

31 Mars 2021

Évaluation prospective de pays

République Démocratique du Congo

RAPPORT ANNUEL DE PAYS 2020-2021

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



AVIS

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

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

AUTEURS

PATH RDC

Dr Salva Mulongo

Dr Godefroid Mpanya

Eugène Manika

Constant Kingongo

Fedy Mukendi

IHME

Dr Herbert Duber

Dr Matthew Schneider

Audrey Batzel

Bethany Huntley

Thomas Glucksman

PATH

Allison Osterman

Dr Katharine D. Shelley

Table des matières

Acronymes et abréviations	v
Résumé	vii
Introduction	1
Approche du cycle de subventions pour PCE 2020	1
Justification des axes thématiques et intersection avec les objectifs stratégiques	2
Méthodes	3
Données	3
Analyses	5
De la demande de financement à l’octroi de subventions NFM2	7
Mise en œuvre des subventions	10
Mise en œuvre du dépistage différencié pour les populations clés	11
Mise en œuvre des interventions de santé numérique	12
Demande de financement et octroi de subventions 2020	22
Conclusions et recommandations	33
Références	I
ANNEXE	III

Acronymes et abréviations

ACT	Thérapie combinée à base d'artémisinine
ANICIIS	Agence nationale d'ingénierie clinique, de l'information et de l'informatique de santé
ART	Thérapie antirétrovirale
ARV	Médicaments antirétroviraux
BIG	Bureau de l'inspecteur général
C19RM	Dispositif de riposte à la COVID-19
CAC	Cellule d'animation communautaire
CAGF	Cellule d'appui et de gestion financière
CCM	Instance de coordination nationale
CDI	Consommateur de drogues injectables
CODESA	Comité de développement sanitaire des aires de santé
COE	Contexte d'intervention difficile
CSS	Renforcement des systèmes communautaires
CT	Équipe pays
DHG-Équité	Droits humains, genre et équité
DHIS2	Logiciel « District Health Information Software 2 »
DPS	Division provinciale de la santé
EDT	Tableaux des données essentielles
FOSA	Formation sanitaire
GAC	Comité d'approbation des subventions
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
IBBS	Surveillance bio-comportementale intégrée
iCCM	Prise en charge intégrée au niveau communautaire
IHME	Institute for Health Metrics and Evaluation / Institut de mesures et d'évaluations de la santé
IPTP	Traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse
IST	Infection sexuellement transmissible
KII	Entretiens avec les informateurs clés
KP	Population clé
LFA	Agent local du Fonds
MoH	Ministère de la Santé
NFM2	Nouveau modèle de financement 2 (cycle d'allocation du Fonds mondial 2017-2019)
NFM3	Nouveau modèle de financement 3 (cycle d'allocation du Fonds mondial 2020-2022)
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PAAR	Demande de financement hiérarchisée au-delà de la somme allouée
PCE	Évaluation prospective pays
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PNLS	Programme national de lutte contre le sida

PR	Réципиентаire principal
PS	Professionnel du sexe
PSN	Plan stratégique national
PSSP	Progrès Santé sans Prix
PU/DR	Rapport d'étape/demande de décaissement
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
RCA	Analyse des causes profondes
RDQA	Outil de l'assurance de la qualité des données de routine
RSSH	Systèmes résilients et pérennes pour la santé
S-É	Suivi et évaluation
SIGS	Système d'information pour la gestion sanitaire
SNIS	Système national d'information sanitaire
SR	Sous-réципиентаire
TDR	Test de diagnostic rapide
TERG	Groupe technique de référence en évaluation
TRP	Comité technique d'examen des propositions
ZS	Zone de santé

Résumé

L'évaluation prospective pays (PCE) est une évaluation indépendante du Fonds mondial réalisée à la demande son Groupe Technique de référence en évaluation (TERG). Le but du PCE est d'évaluer le modèle d'investissement du Fonds mondial afin de générer des preuves opportunes qui informeront les parties prenantes mondiales, régionales et nationales et accélèrent les progrès vers la réalisation des objectifs stratégiques du Fonds mondial. Au cours de la phase d'évaluation 2020, l'approche d'évaluation a été guidé par l'intérêt du TERG à comprendre comment le cycle de subvention du Fonds mondial a facilité ou entravé la réalisation des objectifs de subvention pendant la mise en œuvre dans le cycle de subvention 2018-2020, y compris autour des systèmes résilients et pérennes pour la santé. (RSSH), la durabilité et l'équité, et si les leçons apprises de la subvention actuelle ont éclairé le prochain cycle de financement.

La PCE a cherché à évaluer le cycle des subventions et à mieux comprendre les facteurs de changement et les résultats en fonction de deux grands axes thématiques : le dépistage différencié du VIH et la santé numérique qui, avec leurs liens aux objectifs stratégiques du Fonds mondial et leur utilité aux intervenants nationaux et internationaux, ont donné des résultats où se reflète un tableau plus large de la façon dont le modèle d'investissement du Fonds mondial se déroule dans le pays.

Une approche de méthodes mixtes a été appliquée en utilisant la triangulation des données entre les entretiens, l'analyse des écarts budgétaires tout au long du cycle de subvention, l'analyse des investissements du système de santé en tant que renforcement par rapport à l'appui, l'examen des documents et les observations des réunions. Nous avons examiné comment et pourquoi les subventions ont été modifiées tout au long du cycle, les succès et les goulots d'étranglement de la mise en œuvre et l'atteinte des résultats par rapport aux objectifs de performance des subventions.

Demande de financement NFM2 et processus d'octroi de subventions (2017)

Comme indiqué dans les rapports PCE précédents, l'approche différenciée utilisée à partir de NFM2 a amélioré l'efficacité globale et la rapidité du processus de demande de financement et d'octroi de subventions en RDC. Les stratégies d'intervention et les cibles pour les deux sujets spécifiques se sont avérées être bien alignées sur les plans stratégiques nationaux (PSN). En examinant les changements apportés entre les budgets de demande de financement et les budgets finaux approuvés après l'octroi de la subvention, avec un accent particulier sur les deux sujets spécifiques, le PCE a constaté des changements importants au sein des modules budgétaires et des interventions. Ces changements se sont traduits par un budget réduit pour le dépistage différencié du VIH et un budget plus élevé pour les interventions de santé numérique, bien que l'allocation globale pays soit restée la même. Il est à noter que la plupart des changements budgétaires apportés lors de l'octroi des subventions ont été négociés entre les principaux bénéficiaires (PR) et l'équipe de pays (CT) pour des raisons telles qu'une redéfinition des priorités, laissant la place à de nouvelles initiatives (comme le projet de transformation de la chaîne d'approvisionnement), ou soit encore une redistribution du budget selon les prérogatives et / ou responsabilités de chaque PR. L'augmentation des investissements dans la santé numérique reflétait une priorisation plus forte du renforcement des systèmes d'information sanitaire dans NFM2.

