midi à la demande de certains n'a pas pu être fait suite aux cérémonies de clôture officielle de la formation. En effet, la clôture de la formation est survenue à 15 heures et a commencé par la présentation au secrétaire général des principales recommandations issues du cours. Juste après, le secrétaire général a prononcé le mot de clôture du cours en insistant sur la nécessité de capitaliser les notions apprises pour le bien du système de santé du pays. Les participants sont rentrés tôt pour se consacrer à la révision individuelle pour la préparation du posttest.

Samedi 20 octobre à 8h30 s'est déroulé l'examen basé sur le test des connaissances des participants au Cours International sur le PBF.

La remise solennelle des diplômes a été la dernière articulation de cette journée. Les participants se sont séparés autour d'un repas et cocktail. Les participants et facilitateurs ont terminé le cours dans la Boîte de Nuit Tour Eiffel pour se détresser car les deux semaines fut intense. Ainsi nous nous sommes quittés avec beaucoup de déterminations pour travailler dur et faire avancer le PBF dans nos régions respectives pour le bien de nos communautés.

5. EVALUATIONS JOURNALIERES PAR LES PARTICIPANTS

Chaque jour, les participants évaluaient le déroulement de la journée selon quatre critères à savoir : (1) la facilitation et la méthodologie ; (2) la participation ; (3) l’organisation ; (4) le respect du temps.

Les évaluations journalières de la formation ont connu un score moyen de 82%. Cela est de 3,2 point supérieur à la moyenne des 42 cours précédents francophones et de 1 point inférieur à la moyenne des 23 cours anglophones précédents. Les critères « facilitation », « participation » et « respect du temps » étaient supérieurs aux cours précédents francophones avec respectivement 8%, 12% et 16%. L’organisation était inférieure par rapport aux cours précédents avec -23%.

Tableau 3 : Les scores moyens des évaluations journalières basées sur 4 critères.

Évaluations journalières pendant 10 jours par les participants	Cours Anglophones (23x)	Cours Francophones (42x)	Kinshasa Octobre 2018	Comparaison Kinshasa Octobre 2018 - Cours Francophones précédents
Méthodologie et facilitation	87,4%	84,7%	92,7%	8,0%
Participation	87,5%	82,1%	93,7%	11,6%
Organisation	86,2%	73,0%	49,8%	-23,2%
Respect du temps	72,6%	75,4%	91,8%	16,4%
Score total	83%	79%	82%	3,2%

L’aspect de la **facilitation & méthodologie** a été évalué en moyenne à 92,7% comme étant « très satisfait ». Cela est un score supérieur de 8% points par rapport aux 42 cours francophones précédents qui ont accusé un score moyen de 84,7%. Ce score de facilitation est satisfaisant et aussi 5% supérieur par rapport aux cours anglophones.

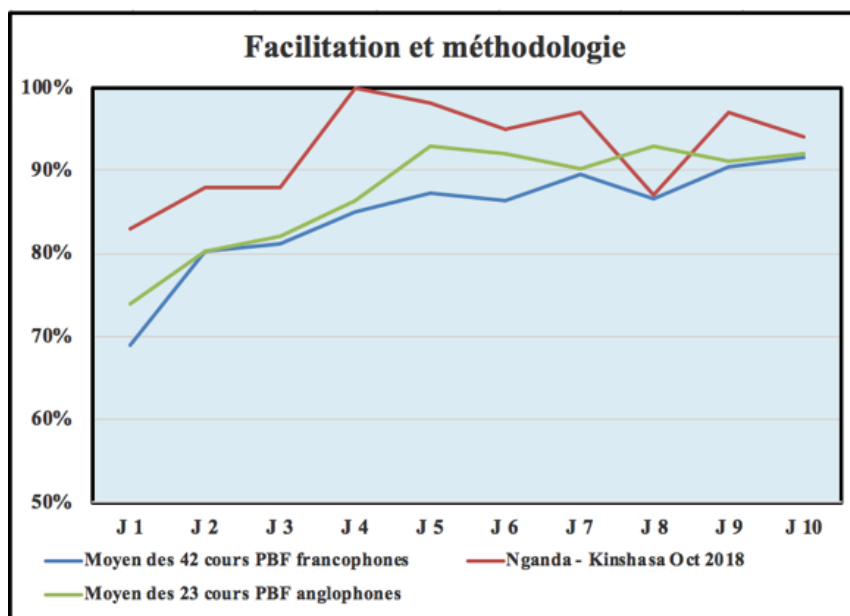


Figure 1 : Évolution de l’évaluation journalière des participants : *facilitation & méthodologie*

La participation a été évaluée en moyenne à 93,7% pour tous les jours ; ce qui est 12% *supérieur* par rapport à la moyenne des 42 cours francophones précédents qui ont connu un score moyen de 82,1% (et 6% supérieur par rapport au cours anglophones). La satisfaction avec la participation des participants était stable pendant le cours. Ce score est satisfaisant.

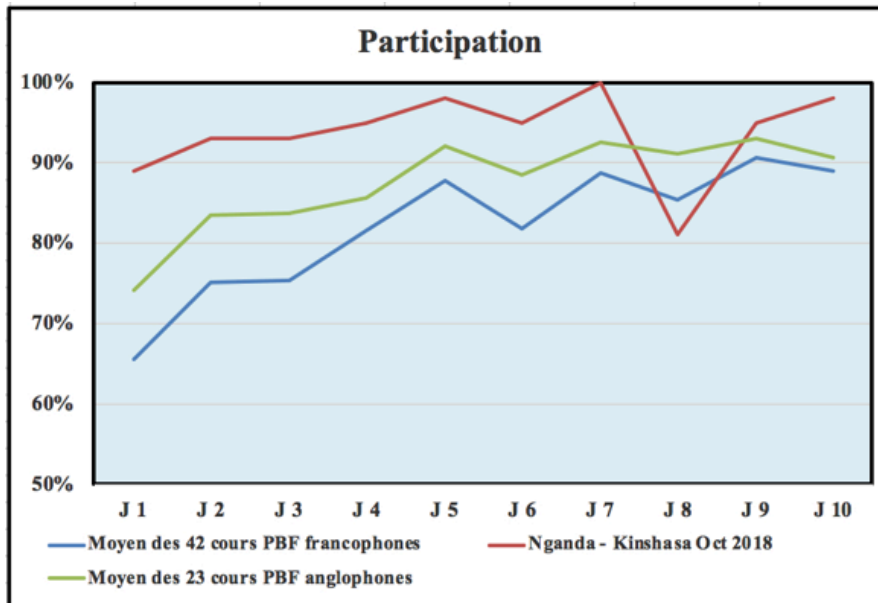


Figure 2 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *participation*.

L'organisation du cours était évaluée en moyenne à seulement **49.8%** « très satisfait » ce qui est de 23% inférieurs aux 42 cours francophones précédents avec une moyenne de 73% et 36% inférieurs aux cours anglophones avec une moyenne de 86%. Ce score est un des pires scores des 75 cours FBR depuis 2007. Cette évaluation était le résultat du mauvais hébergement dans le Centre Catholique Nganda, des multiples problèmes de la sonorisation et des fréquentes coupures d'électricité, et parfois de la nourriture monotone.

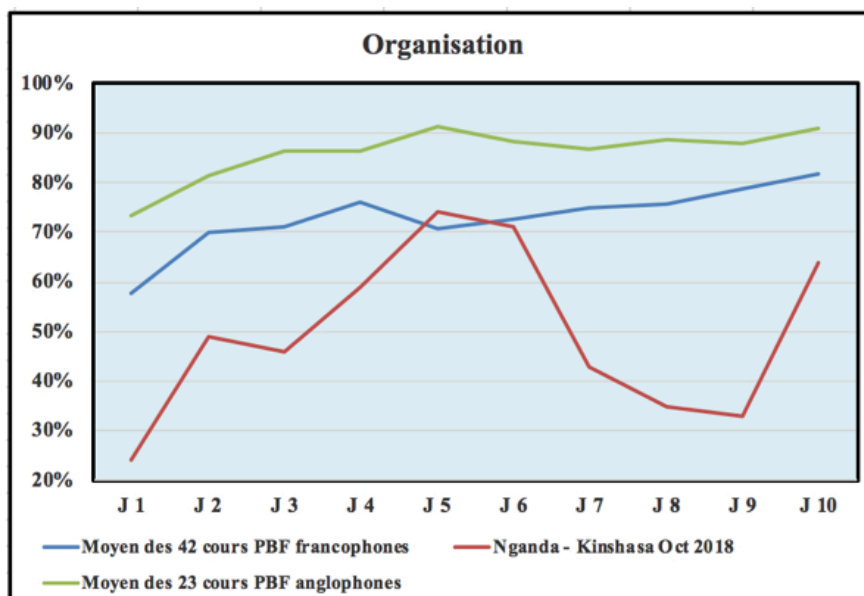


Figure 3 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *organisation*.

Le respect du temps a été évalué en moyenne à 91,8% « très satisfait » ce qui est un score supérieur de 16 points par rapport à la moyenne des autres cours francophones, qui avaient un score moyen de 75,4% et un score supérieur de 19 points par rapport à la moyenne des cours anglophones.

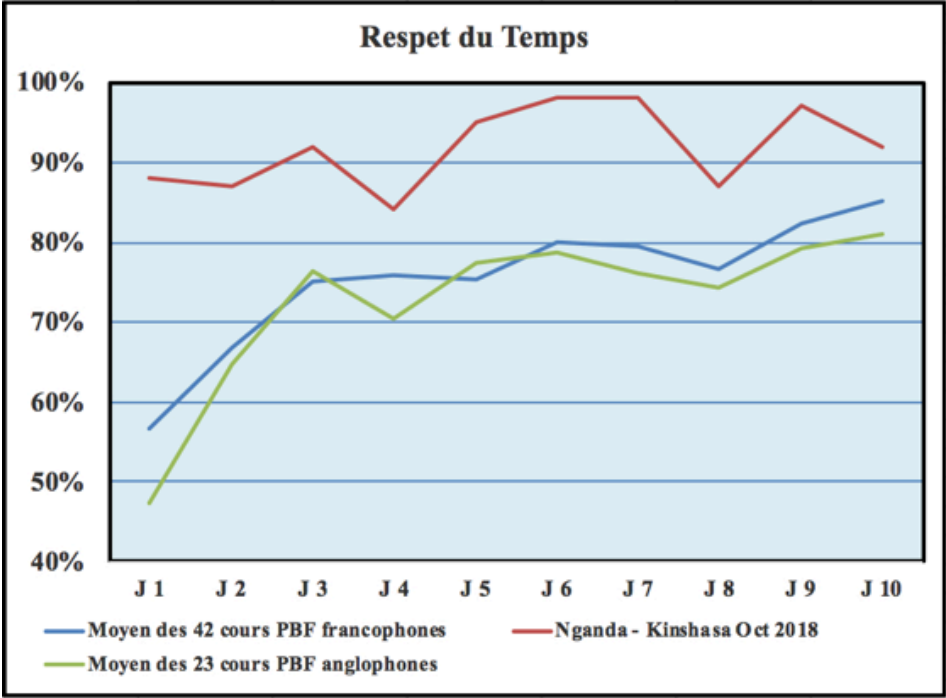


Figure 4 : Évolution de l'évaluation journalière des participants : *Respect du temps*.

6. EVALUATION DES PARTICIPANTS À LA FIN DU COURS

Le vendredi 19 Octobre 2018, 53 participants au cours ont réalisé une évaluation finale du cours à l'aide d'un questionnaire final de sorte qu'on a obtenu des impressions et suggestions d'amélioration.

6.1 Préparation et impression générale sur le cours

Les impressions sur la préparation au cours par les participants étaient les suivantes :

- La question « *J'ai été suffisamment informé des objectifs du séminaire* » a été évaluée à 100% (c'est-à-dire 13 points supérieur par rapport à la moyenne des autres cours FBR francophones et 15 points supérieurs par rapport aux cours anglophones).
- La question « *Le programme a répondu à mes attentes* » a été évaluée à 92% (8 points supérieurs par rapport à la moyenne des autres cours FBR francophones et anglophones).
- La question « *Les objectifs du séminaire sont en relation avec mes activités professionnelles* » a été évaluée à 93% (c'est-à-dire 4 points supérieurs à la moyenne des cours FBR francophones précédents).

Tableau 4 : Impression des participants sur la préparation du cours FBR.

Préparation	Les 39 cours PBF francophones précédents	Les 24 cours PBF anglophones précédents	Cours PBF Kinshasa Oct 2018	Comparaison Kinshasa Oct. 2018 / 39 cours PBF Francophones précédents
Q1: J'ai été suffisamment informé des objectifs du cours	87%	78%	100%	13%
Q2. Le programme a répondu à mes attentes	84%	85%	92%	8%
Q3. Les objectifs du cours sont en relation avec mes activités professionnelles	89%	89%	93%	4%
Ensemble	86,9%	84,1%	95,0%	8,1%

6.2 Aspects relatifs à la durée de la formation

81% des participants trouvent que la durée de la formation était appropriée, et 14% ont dit que la durée du cours était trop courte. Deux participants (5%) ont dit que la durée du cours était longue.

Tableau 5 : Appréciation des participants sur la durée du cours FBR.

Durée du cours	Les 39 cours PBF francophones précédents	Les 24 cours PBF anglophones précédents	Cours PBF Kinshasa, Oct. 2018	Comparaison Kinshasa Oct. 2018 / 39 cours PBF Francophones précédents
Trop court	33%	23%	14%	-19%
Bon	61%	64%	81%	20%
Trop longue	6%	12%	5%	-1%

6.3 Comment les participants apprécient l'organisation de la formation

- Sur l'ensemble de six questions concernant l'organisation, le score était de 63% en moyenne ce qui est de 7 points inférieurs aux cours francophones précédents avec 70% et de 14 points inférieurs aux cours anglophones précédents avec 77%.
- La distribution du matériel pédagogique a été évaluée à 91% ; ce qui est de 12 points supérieurs à la moyenne des cours francophones précédents avec un score moyen de 79%.
- La salle de formation a obtenu un score de 53%. Ce score est de 13 points inférieurs par rapport aux autres cours francophones.

- Le milieu du centre de conférence de *Centre Catholique Nganda* où s'est déroulé le cours a été évalué avec **12%**. Ce score est de 47 points inférieurs aux cours précédents.
- Les participants ont bien évalué *l'accueil par les facilitateurs et l'Hôtel* à 88%. Cela était de 7 points inférieurs par rapport aux autres cours francophones et de 10 points inférieurs par rapport aux cours anglophones.
- La *restauration* a obtenu un score de 50% qui est de 12 points inférieur aux autres cours FBR francophones qui ont eu une moyenne de 62%.
- La qualité du *transport* a été évaluée à 88% ce qui est de 23 points supérieurs à la moyenne des autres cours francophones de 65%.

Tableau 6 : Appréciation des participants sur l'organisation de la formation.

Comment évaluez-vous l'organisation de la formation?	Les 41 cours PBF francophones précédents	Les 24 cours PBF anglophones précédents	Cours PBF Kinshasa, Oct 2018	Comparaison Kinshasa Oct. 2018 / 41 cours PBF Francophones précédents
Qualité et distribution matériel éducatif	79%	88%	91%	12%
La salle de conférence	66%	67%	53%	-13%
Centre d'accueil (Nganda)	59%	74%	12%	-47%
Comment avez-vous été reçu et convivialité des facilitateurs	88%	91%	81%	-7%
Aliments et boissons, y compris pauses café	62%	60%	50%	-12%
Transport	65%	80%	88%	23%
Moyenne	70%	77%	63%	-7%

6.4 Méthodologie et contenu du cours

- La méthodologie et contenu du cours étaient évalués sur 5 indicateurs avec un score moyen de 85%. Cela est de 3 points supérieurs aux cours francophones précédents.
- La question « *Le contenu des modules FBR m'a aidé à atteindre mes objectifs* » a été évaluée à 77% (6 points inférieurs à la moyenne des autres cours FBP francophones).
- La question « *Est ce que la méthodologie du cours était bonne* » a été évaluée à 89% qui est 6 points supérieurs par rapport aux 41 cours français précédents.
- La question « *Est-ce que l'équilibre entre les cours et les exercices était bonne* » a été évaluée à 66% (de 4 points inférieurs à la moyenne des autres cours FBP francophones).
- La question « *Est ce que l'interaction et les échanges dans les groupes de travail était bonne* » a été évaluée à 98% (de 9 point supérieurs à la moyenne des autres cours FBP francophones).
- La question « *Est ce que les méthodes de travail adoptées au cours ont stimulé ma participation active* » a été évaluée à 95% (10 points supérieurs à la moyenne des autres cours FBP francophones).

Tableau 7 : Appréciation des participants sur la méthodologie et le contenu du cours.

Méthodologie et contenu du cours	Les 41 cours PBF francophones précédents	Les 24 cours PBF anglophones précédents	Cours PBF Kinshasa, Oct 2018	Comparaison Kinshasa Oct 2018 / 41 cours PBF Francophones précédents
Le contenu des modules PBF m'a aidé à atteindre mes objectifs	83%	90%	77%	-6%
La méthodologie du cours	83%	87%	89%	6%
L'équilibre entre les cours et les exercices	70%	78%	66%	-4%
Interaction et les échanges dans les groupes de travail	89%	91%	98%	9%
Les méthodes de travail adoptées au cours ont stimulé ma participation active	85%	90%	95%	10%
Moyenne	82%	87%	85%	3%

6.5 Comment les participants apprécient la conduite du cours et la facilitation

- Concernant la facilitation, 97% des participants ont donné le score très satisfait pour *l'esprit ouvert des facilitateurs* ; ce qui est supérieur de 17 points aux scores des autres cours francophones et 23% supérieurs aux cours anglophones.
- 48% des participants ont pensé que le temps pour les *travaux des groupes* était suffisant ce qui est de 15 points inférieurs aux autres cours FBP francophones et de 29 points inférieurs aux autres cours FBP anglophones.
- Une proportion de 76% des participants a dit qu'ils étaient très satisfaits du *temps imparti pour les discussions* ; ce qui est égal aux autres cours francophones.

Tableau 8 : Exécution du programme et facilitation.

Les aspects liés à l'exécution du programme et la facilitation	Les 41 cours PBF francophones précédents	Les 24 cours PBF anglophones précédents	Cours PBF Kinshasa, Oct. 2018	Comparaison Kinshasa Oct. 2018 / 41 cours PBF Francophones précédents
Les animateurs avaient l'esprit ouvert à des contributions et critiques	80%	74%	97%	17%
Le temps alloué au travail de groupe était adéquate	63%	77%	48%	-15%
Le temps des discussions est adéquat	76%	82%	76%	0%
Moyenne	73%	77%	74%	1%

6.6 Appréciation par module

Concernant la satisfaction par module, le tableau suivant montre qu'il y avait un score moyen de 85,8% qui était de 3 points supérieurs par rapport aux cours francophones (82.8%). Les modules moindres évalués étaient l'outil indices (62%) et la micro-économie et économie de santé (68%).

Tableau 9: Appréciation des participants concernant les modules du cours FBR.

Appréciation des Modules	Les 41 cours PBF francophones précédents	Les 24 cours PBF anglophones précédents	Cours PBF Kinshasa, Oct. 2018	Comparaison Kinshasa Oct. 2018 / 41 cours PBF Francophones précédents
Pourquoi le PBF & Qu'est-ce que est le PBF? Mod 1 & 2	93%	93%	98%	5%
Les notions de micro-économie et l'économie de la santé	64%	83%	68%	4%
Théories PBF, meilleures pratiques, bonne gouvernance et décentralisation	85%	92%	100%	15%
Enquête de recherche de base - évaluation, le processus d'analyse	77%	79%	76%	-1%
Les indicateurs des outputs dans une intervention PBF	87%	89%	93%	6%
Agence de Contractualisation & Vérification (ACV), la collecte des données	86%	89%	86%	0%
Régulateur - assurance de la qualité	82%	93%	95%	13%
Techniques de négociation et de résolution des conflits	88%	90%	91%	3%
Boîte noire : Plan de Business	85%	89%	90%	5%
Boîte noire : Outil Indices: recettes - dépenses - les primes de performance	79%	81%	62%	-17%
Renforcer la Voix de la Population et le marketing social	80%	88%	84%	4%
Faisabilité program PBF, les hypothèses fatales et le plaidoyer	87%	90%	86%	-1%
Élaboration d'un projet PBF - costing	NA	NA	NA	
Moyenne pour 13 modules	82,8%	88,0%	85,8%	3%

7. PLANS d'ACTION des GROUPES du COURS FBP

7.1 Cordaid

7.1.1 Contexte

C'est depuis 10 ans que le Fonds Mondial appuie la RDC dans la lutte contre les 3 maladies : le paludisme, la tuberculose et le VIH SIDA. Au cours des Grants précédents l'approche de financement était basée sur le push selon le mode « Inputs ». Le Fonds Mondial finance la RDC en passant par le CCM-RDC. Ce dernier recrute les PR (Principaux Récipiendaires) et ceux-ci à leurs tours sélectionnent des SR (Sous Récipiendaires) chargés de la mise en œuvre des programmes au niveau des DPS, des ZS et des FOSA. Depuis les deux derniers grants (SSF et NMF1), il y a eu introduction progressive d'une forme de PBF appelée cadre de redevabilité (Cas des ZS, CDR ...). Le SR est considéré comme une ACV (Agence de Contractualisation et de Vérification) et un Agent payeur en même temps ce qui entrave les principes du FBP qui prônent la séparation des fonctions. Pour la gestion de tous les intrants du programme, le PR contractualise avec les dépôts primaires ainsi que les CDR au niveau des Provinces.

Concernant le secteur de l'éducation, CORDAID est gestionnaire d'un programme PAQUE « Projet d'Amélioration de la Qualité de l'Enseignement en RDC » qui devra aussi appliquer l'approche PBF dans sa mise en œuvre.

7.1.2 Analyse du problème

Ayant suivi le cours international sur l'Approche PBF, nous pensons qu'il y a lieu de renforcer et d'affiner la mise en œuvre du FBP dans le financement du FM en RDC. L'approche actuelle n'est pas alignée par le biais de la Cellule Technique National PBF, d'où la nécessité d'harmoniser l'approche avec la CTN /PBF du MSP.

En plus, il existe la centralisation de la gestion des intrants : L'achat par le PPM, le stockage au niveau des CDR et la gestion des intrants au niveau des FOSA sous forme de dotation exposent les formations sanitaires au risque de ruptures mais aussi limitent leur autonomie pour répondre à leurs vrais besoins.

7.1.3 Le FBP, le score de faisabilité et les hypothèses fatales

L'application des critères de faisabilité PBF dans le Programme CORDAID FM nous révèle un score faible, soit 32%, (soit 16/50) alors que le score exigé pour que l'on puisse parler d'un programme PBF est de 80%. Le problème principal est le maintien de la centralisation des approvisionnements et de la distribution des intrants.

Il soit nécessaire d'harmoniser le programme du FM avec la CTN / FBP, l'ouverture à la concurrence du marché des approvisionnements à tous les niveaux ainsi que la séparation des fonctions de contractualisation et de paiement.

7.1.4 Activités prévues

- Rencontre avec la CTN / FBP et présentation de l'approche pilote « cadre de redevabilité » suivi par un atelier de réflexion sur le nouveau montage de l'approche FM ;
- Mise en place des comités de validation au niveau des ZS ;
- Rencontre avec le PNAM sur la question de l'ouverture du marché de la gestion des intrants à la concurrence parfaite et son application ;
- Présenter au bailleur FM la nouvelle approche sur l'intégration de FM ;

- Briefing des prestataires (SRs, DPS et ECZS) sur l'approche PBF dans le programme Fond Mondial

7.1.5 Recommandations

Au PNAM

- Appliquer la concurrence entre plusieurs distributeurs en gros dans chaque province dans la gestion des approvisionnements en RDC ;
- Intégrer le PBF au niveau des CDR (application de l'outils indice)

Au Bailleur FM

- Intégrer le PBF dans le Programme en transformant les fonds des intrants en subsides de performance pour les structures et les FOSA achèteront au niveau des Grossistes accrédités ;
- Renforcer le Ministère à tous les niveaux (DPM, DPS et ECZS) dans le processus d'accréditation des fournisseurs locaux des médicaments

A la CTN/PBF

- D'accompagner le processus d'intégration de l'approche FBP dans le programme du FM à travers de la formation des prestataires, les DPS, les SRs et les ZS ;

A CORDAID

- De faciliter les rencontres avec la CTN - FBP et les autres parties prenantes (CCM, PRs
- D'élaborer un plan d'accélération de la mise en œuvre de l'approche PBF dans les différents programmes (FM, Education...) en utilisant l'expérience des autres pays.

7.1.6 Plan d'action

Activités	Actions / stratégies	Responsable	Chrono
Présentation de l'approche pilote « cadre de redevabilité » à la CTN/FBP	- Contacter la CTN, - Transmettre le document à la CTN - Fixer une date de rencontre pour la présentation	CORDAID	Nov 2018
Atelier de réflexion sur le nouveau montage de l'introduction l'approche PBF dans le programme FM	- Préparer les TDR avec la CTN - Transmettre les TDR aux différentes programmes (PNLS, PNLT ... - Organiser l'atelier de 2 jours	CTN, CORDAID, SANRU, CAGF et les Programmes	Nov 2018
Mise en place des comités de validation au niveau des DPS et ZS	- Élaborer les TDR du comité de validation - En collaboration avec CTN, designer les membres du comité - Transmettre la liste à DPS et ZS	CAGF, CTN	Déc 2018
Rencontre avec le PNAM sur la question de l'ouverture du marché des intrants à la concurrence	- Contacter le PNAM et fixer une date de rencontre	PNAM, CORDAID SANRU CAGF	Déc 2018
Présenter au Bailleur FM la nouvelle approche sur l'intégration de PBF dans le programme FM	- Transmettre les documents FBP au CCM - Transmettre au bailleur les documents sur FBP - Fixer une date pour présenter l'approche au bailleur FM en présence du CTN	CCM, CAG CORDAID, SANRU et les Programmes	Janvier 2019

Briefing SRs, DPS et ECZS) sur l'approche PBF dans le programme Fond Mondial	- Élaborer les TDR du briefing - Transmettre les TDR au CTN - Organiser les briefings dans les Provinces	CTN	Janvier 2019
--	--	-----	--------------

7.2 Direction de la Pharmacie et du Médicament

7.2.1 Contexte

Les attributions de la DPM

- Concevoir et élaborer les avant-projets de lois et de textes réglementaires sur les médicaments, les produits de santé, les phytomédicaments, les plantes médicinales, les compléments alimentaires, les cosmétiques, les denrées alimentaires, les réactifs, dispositifs médicaux, les boissons et les établissements pharmaceutiques et en assurer l'application une fois publiée ;
- Élaborer les avant-projets de politiques et des stratégies en matière de gestion des médicaments, d'implantation des établissements pharmaceutiques ainsi que de la recherche médicale par les plantes médicinales et en assurer la mise en œuvre ;
- Normaliser, réguler et coordonner les politiques, les stratégies et les normes sur les médicaments, les produits de santé, les phytomédicaments, les plantes médicinales, les compléments alimentaires, les cosmétiques, les denrées alimentaires, les réactifs, les dispositifs médicaux, les boissons et les établissements pharmaceutiques ;
- Assurer la mise en œuvre des fonctions réglementaires d'une autorité nationale du médicament ;
- Élaborer le répertoire national des plantes médicinales,
- Élaborer la liste nationale des médicaments essentiels, le formulaire thérapeutique ainsi que de la pharmacopée nationale ;
- Assurer le suivi de la mise en œuvre des politiques, des stratégies et des normes sur les médicaments, les produits de santé, les phytomédicaments, les plantes médicinales, les compléments alimentaires, les cosmétiques, les denrées alimentaires, les réactifs, les dispositifs médicaux, les boissons et les établissements pharmaceutiques

7.2.2 Le secteur pharmaceutique

La RDC compte 29 industries pharmaceutiques de différentes tailles. Les structures actuellement impliquées dans la production locale de médicaments doivent fournir des efforts pour se mettre en conformité avec les standards de bonne pratique. Elles supportent également des coûts de production élevés ; ceci étant lié aux conditions d'importation des matières premières et à diverses taxes. Cette production locale couvre environ 10% de besoins du pays. L'approvisionnement et la distribution en gros est assurée par 150 établissements autorisés. A ce jour 98 officines sont ouvertes en RDC conformément à la réglementation en vigueur dans le domaine pharmaceutique. A côté de ceux il existe des milliers des pharmacies ouvertes sur base des documents délivrés par d'autres services de l'État (Communes et Ministère de l'environnement).

7.2.3 Analyse des problèmes

- On trouve des pharmacies ouvertes illégalement sur tout le territoire national. Elle est pratiquée dans les marchés publics, par des ambulants, dans les établissements non autorisés. Ces médicaments sont ensuite déversés aussi dans le circuit autorisé. Ces médicaments souvent contrefaits, augmentent les dépenses et les risques des patients, du

fait qu'ils achètent des produits qui ne les soignent pas et qui peuvent même aggraver leur état, voire entraîner des décès.

- Manque des données statistiques des provinces. Cela est accentué par la réforme du secteur (notamment double casquette de Pharmacien Inspecteur Provincial), démembrement des provinces passant de 11 à 26,
- Absence d'un système de collecte permanent des informations pharmaceutiques
- Faible application des procédures d'octroi des autorisations d'ouverture et fonctionnement des établissements pharmaceutiques ; des importations des médicaments en provinces ; statistiques de production des médicaments en provinces.

Sur le marché de la RDC, circulent aussi les médicaments sous-standards et falsifiés.

Une étude menée en 2014 sous la coordination de la DPM, avec l'appui de AFMPS, des Universités de Liège et de Gant et de l'IMT d'Anvers sur trois médicaments pédiatriques en circulation à Kinshasa a montré des proportions respectivement de l'ordre de 0,3% (paracétamol), 3,4% (Amoxicilline) et 40% (arthemeter / lumefantrine) des médicaments ne répondant pas aux normes de qualité¹ et 15% des médicaments non enregistrés.

Cette situation est principalement due :

- Aux importations frauduleuses et massives :
- Au non-respect des bonnes pratiques pharmaceutiques qui affecte aussi la qualité des médicaments
- À la faiblesse dans l'application des textes législatifs et réglementaires du secteur pharmaceutique
- Au faible financement des activités de surveillance du marché :
- Au faible suivi et contrôle (audits) des bonnes pratiques pharmaceutiques :
- À une faible collaboration intersectorielle notamment avec les services d'application de la loi (Douanes, Police et Justice...), et avec les organismes internationaux et les autorités de réglementation pharmaceutique d'autres pays ;
- Au fait qu'un bon nombre des produits pharmaceutiques sont du circuit hors SNAME à cause de la faible pénétration de ce système national dans l'organisation sanitaire du pays.
- A l'existence de plusieurs points d'entrée des médicaments non contrôlés

7.2.4 La faible accessibilité financière de la population aux médicaments

Une grande partie de la population a des difficultés à s'acheter les médicaments de qualité. Cette inaccessibilité résulte du prix élevé des médicaments tributaire du niveau des taxes, des coûts logistiques et du non subventionnement des médicaments. Les prix des médicaments élaboré par la DPM en 2016 a montré que les charges à l'importation étaient élevées à 59% de la valeur FOB avec comme conséquence le coût élevé des médicaments laissant place à la circulation des médicaments de qualité douteuse, moins chers et accessibles financièrement à la population.

7.2.5 Recommandations

- L'alignement des PTF dans le FBP en mettant à la disposition de FOSA des subsides pour les activités output de qualité pour leur permettre de s'approvisionner en médicaments et de les vendre à moindre coût aux patients ;
- Développer un contrat de performance pouvant permettre à la DPM de mieux fonctionner surtout dans les aspects de la régulation et l'accréditation des distributeurs en intrants;

- Mener un plaidoyer pour la diminution de taxe (actuellement 59%) et frais liés à l'importation des produits pharmaceutiques ;
- Promouvoir l'industrie locale en réduisant les taxes et impôts ;
- Mettre à jour les textes réglementaires du secteur pharmaceutique, les harmoniser et les adapter ;
- Faire la surveillance de la marché de médicaments circulant ;
- Sélectionner a tout niveau (DPS et ZS) les structures (en gros comme les EVG et en détails les Officines) pouvant être l'objet d'une certification qui aboutira à une accréditation.
- Session d'homologation des produits pharmaceutiques ;
- Suivi et contrôle des importations de médicaments.

7.2.6 Plan d'action DPM

Activités	Responsable	Brève description	Période	Budget
Session d'Homologation des produits pharmaceutiques	DPM et DPS	- 40 Évaluateurs se réunissent trimestriellement en vue de procéder à l'évaluation de dossier technique format CTD pour octroyer les AMM.	- Quatre session/an (Mars, Juin, Septembre et Décembre)	Budget output
Missions d'Audits des bonnes pratiques	DPM	- Nombre d'audits réalisés sur nombre d'audits planifiés dans le trimestre	- Quatre mission d'audit /an (Janvier, Avril, Juillet et Octobre)	Budget output
Suivi et contrôle des importations de médicaments et autres produits pharmaceutiques	DPM	- La facture pro-forma poste dans la plateforme SEGUCE pour demande d'autorisation d'importation doivent être traité dans les 72 heures	- Mensuel	
Missions de Surveillance du marché	DPM	- Établir le plan des médicaments à surveiller, procéder au prélèvement les produits circulant sur le territoire depuis 9 mois, les faire analyser en vérifiant les paramètres pré définis par la DPM et publier le résultat lors de la revue qualité	- Aout	Budget output

7.3 Programme National d'Approvisionnement en Médicaments essentiels

7.3.1 Contexte

Actuellement dans beaucoup des formations sanitaires en RDC, il existe des ruptures de stock pour les médicaments. En plus, d'autres médicaments sont en péremption ou en pléthore et la qualité des produits est souvent douteuse. Cela génère des retards dans le traitement des patients et la diminution de la qualité de la prise en charge. La Loi et des textes juridiques en RDC recommandent encore comme système de distribution le monopole dans la chaîne d'approvisionnement des produits pharmaceutiques dans secteur public. Également, souvent le secteur privé (religieux) aussi applique la planification centralisée des intrants. Ces monopoles ont montré leurs effets néfastes à travers la planification centralisée qui est intrinsèquement inférieure par rapport à la distribution des intrants à travers l'économie de marché. Une approche qui utilise l'économie de marché décentralise les centres de décision pour l'achat des intrants vers les structures de santé et ainsi évite les ruptures et de l'inefficience.

Par conséquent, pour transformer le système de la distribution centralisé vers l'achat décentralisé, il faut en même temps renforcer en la régulation pour accréditer plusieurs distributeurs publics et privés et ainsi de stimuler la concurrence entre les structures et d'autres intervenants. Cela nécessite un renforcement de l'autonomie de gestion des FOSA

ainsi que des distributeurs, la contractualisation pour les résultats et de renforcer la viabilité financière des structures (FOSA, CDR et dépôts pharmaceutiques).