Mise en œuvre de la subvention NFM2 (2018-2020)

Alors que toutes les subventions ont connu de faibles performances et une faible absorption au cours de la première année de mise en œuvre en raison des goulots d'étranglement rencontrés lors du démarrage de la subvention liés nouveau montage institutionnel du NFM2, les performances se sont améliorées au cours de la deuxième année de mise en œuvre après la résolution des défis liés à la

coordination et harmonisation des procédures entre les PR et les SR. Bien que le COVID-19 n'ait pas eu d'impact majeur sur la mise en œuvre globale de la subvention, il y a eu une légère diminution de certains indicateurs des populations clés au cours de la dernière année de mise en œuvre.

Alors que les révisions des subventions ont été utilisées pour programmer des fonds supplémentaires et réaffecter les fonds non dépensés à des interventions hautement prioritaires, le PCE a observé que les budgets alloués aux domaines d'objectifs stratégiques tels que RSSH ont diminué - y compris le budget pour les interventions de santé numérique - tandis que les investissements liés à l'équité ont augmenté dans la subvention paludisme mais diminué dans les subventions VIH / TB.

Bien que les révisions des subventions TB / VIH aient augmenté le budget et les objectifs pour le dépistage du VIH et le traitement des patients tuberculeux, les cibles de dépistage du VIH pour les populations clés n'ont pas été révisés comme prévu en raison de la lenteur des PR VIH à agir sur les résultats programmatiques et en raison de retards de l'étude d'estimation de la taille des populations clés. Les PR VIH ont choisi d'attendre les données d'enquête mises à jour, mais les résultats validés n'ont été rendus disponibles qu'au dernier trimestre 2020, ce qui a été jugé trop tard pour réviser les subventions NFM2. Alors que le modèle d'investissement du Fonds mondial offre aux PR la flexibilité de réviser les subventions à mi-cycle, l'agilité et une faible proactivité des PR sont des facteurs qui limitent l'utilisation des révisions programmatiques des subventions pour maximiser les résultats. Toutefois, les résultats de l'enquête IBBS publiés en décembre 2020 ont alimenté le processus d'estimation des cibles du NFM3 qui restent ambitieuses.

Conclusion concernant NFM2 :

1. Le démarrage tardif des subventions NFM2 suite à l'opérationnalisation des nouvelles modalités de mise en œuvre du NFM2 (contractualisation avec les SR) a affecté les performances et l'absorption au cours du premier semestre de mise en œuvre de NFM2.
2. Au cours de la mise en œuvre de la subvention, les cibles de subvention pour les populations clés n'ont pas été révisées en réponse au dépassement de celles-ci et au retard de la disponibilité des nouvelles données d'étude (IBBS). Ce qui a été une occasion manquée de maximiser l'impact de la subvention.
3. Les investissements du RSSH dans le renforcement de la santé numérique ont été émaillés des problèmes de coordination et de collaboration au sein du ministère de la Santé pendant le NFM2 qui, s'ils ne sont pas résolus, continueront d'avoir un impact négatif sur les progrès de NFM3.
4. La complétude et la promptitude des données déclarées dans DHIS2 se sont améliorées au cours de NFM2 en raison :
 - a. De l'intégration des données des programmes nationaux et des PR société civile dans DHIS2 et
 - b. De l'implication des PR et des SR au niveau des provinces (reprographie des outils et le cadre au ZS pour l'encodage des données).

Cependant, le processus d'intégration des données au niveau communautaire sur les services de santé fournis aux populations clés est toujours en cours et devrait rester une priorité absolue, tout en renforçant l'utilisation de ces données pour prendre des décisions sur l'allocation des ressources et la prestation de services pour les populations clés.

Demande de financement et d'octroi des subventions du NFM3 (2020)

La PCE a cherché à déterminer si les investissements NFM3 présentait un « changement de trajectoire », par opposition au « statu quo », dans l’optique des axes thématiques considérés, concernant notamment le degré d’utilisation plus efficace des données dans la définition des cibles poursuivies. Cette détermination s’est basée sur les critères suivants : modification des niveaux d’allocation et de la portée des interventions, application des leçons apprises du NFM2 à la conception des demandes de financement du NFM3 et orientation sur l’équité, le RSSH et la pérennité par rapport aux subventions précédentes. Par rapport à 2017, le processus de demande de financement de 2020 a impliqué une utilisation plus visible et systématique des données pour la priorisation des interventions et la détermination des objectifs visés, du fait, en partie, de la disponibilité de données épidémiologiques mises à jour. L’approche d’Examen complet, par rapport aux demandes de type Reconduction de programme et d’examen personnalisé de 2017, a permis de reconfigurer les stratégies d’intervention. Aussi la demande a-t-elle été jugée plus robuste, concernant en particulier la fixation des priorités, la définition des interventions et la détermination des objectifs visés.

La demande de financement a aussi été considérée plus inclusive, grâce à l’engagement et à la participation utiles de la société civile et des populations clés. La demande de financement 2020 présente un potentiel de « changement de trajectoire », entraîné par une augmentation de 28 % de l’allocation VIH. Cette hausse est destinée au financement d’interventions appelées à intensifier les activités de prévention, à soutenir les systèmes communautaires et à atteindre un plus grand nombre de PVVIH qui ignorent leur statut par dépistage différencié. L’équité sera plus résolument priorisée sous NFM3, à en juger par l’élargissement considérable des activités ciblées sur les populations clés, parallèlement à l’expansion d’interventions visant à réduire les obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent l’accès aux services.

Concernant le renforcement des systèmes de santé, les signes de « changement de trajectoire » sont mixtes. Les investissements RSSH globaux sont en baisse et les activités financées continuent de refléter plus d’accent sur le soutien que sur le renforcement des systèmes¹. La réduction de l’allocation reflète certaines d’efficacité, notamment un consensus parmi les donateurs autour d’un ensemble minimum de services essentiels du HMIS au niveau de la province et une réduction du nombre de provinces recevant un soutien du Fonds mondial pour le HMIS passant de 16 provinces au NFM2 à 8 provinces au NFM3 pour un paquet plus global. Les problèmes de gouvernance et de coordination risquent cependant d’entraver le progrès s’ils ne sont pas résolus. La PCE a observé certains facteurs qui semblent indiquer un progrès potentiel basé sur les enseignements tirés du NFM2 et appliqués à la conception des subventions sous NFM3. On voit notamment apparaître des modèles de prestation de services mieux intégrés, un meilleur suivi des résultats RSSH, un soutien financier plus rationalisé de la santé numérique parmi les partenaires financiers et la mise en place de certaines priorités à suivre par l’équipe pays (par exemple une matrice de responsabilités entre la DSNIS et l’ANICIIS) pour créer un environnement de coordination plus harmonisé avec les parties prenantes pour faciliter la mise en œuvre sur le NFM3.

Conclusions concernant NFM3 :

¹ L’analyse « 2S » de soutien (« *support* ») ou renforcement (« *strengthening* ») repose sur le cadre proposé par Grace Chee et coll. (2019). Elle caractérise le « soutien » des systèmes comme des apports qui contribuent à l’amélioration des services (par ex., demandes de voitures, d’ordinateurs, de téléphones, de frais de déplacement, de suivi régulier, de coûts de formation, etc.), tandis que le « renforcement » touche aux changements plus profonds des facteurs de résultats (par ex., demandes d’élargissement des réseaux de bénévoles, d’élaboration de protocoles de suivi de la qualité des données, de transfert vers les systèmes d’achat nationaux, de numérisation des données du SIGS, etc.) L’analyse est décrite de manière plus détaillée dans la section du rapport consacrée aux Méthodes.

1. Même si la conception de la subvention NFM3 pour RSSH comporte des approches plus intégrées et un meilleur suivi des performances RSSH, les parties prenantes nationales ont considéré le soutien aux composantes maladie comme l'objectif principal des investissements RSSH tandis que le renforcement au système de santé plus large était considéré comme secondaire dans la répartition du budget

Recommandations

NFM2 :

1. Pour éviter les retards lors du démarrage de la subvention une planification et une coordination plus aisée de la transition/soudure (la clôture et au démarrage des subventions), sont requises de la part du CCM, des PR, des programmes Spécialisés
2. Il est nécessaire que les programmes en collaboration avec les PR soient plus proactifs et réactifs aux nouvelles informations et aux changements dans le contexte programmatique et épidémiologique et utilisent les révisions des subventions comme un outil pour agir sur les résultats programmatiques et mettre à jour les cibles du cadre de performance si nécessaire pour maximiser les résultats des subventions.
3. Le CCM et le CT peuvent jouer un rôle important en aidant à identifier les opportunités de révision des subventions et en encourageant une plus grande réactivité des programmes et des PRs.
4. Le ministère de la Santé doit renforcer la coordination et la collaboration entre les entités du ministère de la santé impliquées dans la mise en œuvre des subventions du FM pour travailler en meilleure synergie, par exemple en mettant en place un comité de travail entre le DSNIS et l'ANiCiS pour coordonner les activités dans le domaine de la santé numérique (un alignement au plan National de Développement Informatique de la Santé (PNDIS2)). En outre : le CT, CCM et le PR doivent collectivement utiliser leur influence afin de plaider auprès du ministère de la santé d'assurer l'arbitrage entre DSNIS et ANiCiS pour des résultats communs de la santé numérique

NFM3 :

1. L'équipe de pays et les PR devraient suivre et évaluer les rapports sur les nouveaux indicateurs RSSH dans le NFM3 et partager les leçons apprises avec d'autres pays.

Introduction

L'Évaluation prospective pays (PCE) est une évaluation indépendante du Fonds mondial réalisée dans huit pays, dont la République Démocratique du Congo, à la demande du Groupe technique de référence en évaluation du Fonds mondial (TERG). La PCE a pour but d'évaluer le modèle d'activité du Fonds mondial, ses investissements et son impact afin de générer des preuves opportunes qui informent les intervenants au niveau mondial, régional et national et qui accélèrent le progrès vers la réalisation des objectifs stratégiques du Fonds mondial². PATH est le partenaire local pour la mise en œuvre du PCE avec l'appui technique de l'Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME) de l'université de Washington et PATH siège.

Les rapports précédents de PCE ont présenté en détail la mise en place de la plateforme PCE, les progrès et les observations relatifs au processus de demande de financement et d'octroi de subventions, une évaluation approfondie de la mise en œuvre initiale des subventions du Fonds mondial. Guidée par le TERG, l'évaluation s'est concentrée cette année sur la manière dont le cycle des subventions du Fonds mondial a facilité ou entravé la réalisation des objectifs visés durant la mise en œuvre du cycle 2018-2020, et si les enseignements tirés de la subvention en cours ont été appliqués au prochain cycle de financement (NFM3).

Approche du cycle de subventions pour PCE 2020

L'analyse du cycle de subventions avait pour objectif d'analyser quand, où, quoi, pourquoi et comment les investissements des subventions du Fonds mondial changent au fil du temps et documenter les facteurs qui influencent la mise en œuvre et les modifications de la subvention initiale. Plus précisément, l'évaluation a cherché à examiner :

- Comment et pourquoi les subventions de 2018-2020 ont été modifiées en cours de cycle (lors de la phase d'octroi des subventions, de la mise en œuvre et des révisions)
- Comment le modèle d'activité du Fonds mondial facilite ou entrave les modifications au fil du cycle des subventions
- Comment les subventions contribuent au progrès vers les objectifs d'équité, de pérennité et/ou de renforcement des systèmes de santé (ou, au contraire, à l'éloignement de ces objectifs)

De plus, le processus de demande de financement et d'octroi de subventions 2020 relatif au NFM3 a été évalué par rapport à cinq grands thèmes : (1) différenciation : demande d'examen personnalisé et demande de reconduction en comparaison avec la demande d'examen complet, (2) transparence, inclusion et appropriation pays, (3) aller au-delà du « statu quo », vers le changement de trajectoire pour obtenir un impact, (4) utilisation des données et fixation de cibles et (5) optimisation des ressources.

Le cadre conceptuel du cycle des subventions (Figure 1) fourni par le TERG du Fonds mondial a servi de cadre d'évaluation principal à l'organisation des travaux de la PCE en 2020. Le cycle des subventions du Fonds mondial commence par l'élaboration de la demande de financement, suivie de la phase d'octroi de subventions et de la signature. Ce processus prend environ huit à neuf mois et est suivi d'une période de mise en œuvre de trois ans durant laquelle les fonds sont décaissés, les activités sont mises en œuvre, les subventions sont modifiées selon les processus de révision et les progrès sont suivis. Durant la troisième année de mise en œuvre, le processus d'élaboration de la demande de

² https://www.theglobalfund.org/media/7856/core_globalfundstrategy2017-2022_strategy_fr.pdf

financement suivante et la phase d'octroi de subventions se répètent pour les subventions suivantes, à la lumière présumée des enseignements tirés des subventions en cours.