7.3.2 Analyse détaillée des problèmes

- Il existe des multiples monopoles dans l'acquisition des médicaments à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement.
- Il existe la stratégie monopolisée des lignes de crédit payé principalement par les partenaires, qui oblige les structures publiques et intégrées l'acquisition des médicaments au niveau des Centres de Distribution Régionaux. Cependant, les médicaments des CDR sont souvent en rupture et / ou sont plus chers par rapport aux autres distributeurs privés accrédités.
- Les procédures des CDR ont aussi créé des prix plafonds pour les produits pharmaceutiques à travers la fixation du prix entre l'achat aux CDR et la vente au niveau de la FOSA. Ces prix plafonds créent des marchés noirs et des ruptures de stocks ;
- La faiblesse de la régulation en RDC suite à l'association des régulateurs avec des différents monopoles publics ou des partenaires a résulté de l'ouverture anarchique des formations sanitaires et pharmaceutiques, la vente des médicaments au niveau de marché et autres endroits non appropriés ;
- Certaines structures privées et confessionnelles appliquent également des mécanismes de distribution monopolisés. Les chefs des FOSA privées ne sont pas parfois autorisés à engager les dépenses pour l'achat des médicaments, mais plutôt doivent acheter leurs intrants auprès de la hiérarchie religieuse ou privée, qui retiennent les bénéfices ;
- Il existe de la qualité douteuse des médicaments à travers la qualité douteuse de dispensation, la vente des comprimés demi cure, la faible revue de qualité par les régulateurs.
- Il manque souvent des laboratoires de contrôle des médicaments et un système efficace de surveillance des produits, plusieurs spécialités par molécule, ouverture anarchique de dépôt pharmaceutique, les importateurs sont également distributeurs.

7.3.3 Le FBP une solution pour les problèmes du marché pharmaceutique ?

Oui, par le renforcement de la régulation, qui n'est pas négociable et la concurrence entre les structures appuyée par le partenariat privé - public et l'autonomie de gestion.

7.3.4 Problèmes identifiés pour l'exécution du FBP dans le secteur pharmaceutique

- Résistance au niveau opérationnel : certains bailleurs de fonds et les CDR peuvent vouloir continuer de défendre leurs monopoles ;
- Les propriétaires de certaines structures privées lucratives, confessions religieuses ou bailleurs de fonds peuvent refuser le principe de la séparation des fonctions et cherchent de continuer d'acheter les intrants.
- Les subsides du programme actuel de FBP en RDC est autour de USD 1 par personne par an pour les structures de santé ce que est inférieur au cible de USD 2-3.

7.3.5 Changement de paradigme au niveau du PNAM

- Stimuler à travers des ECZS la cartographie des structures au niveau des zones de santé avec le but de rationaliser des structures au niveau des zones de santé selon les normes de 10.000 par aire de santé ;
- Garantir la disponibilité des pharmaciens régaliennes au niveau des provinces et des zones de santé pour assurer la qualité des produits auprès des distributeurs pharmaceutiques opérant en concurrence ;

- Accréditer les distributeurs en gros de médicaments dans chaque province et centre commercial ;
- Renforcement des capacités des prestataires des FOSA par le BCZS et EUP dans l'application du plan de business plan et l'outil indice ;
- Recherche action sur les zones d'ombre ;
- Organiser un atelier pour élaborer des indicateurs SMART, la liste des médicaments et la liste des subsides PBF.

7.3.6 Recommandations

- Mener le plaidoyer pour la dérogation des textes juridiques et administratifs et réviser les documents techniques pour ouvrir la concurrence et décentraliser des activités de gestion : PNAM ; DPM et DPS ET BCZS ;
- Adapter certaines directives techniques aux principes de PBF comme notamment la mise à jour de guide de CDR ;
- Accélérer le processus de recrutement des pharmaciens au niveau des DPS et BCZS

7.3.7 Plan d'action PNAM

Activités	Objectif	Responsable	Période
1. Élaborer la cartographie des structures au niveau des zones de santé	Répartition de personnel et structures par habitant	Médecin chef de zone	Janvier – Déc 2019
2. Rationaliser des structures au niveau des zones de santé	Répartition de personnel et structures par habitant	Médecin chef de zone	Janvier – Déc 2019
3. Planifier de ressources humaines spécifiquement des pharmaciens (affectation et réaffectation)	Répartition de personnel et structures par habitant	Responsable Res Hum à la DPS	Janvier – Déc 2019
4. Renforcement des capacités des prestataires en gestion de médicament		Le pharmacien de la zone de santé	Janvier – Juin 2019
5. Renforcement des capacités des prestataires dans l'élaboration Business plan et Outil indice		EUP	Janvier – Juin 2019
6. Mettre en place un système d'accréditation pour les distributeurs publics et privés en gros de médicaments	Stimuler la concurrence	Le Chef de Division de la DPS	Janvier – Déc 2019
7. Mener le plaidoyer pour la dérogation des textes juridiques et administratifs et réviser les documents techniques pour ouvrir la concurrence et décentraliser des activités de gestion	Mise à jour des textes et des documents de la chaîne d'approvisionnement	DPM, PNAM, DPS ET BCZS	Janvier – février et Mars 2019
8. Organiser un atelier de briefing des acteurs du SNAME sur le BPF	Implication de tous les acteurs au PBF	Chargé de suivi SNAME / PNAM	Novembre 2018
9. Organiser la recherche action	La recherche va porter sur les points d'ombre	Chargé de suivi et évaluation PNAM	Janvier – Juin 2019
10. Organiser un atelier pour élaborer des indicateurs SMART, la liste des médicaments et des subsides PBF	Rendre disponible les outils de PBF	Chargé de suivi et évaluation PNAM	Janv – Févr – Mars 2019

7.4 Programme National de Nutrition

7.4.1 Contexte

Investir dans la nutrition est pour assurer à notre pays des ressources humaines en bonne santé pour lutter contre la pauvreté et garantir un développement durable. C'est dans ce cadre que la RDC, par le biais du ministère de la santé publique au travers de son programme spécialisé « PRONANUT » s'inscrit dans cette logique. Cependant, malgré cette volonté politique affichée et d'énormes potentialités alimentaires, les problèmes nutritionnels demeurent un frein au développement du pays.

7.4.2 Analyse des problèmes

Les principaux problèmes de nutrition en RDC sont : la malnutrition aiguë à 8% des enfants, la malnutrition chronique à 43% et le retard de croissance ainsi que l'avitaminose A à 61%. Ces problèmes sont complexes et différent d'une province à une autre, d'une Zone de Santé à une autre. Ils n'affectent pas seulement les jeunes enfants, mais aussi les adultes spécialement les femmes enceintes et allaitantes.

Au regard de ces prévalences, les conséquences sont lourdes et hypothèquent l'avenir du pays. Si rien n'est fait en terme d'interventions efficaces, on devra s'attendre à beaucoup de pertes en vie humaine, des milliers d'enfants avec avenir hypothéqué. Bref, un pays aux ressources humaines invalides et en régression économique.

Tous ces problèmes sont étroitement liés à un approvisionnement inadéquat en intrants nutritionnels (Aliments Thérapeutiques nutritionnels Prêt à l'Emploi (ATPE) et équipements qui ne correspondent toujours pas aux besoins réels des populations. Plus spécifique, les problèmes sont :

- L'insuffisance des intrants nutritionnels et des équipements ;
- Les ATPE (Aliments Thérapeutiques Prêt à l'Emploi) sont mis à disposition des FOSA par les partenaires,
- L'absence d'une industrie de production d'aliments de complément nutritionnel pour les enfants de 6-23 mois
- La non intégration des ATPE sur la liste des médicaments essentiels ;
- Les autorités centrales et provinciales peuvent refuser l'achat des intrants nutritionnels par les FOSA ;
- La continuation du monopole de distribution des intrants et médicaments par les centrales de distribution régionale (CDR).

7.4.3 Actions à entreprendre

Les problèmes peuvent être résolu par le FBP à travers la contractualisation avec les FOSA pour acheter et rendre disponible au niveau des structures les aliments pour le traitement nutritionnel. Cela nécessite la restitution au responsable du Pronanut sur le cours FBP et ses implications en matière de réformer le système. Il faut aussi élaborer une note technique sur le FBP pour faciliter le plaidoyer auprès des autorités et les partenaires par le responsable du Pronanut

7.4.4 Plan d'actions

Composant 1

Activités	Responsable	Associés	Brève description	Période de réalisation	Budget
Restituer le cours international FBP	CDAF René	Markus Chanda	Organisation d'une matinée de restitution du cours de FBP au Directeur et à l'équipe du PRONANUT	23 au 30 octobre 2018	694\$
Élaborer une note technique sur le FBP à l'attention du Directeur pour le plaidoyer	CDAF René	Markus Chanda	Préparation d'un condensé des messages clés du PBF et ses implications sur la réforme du système	2 au 6 Novembre 2018	0\$
Accompagner le directeur dans le plaidoyer auprès des autorités	Directeur	Markus Chanda CDAF René	Rencontre du directeur avec les autorités centrales pour appuyer la possibilité d'achat des intrants par les FOSA	8-15 Novembre 2018	0\$

Réunion de validation de la liste des médicaments essentiels	Un cadre du PRONANUT		Participation à la réunion pour veiller à l'intégration des aliments thérapeutiques parmi la liste des médicaments essentiels	Du 23 au 25 Octobre 2018	0\$
Rencontres d'échange avec les autorités provinciales et les FOSA	Directeur du PRONANUT,	CDAF et Mr Markus Chanda	Tenue des réunions avec les autorités provinciales et des FOSA	Du 10 Novembre au 31 Décembre 2018	10 000\$
Intégrer les indicateurs nutritionnels curatifs dans les contrats de performance des FASA dans les PBF des FOSA	PDSS et SNIS		Discuter avec le PDSS et SNIS pour l'intégration des indicateurs curatifs pour la malnutrition	Du 10 Novembre au 15 Décembre 2018	0\$

Composante 2 :

Création d'une industrie de production des aliments thérapeutiques et d'aliments de complément pour l'alimentation complémentaire des enfants

Le Pronanut va développer une stratégie de plaidoyer pour intéresser le secteur privé à la production des suppléments nutritionnels pour le traitement des enfants malnutris et pour la prévention de la malnutrition. Auparavant, elle va élaborer les normes congolaises pour la fabrication des aliments destinés à la prise en charge de la MA et aussi celle en rapport avec la prévention. Les normes seront ensuite homologuées et rendues obligatoire par le régulateur. Ainsi tout industriel désirent produire des aliments thérapeutiques devra se conformer à la norme.

Des échanges avec le Ministère en charge du commerce pour qu'il exige de toute industrie de fabrication des aliments thérapeutiques et des aliments de complément de disposer d'une autorisation FRAT qui va justifier de la qualité et l'innocuité du produit mis sur le marché. La collaboration avec le ministère en charge de l'agriculture se fera pour l'encadrement de producteurs qui vont mettre à la disposition des PME les matières premières de qualité. Une fois la production de suppléments nutritionnels disponible, les FOSA vont s'approvisionner auprès de ces PME ce qui va réduire les coûts opérationnels. De même l'approvisionnement en matières premières auprès des petits producteurs locaux va avoir des effets multiplicateurs pour l'économie locale.

Composante 3 :

Renforcer les capacités de la communauté pour la fabrication composée à partir des céréales locales. En vue d'assurer la disponibilité au niveau des villages et communes d'un aliment de complément destiné à l'alimentation des enfants à partir de 6 mois, les relais communautaires seront capacités et encadrés pour la fabrication à partir des céréales locales d'une farine composée pour les enfants de 6-23 mois.

Cette fabrication de farine sera faite sous forme d'AGR pour les relais communautaire sera intégré dans la nutrition à assise communautaire et feront l'objet d'un FBP communautaire pour garantir la disponibilité permanente.

7.5 Direction Générale Organisation Gestion Services Soins Santé (DGOGSS)

Participants :

- Dr KIBAMBE KYA KATEMBO Emmanuel/DSSP
- Dr NGANDJAMBE MAKAKA Paul/DSSP
- AG KAYUMBA LISAMBOLA Jean-Marie/DGOGSS
- Dr SHETA MAFUZO Marcel/DSSP
- Mme RUBANGO NAMASI Nadine/DESP
- Dr NGINDU KANKU Marcel/DSSP
- Mme KISUMBULE OYOMBA Alphonsine/DSSP

Thème : Amélioration de la qualité et paquet des soins- Protection des prestataires contractuels et privé.

7.5.1 Contexte

Le Ministère de la santé a amorcé le processus de réforme des structures du niveau central ayant abouti entre autre à la création de la Direction Générale d'Organisation et Gestion des Services et des Soins de Santé, au sein de laquelle est intégrée deux Directions à savoir la Direction de Soins de Santé Primaire et la Direction des Établissements des Soins et Partenariat.

Ce processus entraine un changement des orientations stratégiques liées aux missions et attributions respectives à chaque Direction. Ce réforme n'est pas encore effectif et les différentes Divisions et Bureaux ne sont pas encore mis en place. La DGOGSS a produit plusieurs documents normatifs qui ne sont pas encore vulgarisés auprès des utilisateurs. Il s'agit essentiellement des documents normatifs en rapport avec l'amélioration de la qualité de prestations. L'accompagnement des Directions Provinciales de Santé reste encore faible.

La régulation du système de santé communautaire a élaboré un plan stratégique national de la santé communautaire avec focus sur la Cellule d'Animation Communautaire (CAC), dans laquelle le relais communautaire est utilisé comme « volontaire ». Dans ces conditions la redevabilité et la qualité des services communautaires restent à désirer. Un changement de paradigme dans le fonctionnement du système vers un système payant FBP s'avère indispensable pour assurer les prestations de qualité en faveur de nos populations.

7.5.2 Analyse des problèmes

1. **Existence de plusieurs outils d'assurance qualité au sein du Ministère de la santé :** Il sied de souligner la présence des outils d'évaluation de la qualité décrit dans la démarche qualité intégrée (DQI) adoptée par le Ministère de la santé et l'outil de revue de la qualité FBR utilisé par la CTN et PDSS. Les deux outils présentent aussi bien des points positifs que négatifs et que l'harmonisation s'avère indispensable afin d'avoir un seul outil consensuel.
2. **Gestion peu rationnelle des établissements de santé tant privés que publics :** La régulation des établissements de santé reste encore centralisée et verrouillée par des textes non conformes avec la logique FBP, non alignement de certains PTF au plan de construction standards des établissements de santé, la contractualisation mettant à l'écart les structures privées.
3. **Structures avec plateau technique incomplet (PMA et PCA) :** l'intégration progressive des interventions au niveau de FOSA fait que certaines structures offrent encore un PMA ou PCA incomplet à leur population.
4. **Approche communautaire centrée principalement sur les relais communautaires dans un contexte de volontariat :** la motivation financière reste encore très faible dans le

système de santé communautaire, ce qui influence la qualité des services et surtout le sens de redevabilité de la part des acteurs communautaires.

7.5.3 Le FBP et le score de faisabilité

Le FBP pourrait résoudre les problèmes évoqués ci haut. En réalisant un scan de faisabilité suivant les 23 critères, la DGOGSS obtient un Score de 48%.