Justification des axes thématiques et intersection avec les objectifs stratégiques

Pour comprendre comment le cadre du cycle des subventions se déroule dans le pays et mieux comprendre les changements apportés, la PCE a identifié deux domaines thématiques par rapport auxquels le cycle a été évalué : le *dépistage différencié du VIH* et la *santé numérique*. Sur ces deux axes, PCE a évalué la manière dont l'équité, la durabilité et le RSSH sont abordées tout au long du cycle de subvention ; les domaines thématiques ont été choisis en raison de leurs liens avec ces axes stratégiques.

Axe thématique 1 : Dépistage différencié du VIH

Le Fonds mondial encourage l'amélioration de la qualité et l'efficacité des programmes tout au long de la cascade du dépistage et du traitement du VIH, par la promotion de meilleures pratiques et l'accélération de la mise en œuvre des approches dans le pays avec l'aide d'un soutien technique d'experts. Le dépistage différencié est un modèle de prestation de services axé sur le client, qui simplifie et adapte le dépistage du VIH pour mieux répondre aux besoins individuels et améliorer ainsi l'efficacité du dépistage (en particulier dans les populations clés (KP) où la couverture est faible). Le modèle prévoit différentes modalités de dépistage qui sont effectuées dans la formation sanitaire, hors formation sanitaire et dans la communauté, y compris l'autotest et le dépistage des cas index, des campagnes de dépistage mobile, etc. Le dépistage différencié devrait répondre adéquatement aux besoins des groupes difficiles à atteindre et confrontés à des obstacles d'accès aux services (comme les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnels du sexe, les consommateurs de drogues injectables, les personnes transgenres et d'autres populations vulnérables telles que les adolescentes et les jeunes femmes, les partenaires des personnes vivant avec le VIH et autres populations clés). La RDC a mis à jour ses directives sur le dépistage du VIH en 2016, les alignant sur les dernières recommandations de l'OMS. Elles comprennent notamment d'importants changements stratégiques liés au dépistage et au conseil ciblés et initié par le prestataire. Le passage au dépistage différencié du VIH a été lancé pour la première fois au cours du cycle de subvention NFM2.

Liens avec l'équité : Le dépistage différencié devrait accroître le dépistage dans les populations prioritaires difficiles à atteindre, confrontées à des obstacles d'accès. Sous NFM2, l'équité est abordée par consolidation des investissements dans neuf provinces hautement prioritaires à forte prévalence afin de produire le plus grand impact possible et par maintien d'activités phares visant à lever les obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent l'accès aux services³.

Figure 1. Cadre du cycle des subventions du Fonds mondial



³ Une analyse combinée des données stratégiques relatives à deux maladies (VIH et TB) montre que 14 provinces sur les 26 représentent plus de 70 % des cas de TB, 75 % des PVVIH, 70 % des patients TB coinfectés VIH et plus de 80 % des cas de TB/PR.(1)

Liens avec la **pérennité** : Le dépistage différencié offrira vraisemblablement une solution plus durable car il présente un bon rapport coût-efficacité et est bien adapté à la pyramide sanitaire, représentant dès lors une moindre charge pour le système de santé. Par son approche centrée sur le patient, le dépistage différencié favorise des stratégies plus durables telles que l'autotest.

Axe thématique 2 : Stratégie de santé numérique

Le Fonds mondial est l'un des nombreux partenaires qui soutiennent la santé numérique en RDC. Le Plan national de développement sanitaire 2016-2020 préconisait le renforcement des systèmes sanitaires à travers (a) l'amélioration de la complétude, de la promptitude et de la qualité des données, (b) l'amélioration de l'analyse et la production de l'information sanitaire et (c) l'amélioration de la diffusion de l'information sanitaire.(2) Ce plan insiste sur la nécessité de renforcer la santé numérique et l'utilisation d'un logiciel approprié qui permette le stockage des données et le partage de toutes les activités relatives aux soins de santé, concernant notamment la gestion des malades dans les hôpitaux, la gestion financière et la gestion de stock. Les subventions 2018-2020 du Fonds mondial soutiennent la santé numérique par le biais d'investissements sur les plans suivants :

- DHIS2
- Passage à l'échelle de TierNet (système de suivi des cohortes de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sous traitement TAR)
- Passage à l'échelle de CERHIS (système d'information hospitalier alimentant DHIS2)
- Rapportage des données par SMS (dans DHIS2 concernant les maladies potentiellement épidémiques)
- Numérisation des cartes sanitaires

Liens avec **RSSH** : Le soutien du Fonds mondial à la santé numérique en RDC s'aligne directement sur son objectif stratégique de mise en place de systèmes résilients et pérennes pour la santé (RSSH). Les investissements consentis devraient favoriser une meilleure intégration et interopérabilité des systèmes d'information pour la gestion sanitaire (SIGS).

Liens avec la **pérennité** : Les investissements dans la santé numérique visent la pérennité par l'intégration des systèmes parallèles de collecte des données, la résolution des problèmes de qualité des données et de capacité analytique aux fins de la planification stratégique et de l'amélioration de la prestation de services.

Méthodes

La PCE a suivi une approche méthodologique mixte pour évaluer en quoi les facteurs liés au modèle d'activité du Fonds mondial influencent les résultats des subventions à travers les différentes phases du cycle. Sur la base d'analyses de données quantitatives aussi bien que qualitatives, la PCE a évalué les changements de ressources et d'activités planifiées à travers le processus d'octroi de subventions, les révisions et les résultats durant la mise en œuvre, ainsi que les changements apportés à la prochaine fenêtre de subvention. La triangulation des données entre plusieurs sources et approches analytiques a permis d'assurer la solidité des observations, dont l'interprétation repose généralement sur plus d'une analyse.

Données

Les données primaires ont été collectées par revue documentaire, observation de réunions et entretiens avec les informateurs clés (KII) afin d'examiner les questions en profondeur, ainsi que par

entretiens de vérification des faits pour combler les lacunes (Tableau 1). Les entretiens ont révélé les points de vue des parties prenantes sur les questions d'envergure mondiale et spécifiques au pays. Ils ont permis à la PCE de mieux comprendre les processus du cycle des subventions, obstacles et facteurs favorisant. Les entretiens sont également utiles à la triangulation des données, à l'interprétation et à la validation des résultats produits par les analyses quantitatives et par la revue documentaire. Les transcriptions des entretiens et les notes de réunion ont été codées en fonction des thèmes principaux à l'aide d'un logiciel d'analyse de données qualitatives en ligne (Dedoose).