Hypothèses fatales	Stratégie proposée
Faible budget de l'État alloué au secteur de santé et la Direction DGOGSS	Plaidoyer pour la mobilisation et l'allocation des ressources dans le secteur santé
La CTN est attachée à une Direction, ce qui ne la permet pas de coordonner les autres Directions et programmes	Révision du montage institutionnel en rattachant la CTN au SG
Manque d'autonomie de gestion pour le recrutement, le licenciement ou mettre à la disposition de la fonction publique le personnel	Que les besoins réels soient exprimés par le Directeur Chef de service pour toute affectation

7.5.4 Activités prévues

- Restituer la formation sur le FBP dans les DGOGSS ;
- Signer le contrat de performances entre les Directions et le SG dans le cadre du FBP ;
- Rendre standard les grilles d'évaluation de la qualité des prestations ;
- Accompagner et faire le coaching des DPS dans l'évaluation de la qualité des prestations au niveau des ZS
- Évaluer le niveau d'application des principes du PBF communautaire dans les Zones de santé sous FBP et intégrer les principes du FBP communautaire dans la stratégie de participation communautaire
- Valider la charte du malade
- Disséminer le recueil des normes d'organisation et fonctionnement des structures de la Zone de santé
- Adopter le manuel des procédures de maintenances des équipements biomédicales
- Révision de l'aide-mémoire de l'opérateur sanitaire suivant les principes FBP
- Recherche-action : évaluation de la qualité dans les DPS sous FBP

7.5.5 Recommandations

Recommandations	Responsable	échéance
Renforcer la coordination au sein de la Direction Générale	DG	permanent
Accélérer le processus de mise en place du personnel de la DGOGSS	DG	1 mois
Rattacher la CTN au Secrétariat Général de la santé plutôt qu'à une Direction centrale	SG	1 mois
Signer les contrats de performance entre les structures de la DGOGSS et le Secrétaire générale.	DG	1 mois

7.5.6 Plan d'action

ACTIVITES	STRATEGIE	RESPONSABLE	PERIODE
<i>Contractualisation des structures de la DGOGSS</i>			
Restituer la formation sur le FBP	Organiser une restitution	Équipe des participants de la DGOGSS	La semaine du 22 au 27 octobre 2018
Élaborer les cadres de performances des structures dans le cadre du FBR	Atelier d'élaboration	DGOGSS/DSSP/D ESP	Début novembre 2018
Signer le contrat de performances entre les structures et le SG dans le cadre du FBR	Réunion de signature des contrats de performance	DGOGSS	Novembre
<i>Amélioration de la qualité des prestations à tous les niveaux</i>			
Rendre standard les grilles d'évaluation de la qualité des prestations	Organiser un atelier d'harmonisation	DGOGSS/DSSP	1 ^{ère} semaine du mois de novembre
Accompagner les DPS dans l'évaluation de la qualité des prestations au niveau des ZS	Missions d'accompagnement dans les DPS	DGOGSS/DSSP	Début décembre 2018
Assurer le coaching des DPS dans l'amélioration de la qualité des prestations	Missions de coaching	DGOGSS/DSSP	Début décembre 2018
<i>Renforcement de la motivation des acteurs communautaire par le PBF communautaire</i>			
Intégrer les principes du FBP communautaire dans la stratégie de participation communautaire	Atelier de révision de documents normatifs de participation communautaire	DSSP/DESP	Décembre 2018
Évaluer le niveau d'application de principes du PBF communautaire dans les Zones de santé sous FBP	Mission d'évaluation	DSSP/DESP	T1 2019
<i>Gestion et organisation des établissements de santé tant publiques que privés</i>			
Actualiser le recueil des normes d'organisation et fonctionnement des structures de la Zone de santé suivant le contexte FBR	Ateliers d'actualisation et validation du recueil	DGOGSS /DSSP/D ESP/DEP/DRH	Décembre 2018
Vulgariser les outils de gestion standardisée des hôpitaux	Mission de vulgarisation dans les Provinces	DESP	T1 2019
Valider la charte du malade	Atelier de validation	DESP	Novembre 2018
Disséminer le recueil des normes d'organisation et fonctionnement des structures de la Zone de santé	Mission, Diffusion	DGOGSS /DSSP/D ESP/DEP/DRH	T1 2019
Adopter le manuel des procédures de maintenances des équipements biomédicales	Atelier d'adoption	DESP	Novembre 2018
Révision de l'aide-mémoire de l'opérateur sanitaire suivant les principes FBR	Atelier de révision	DESP	Novembre 2018
<i>Renforcement de la recherche sur les expériences en DBR</i>			
Recherche-action : évaluation de la qualité dans les DPS sous FBR	Étude comparative	DSSP	T2 2019

7.6 Santé Reproductive, Mère, Nouveau-né, l'Enfant et de l'Adolescent

7.6.1 Contexte

La situation sanitaire de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant et de l'Adolescent est marquée par l'excès de la mortalité pour des causes évitables. Selon EDS 2013-2014, les données nous indiquent des évidences ci-après :

- 846 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes ;
- 28 décès néo natal pour 1000 naissances vivantes ;
- 58 décès infantiles pour 1000 naissances vivantes ;

- 104 décès infanto juvéniles pour 1000 naissances vivantes.

Il convient de signaler que la mortalité maternelle est fortement influencée par celle des adolescentes (20%) liée particulièrement aux complications et conséquences des grossesses précoces et non désirées. Elle est en outre aggravée par la survenue des grossesses trop rapprochées suite à la faible prévalence contraceptive (8%) couplée à des besoins non satisfaits en planification familiale (31% pour les adolescentes et 28% pour les femmes en union), et à la faible qualité des soins (PNDS 2016-2020).

7.6.2 Analyse des problèmes

- Faiblesse dans la coordination stratégique, la planification, la collaboration intra et intersectorielle, le partenariat y compris la communauté, le secteur privé et la mise en œuvre de la SRMNEA.
- L'ancrage institutionnel de la Direction de la santé de la Famille et de Groupes Spécifiques et des différents programmes impliqués dans la SRMNEA et l'élaboration des plans sectoriels n'ont pas favorisé la concertation, la synergie des actions, la mutualisation des efforts et la mise en commun des ressources.
- Insuffisance du financement de la SRMNEA avec des faiblesses dans la mobilisation et la gestion des ressources financières internes et externes : le budget du Ministère de la Santé, a représenté en moyenne 4% du budget de l'état entre 2007 et 2013, largement en dessous des engagements de 15% d'Abuja.
- Faible disponibilité des 13 médicaments vitaux pour la mère et l'enfant, des produits d'urgence ainsi que des produits sanguins, des intrants, et autres fournitures de qualité de la SR : Selon l'enquête SARA 2014, aucune FOSA ne dispose de tous les médicaments prioritaires pour la SRMNEA, leur score moyen de disponibilité n'est que de 23% avec quelques disparités entre les provinces.
- Insuffisance de la couverture des populations ciblées en SRMNEA du fait de la faible accessibilité et disponibilité des services de qualité requis : l'offre de service PF n'est disponible que dans 58% des ZS (302 ZS sur 516) et pour les services de santé adaptés aux adolescents, seulement dans 15% des ZS (plan stratégique national de santé et du bien-être des adolescents), insuffisance des prestataires qualifiés.
- Faible qualité des soins en SRMNEA due à l'insuffisance quantitative et qualitative du plateau technique matériel et humain, et le non-respect des normes et standards.
- Insuffisance de la référence/contre-référence des urgences obstétricales et néonatales : le taux de besoins satisfaits en SONU faibles.
- Inadéquation de la réponse apportée aux comportements sociaux à risque chez les adolescents : les services ne sont pas adaptés à leurs besoins spécifiques. Le faible niveau de connaissance des adolescents et jeunes en matière de SSRAJ est à la base de la prévalence élevée des grossesses précoces et non désirées, des avortements chez les adolescentes et de la prévalence élevée des Infections Sexuellement Transmissibles et l'infection à VIH parmi les adolescents et jeunes.
- Faible disponibilité des données SRMNEA.

7.6.3 Score de faisabilité du groupe SRMNEA

Le score est de 28% pour des raisons ci-après :

- Le budget du programme PBF est inférieur à 4,00 \$US par habitant et par an
- Financement du gouvernement en faveur du FBP est moins de 20%
- Certaines Directions et Programmes Spécialisés SRMNEA du MS ne sont pas mis sous contrats de performance
- Les structures privées ne sont concernées dans les revues de la qualité des indicateurs

- Certaines FOSA n'ont pas un compte bancaire
- Les gestionnaires des structures (FOSA, écoles, etc.) n'ont pas le droit d'acheter leurs intrants auprès des distributeurs opérant en concurrence et qui sont accrédités par le régulateur.
- Les FOSA n'utilisent pas l'outil de gestion « plan de business » qui inclut la demande des BAQ
- Les FOSA n'utilisent pas l'outil de gestion de la structure « Outil indices » pour lequel ils analysent et dépensent et recettes.
- Les gestionnaires des structures n'ont le droit de recruter et de licencier (ou de mettre à la disposition de la fonction publique) leur personnel
- Il n'existe pas une ACV pour effectuer les tâches de vérification médicale et communautaire.
- Il n'y a pas séparation des fonctions de contractualisation et vérification de l'ACV et la fonction de paiement
- Faible couverture des services des interventions de qualité en SRMNEA
- Sous financement du système de la santé inférieure à moins de 4 dollars par habitant
- Faible engagement de la politique
- Faible connaissances des cadres de la SRMNEA du Ministère de la santé sur l'approche FBP

7.6.4 Activités prévues

- Mener le plaidoyer pour obtenir l'engagement politique du Gouvernement en faveur du FBP dans la SRMNEA,
- Mener le plaidoyer auprès des PTF qui interviennent dans la SRMNEA pour l'alignement dans l'approche PBF,
- Renforcer la capacité des cadres du Ministère de la santé (SRMNEA) sur le PBF
- Mener la recherche actions sur la SRMNEA (SRAJ, PNSR, DSFGS) ;
- Harmoniser les messages sur la SRAJ ;
- Mettre à jour les documents des normes et directives SRMNEA
- Vulgariser les documents des normes et directives de la SRMNEA (site web du ministère de la santé, sessions de formations sur les normes et directives de la SRMNEA) ;
- Accompagner les DPS à travers des suivis, supervisions et évaluations des activités SRMNEA ;
- Intégrer les interventions SR adaptées aux adolescents et jeunes dans les FOSA ;
- Soutenir les activités de pairs éducateurs sur la SRAJ ;
- Élaborer la grille de qualité sur les interventions adaptées aux besoins des adolescents de SRAJ ;
- Plaidoyer auprès de la D2 et D11 pour la qualité de l'enseignement des services médicale et formation continue.

7.6.5 Plan d'action

Objectifs	Activités	Responsable	Période
1. Renforcer les capacités de gestion des programmes SRMNEA (planification, mobilisation des ressources, et la coordination des interventions de SRMNEA en impliquant tous les acteurs et partenaires)	<ul style="list-style-type: none"> - Mener le plaidoyer auprès des PTF qui interviennent dans la SRMNEA pour leur alignement dans l'approche FBP, - Renforcer les capacités des cadres du Ministère de la santé (SRMNEA) sur le FBP - Mener les recherches actions sur la SRMNEA (SRAJ, PNSR, DSFGS); - Plaidoyer auprès de la D2 et D11 pour la qualité de l'enseignement des services médicaux et formation continue - Mettre à jour les documents des normes et directives SRMNEA - Vulgariser les documents des normes et directives de la SRMNEA (sur le site web du ministère de la santé, dans les sessions de formations) 	DSFGS PNSR PNSA SG/PDSS DSFGS PNSR PNSA PNSR PNSA DSFGS DSFGS PNSA PNSR	T1 T1 T2 T4 T1 T1 T1
2. Améliorer la disponibilité et l'accessibilité des paquets de services de santé de la reproduction de qualité y compris les SSAAJ dans les 26 DPS	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser les missions de vulgarisation des normes et directives SRMNEA à travers les sessions de formation sur la SONU, la SDMR, SAA, PF et SRAJ - Élaborer la grille de qualité sur les interventions de SSAAJ - Intégrer les interventions SR adaptées aux adolescents et jeunes dans les structures de santé ; - Accompagner les DPS suivi, supervision et évaluation des activités SRMNEA 	DSFGS PNSR PNSA PNSA PNSA DSFGS PNSR PNSA	T1&T2 T1 T1, T1 T2 T3 T4
3. Amélioration du niveau de connaissance et les compétences des adolescents et jeunes sur les problèmes spécifiques de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Harmoniser les messages sur la SSRAJ ; - Organiser les sessions de formation des pairs éducateurs et leaders communautaires sur la SSRAJ ; - Soutenir le marketing social par les activités de pairs éducateurs sur la SSRAJ dans la communauté 	PNSA PNSA PNSA	T1 T2 T2

7.7 Direction de la Protection Sociale

7.7.1 Contexte

Les cinq principaux objectifs du Programme National d'Appuis à la Protection Sociale en sigle PNPS sont :

- Étendre la couverture de la protection sociale ;
- Améliorer la qualité des prestations sociales ;
- Mettre en place et gérer un système de couverture universelle des soins de Santé ;
- Concourir aux travaux de réforme avec la commission ad hoc ;
- Rendre effective la protection sociale pour tous.

Bref : « Garantir aux personnes les plus pauvres et les plus vulnérables une couverture de protection sociale d'ici 2030, en réduisant leur vulnérabilité face aux risques sociaux et économiques. » pour rappel le PNPS est constitué de deux organes :

7.7.2 Le premier organe est le Conseil du PNPS

- | | |
|--|--------------------------------|
| 1. Ministre de Travail et Prévoyance Sociale : | président |
| 2. Ministre du Budget : | 1 ^{er} vice-président |
| 3. Ministre de la Santé : | 2 ^e vice-président |
| 4. Ministre du plan : | 3 ^e Vice-Président |
| 5. Ministre des affaires Sociales : | 1 ^{er} Rapporteur |
| 6. Ministre de Finance : | 2 ^e Rapporteur |
| 7. Ministre de fonction Publique : | Membre |
| 8. Ministre de Justice : | Membre |

9. Ministre de l'EPSP :	Membre coopté et intégré
10. Membre d'action Humanitaire :	Membre coopté par division de MINAS
11. Ministre de l'enseignement Primaire et technique :	coopté par division de l'EPSP
12. Ministre de la jeunesse et sport :	Membre coopté
13. Ministre du Genre Famille et Enfant :	Membre coopté
14. Ministre de l'agriculture :	Membre coopté

Les missions du Conseil du PNPS :

- Concevoir et proposer au gouvernement la politique nationale en matière de protection sociale ;
- Délibérer sur toutes les questions relatives à préparation, à l'établissement, à l'exécution et au règlement des projets dans de la protection Sociale.

7.7.3 Les acteurs

1. Les Départements Ministériels (secteurs de la protection social)

Ils sont les structures gouvernementales en charge des politiques et programmes. Ils sont directement impliqués dans la mise en œuvre de la SNPS soit en tant que responsable des actions prioritaires, soit en tant que structure impliquée.

2. Les Collectivités Locales

Les Collectivités locales seront considérées comme d'une part des maillons essentiels pour l'équité dans la délivrance des prestations aux bénéficiaires mais aussi des espaces de promotion de la participation qualitative et quantitative de tous, aux instances de prise de décision.

3. Le Parlement

Acteur incontournable pour le plaider et l'adoption de lois et règlements favorisant la mise en œuvre des prestations du socle de protection. Ils devront également favoriser, par l'examen de la loi des finances, l'allocation de ressources substantielles à la mise en œuvre de la SNPS.

4. Les institutions de protection sociale

5. Les organisations de la société civile

6. Les organisations de travailleurs et d'employeurs

7. Les Partenaires au développement.

7.7.4 Les stratégies Nationaux de Protection Sociale

- Axe stratégique 1 : Promotion des mécanismes garantissant l'accès aux services sociaux de base et une sécurité élémentaire de revenus pour les personnes vulnérables.
- Axe stratégique 2 : Renforcement et extension des systèmes d'assurance sociale fiables et économiquement viables.
- Axe stratégique 3 : Renforcement du cadre institutionnel, des capacités et le financement de la protection sociale.

7.7.5 Le deuxième organe est la Direction du PNPS

Le PNPS a l'**autonomie administrative et financière**. Il a la responsabilité d'assurer le suivi et le contrôle de toutes les actions prioritaires inscrites dans la stratégie Nationale de protection sociale. Pour atteindre ces objectifs, la politique et la Stratégie Nationale élaborées en matière de protection Sociale, ont prévu à travers l'axe 3, de renforcer le cadre institutionnel, la coordination, les capacités et le financement de la protection en RD-CONGO.

7.7.6 Opérationnalisation du cadre

Étape 1 : Le ministère responsable élabore les projets de termes de références des actions prioritaires de la SNPS

Étape 2 : Le ministère responsable partage les projets de termes de références aux membres du Comité technique pour amélioration

Étape 3 : Le ministère responsable finalise les TDRs et les transmet au Secrétariat Permanent

Étape 4 : Le Secrétariat Permanent appuie le ministère responsable dans la mobilisation des ressources pour la réalisation de l'activité

Étape 5 : Le ministère responsable conduit l'activité en collaboration avec les autres acteurs impliqués.

Étape 6 : Le ministère responsable transmet le rapport de l'activité au Secrétariat Permanent.

7.7.7 Analyse des problèmes

- Résistance au changement des acteurs (agents techniques, ministères sectoriels, PTFs) ;
- Manque d'intérêt des décideurs sectoriels et des partenaires ;
- La fragmentation de l'appui financier des secteurs de protection sociale ;
- Manque ou insuffisance de ressources pour la conduite des activités dans les secteurs de la protection sociale ;
- La mauvaise gestion, a été identifiée comme une priorité principale et classé dans le pilier financement et la bonne gouvernance.

Il fallait pour ce faire, entre autres et en priorité, mettre en place des sources et mécanismes de financement innovants.

En réponse à cet objectif de mise en place des **mécanismes de financement innovants** prévu dans la politique Nationale de protection sociale, le PNPS a expérimenté une « **caisse pilote de solidarité nationale** ». Le FBP constitue une opportunité pour résoudre les problèmes tel que la transparence, l'autonomie, la séparation de fonction...

7.7.8 FBP une solution et problèmes selon score de faisabilité

La réponse est **oui**, avec 11 meilleurs pratiques, le FBP prône la séparation de fonction, la transparence, la qualité l'efficacité et l'équité. Le score de faisabilité de la pureté du PBF au niveau du Programme National d'Appuis à la Protection sociale est évalué à 23%.

Les 23 critères de pureté d'un programme PBF	Attribué	Observation
Le budget du programme PBF n'est pas inférieur à 4,00 \$US par habitant et par an, dont au 70 % est utilisé pour les subsides PMA, PCA, THIMO, Alimentation scolaire...	0 / 4	Indisponibilité du budget
Indisponibilité du budget	0 / 2	
Les CTN Nationales PBF sont intégrées dans tous les secteurs de la protection sociale	3/5	
Les secteurs de PS sont mis sous contrat de performance avec des indicateurs standards output et de la qualité	2/5	MSP, MINAS, EPSP, FB et MTEPS
Les secteurs disposent d'au moins 25 indicateurs output y compris pour PF moderne, et pour lesquels les secteurs reçoivent des subsides	1/5	MSP
Total	5/21	= 23%

7.7.9 Activités proposées

- Élaborer un plan de plaidoyer auprès du Directeur général du PNPS mini d'un aide-mémoire ensemble avec le directeur pour plaider auprès de son excellence Mr le Ministre d'État, Ministre de travail et Prévoyance Sociale.