Tableau 1. Sources des données d'évaluation de processus pour 2020*

Processus	Nb	Description des sources de données
Revue documentaire	116	<ul style="list-style-type: none"> - Documentation d'orientation de base du Fonds mondial concernant le processus de demande de financement : infonotes (VIH, TB, paludisme, COVID-19, PTC, RSSH), note d'information technique du FM, cadre modulaire du modèle de financement, procédure opérationnelle relative à la COVID-19, etc.) - Lettre d'allocation et notes associées (NFM2 et NFM3) - Demande de financement et documents afférents, y compris la note-conceptuelle - Rapports d'audit et d'apprentissage du Fonds mondial - Documents de subvention en cours, y compris les lettres de gestion des subventions, les lettres de mise en œuvre, les demandes de révision, les PU/DR, etc. - Articles de journaux - Plans stratégiques nationaux - P.V. des rencontres - Examens du Comité technique d'examen des propositions (TRP) - Rapport du cycle d'allocation 2017-2019 - observations du TRP - Manuel des politiques opérationnelles - Rapport annuel du Fonds mondial
Entretiens avec les informateurs clés (KII) (33) Entretiens de vérification des faits / validation (10)	43	<p>Entretiens KII au niveau national : Représentants de l'instance CCM, direction nationale de Cordaid, LFA, direction nationale de SANRU, CAGF, PNLS, PNLT, PNLP, PNCNS, ANICIIS, DSNIS, PSSP, RENADEF, PASCO, UCOP+, PSSP, RACOF</p> <p>Entretiens de vérification des faits au niveau national : SANRU, PNLS, CCM</p> <p>Entretiens KII au niveau provincial : Direction de Cordaid, Antenne SANRU</p> <p>Entretiens KII au niveau mondial : Équipe pays du Fonds mondial</p>
Observation de réunions	5**	Assemblée générale de l'instance CCM, revue bi-annuelle du Fonds mondial Missions CT du Fonds mondial

*Les sources des données d'évaluation de processus de 2017-2019 sont données dans les rapports PCE antérieurs.

**Du fait des difficultés associées à la COVID-19, la PCE n'a pu observer qu'un nombre limité de réunions pendant la période 2020 ; les réunions relatives au bilan semestriel du Fonds mondial (juin et septembre) se sont déroulées virtuellement.

La PCE a obtenu du secrétariat du Fonds mondial les budgets détaillés de toutes les subventions actives et planifiées, concernant toutes les demandes de financement, les subventions approuvées, les octrois et les révisions officielles (avec lettres de mise en œuvre correspondantes). Outre les budgets détaillés, les rapports d'étape/demandes de décaissement (PU/DR) vérifiés par l'agent local du Fonds (LFA) ont été obtenus pour chaque subvention jusqu'au dernier en date disponible au 24 novembre 2020. Les données DHIS2 et des programmes VIH, TB et Paludisme du pays ont été utilisées, de même que les rapports des formations sanitaires sur la complétude des données.

Analyses

Suivi des ressources

La PCE a effectué des analyses financières détaillées des budgets du Fonds mondial tout au long du cycle pour les subventions actives du NFM2, ainsi que des budgets disponibles obtenus des demandes de financement à l'octroi de subventions pour NFM3. Tous les budgets ont été analysés au fil du cycle des subventions par bénéficiaire, maladie, module, intervention et axe thématique. Les changements observés dans les ressources financières et la hiérarchisation des priorités entre les activités ont été triangulés au moyen des données qualitatives collectées lors des entretiens KII, de la revue documentaire et des entretiens supplémentaires.

Pour identifier les modules, les interventions et les activités en rapport avec les axes thématiques de santé numérique et de dépistage différencié, une recherche par mots-clés a été effectuée. À partir de mots-clés pertinents à chaque axe thématique (Tableau 3 en annexe), un processus de recherche systématique a été élaboré et mis en œuvre dans les descriptions des modules, des interventions et des activités au sein des budgets détaillés, afin d'identifier les fonds éventuellement liés aux axes thématiques. L'information qualitative également collectée par la PCE a facilité l'établissement de la liste finale d'activités et d'interventions identifiées comme ayant trait aux axes thématiques (Tableaux 1 et 2 en annexe).

En se référant au cadre modulaire du Fonds mondial, la PCE a suivi les ressources destinées aux activités RSSH et aux droits humains, au genre et à l'équité (DHG-Équité). Les modules et interventions DHG-Équité ont été identifiés au moyen des notes techniques spécifiques aux maladies du Fonds mondial ayant trait au genre, aux droits humains et aux populations clés et de celles relatives au genre, avec validation sur base de conversations avec le secrétariat du Fonds mondial et avec l'équipe Communauté, droits et genre.(3–5) Un tableau complet des modules et interventions inclus dans l'analyse DHG-Équité de la PCE est disponible sur demande.

Une analyse d'absorption financière (dépenses en pourcentage du budget) au sein et sur l'ensemble des subventions a été menée avec l'aide des PU/DR. Du fait que chaque PU/DR de subvention indique l'absorption au niveau du module et de l'intervention par semestre, la PCE peut observer les tendances d'absorption par semestre et intervention. D'après la recherche par mots-clés dans les descriptions d'activité, les interventions identifiées comme ayant une majorité de fonds (>50 %) en rapport avec les axes thématiques ont été suivies pour indiquer l'absorption correspondante à travers le cycle des subventions. De même, l'absorption relative aux modules et interventions RSSH et DHG-Équité a été suivie tout au long du cycle.

Suivi des performances d'indicateur

Les résultats des indicateurs par rapport aux cibles figurent dans les PU/DR vérifiés par l'agent local LFA pendant la mise en œuvre des subventions.(6) Ces données ont aussi été compilées et suivies sur la durée du cycle pour cerner les changements de résultats sur le plan de la subvention, des axes thématiques et des RSSH et DHG-Équité. Les observations tirées de ces données ont été utilisées pour guider les KII et les entretiens de vérification des faits afin de trianguler comment le modèle d'investissement du Fonds mondial a facilité ou entravé la performance.

Analyses des causes profondes

La PCE a eu recours aux analyses de causes profondes (RCA) pour approfondir, analyser et cerner les causes profondes sous-jacentes à la base des difficultés observées ou des succès identifiés à travers différentes sources de données triangulées (KII, analyse de données secondaires, revue documentaire). Les conclusions des RCA appuient les actions/solutions proposées.