- Mener un plaidoyer pour la mobilisation de fonds.
- Adresser une correspondance à la CTN-FBR du MSP pour donner la formation.
- Organiser la formation en FBP en faveur des autres secteurs de la PS dans le but de renforcer leurs capacités.
- Utiliser les assistants sociaux dans le marketing social dans le cadre du FBP pour le ciblage des indigents

7.7.10 Recommandations

- Élargir l'approche FBR dans les autres secteurs de la PS ;
- Solliciter un appui technique de la CNT-FBR du MSP pour aider les autres secteurs à contextualiser leurs prestations à l'approche FBP ;
- Organiser une séance de travail avec le Ministère du budget pour une meilleure prise en compte de la protection sociale dans la nomenclature budgétaire ;
- Accroître les crédits budgétaires alloués à la protection sociale ;
- Mettre en place le mécanisme de suivi évaluation de la mise en œuvre de la stratégie nationale de protection sociale ;
- Intégrer dans le contrat les clauses spécifiques par rapport à l'interdiction du Financement ascendant dans les FOSA ;
- Utilisation des archivistes qualifiés dans le secteur santé pour de raison d'obtenir correctement la documentation.

7.7.11 Plan d'action

Objectifs / Résultats	Stratégies	Echéance	Responsable
<p>OS1. Atteindre une masse critique des personnes formées à l'approche de financement basé sur la performance (FBP) au sein du PNPS</p> <p>R1. 80 % de personnel au sein du PNPS sont formés en approche FBP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - AP 1. Plaidoyer auprès du comité de gestion pour une organisation de la formation en FBP des agents et cadre du PNPS sur le financement basé sur la performance. - AP 2. Mobilisation de ressources financières - AP 3. Adresser une correspondance à la CNT FBR du ministère de la Santé pour dispensation de l'approche FBP (mobilisation de formateurs FBP) - AP4. Mener une étude de base FBP au sein du PNPS 	3-6 mois	<ul style="list-style-type: none"> - PNPS - CTN FBR-SANTE
<p>Résultat 2. Analyser le score de faisabilité du FBP à l'EPSP s'il est de 80%</p>	<ul style="list-style-type: none"> - AP1. Organiser une réunion avec l'EPSP et le PAM - AP2. Identifier les besoins de renforcement de capacité du secteur éducation - AP3. Intégrer l'approche FBP pendant l'élaboration de la politique nationale d'alimentation Scolaire 	3-6mois	-PNPS ET EPSP
<p>Résultat 3. Analyser le montage institutionnel du Projet d'inclusion Sociale (PIP) si l'approche FBP est prévue.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - AP1 Solliciter le document du Projet PIP pour analyser si l'approche FPB sera utilisée. 	3 mois	PNPS
<p>Résultat intermédiaire 3.1. Appliquer le principe de la séparation de fonction dans la mise en œuvre du projet PIP (projet d'inclusion productive) : régulation, payeur, contractualisation et vérification et le renforcement de la voix de la communauté.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - AP1. Apporter les amendements document du Project PIP avec l'approche FBP au cours d'une réunion es tous acteurs impliqués 	6 mois	PNPS, BM, Fonds Social RDC, MSP-PRONANUT et MINAS
<p>Résultat 4. Implémenter l'approche FBP dans tous les secteurs de la protection sociale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - AP1. Identifier leurs besoins en FBP - AP2. Organiser une formation le 76^{ème} cours international en financement base sur la performance pendant 14 jours 	6-18 mois	CNT-FBR de sante et Direction PNPS

7.8 Cellule d'appui et de gestion financière (CAGF – FBP)

Jean-Jacques MAMBWENE
Célestin Joseph KALEKA ILUNGA

7.8.1 Contexte

La Cellule d'Appui et de Gestion Financière du MSP a pour missions :

- Assurer la liquidation des dépenses : éligibilité, conformité des pièces et des procédures, existence effective des ressources financières des projets et programmes ainsi que la détermination du montant exact à payer en se basant sur les coûts unitaires ;
- Assurer le suivi de l'exécution budgétaire des projets ; programmes et plans du Ministère de la Santé Publique approuvé par le Comité National de Pilotage du Ministère de la Santé Publique ;
- Tenir la comptabilité administrative et financière consolidée du Ministère de la santé publique ;
- Administrer le personnel de la CAGF, Cellule de Gestion des Projets des Marchés Publiques (CGPMP), Unité d'Appui à l'Ordonnancement (UAO) et Cellule d'Audit Interne (CAI).

Dans le cadre de la mise en œuvre des différents financements des bailleurs intervenant dans le secteur de la santé en RDC et pour la matérialisation de sa mission, la CAGF travaille en étroite collaboration avec les différentes Directions et Programmes au niveau central et communique avec les Divisions Provinciales de la Santé (DPS) au niveau provincial afin de rendre compte à sa hiérarchie et aux bailleurs dans le meilleur délai. Ceci exige un bon plan de travail avec accent mis sur la qualité et le respect des délais.

C'est pour cette raison que le présent plan de business est mis en place en vue d'améliorer les actions et processus d'activités de ladite Cellule en matière des procédures de passation des marchés, de contrôle et suivi budgétaire, de paiement aux bénéficiaires, de comptabilité, de rapportage et de l'audit interne.

7.8.2 Analyse du problème

Procédures de passation des marchés :

- Existence de plan de passation de marché au début de chaque année ;
- Respect de chronogramme de marchés tel que prévu par la loi de marchés publics ;
- Garantir la transparence et l'équité dans l'attribution des marchés publics ;

Vérifier que les procédures de passation des marchés sont adaptées aux exigences de meilleures pratiques FBP qui orientent l'achat des prestations vers les résultats (quantité, qualité et équité).

Le personnel qui comprend les enjeux des PMP.

1. Contrôle et suivi budgétaire :

- Contribuer à l'élaboration des budgets des subventions ;
- Garantir le respect des budgets par activité ;
- Garantir le respect des coûts unitaires ;
- Garantir la qualité des dossiers de paiement et minimiser les risques des dépenses inéligibles.

2. Paiement aux bénéficiaires :

- Assurer la gestion des fonds au quotidien ;
- Garantir la sécurité des fonds alloués aux activités des subventions ;
- Garantir le respect de délai de paiement des factures ;

3. Comptabilité

- Assurer la bonne tenue de la comptabilité ;
- Garantir la qualité et la traçabilité de l'information financière par subvention ;

4. Rapportage et de l'audit :

- Garantir la production des états financiers de synthèse de qualité et dans le délai requis;
- Assurer la mise en place de la matrice des risques et du plan d'audit au début de chaque année ;
- Garantir la mise en œuvre du plan d'audit, le suivi des recommandations et le respect des procédures internes de gestion.

7.8.3 Est-ce que les problèmes peuvent être résolu avec le PBF? Oui / Non

Oui, parce que le FBP entant qu'approche de financement basé sur la performance avec des indicateurs SMART permettra d'évaluer la contribution de chaque service dans l'amélioration de la qualité des prestations et le délai de livraison de celles-ci.

7.8.4 Activités prévues

Procédures de passation des marchés :

- Production du plan de passation de marché au plus tard le 31 janvier de l'année ;
- Production du retro planning par marché ;
- Attribution des marchés publics par mise en concurrence ;

Contrôle et suivi budgétaire :

- Appuyer les différents programmes dans l'élaboration des budgets des subventions ;
- Assurer le respect des budgets par activité conformément aux budgets approuvés ;
- Assurer le respect des coûts unitaires suivant la grille GIBS ;
- Analyser et valider les dossiers de paiement suivant les checklists dans un délai de 7 jours.

Paiement aux bénéficiaires :

- Mise en place de la matrice de pouvoir de différents mandataires ;
- Tenue correcte et à jour les livres de caisse ;
- Arrêt de caisse au dernier jour du mois avec PV de contrôle caisse ;
- Payer des factures dans les 5 jours après réception.

Comptabilité :

- Saisie des pièces comptables dans les 48 heures de la réception ;
- Analyse et justification des comptes au plus tard le 5 du mois m+1 ;
- Rapprochement bancaire au plus tard le 05 du mois m+1 ;

Rapportage et Audit :

- Produire les états financiers de synthèse au plus tard le 15 du mois m+1 ;
- Produire la matrice des risques et le plan d'audit au plus tard le 31/01 de chaque année ;
- Réaliser les audits trimestriellement et produire les rapports au plus tard dans les 60 jours qui suivent chaque mission.

7.8.5 Recommandations

- Fixation de cadre de performance de la Cellule d'Appui et de Gestion Financière ;
- Fixation des critères d'évaluation de performance par poste. Ceci conformément à l'approche FBP.

7.8.6 Plan d'action

Qui	Quoi	Quand	Comment
CGPMP	Procédures de passation des marchés	31/ janvier	- Respect de PPM ; - Mise en concurrence ; - Respect de la loi des marchés publics
Contrôle Budgétaire	Contrôle et suivi budgétaire	7 jours/ dossier	- Respect de GIBS, de coûts harmonisés, des orientations spécifiques et de lignes budgétaires. - Respect de délai de traitement
Ordonnancement / Coordination	Paiement aux bénéficiaires	5 jours après réception	- Respect de GIBS, de coûts harmonisés, des orientations spécifiques et de lignes budgétaires. - Respect de délai de paiement ; - Respect de checklist
Service Comptable	Comptabilité	le 5 du mois m+1	- Saisie des pièces comptables dans le logiciel TOM pro suivant le référentiel comptable et analyse des comptes dans le délai ;
Service Comptable	Rapportage	le 15 du mois m+1	- Produire les états de synthèse dans le délai ;
Unité d'Audit interne	Audit	Chaque trimestre	- Produire les rapports d'audit dans le délai ;

7.9 Bureau du Secrétaire General / Cellule Technique et CSE

7.9.1 Contexte

Le bureau du secrétaire général est composé de 5 cellules : la Cellule technique d'appui (qui a été représentée durant la formation), la Cellule de coopération, la Cellule de communication, la Cellule d'information stratégique et la Cellule de suivi et évaluation. La Cellule technique d'appui a pour mission d'assurer l'appui-conseil au Secrétaire Général à la santé.

Pour faire avancer la réforme sur l'approche FBP dans le secteur, la place de la cellule technique est d'accompagner le SG dans son leadership stratégique. Ainsi donc, nous suggérons que dans le cadre du FBP le SG crée une Unité de Contractualisation au cœur du Secrétariat General pour la contractualisation du cadre de performance FBP.

7.9.2 Analyse du problème

- Faible implication des cellules du SG dans l'amélioration de son leadership stratégique et dans l'implémentation du FBP.
- La mauvaise condition de travail des personnels fait que ceux-ci recourent à d'autres activités extra-professionnelles pour survivre et aussi qu'ils ne soient pas permanents au bureau.
- Les installations hygiéniques qu'il faut remplacer, les équipements de bureau dont quelques-uns sont déjà à déclasser.
- L'absence d'une prise en charge médicale des personnels pose un sérieux problème au niveau du S/G alors que ce sont eux qui donnent à toutes les structures les affectations. A chaque fois ils recourent donc aux recommandations auprès du SG. »

Un cadre de performance sur base des activités réalisées sera une solution pour motiver le personnel et d'atteindre des résultats output, qualité et équitable.

7.9.3 Le PBF est-il une solution ?

A travers la théorie du choix public et par l'instauration du contrat de performance avec l'équipe du S/G, incluant la Cellule Technique, la détermination des indicateurs d'output et de

qualité spécifiques et l'utilisation des outils tels que l'outil d'indice et le BAQ, le FBP pourrait permettre d'aligner l'intérêt public avec les intérêts privés.

L'élaboration du contrat de performance du SG est en cours et il est préconisé que des contrats internes avec chaque cellule soient initiés pour que chacune puisse répondre à ses attributions et en être responsables.

7.9.4 Activités Unité de Contractualisation

Pour améliorer le paradigme, la cellule technique doit jouer son rôle de conseiller technique du SG. Pour y arriver, elle doit agir à :

- Être Co secrétaire au secrétariat technique du comité de pilotage (plateforme). Ainsi, elle peut initier des documents à soumettre à la signature du SG
- Participer aux réunions des 6 commissions.
- Organiser un atelier dans le but de Redynamiser toutes les cellules du bureau du S/G en réalisant un état de lieu de chaque cellule ainsi que ses attributions
- En faisant la restitution sur FBP dans toutes les cellules du bureau du SG

7.9.5 Recommandations

- Le S/G doit s'impliquer personnellement dans la nouvelle approche FBP et surtout dans sa MEO en implantant une unité de contractualisation à partir des meilleurs participants durant le cours FBP.
- Que les bailleurs et les partenaires intègre cette approche et puissent l'étendre dans d'autres secteurs où ils interviennent.
- L'application par cette unité de contractualisation du contrat individuel de performance pour chaque cellule du SG
- Accorder un BAQ ou unité d'investissement pour accélérer la qualité des infrastructures et conditions de travail des organes du SG.

7.9.6 Cellule de Suivi et de l'Évaluation / SG

- Dr NKAMA TOL'MATA Bavon-Eric
- Dr NTUMBA TSHITOKA Fortunat
- Dr MUNYANGA Nana
- Dr NTUMBA TSHIBOLA Lyly
- Mme IKALU Martine
- Dr NGOY Hugo.

7.9.7 Contexte et justification

L'absence de cadre de suivi et évaluation commun (Déclaration de Paris, 2005) a été identifiée comme l'une des grandes faiblesses de l'efficacité de l'aide au développement des Pays en Voie de Développement (PVD). Lors de l'agenda de Kinshasa (15-16 juin 2009), le gouvernement de la RDC a pris l'engagement de réaffirmer son rôle central pour la canalisation de l'aide et l'instauration d'une gestion des affaires publiques axée sur les résultats. Pour pallier à cette insuffisance, le SG a mis en place une Cellule de Suivi et d'Évaluation repris dans le cadre organique du 19 Octobre 2012 directement rattaché au Secrétaire Général pour évaluer et le suivi de la contractualisation des structures du niveau central, provincial et les EUP. Depuis l'année 2017, la CSE évalue certains EUP, DPS et quelques Directions et programmes du niveau central selon l'approche FBP. Plusieurs structures du niveau central et provincial sont à évaluer, au total 20 EUP et leurs antennes, 14 DPS, 8 structures du niveau central.

7.9.8 Missions de la CSE -SG

- Contribuer à l'amélioration de la qualité des prestations fournies à la population à travers un suivi continu et des évaluations périodiques ;
- Servir de cadre commun de suivi et évaluation entre le MSP/RDC et ses PTF pour contribuer à l'efficacité de l'aide ;
- La CSE prépare directement les rapports sur les résultats produits par chaque établissement sous-traitant. Dans ce cadre, elle procède aussi à la vérification des prestations des toutes ces structures selon leur cadre de performances. La CSE preste sur la base d'un contrat unique conclu avec le Secrétaire Général de la Santé et financé par les Partenaires et le Gouvernement.

7.9.9 Analyse des problèmes

- Non-respect du mandat et attributions de la CSE. Cela est traduit par des mécanismes parallèles de suivi et évaluation mis en place par différents projets et programmes de santé pour répondre au demande d'information des bailleurs sur les résultats produits par leurs financements.
- Il y a des agents auprès de la CSE, mais qui ne sont pas formés en FBP. Jusque-là quatre personnes ont été formées depuis 2017 comme prestataires et actuellement 6 agents sont formés comme régulateurs.
- La CSE manque des ressources financières, du matériel informatique, de la fourniture de bureau, et des moyens de transport effecteur leurs taches ;
- Absences de cadre de concertation entre le PDSS, la CT-FBR, la DEP et la CSE ;
- Les données des évaluations des structures évaluées depuis 2017 par la CSE ne sont pas entré dans le portail web et le DHIS2 ;
- Non-participation de la CSE dans le processus de contractualisation, la planification, ni dans le suivi des PAO des structures du Ministère de la santé ;
- Les missions d'évaluation sont souvent tardives suite aux procédures (ANO de la Banque Mondial, CAGF) ou des retards de décaissement de fond ;
- Non conduite de la recherche-action en matière de FBP par la CSE.

7.9.10 Les problèmes, peuvent-ils être résolus par le FBP ?

Oui, à travers le respect et l'observance de meilleures pratiques suivantes du FBP, le système sanitaire de la RDC offrira des aptitudes à assurer la couverture sanitaire universelle et contribué à la réalisation des objectifs du développement durable. Ce sont :

- La séparation des fonctions de régulation, de prestation, de contractualisation et de vérification, de paiement des fonds et de renforcement de la voix de la communauté ;
- La stimulation de la concurrence entre les structures et d'autres intervenants pour l'obtention des contrats ;
- La promotion du partenariat public-privé, avec égalité de traitement entre les prestataires publics, religieux et privés ;
- Le régulateur ne s'occupe pas directement de la gestion des services, mais définit les indicateurs output, de qualité et d'équité. Le régulateur n'intervient que lorsque la FOSA devient un danger, ou lorsque la FOSA est engagée dans des activités criminelles. Le régulateur fait le « costing » du budget public avec des paiements additionnels pour les régions, les FOSA et les individus vulnérables (bonus d'équité);
- Les prestataires de santé sont autonomes pour embaucher et licencier (hiring and firing), décider de manière autonome comment utiliser leurs propres fonds et comment répondre aux paquets de santé définis par le Gouvernement et par la demande des patients ;

- Les prestataires doivent assurer l'équilibre de leurs recettes et de leurs dépenses, tout en fournissant des services de santé de qualité équitables, avec un personnel qualifié et motivé, afin de ne pas s'exposer au risque de non-renouvellement du contrat et à la faillite ;
- L'existence d'une agence de contractualisation et de vérification (ACV) pour négocier des contrats et faire le coaching des gestionnaires des structures, à travers l'utilisation du plan de business et de l'Outil indices. Le versement des subsides est effectué par une organisation différente.
- Des Associations Locales (ASLO) sont recrutées pour assurer les intérêts du patient, au travers des enquêtes de satisfaction, et pour vérifier si les activités subventionnées ont bien eu lieu. Le marketing social est fait par les structures (infirmiers et comités de santé) ;
- Le versement des paiements ou des subventions en espèces pour des résultats, et non pas des moyens en nature ou en « inputs ». Les prestataires doivent avoir le libre choix d'acheter leurs intrants auprès de distributeurs indépendants accrédités et qui fonctionnent en concurrence.
- La recherche des effets économiques multiplicateurs pour créer des emplois, la croissance économique et les recettes fiscales en injectant directement des liquidités dans l'économie locale ;
- L'élargissement du financement basé sur la performance à d'autres secteurs que la santé.