Soutien ou renforcement des RSSH : l'analyse « 2S »

La PCE a analysé les activités RSSH sous NFM2 et NFM3 suivant qu'elles contribuaient au soutien des systèmes (« systems support ») ou à leur renforcement (« system strengthening »), d'après les définitions de Chee et coll. (2013).(7) Comme l'expliquent Chee et coll.:

- « Le soutien du système de santé peut comprendre toute activité qui améliore les services, de la distribution de moustiquaires à l'approvisionnement en médicaments. Ces activités améliorent principalement les résultats en augmentant les intrants. »

« Le renforcement du système de santé s'accomplit par une transformation plus complète des facteurs de résultats tels que les politiques et les réglementations, les structures organisationnelles et les relations à travers le système de santé pour motiver les changements de comportement et/ou permettre une utilisation plus efficace des ressources et améliorer ainsi de nombreux services. » Selon la méthodologie suivie dans l'examen des RSSH effectué par le Comité technique d'examen des propositions (TRP) durant le cycle de financement 2017-2019, les demandes de financement orientées sur le soutien des systèmes de santé comprenaient par exemple des demandes de voitures, d'ordinateurs, de téléphones, de budgets de déplacement pour le suivi ordinaire, de mobilier et d'équipement de bureau, d'allocations de carburant et d'entretien de véhicules, de formation locale ordinaire ou de formation à l'étranger, de logiciel, de remboursement de produits importés, etc.(8) Par contre, les demandes de financement caractérisées davantage par des interventions de renforcement des systèmes de santé comprenaient celles d'élargissement des réseaux de bénévoles, d'élaboration de protocoles de suivi de la qualité des données, d'élaboration de procédures opérationnelles standard pour le contrôle de qualité dans les laboratoires, de transfert du système d'achat du Fonds mondial dans les systèmes d'achat nationaux, de numérisation des données de SIGS, d'élaboration de stratégies d'engagement du secteur privé, d'assistance technique au déploiement de DHIS2, d'amélioration des procédures d'achat et de la chaîne d'approvisionnement (e-SIGL compris) et d'établissement d'une autorité de réglementation de la médecine, entre autres.

Nous avons élaboré une méthode de codage, alignée sur les modules RSSH du Fonds mondial dans le cadre modulaire, pour désigner chaque activité RSSH comprise dans le budget comme représentant principalement un soutien ou un renforcement. Trois paramètres — portée, longévité et approche — ont été examinés pour chaque paire d'intervention/activité RSSH, en adaptant la méthode utilisée précédemment par le TRP, selon ces considérations :

Tableau 2. Paramètres de codage de soutien et renforcement des systèmes RSSH

Paramètre	Soutien	Renforcement
Portée	Peut-être axé sur une seule maladie ou intervention	Les activités impactent tous les services et résultats et les systèmes peuvent être intégrés au secteur global de la santé
Longévité	Effets limités à la période de financement	Les effets se poursuivent après la clôture des activités financées
Approche	Contribue à remédier aux lacunes identifiées du système	Révisé les politiques et les relations institutionnelles dans le but de changer les comportements et l'utilisation des ressources pour résoudre les contraintes identifiées de manière plus durable

Deux codeurs ont appliqué indépendamment une détermination de soutien ou de renforcement après avoir examiné la description de chaque intervention et activité, ainsi que tout texte pertinent de la partie narrative de la demande de financement, et la catégorie de coûts.

De la demande de financement à l'octroi de subventions NFM2

Notre évaluation du cycle de subventions du Fond mondial a commencé par un examen des changements opérés durant le cycle de financement 2017-2019. L'approche différenciée des demandes de financement, inaugurée lors du cycle de financement 2017-2019, a été utilisée par la RDC et a amélioré l'efficacité et la rapidité générales du processus. Comme indiqué précédemment, le temps consacré au processus de demande de financement et d'octroi de subventions a été réduit d'environ quatre mois par rapport au cycle de financement précédent.(9)

La RDC a soumis une demande de reconduction de programme pour le paludisme et une demande adaptée pour le VIH et la tuberculose. Cette décision a été prise sur la base de la pertinence continue des subventions actuelles en termes d'orientation stratégique et de résultats acceptables, compte tenu aussi du démarrage retardé des subventions du cycle 2015-2017. Les stratégies d'intervention, les cibles et le plan du programme sont restés largement inchangés pour la composante VIH de la demande de financement VIH/TB faute de nouvelles données disponibles concernant le contexte épidémiologique. Bien qu'il ait été noté durant le processus d'examen que les cibles de dépistage du VIH relatives aux populations clés n'étaient pas conformes à l'orientation normative, les résultats préliminaires de cartographie et d'estimation de taille de ces populations n'étaient disponibles que pour Kinshasa. Il a par conséquent été décidé que le budget et les cibles de dépistage seraient révisées durant la mise en œuvre du NFM2, dès la publication des résultats de la surveillance bio-comportementale intégrée (IBBS) 2017.

Nous avons comparé les stratégies d'intervention et les cibles par rapport aux deux axes thématiques et les avons trouvées bien alignées sur les plans stratégiques nationaux (PSN) (Tableaux 1 et 2 en annexe). Dans la demande de financement VIH/TB 2017, les interventions de prévention du VIH étaient alignées étroitement sur celles du PSN VIH 2018-2021 pour les stratégies de dépistage dans les populations clés, y compris le conseil et le dépistage du VIH dans les formations sanitaires et les communautés. Les objectifs et les mesures de résultats du PSN ont servi à éclairer le cadre de performance NFM2, indiquant une contribution aux actions stratégiques du PSN. Les interventions de santé numérique du NFM2 reposent sur le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2016-2020 et sur le plan de renforcement du Système national d'information sanitaire (SNIS) 2018-2020, qui insiste sur la nécessité de renforcer la stratégie de santé numérique de la RDC et d'utiliser un logiciel approprié qui permette le stockage des données et le partage de toutes les activités relatives aux soins de santé primaire, concernant notamment la gestion des malades dans les hôpitaux, la gestion financière et la gestion de stock.

Afin de cerner la manière dont les stratégies programmatiques et les interventions sont modifiées au fil du cycle des subventions, la PCE a examiné les changements opérés entre les budgets de la demande de financement soumis par la CCM et les budgets finaux approuvés après l'octroi de subventions, par rapport aux deux axes thématiques surtout.