7.9.11 Problèmes identifiés pour la mettre en œuvre du FBP

Usant de l'outil « scan de faisabilité du FBP », la CSE a réalisé, sur base de la cotation de 23 critères, le score de 54,5%. En examinant les responsabilités du gouvernement et les 11 meilleurs pratiques du FBP, trois problèmes principaux ont été retenues, à savoir :

- Absence de l'autonomie de la CSE dans la gestion de ses ressources (ressources financières, matérielles, financières et autres), celles-ci étant gérées par le régulateur (Secrétaire Général et ou le Ministre de la Santé);
- L'insuffisance des ressources financières pour l'évaluation de l'accompagnement des structures central auprès de celles intermédiaires et indirectement celles du niveau périphériques (82 structures à évaluer par la CSE (33 Programmes Spécialisés, 10 Directions centrales, 26 Divisions Provinciales de la Santé et 13 Établissements d'Utilité Publique) ;
- Le refus du changement ou le non-respect de l'application de meilleures conduites par certaines parties prenantes du FBP, en l'occurrence, les régulateurs, les contrôleurs-vérificateurs, les payeurs, les prestataires et les communautés.

7.9.12 Stratégies

- Organiser une réunion de plaidoyer avec les autorités sanitaires et ;
- Si, 1 ne réussit pas, adresser un mémorandum au Ministre de la santé ;
- Si, 2 ne réussit pas, mobiliser les médias.

7.9.13 Activités prévues pour la CSE

- Assurer l'accompagnement de 8 structures centrales ayant contracté sous FBP ;
- S'assurer au cours des évaluations trimestrielles de 13 EUP et de leurs antennes que les critères quantitatifs, qualitatifs et l'utilisation de l'outil indices sont exécutés selon les normes et les résultats attendus ;
- Procéder à l'évaluation trimestrielle des EUP et de leurs antennes afin d'apprécier leurs performances en FBP;

- Veiller à l'application stricte des termes du contrat, de s'assurer que les actions programmées ont été réalisées et d'évaluer l'impact du programme à la fois sur l'accès et l'offre des soins et sur les évacuations ;
- Assurer le suivi de la mise en œuvre des contrats au sein des toutes les structures restantes du niveau central ;
- Organiser la formation en FBP des autres cadres de la CSE
- Évaluer les performances de 13 DPS ayant contracté sous FBP ;
- Assurer les évaluations de performance de 59 structures provinciales ayant contractées sous le Fonds Mondial (7 DPS, 7 IPS, 11 SP-PNLP, 16 CPLT, 20 BPC-VIH) ;
- Accompagner les structures non contractuelles du niveau central dans le suivi de la mise en œuvre du PNDS et leur préparation à l'intégration de l'approche FBP ;
- Conduire les actions de recherche-action pour l'intégration du FBP dans le système de santé ;
- Placer les données dans le portail web FBP ou autre ;
- Améliorer l'environnement du travail de la CSE.

7.9.14 Recommandations

Au Secrétaire Général

- Faciliter la collaboration entre la CSE et tous les différents PTF ;
- Créer et rendre opérationnelle l'unité de contractualisation au sein de la CSE ;
- Rendre opérationnel/harmoniser le système de gestion de l'information sanitaire entre portail web FBP et la DHIS2.

Aux Responsables du PDSS

- Former les autres cadres de la CSE en FBP ;
- Étendre la contractualisation aux structures du niveau central ;
- Mettre à la disposition de la CSE et à temps, les moyens financiers nécessaires pour mener à bien les activités ;
- Augmenter la couverture géographique en structures contractant sous FBP.

Au Fonds Mondial

- Aligner les évaluations sous contrat unique FBP ;
- Rendre disponibles et à temps les moyens financiers nécessaires pour l'évaluation de 59 structures ;

Responsables	Activités	Ressources
CSE/SG/MSP	<p>1. Assurer l'accompagnement de 8 structures centrales ayant contracté sous FBP dans la réalisation des activités suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'élaboration des normes, des textes juridiques ou des instruments d'exécution SMART, identifiés avec TDR et achevés. - L'organisation des visites de supervision réalisées selon TDR SMART, avec rapports produits et recommandations - La Formation des prestataires du niveau périphérique avec Plan de formation SMART réalisée, avec rapports écrits - La tenue des réunions de plaidoyer ou technique avec TDR SMART réalisées, avec rapports écrits - Visites d'évaluation des acteurs régionaux (DRS, ACV) organisée par la CTN-PBF - Le suivi des actions de recherche-action exécutée avec problème identifié, rapport et recommandations SMART - Le calcul des bonus d'Amélioration de Qualité proposé et exécuté - L'utilisation de l'Outil Indices 	Paiement par output et qualité

	<p>2. S'assurer au cours des évaluations trimestrielles de 13 EUP que les critères quantitatifs suivants ont été complètement et totalement évalués en ce qui concerne :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contrats signés avec les responsables des FOSA contractantes principales, avec un PB disponible ; - Les rapports et autres documents clés disponibles (BP, contrat avec CTN, dossiers personnel, documents comptables, ...) - La réalisation des vérifications médicales de toutes les FOSA - La réalisation complète des vérifications communautaires - L'exécution des vérifications BAQ - L'exécution des contre-vérifications des vérifications médicales et communautaires organisées par l'ACV ; - La tenue des réunions du comité de validation de la zone de santé - La saisie des données et factures des FOSA et des ASLO mensuellement sur le portail PBF ; - La comparaison des factures présentées avec les fonds disponibles pour la région par trimestre ; - Le suivi des (groupes d') indicateurs clés au cours du trimestre ; - L'achèvement des activités de formation et de coaching proposées dans le plan de business trimestriel des ACV; - L'achèvement des activités de la recherche-action et de l'assistance technique (AT); - L'existence d'un mécanisme efficace pour motiver le personnel et payer les primes à travers l'Outil indices - La présence de toilettes/latrines en nombre suffisant et en bon état - La propreté de la cour - Le maintien de bonnes conditions d'hygiène dans les bureaux - La disponibilité et la bonne tenue des documents financiers et comptables 	Paiement par output et qualité
	<p>3. Procéder à l'évaluation trimestrielle de l'ACV en ce qui concerne l'utilisation de l'outil Indices en se basant sur les critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rapport mensuel technique qui analyse les recettes du mois, planifie les dépenses et analyse les indicateurs de viabilité (avec suivi des recommandations) plus liste de présence du personnel + signatures - Fiche d'évaluation du personnel et ordre de virement des primes disponibles (le montant total de la prime doit correspondre à celle notée sur la fiche de synthèse des recettes / dépenses) - Participation de tout le personnel. Interview de 2 personnes par service montrant : i) qu'elles ont participé et qu'elles connaissent les recettes, les dépenses, l'enveloppe de la primes et les critères de répartition ; ii) que les primes marquées devant leur nom sont effectivement celles qu'elles ont reçues. - La dotation pour les amortissements qui devra représenter au moins 80% des amortissements de la période - Efficacité du personnel : salaires fixes + primes / dépenses totales - Primes / primes + salaires fixes - Nombre de jours de réserve (3 mois de fonctionnement) 	Paiement par output et qualité
	<p>4. Évaluer les performances de 14 DPS ayant contracté sous FBP</p> <ul style="list-style-type: none"> - Élaboration des TDR, obtention des ordres de mission, ticket - Briefing des équipes à évaluer - Collecte des informations sur l'évaluation - Débriefing auprès des évalués et autorités sanitaires - Élaboration des rapports d'évaluation 	Paiement par output et qualité
PDSS, MSP	<p>5. Obtenir des contrats crédibles et durables dans le système de santé de la RDC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ouvrir une unité de contractualisation - Former 10 experts de la CSE - La phase pré contractuelle : étude de la faisabilité du contrat (dossier contractant, élaboration du contrat, plan business, plan opérationnel, Plan trimestriel, cadre de performance. et faire signer le contrat) - La conduite de l'opération de contractualisation (signature contrat). 	Paiement par output et qualité

	- Le suivi de l'application de l'arrangement contractuel	
PDSS, MSP	6. Organiser la formation en FBP des autres cadres de la CSE - Préparer la formation (budget, facilitateurs, identification participants, lieu, module, pré et posttest, ...) - Organiser l'atelier de formation de 20 experts	Paiement par output et qualité
PDSS	7. Conduire les actions de recherche-action pour l'intégration du FBP dans le système de santé - Identifier au moins 2 problèmes de Recherche-action - Élaboration des protocoles d'enquêtes - Formation des enquêteurs - Collecte des données sur terrain - Rapport et divulgation des résultats	Paiement par output et qualité
BANQUE MONDIALE	8. Assurer les évaluations de performance de 59 structures provinciales ayant contracté sous Fonds Mondial (7 DPS, 7 IPS, 11 SP-PNLP, 16 CPLT, 20 BPC-VIH) - Élaborer TDR, - Organiser le briefing des évaluateurs, - collecter les données quantitatives et qualitatives de l'évaluation - débriefing auprès des évalués et autorités sanitaires - élaborer et soumettre à la hiérarchie les rapports de la mission d'évaluation	Paiement par output et qualité
ADMINISTRATION CENTRALE	9. Placer les données dans le portail web SNIS FBP et ou DSNIS - collecter des informations - Procéder à la validation - Transmettre au gestionnaire du portail web FBP	Paiement par output et qualité
	10. Accompagner les structures non contractuelles du niveau central dans le suivi de la mise en œuvre du PNDS et leur préparation à l'intégration de l'approche FBP - Participer aux réunions hebdomadaires - Réaliser les évaluations trimestrielles des inputs	Paiement par output et qualité
PDSS, MSP	11. Améliorer l'environnement du travail de la CSE : - équipements bureau, - matériels informatiques, - moyens de transport, - fourniture de bureaux, - connexion internet, - réhabilitation du bâtiment (peinture, plafond, plancher, toilettes, cour, parking)	BAQ

7.10 L'inspection Générale de la Santé

La nouveauté observée dans la réforme pour le Ministère de la Santé depuis 2010 est la séparation de rôles entre les structures d'administration, de régulation, de gestion, d'accompagnement et de mise en œuvre sous l'égide du Secrétariat Général et celles d'inspection-contrôle sous la responsabilité de l'Inspection Générale de la Santé. Le Ministre de la Santé a nommé en 2016 vingt-six Médecins Inspecteurs Provinciaux. En 2018 un cadre et structures organiques de l'Inspection Générale de la Santé a été établi.

L'IGS constitue un outil de contrôle du fonctionnement régulier, des actes posés en conformité avec les normes régulatrices. L'IGS compte contractualiser avec le Ministère pour accompagner la mise en œuvre de l'approche FBP dans la contre-vérification de la qualité des résultats arrêtés des évaluations à différents niveaux de la pyramide sanitaire. La tâche de l'IGS sera d'identifier à travers la contre-vérification des irrégularités et des faiblesses ainsi que des succès auprès des acteurs sous contrat de performance FBP. L'objectif sera aussi de identifier des abus avant que cela a élargi à échelle et de les rectifier. Pour ce faire, un contrat trimestriel soit proposé afin d'évaluer les actions de l'IGS sur le terrain.

7.10.1 Objectifs de l'IGS dans le cadre du FBP

Objectif General

Contribuer à l'amélioration de la qualité, de l'efficacité et de l'équité des structures de santé publiques, privées et confessionnelles par les inspection-contrôle et la contre-vérification dans l'approche de Financement basé sur la performance

Objectifs spécifiques

- Inspecter-Contrôler le fonctionnement, la légalité et la conformité des actes posés par les organes ciblés (Structures de régulation, CTN, ACV-EUP, Prestataires, ASLO, CAGF, Grossistes Pharmaceutiques, ITM&IEM) impliqués dans l'approche FBP ;
- Effectuer la contre-vérification du processus de certification des structures FBP
- Assurer le coaching les inspections provinciales de la santé en approche FBP

7.10.2 Analyse des problèmes

Dans le cadre du changement de paradigme consécutif à l'adoption et la mise en œuvre de l'approche Financement Basé sur la Performance (FBP) par la grande majorité des services de santé en République Démocratique du Congo, le fonctionnement du système étant désarticulé depuis plusieurs décennies, il est important et utile que ce grand virage qui s'amorce dans la gestion du changement de la politique de santé soit minutieusement suivie et contrôlée. Et, plusieurs problèmes de gouvernance connus dans le système risquent de changer de stratégies maléfiques et de fragiliser ainsi la nouvelle approche FBP qui vient cependant en sauvetage.

Quant aux problèmes potentiels à contrôler dans les structures, l'on peut citer :

- La combine entre les prestataires et les évaluateurs des prestations réalisées pour fausses déclarations pour augmentation du score et du paiement ;
- Le non-respect et non application des normes de régulation et des instruments FBP par les acteurs ;
- Le non-respect de la séparation des fonctions dans le cadre de FBP à tous les niveaux par chaque acteur ;
- Le renforcement des capacités des Inspecteurs en techniques de contre-vérification et en utilisation des outils appropriés FBP ;
- L'état de lieux des IPS et l'accompagnement de quelques IPS pilotes ;
- Le détournement des salaires et primes du personnel ainsi que des fonds des partenaires et du Gouvernement alloués au fonctionnement des structures ;
- Malversation financière ;
- Non accréditation des structures du système de santé ;
- Manque de rationalisation des ressources humaines (pléthore ou pénurie du personnel, mauvaise distribution des ressources) ;
- Rupture, pléthore ou péremption des stocks des médicaments essentiels dans les formations sanitaires souvent créé par l'approvisionnement input à travers le système monopolisé de CDR ;
- Détournement des intrants grâce au système input (exemple les moustiquaires destiné à une distribution gratuite) ;
- Utilisation de financement ascendant par la hiérarchie ;
- Enseignement : Mauvais recrutement des apprenants dans les établissements scolaires ; existence dans les ITM / IEM des enseignants sous qualifié ; l'évaluation fantaisiste des apprenants ; et la non tenue des documents pédagogiques par les enseignants
- Mauvaise qualité de soins administrés dans les formations sanitaires ...

Au vu de ce qui précède, on peut comprendre le dysfonctionnement du système de santé, et le gaspillage de fonds de l'état et des partenaires.

7.10.3 Problèmes à résoudre par le FBP et score de faisabilité

Les problèmes ci-haut évoqués peuvent être résolus dans l'approche FBP. Vu l'importance majeure d'accompagner le processus du démarrage à large échelle de l'approche FBP dans le secteur avec des actions de contre-vérification, l'IGS propose que son plan de business obtiendra l'accord des parties prenantes à savoir le Ministre de la Santé et les Partenaires Techniques et Financiers pour sa mise en œuvre en T4/2018 et T1/2019.

Les 23 critères de pureté d'un programme PBF	Point attribués	Point obtenu
Le budget total de PBF est de 0.01\$/hab/an	4	0
La proportion du gouvernement dans le programme PBF est 16.1%	2	0
La Cellule Technique Nationale PBF est intégré dans le Ministère de Santé à un niveau qui le permet de coordonner toutes les activités du MS avec les Directions et Programmes	2	2
Les Directions de l'IGS sont mises sous contrats de performance avec des indicateurs standards output et de la qualité	2	0
Protocole d'entretien", qui est utilisé par tous les contractants principaux du niveau primaire.	2	0
Les recettes du recouvrement IGS sont utilisées au point de collecte, et les IGS a un compte bancaire sur lesquels les gestionnaires quotidiens des IGS sont les signataires.	2	2
Les FOSA utilisent l'outil de gestion « plan de business » qui inclut la demande des BAQ	2	0
Les FOSA utilisent l'outil de gestion de la structure « Outil indices » pour lequel ils analysent et dépensent toutes les recettes et non seulement les subsides PBF.	2	0
Les gestionnaires des structures ont le droit de recruter et de licencier (ou de mettre à la disposition de la fonction publique) leur personnel.	2	2
Le programme a des bonus d'amélioration de qualité (BAQ) ou des unités d'investissement, pour l'amélioration de l'infrastructure, des équipements des structures et du personnel qualifié	2	0
Total	22	6
POURCENTAGE		27,3%

7.10.4 Activités proposées

- Réaliser des missions mixtes de contre-vérification des évaluations dans dix DPS avec l'ACVE dans les deux trimestres cités (T4/2018 – T1/2019) ;
- Organiser un atelier de renforcement des capacités des Inspecteurs en techniques de contre-vérification et utilisations des outils FBP ;
- Accompagner cinq IPS pilotes en techniques de contre-vérification et utilisations des outils FBP ;
- Réaliser un état de lieux des IPS.

Motivation du projet

- Amélioration de la qualité des prestations à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Application de 11 meilleures pratiques FBP dans le système de santé ;

7.10.5 Rôles et responsabilités des parties prenantes.

IGS :

- Mettre en place une organisation de services, une gestion efficace des ressources;
- Assurer la programmation trimestrielle des activités découlant du PAO avec un plan prévisionnel des activités output et de qualité payant validé ;

- Présenter à l'autorité contractante le Plan de travail trimestriel de l'IGS en respectant le calendrier y afférant, au plus tard le quinzième jour du trimestre suivant ;
- Mettre en place une seule comptabilité pour une gestion transparente de toutes les ressources de l'IGS (les apports des partenaires inclus) et se mettre à disposition pour un audit interne chaque trimestre et un audit externe une fois l'an par un cabinet mobilisé par le Ministre de la Santé ;
- Assurer la tenue des inventaires et la mise à jour du registre du patrimoine de l'IGS au moins une fois l'an ;
- Transmettre un rapport d'activités trimestriel au Ministre de la Santé ;
- Organiser l'évaluation des plans de travail trimestriels avec la participation des partenaires techniques et financiers et dégager les actions correctrices.

Unité de Contractualisation et CTN FBP

- Valider le PAO annuel et les plans de travail trimestriels de l'IGS et son plan prévisionnel des dépenses dans les délais prescrits dans le Manuel des procédures et de Gestion Administrative et Financière du MSP ;
- Mobiliser les ressources domestiques pour le financement de l'Inspection Générale de la Santé, mener le plaidoyer auprès des bailleurs pour l'appui au PAO de l'IGS et à veiller sur la bonne gestion de ces ressources ;
- Mettre à la disposition de l'IGS les procédures de gestion administrative et financière, le guide des opérations de différents financements, ainsi que tous les outils et documents requis pour la mise en œuvre efficace des activités ;
- Initier des audits et des inspections auprès de l'IGS portant sur ses ressources au moins une fois l'an.

Partenaires Financiers et Techniques

- L'inspection Générale de la Santé est d'accord et prête à exécuter le FBP qui est une approche de réforme qui améliore la qualité des prestations (les résultats)
- La préoccupation de l'inspection Générale de la santé consiste à renforcer ses capacités afin de le permettre d'être un instrument important dans l'exécution de FBP.
- Intégrer l'Inspection Générale de la Santé dans le FBP afin de pérenniser la contre-vérification des toutes les activités réalisées.
- Participer aux revues, réunions et évaluations des performances sur base du cadre de performance de l'IGS pour vérifier la matérialité des activités à propos desquelles les primes de performances doivent être payées ;
- S'approprier les évaluations de l'IGS et s'engager à travailler selon le plan de redressement des faiblesses constatées ;
- Informer l'IGS de toute activité et contrat à signer avec les Inspections Provinciales de la Santé.

7.10.6 Plan d'action de l'IGS

Objectif	Actions / activités	Respon- sable	Acteurs impliqués	Quand	Paiement output
Acquérir des compétences dans l'audit des évaluations	Participer à la réalisation des missions conjointes de contre-vérification des évaluations T3 et T4 2018 (IGS-ACVE) dans 10 DPS	Experts en FBP/ IGS	CT-FBP ACVE	Nov 2018 et février 2019	Paiement par audit réalisé
Faciliter la manipulation des outils de contre-vérification FBP	Organiser un atelier d'harmonisation des outils de contre-vérification FBP (inventaire, analyse et adoption des outils).	Experts en FBP/ IGS	CT-FBP	Déc 2018	Paiement par participant qui a assisté avec rapport écrit

Transférer les compétences FBP aux inspecteurs des IPS	Accompagner 5 IPS pilotes en PBF	Experts en FBP/ IGS	CT-FBP	Janv 2019	Paiement par visite spéciale avec rapport écrit
Identifier les problèmes spécifiques et les capacités de chaque IPS	Réaliser un état de lieux des IPS	Experts en FBP/ IGS	CT-FBP IPS	Nov 2018	Paiement par visite spéciale avec rapport écrit

7.10.7 Recommandations

Spécifiques pour l'IGS :

- Contractualiser avec l'IGS pour l'achat stratégique ses prestations évaluées ;
- Accorder un fonds de démarrage à l'IGS pour réaliser ses activités output et de qualité de contre-vérification à tous le niveaux du système de santé. Cela inclut les BAQ pour améliorer ses conditions de travail ;
- Impliquer les PTFs appuyant l'IGS et ses IPS dans l'approche FBP et s'organisent pour acheter les outputs de qualité ;
- Intégrer les IPS dans le suivi des comités de validation de prestation des zones de santé
- Mettre en place des mécanismes de gestion de dénonciations et des plaintes

En général :

- Que le Gouvernement recommande l'alignement obligatoire de tous les partenaires de la santé derrière l'approche FBP et l'achat stratégique des outputs/performances ;
- Que le Gouvernement puisse ouvrir des lignes budgétaires pour appuyer l'approche FBP ;

7.11 Direction d'Enseignement des Sciences de la sante

7.11.1 Contexte

La marche vers la Couverture Sanitaire Universelle, CSU, comme le prévoit le Plan National de Développement Sanitaire 2, PNDS 2016-2020, ainsi que la réforme de l'administration encours sont au centre de la préoccupation de la formation des futurs prestataires du niveau secondaire.

Le rapport d'évaluation du Plan National de Développement des Ressources Humaines en Santé 1, PNDRHS 2011-2015, précise d'ailleurs que la **faible qualité de l'enseignement** a entraîné la baisse du niveau des diplômés occasionnant ainsi une faible performance de ces derniers sur le terrain professionnel, avec comme conséquences : le taux élevé de mortalité, mauvaise qualité de soins et services, manque de confiance de la population dans les services (faible taux d'utilisation des services)....

Cette situation est exacerbée par un environnement défavorable à un enseignement de qualité : *non-respect de normes dans le recrutement des enseignants et des apprenants, les enseignements (théoriques et pratiques) assurés par des enseignants non qualifiés et pour d'autres cumulards, le contenu des matières non adapté, le sous équipement de salles de pratiques professionnelles, la saturation des terrains de stages, l'insuffisance de renforcement des capacités des enseignants et encadreurs de stages, l'inadaptation des méthodes d'enseignement, le faible taux de réalisation des supervisions, la faible motivation du personnel enseignant et personnel Administratif, ...faible taux de réussite au jury, nombre élevé des éliminés au programme.*

L'absence d'une vision commune sur la formation avec conséquences le déséquilibre dans l'organisation des filières/sections, la prolifération des établissements de formation et la production excessive de certaines catégories professionnelles (PNDRHS 2011-2015). Si cette situation persiste, il y aura persistance de faible développement des compétences de prestataires et une mauvaise qualité des soins et services offerts aux populations. Les diplômes délivrés ne reflèteront plus de valeur attendue, en conséquence, il y aura de difficultés d'embauche et ce qui va entraîner un gaspillage des ressources. La mise en œuvre de l'approche FBP est un levier pour niveler les efforts des parties prenantes vers le haut.

La Direction elle-même, dont le mandat est **d'organiser la formation des professionnels de santé du niveau secondaire, compétents, en vue d'assurer à la population les soins de santé de qualité, susceptibles de réduire la morbidité et la mortalité**, dispose des ressources humaines disponibles et variées.

Les ressources domestiques (quotité des parents aux frais scolaires) assez limitées et irrégulières sont les seules à soutenir les actions de la Direction, l'État intervenant uniquement dans la paie des salaires et primes.

7.11.2 Étude de Faisabilité du Programme FBP

Critères de pureté d'un programme PBF	Points dispo	Points donnés
Le budget du programme PBF n'est pas inférieur à 4,00 \$US par habitant et par an, dont au moins 70% est utilisé pour les subsides PMA, PCA, les contrats ASLO et les BAQ (*)	4	0
Au moins 20% du budget PBF vient du gouvernement et le programme PBF a un plan pour diminuer la dépendance des bailleurs	2	0
La Cellule Technique Nationale PBF est intégré dans le Ministère de Santé à un niveau qui le permet de coordonner toutes les activités du MS avec les Directions et programmes	2	2
Les Directions et Programmes du MS sont mis sous contrats de performance avec des indicateurs standards outputs et de la qualité	2	0
Les recettes du recouvrement FOSA (Écoles) sont utilisées au point de collecte, et les FOSA (Écoles) ont un compte bancaire sur lesquels les gestionnaires quotidiens des FOSA (Écoles) sont les signataires.	2	2
Les gestionnaires des structures (FOSA, écoles, etc.) ont le droit d'acheter leurs intrants auprès des distributeurs opérant en concurrence et qui sont accrédités par le régulateur.	4	4
Les FOSA (Écoles) utilisent l'outil de gestion « plan de business » qui inclut la demande des BAQ	2	0
Les FOSA (Écoles) utilisent l'outil de gestion de la structure « Outil indices » pour lequel ils analysent et dépensent toutes les recettes et non seulement les subsides PBF	2	0
L'ACV signe les contrats directement avec les personnes responsables des structures (Écoles) au quotidien et non pas avec les propriétaires indirects, privés ou religieux.	2	0
Les structures (Écoles) sont autorisées de déterminer leurs tarifs du recouvrement de coûts.	2	2
Les gestionnaires des structures (Écoles) ont le droit de recruter et de licencier (ou de mettre à la disposition de la fonction publique) leur personnel.	2	0
Il existe une ACV, qui est indépendante des autorités de santé locales, disposant d'un personnel suffisant pour effectuer les tâches de vérification médicale et communautaire.	2	0
Il y a une séparation claire entre les fonctions de contractualisation et vérification de l'ACV et la fonction de paiement	2	0
Les ACV acceptent de promouvoir les PMA (Plan de développement) et PCA complètes définies par le gouvernement (ce qui, en Afrique, provoque souvent des discussions sur la PF moderne).	2	0
Le programme a des bonus d'amélioration de qualité (BAQ) ou des unités d'investissement, pour l'amélioration de l'infrastructure, des équipements des structures et du personnel qualifié	2	0
Les structures (Écoles) publiques, religieuses et privées ont des chances identiques d'obtenir un contrat.	2	2
Il y existe des bonus prenant en compte les vulnérabilités régionales et le niveau des structures.	2	0
Le programme prévoit des fonds d'équité pour les personnes vulnérables.	2	0
TOTAL	40	12

Le Score atteint est de 30% (12 points)

7.11.3 Problèmes identifiés

1. **Faible capacité de mobilisation des ressources financières en faveur de la mise en œuvre des activités.**

Conséquences :

- Forte dépendance de la Direction du financement des ménages et des PTF qui appuient certaines activités,
- Faible couverture/couverture des activités,

Recommandation :

- Plaidoyer pour la canalisation des fonds vers les structures,
- Manque d'autonomie de gestion dans les écoles en ce qui concerne le recrutement, la mise en niveau, motivation/fidélisation et le licenciement/révocation des agents.

2. **Faible qualité de l'enseignement de base**

Conséquence :

- Baisse du niveau des diplômés occasionnant ainsi une faible performance de ces derniers sur le terrain professionnel, avec comme conséquences : le taux élevé de mortalité, mauvaise qualité de soins et services, manque de confiance de la population dans les services (faible taux d'utilisation des services)....
- Si cette situation persiste, il y aura persistance de faible développement des compétences de prestataires et une mauvaise qualité des soins et services offerts aux populations. Les diplômés délivrés ne reflèteront plus de valeur attendue, en conséquence, il y aura de difficultés d'embauche et ce qui va entraîner un gaspillage des ressources.

Recommandation :

- Reforme en APC des Programmes de formation (avec ses exigences...)
- Innovations : intégration de l'approche communautaire (DBC, MOMENTUM)
- Digitalisation de la gestion de l'enseignement Ecoschool, site web de la Direction

3. **Absence d'une vision commune sur la formation**

Conséquence :

- Déséquilibre dans l'organisation des filières / sections, la prolifération des établissements de formation et la production excessive de certaines catégories professionnelles (PNDRHS 2011-2015).

7.11.4 Plan d'action

Quoi ?	Qui ?	Comment ?
1. Mobilisation des ressources nécessaires à l'intégration du Module FBP dans les curricula de formation	ESS et Cellule FBP SG / DESS et Cellule FBP	- Briefer les autorités de Tutelle sur l'intégration de FBP dans les programmes de formation du futur professionnel de santé - Mener un plaidoyer pour la mobilisation des ressources nécessaires à l'appui de l'intégration auprès des PTF
2. Adaptation des curricula de formation aux besoins des populations	SG / DESS, RH et Cellule FBP	- Sélectionner les modules FBP à intégrer dans les Curricula de formation des futures prestataires - Intégrer le module FBP dans les curricula de formation - Élaborer le guide de formation - Reproduire le Guide de formation - Vulgariser et diffuser le guide de formation
3. Renforcement des capacités des prestataires en pédagogie	DESS et Cellule FBP	- Former les équipes du Bureau ESS des provinces - Former les enseignants et encadreurs de stages - Sensibiliser les finalistes - Organiser l'évaluation certification des apprenants (jury national)
4. Accompagnement des DPS / écoles dans la mise en œuvre	SG / DESS et Cellule FBP	- Superviser les activités de mise en œuvre - Suivi et évaluation des activités

		- Documenter les bonne
5. Renforcement du Partenariat avec les acteurs (privés, confessionnels, parents d'élèves)	SG / DESS, RH et Cellule FBP	- Créer un cadre de concertation permanente entre terrains de stage (structures de prestations) et les écoles de formation - Tenir des réunions
6. Renforcement de Gouvernance et leadership	SG / DESS, RH et Cellule FBP	- Élaborer/actualiser les documents de politique, normes et directives de mise en œuvre du FBP - Vulgariser les documents
7. Assainissement du secteur de l'Enseignement des Sciences de Santé	SG / DESS, RH et Cellule FBP	- Développer le mécanisme d'accréditation des écoles
8. Mener une étude en faveur de la résorption dans le système de la santé des finalistes en Accoucheuses, Assistant en Pharmaci, Technicien d'Assainissement, Technicien Laboratoire Médical, Santé Mentale	SG / DESS, RH et Cellule FBP	- Élaborer un protocole d'études sur le devenir des anciens diplômés en enseignement des sciences de santé - Identifier et sélectionner les enquêteurs - Collecter les données - Analyser et traiter - Publier les résultats

7.12 Direction du Système National d'Information Sanitaire

7.12.1 Contexte

Le plan de renforcement du SNIS s'est aligné au PNDS. Le plan de management du SNIS/DHIS2 est une réponse aux faiblesses / problèmes identifiées. Le présent plan cadré sur la vision et la logique du Financement Basé sur les Performances contribuera à la mise en œuvre aisée qui permettra de produire des résultats de qualité avec efficience.

7.12.2 Analyse des problèmes

Interopérabilité entre le DHIS2 et d'autres bases des données

Le déploiement du DHIS 2 à travers l'ensemble du territoire constitue une grande avancée du SNIS. Le défi reste de poursuivre l'intégration dans le SNIS des programmes comme cela a déjà été initié avec le PNLT, le PNLS et le PNAM. Il s'agira, d'établir l'interopérabilité entre le DHIS2 et d'autres plateformes utilisées tant par le MSP que par certains partenaires impliqués dans le domaine de l'information sanitaire. Le portail FBP ne lit pas directement les données déclarées et saisies dans le DHIS2 avec comme conséquence la divergence des données entre les deux bases, pendant que les vérifications faites par le FBP devraient contribuer à l'amélioration des données du système.

Pour se faire, il faut :

- Se rassurer les deux bases utilisent la même pyramide (Province, ZS, AS et FOSA)
- Les indicateurs achetés sont rapportés dans le SNIS et saisie dans le logiciel DHIS2
- Les populations des entités géographiques (ZS et Aires de Santé) sont les mêmes que celles déclarées par les équipes cadres des zones de santé
- Les structures devraient avoir les mêmes codes (IUD)
- Faire le pré test dans une Zone de Santé avant de passer à l'échelle

On peut avoir le même indicateurs et le même structure dans les deux bases, DHIS2 et portail FBP ou autre, mais **Quel sera le point d'injonction entre eux ?** Car le portail FBP tout comme le DHIS2 génère les identifiant uniques **UID**, ce qui fait que nous avons les mêmes structures mais avec identifiant unique différent, or dans le langage informatique même si c'est le même nom, le système comprend que c'est deux choses différents. Donc il faut faire un travail d'avoir non seulement le même nom, mais aussi même identifiant unique. Ce

principe doit s'appliquer non seulement pour l'interopérabilité entre le DHIS2 et le portail FBP mais aussi pour les autres bases de données.

Des VSAT (very small aperture terminal) sont désormais disponibles dans quasiment toutes les ZS de santé du pays ; néanmoins, une évaluation réalisée par la DSNIS a montré qu'il était possible pour la saisie DHIS2 d'utiliser des connexions 3G dans environ deux tiers de 516 ZS.

Rationalisation des aires de santé et des formations sanitaires

Il faut rationaliser les Aires de Santé des formations sanitaires. Le plan de couverture consistera donc, à partir de l'inventaire des structures de premier niveau existantes (CS, dispensaires et postes de santé), à définir celles qui seront transformées, à terme, en CS rationalisés en prenant en compte notamment les critères de la population. Il définira également celles qui devront être éventuellement créées pour avoir une couverture totale de la population. Ceci correspond au « découpage en aires de santé », qui est une hypothèse à revoir régulièrement au fur et à mesure que la couverture en CS rationalisés augmente (nécessité de créer de nouvelles aires ou d'en supprimer d'autres).