Message clé : Pendant la phase d'octroi de subventions, l'allocation globale au pays est restée identique mais de nombreux changements sont intervenus au sein des modules budgétaires et des interventions, donnant lieu à une réduction du budget affecté au dépistage différencié du VIH et à une augmentation de celui destiné aux interventions de santé numérique.

Plusieurs modifications ont été apportées au budget VIH pendant la phase d'octroi de subventions, y compris une baisse de 24 % du budget VIH global, une réduction de 49 % de l'allocation au dépistage

différencié du VIH (de 1,2 million de dollars US à 610 262 dollars), une réduction des ressources affectées à Cordaid (-7,5 %) et une augmentation du budget au MdS (+40,5 %). Le budget du dépistage différencié comprend des interventions de dépistage dans les populations clés, par l'organisation de dépistages mobiles nocturnes les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), les professionnels du sexe (PS), les consommateurs de drogues injectables (CDI) et les personnes transgenres, par la formation des prestataires de santé sur l'assistance aux CDI et par l'organisation de visites à domicile, de groupes d'auto-support et d'activités de sensibilisation communautaire. Bien qu'omis du budget lors de l'octroi de subventions, le dépistage des PS a été rajouté au deuxième semestre de la mise en œuvre par reprogrammation des fonds après la remarque dans le PU/DR S1 2018 de la faible performance de l'indicateur « KP-3c(M) : Pourcentage des professionnels du sexe qui ont fait un test de dépistage du VIH durant la période de rapportage et qui connaissent les résultats ».

La plupart des changements budgétaires apportés lors de l'octroi de subventions ont sinon été négociés entre les bénéficiaires principaux (PR) et l'équipe pays (CT) pour différentes raisons reflétant une redéfinition des priorités ou une redistribution du budget selon les prérogatives et/ou responsabilités de chaque PR. Quelques changements mineurs reflètent les différences de coûts unitaires et/ou réductions de portée d'activité, de sorte que les ressources ont pu être réaffectées à d'autres modules du budget (Tableau 3). Un facteur important à la base des modifications apportées au budget aura été la sélection de la RDC au projet de transformation de la chaîne d'approvisionnement entrepris par le Secrétariat. L'équipe pays et les intervenants nationaux en ont été informés durant la phase d'octroi de subventions et, sur l'ensemble des subventions aux programmes de lutte contre les maladies, plusieurs modules budgétaires ont été réduits pour mettre un total de 10 millions de dollars à la disposition du projet. Les changements budgétaires illustrent quelques-uns des compromis difficiles négociés lors de l'octroi de subventions. D'une part, le projet du Secrétariat pour la transformation de la gestion de la chaîne d'approvisionnement répondait à l'audit du Bureau de l'inspecteur général (BIG) concernant les processus de la chaîne d'approvisionnement dans le pays, qui avait révélé dans les systèmes du pays des faiblesses présentant un risque considérable de ne pas atteindre les objectifs stratégiques du Fonds mondial.(10) D'autre part, le budget réduit du dépistage dans les populations clés n'est pas sans implications pour l'accès à une plus grande équité de la prestation de services de santé car moins de populations clés seront testées. De plus, les réductions budgétaires relatives au dépistage différencié étaient contraires à l'orientation du TRP. Les cibles KP n'étaient pas conformes à l'orientation normative et il a été conseillé à la RDC de reconsidérer les cibles établies dans le cadre de performance. Les données épidémiologiques mises à jour sur les estimations de taille des populations clés n'étaient cependant pas disponibles pour justifier les cibles. Il a par conséquent été décidé que le budget et les cibles de dépistage seraient révisés durant la mise en œuvre, d'après les résultats de l'étude IBBS 2017 et de la cartographie des populations clés.

Tableau 3. Activités impactées par les changements apportés au budget de dépistage différencié du VIH

Activités présentant des économies du fait de coûts unitaires révisés	Activités sujettes à réduction de portée
<ul style="list-style-type: none"> ● Dépistage mobile HSH ● Harmonisation des coûts des tentes et du CDV mobile pour HSH ● Coûts de transport des visites à domicile pour HSH 	<ul style="list-style-type: none"> ● Réduction du nombre de sorties de dépistage mobile des HSH ● Réduction du nombre de sorties mobiles et de groupes de soutien des CDI, de 12 à neuf dans les zones de santé (ZS) ciblées

Comme signalé précédemment par la PCE, les groupes de la société civile, bien qu'ayant participé à l'élaboration de la demande de financement, ont été moins engagés dans l'octroi de subventions. Étant donné que les négociations des subventions se déroulent généralement entre le Fonds mondial et les bénéficiaires principaux (PR), le comment et le pourquoi des décisions prises ne sont guère visibles aux intervenants extérieurs au processus.⁽⁹⁾ Ceci pourrait expliquer la raison pour laquelle, durant les entretiens KII, certains groupes de la société civile ont déclaré estimer que leurs priorités n'étaient pas bien reflétées dans les subventions du NFM2.

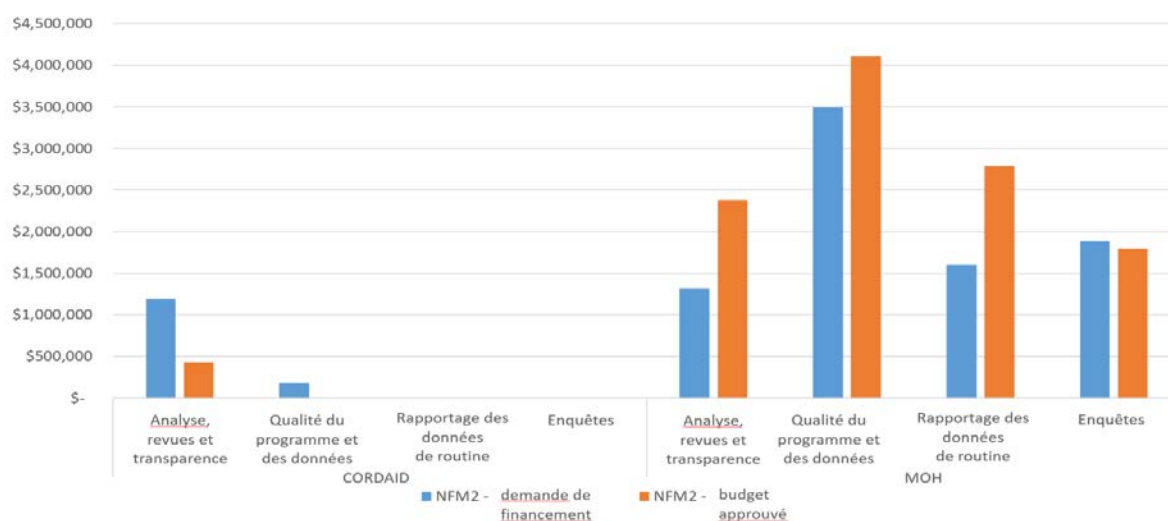
Message clé : Les investissements dans la santé numérique, pris en compte dans les budgets VIH/TB, ont augmenté pendant la phase d'établissement des subventions et reflètent une plus forte priorité au renforcement des systèmes d'information sanitaire dans le NFM2.