Chaque contractant principal doit offrir un PMA ou PCA complet et de qualité. Ces structures rationalisées offrent des soins de qualité appréciable et la population est encouragée de désertir progressivement les autres formations sanitaires. Ces structures « pirates » se sentant étouffées et progressivement tombent en faillite et mettre fin à leurs prestations.

Par ailleurs il existe une « instabilité importante de la pyramide sanitaire » non seulement des nombreuses créations et/ou fermetures de structures de soins privées, mais aussi une variabilité des pyramides selon les programmes. Un effort est donc à faire dans le sens d'encourager tous les acteurs à utiliser les pyramides actualisées par les équipes cadres des zones de santé. L'amélioration de la couverture peut donc se faire soit en implantant de nouvelles structures de santé (centres de santé, etc.), soit en rationalisant le fonctionnement des structures existantes (publiques ou privées). La rationalisation du fonctionnement des structures prépare ainsi le terrain à toute action qui sera destinée à améliorer la qualité des soins dans les différentes structures de santé de la zone.

Étant donné la diversité et le niveau de développement de chaque zone de santé et en attendant la décentralisation de l'actualisation de la pyramide, une fois a reçu les pyramides des zones de santé, il les transmet à la Division SNIS de la Direction des soins de santé primaires qui a la responsabilité de mettre à jour la pyramide sanitaire dans le DHIS 2. La liste définitive des AS et structures est actualisé par les équipes cadres des zones est transmise à la DSNIS. La liste des nouvelles structures sera élaborée en indiquant clairement l'aire de santé et le paquet d'activité. Il en est de même pour une nouvelle aire de santé, il faut clairement indiquer les structures qui desservent la population. Les nouvelles aires de santé et structures seront intégrées dans le logiciel DHIS2 avant la fin de la 2ème quinzaine du mois de janvier de l'année suivante.

Qualité des données

La qualité des données n'est pas bonne suite :

- Au faible niveau d'équipement ou de la connectivité ;
- Manque des outils de collecte des données ;
- Faibles connaissances du personnel des programmes sur le SNIS et l'utilisation du logiciel au DHIS2 en particulier.
- Faible motivation du personnel et le faible intérêt et leadership au niveau local ;
- Problèmes dans le choix des indicateurs qui doit faire une nette séparation entre les indicateurs d'input et d'output ainsi que ceux liés à la qualité des activités ;

- Certains indicateurs de l'état de santé, notamment la mortalité par causes spécifiques et la prévalence de certaines maladies non transmissibles telles que les cancers ou les maladies cardio-vasculaires, restent notifiés de manière très incomplète

7.12.3 Étude de faisabilité SNIS

L'analyse de faisabilité selon les 23 critères de pureté FBP nous a ajouté les problèmes suivants :

- Toutes les provinces et zones de santé n'ont pas encore l'autonomie dans l'achat des intrants autonome pour la reproduction des outils, matériels informatiques, connexion internet et dans l'affectation du personnel capable d'utiliser le logiciel DHIS2.
- Les outils de travail FBP (plan business et outil indices) ne sont pas encore utilisés dans toutes les formation sanitaires qui pourraient stimuler la qualité de travail et du SNIS.

7.12.4 Objectifs du programme SNIS

Objectifs spécifiques :

1. *Améliorer la disponibilité et la qualité de l'information sanitaire. Les actions suivantes sont requises :*

- Corriger les données dans le DHIS2 et harmoniser avec les données FBP ;
- Procéder à la vérification mensuelle des données des FOSA DHIS 2 et FBP par les vérificateurs des EUP.
- Organisation des missions de suivi du cadre normatif du SNIS et de formation pour les DPS, EUP, ECZE et des FOSA sur l'utilisation du DHIS2

2. *Rationaliser la couverture des aires de santé*

- Paramétrage dans le logiciel DHIS2, les aires de santé des structures sanitaires PMA et PCA rationalisées, découpées et déclarées par les ECZ.

3. *Assurer l'interopérabilité entre le DHIS2 et d'autres bases des données*

- Tenue des réunions de coordination entre acteurs impliqués dans l'interopérabilité (DSNIS/DSSP, CTN FBP, DEP et PTF) autour du SG
- Harmonisation des indicateurs achetés par le FBP et ceux rapportés dans le SNIS et saisies dans DHIS2
- Harmonisation des pyramides
- Actualisation et uniformisation des populations dans DHIS2 et le portail FBP

7.12.5 Plan d'action

Prestation / Indicateur	Source de données Primaires / Secondaires	Critères de validation
1. Coordination de la Direction	<ul style="list-style-type: none"> - Compte rendu de réunions hebdomadaires (1 fois par semaine) - Accusé de réception de la transmission du compte rendu par les services du Secrétaire Général à la santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Critère 1 : Nbre des réunions hebdomadaires de la Direction tenues, avec compte rendu transmis au SG dans les 7 jours ouvrables après la réunion (lettre de transmission / courrier électronique) (5pts): <ul style="list-style-type: none"> ✓ Entre 9 – 12 réunions tenues durant le trimestre (5 pts) ✓ Entre 6 - 8 réunions tenues durant le trimestre (2,5 pts) ✓ En dessous de 5 réunions tenues durant le trimestre (0 pts) • Critère 2 : Présence de membres de l'équipe de Direction (Directeur, CD et CB) (5pts) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Si présence physique / délégué de l'équipe pendant 9-12 réunions (5pts) ✓ Si présence physique / délégué de l'équipe pendant 6-8 réunions (2,5pts)

Prestation / Indicateur	Source de données Primaires / Secondaires	Critères de validation
	<ul style="list-style-type: none"> - Tableau de suivi des recommandations mise à jour 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si présence physique / délégué de l'équipe pendant moins de 5 réunions (0pts) • Critère 3 : Les recommandations formulées ont été exécutées (5pts) : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Entre 90-100 % des recommandations exécutées (5pts) ✓ Entre 80- 89,9 % des recommandations exécutées (4pts) ✓ Entre 60-79,9 % des recommandations exécutées (3pts) ✓ Entre 50-59,9 % des recommandations exécutées (2pts) ✓ Moins de 50 % des recommandations exécutées (0pt)
2. Niveau d'exécution du plan de travail trimestriel	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de travail trimestriel de la DSSP - Rapport trimestriel d'activités de la DSSP - Document d'évaluation du plan de travail trimestriel de la DSSP NB : Livrables de chaque activité 	<ul style="list-style-type: none"> • Critère 1 : Existence d'un plan de travail trimestriel validé avec PV de la réunion de validation et liste de participants (5pts). N.B : Si Critère 1 n'est pas rempli : automatiquement 0 point. • Critère 2 : Plan de travail transmis avant le 15e jour du mois suivant le trimestre au Secrétaire Général à la Santé, aux PTF et aux UGP (CAGF, PDSS...) dans le délai avec preuve d'accusé de réception (le cachet de réception faisant foi) (5pts). • Critère 3 : % de réalisation/Exécution des activités du plan d'action trimestriel (15pts) : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Entre 80 et 100% d'activités réalisées (15pts) ✓ Entre 60-79,9% d'activités réalisées (10pts) ✓ Entre 50-59,9% d'activités réalisées (5 pts) ✓ A moins de 50% d'activités réalisées (0 pt)
3. Rapport trimestriel technique et financier de la DSSP	<ul style="list-style-type: none"> - Copie du rapport trimestriel technique et financier de la DSSP - Accusé de réception du rapport par les services du Secrétaire Général à la santé et par les PTF clés (ceux qui financent la DSSP) - Courrier de transmission physique et électronique aux partenaires 	<p><i>Rapport narratif trimestriel technique et financier (selon le format) des activités de la DSSP transmis avant le 15^e jour du mois suivant le trimestre :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Critère 1 : Existence d'un Rapport narratif trimestriel technique et financier (2pts) N.B : Si Critère 1 n'est pas rempli : automatiquement 0 point • Critère 2 : Rapport transmis au Secrétaire Général à la Santé dans le délai avec preuve d'accusé de réception (le cachet de réception faisant foi) (5pts). • Critère 3 : Rapport transmis aux PTF clés du secteur de la santé dans le délai (FM/CAGF, BM/PDSS, UNICEF, MCSP et DFID/IMA) avec preuve d'accusé de réception ou courrier e-mail (5 pts).
4. Accompagnement des DPS dans la mise en œuvre du PNDS 2016-2020,	<ul style="list-style-type: none"> - Rapport de missions d'accompagnement - Ordre de service - Livrables de chaque activité - Compte rendu de la réunion de restitution - Liste de présence des participants à la réunion 	<p><i>Rapport de missions d'accompagnement :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Critère 1 : Préparation de la mission d'accompagnement (existence des TDR portant sur une analyse préalable des problèmes de la DPS). Nbre des TDR disponibles sur attendus (5pts) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Entre 80 et 100% des TDR disponibles (5pts) ✓ Entre 60-79,9% des TDR disponibles (3pts) ✓ Entre 50-59,9% des TDR disponibles (2pts) ✓ A moins de 50% des TDR disponibles (0 pt) • Critère 2 : Nbre des DPS accompagnées sur prévues (rapport de mission élaboré et ordre des services visé) (5pts) : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Entre 80 et 100% des DPS accompagnées (5pts) ✓ Entre 60-79,9% des DPS accompagnées (3pts) ✓ Entre 50-59,9% des DPS accompagnées (2 pts) ✓ A moins de 50% des DPS accompagnées (0 pt) • Critère 3 : Organisation d'une réunion de restitution des missions d'accompagnement des DPS (5pts) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Existence d'un compte rendu et liste de présence des participants (2,5 pts) ✓ Existence d'un tableau des principales recommandations des DPS accompagnées (2,5 pts)
5. Analyse et qualité des		<p><i>Analyse basée sur les données SNIS transmises par les ZS (DHIS-2) comportant les éléments clés ci-après :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Critère 1 : Analyse de la promptitude (5pts)

Prestation / Indicateur	Source de données Primaires / Secondaires	Critères de validation
données SNIS	<ul style="list-style-type: none"> - Rapport d'analyse donnée des DPS - Liste de présence des participants - Lettres de retro-information - Email de transmission des retro-informations - Base de données DHIS-2 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Entre 80 - 100% de promptitude des ZS (5pts) ✓ Entre 60-79,9% de promptitude des ZS (3pts) ✓ Entre 40-59,9% de promptitude des ZS (2 pts) ✓ A moins de 40% de promptitude des ZS (0 pt) • Critère 2 : Analyse de la complétude (5pts) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Entre 80 - 100% de complétude des ZS (5pts) ✓ Entre 60-79,9% de complétude des ZS (3pts) ✓ Entre 40-59,9% de complétude des ZS (2 pts) ✓ A moins de 40% de complétude des ZS (0 pt) • Critère 3: Analyse des principaux indicateurs du cadre programmatique de trois maladies (VIH, Palu et TB) et le PEV (8 pts dont 2 points pour chaque maladie et le PEV) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Entre 80 - 100% d'indicateurs rapportés (2pts) ✓ Entre 60-79,9% d'indicateurs rapportés (1,5pts) ✓ Entre 50-59,9% d'indicateurs rapportés (1pt) ✓ A moins de 50% d'indicateurs rapportés (0 pt) • Critère 4 : Retro information fournie aux 26 DPS (2pts) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Entre 80 - 100% des DPS ayant bénéficiées de la retro information (2pts) ✓ Entre 60-79,9% des DPS ayant bénéficiées de la retro information (1pt) ✓ Moins de 60% des DPS ayant bénéficiées de la retro information (0pt)

7.13 Direction des Ressources Humaines

7.13.1 Contexte

Les missions de la Direction des Ressources Humaines du MS sont :

- Gérer les ressources humaines du Ministère de Santé conformément à la stratégie de gestion intégrée des ressources humaines telle qu'édictée par le Ministère de la Fonction Publique ;
- Assurer le développement des compétences des ressources humaines de la santé ;
- Contribuer à la gestion prévisionnelle des emplois, des effectifs et des compétences des ressources humaines ;
- Élaborer les normes et directives en matière de gestion des ressources humaines ;
- Veiller à l'application du statut et des textes législatifs et réglementaires relatifs à la gestion des ressources humaines de l'État ;
- Accompagner les autres services de santé sur la gestion des ressources humaines ;
- Assurer la liaison avec la Fonction Publique et d'autres Ministères connexes en matière des ressources humaines.

Dans la perspective de la réforme, la DRH intègre à son sein la Direction Formation Continue (D11). La gestion des ressources humaines du Ministère de la Santé est régie par divers textes légaux et réglementaires tout en tenant compte de la nomenclature et de la catégorisation particulière dont jouissent certaines catégories professionnelles des personnels de santé.

Parmi ces textes nous notons :

- La Constitution de la République qui consacre la décentralisation et le transfert du pouvoir aux provinces et aux entités Territoriales Décentralisées ;
- Le statut de carrière du personnel des services publics de l'État et les différents règlements d'Administration qui régissent le recrutement, la promotion, la formation continue, la

révocation, la fin de la carrière (mise à la retraite, décès, invalidité, etc.) des cadres et agents de l'État ;

- Le statut spécifique de médecins de l'État ;
- Les normes et directives de la formation continue, qui définissent les procédures de la planification, de l'organisation et le suivi et évaluation des formations ;
- Le manuel de procédures de gestion des ressources humaines de la sante en RD Congo ;
- Les normes d'organisation et fonctionnement des Zones de Santé.

7.13.2 Problèmes identifiés

- Recrutement et affectations du personnel de santé centralisés sans tenir compte des vrais besoins ressentis par les structures. Cette situation est à la base du surplus des effectifs dans les structures urbaines et de la carence en personnel et/ou de certaines catégories socioprofessionnelles (Techniciens d'Assainissement, Sages-femmes, Spécialistes cliniciens, etc.) en milieu rural entraînant ainsi et la baisse de la qualité des services offerts à la population.
- Les gestionnaires des FOSA publiques n'ont pas le droit de recruter et de licencier ou de mettre à la disposition de la fonction publique son personnel. Cela est à l'origine de la faible maîtrise des effectifs et la mauvaise rationalisation des ressources humaines dans les structures. A cet effet, la gestion des structures n'est pas autonome. Les gestionnaires des ressources humaines font souvent face aux interférences politiques. Aussi, l'absence de description de postes dans certaines structures du niveau central et l'absence de normes de dotation du personnel favorisent aussi des recrutements et affectations anarchiques.
- Le recrutement et l'affectation des agents est un domaine réservé aux autorités du niveau central (Ministre et SG) et aux autorités provinciales (Gouverneurs).
- La rigidité des textes légaux et réglementaires en vigueur qui régissent la gestion la gestion des ressources humaines ;
- L'insuffisance du budget disponible pour financer les activités de la DRH. La Direction ne bénéficie du budget de l'État que des salaires et prime de risque et les crédits de fonctionnement ne sont pas décaissés.
- Il existe une dépendance accrue vis-à-vis des ressources extérieures qui du reste sont insuffisante pour couvrir ses activités ;
- Les salaires des fonctionnaires sont faibles ;
- Les primes de risque sont surtout destiné plutôt aux médecins en non pas aux autre cadres du personnel de santé sans un mécanisme de mesurer leur performance .
- Il existe manque d'intérêt du personnel pour le travail en absence des mécanismes incitatifs (contrats de performance, équité dans la rémunération). Cela entraine l'absentéisme, l'oisiveté, les retards et les départs précoces des agents.

7.13.3 Faisabilité du programme FBP

Le but ce plan est de rendre la Direction des Ressources Humaines capable d'accomplir ses missions en accordant le pouvoir décisionnel aux différentes structures de santé décentralisé et surtout au niveau des FOSA. Il est donc nécessaire d'intégrer l'approche FBP afin de permettre à la Direction de faire leur travail.

7.13.4 Recommandations

- Restitution de la formation sur le FBP aux des agents et cadres de la Direction ;
- Réalisation d'un état de lieu des RH dans les structures basé sur la population cible ;
- Production et mise en œuvre des normes et directives de dotation des ressources humaines au niveau des FOSA PMA et PCA, ECZS, DPS ;

- Adapter les textes réglementaires en vigueur en vue d’octroyer un pouvoir réel aux structures en matière de la gestion des ressources humaines ;
- Intégrer la prime de risque dans l’outil indice ;
- Plaidoyer en faveur de la DRH auprès de l’État et des PTF en vue de mobiliser des ressources financières sur base de la réalisation de ses missions ;
- Impliquer la DRH dans la mise en application de l’outil indice.

7.13.5 Plan d’action (y compris la formation continue)

Le but de ce plan est de permettre aux structures de santé de disposer d’un personnel compétent et performant dans un processus de la rationalisation de leurs ressources humaines.

Actions	Qui	Comment	Quand
Restitution de la formation sur le FBP aux des agents et cadres de la Direction	Participants formation D1	Rencontre	Fin Octobre 2018
Réalisation d’un état de lieu des RH dans les structures	D1	Collecte des données	
Production et mise en œuvre des normes et directives de dotation des ressources humaines	D1	Ateliers	Mars 2019
Accompagnement des structures dans la mise en œuvre des normes et directives	D1	Supervision sur le terrain	
Développement des mécanismes d’incitation positive pour attirer le personnel vers le milieu rural ou d’accessibilité difficile	D1	Ateliers	Mars-Avril 2019
Développer les capacités organisationnelles et institutionnelles de la DRH	D1	Atelier outils de gestion, formation,	
Vulgarisation de la politique, des normes et directives ainsi que l’arrêté ministériel en matière de formation continue	D11	Atelier sur le terrain	Mars 2019
Appui aux programmes de formation en cours d’emploi	D11	Ateliers	