Notre analyse des investissements dans la santé numérique a porté sur trois interventions reprises dans le module budgétaire Système d'information pour la gestion sanitaire (SIGS) et suivi-évaluation (S-É) dont l'objectif est de soutenir (1) l'analyse, la revue et la transparence, (2) la qualité du programme et des données et (3) les reportages systématiques concernant la santé numérique. L'intervention d'enquête n'est pas comprise dans notre définition des activités qui contribuent à la santé numérique. Nous n'avons pas pu comparer le changement global du budget de la santé numérique entre la soumission de la demande de financement et l'octroi de subventions car la demande de reconduction de programme concernant le paludisme et le RSSH ne comprenait pas de budget détaillé.

Si le module budgétaire SIGS/S-É global est passé de 7,7 millions de dollars US à 9,7 millions dans les subventions VIH/TB (Figure 2), la partie de ce budget affectée à la subvention Cordaid a diminué, faisant passer les ressources aux subventions accordées au MdS. Ceci s'explique par différents transferts budgétaires :

- La somme de 250 818 dollars US affectés à l'activité « Organiser les missions de suivi de l'unité de gestion du projet » a été transférée au module « Gestion des subventions », réduisant les fonds de l'intervention « Analyse, évaluations, revues et transparence ».
- Un total de 180 000 dollars US a été coupé de l'intervention « programmes et qualité des données » dans la subvention à Cordaid car l'audit de routine de la qualité des données (RDQA) était déjà inclus dans la subvention du MdS pour 45 000 dollars.
- Augmentation de l'intervention « Analyse, revue et transparence » du fait d'ajustements des coûts de transport des participants aux réunions semestrielles de validation des données au niveau de la DPS. D'autres efficacités budgétaires ont résulté de l'intégration des rencontres de validation pour la TB et le VIH.
- Augmentation de l'intervention « programmes et qualité des données » du fait de la sélection d'une modalité d'activité plus coûteuse (formation à la qualité des données et au suivi-évaluation plutôt qu'encadrement et accompagnement au niveau de la formation sanitaire), comme recommandé par l'équipe pays et en raison du passage à l'échelle de l'activité TierNet.
- Augmentation de l'intervention de « Reportages systématiques » du fait d'un ajustement du nombre de registres de rapportage requis suite à la mise à jour des résultats de quantification.

Figure 2. Changement de budget des systèmes d'information sanitaire, suivi-évaluation entre la demande de financement et l'octroi de subventions au NFM2



Source : Budgets détaillés du Fonds mondial

Il ne semble guère que les commentaires du TRP aient influencé les changements d'investissement dans la santé numérique pendant la phase d'octroi de subventions. Dans sa réponse aux commentaires du TRP, le récipiendaire a fait référence aux plans RSSH spécifiés dans le PNDS 2016-2020, composés des cadres de mise en œuvre à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Il a du reste précisé qu'il existe un plan annuel de mise en œuvre du PNDS faisant état des actions prioritaires, servant de cadre d'alignement des interventions et des ressources.

Mise en œuvre des subventions

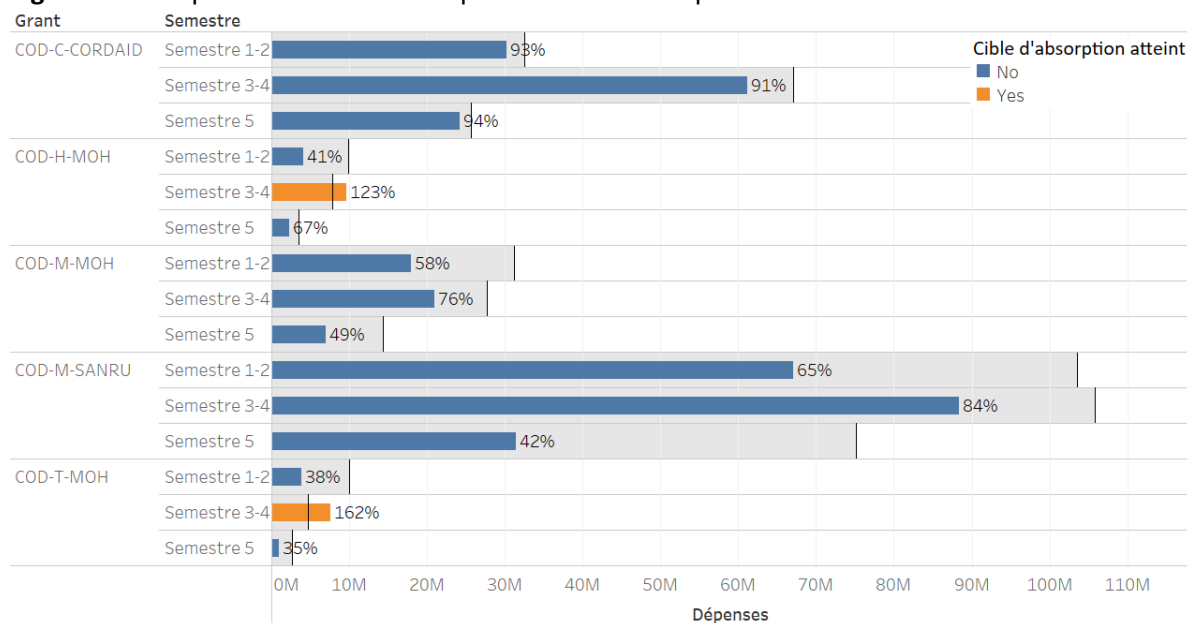
Message clé : Toutes les subventions sont associées à de faibles résultats durant la première année de mise en œuvre, du fait des goulots d'étranglement associés au démarrage des subventions. Différents facteurs du modèle d'investissement ont favorisé une amélioration au cours de la deuxième année de mise en œuvre, mais les progrès réalisés ont souffert, durant la troisième année, en raison de l'impact de la COVID-19.

Comme indiqué précédemment, l'approche différenciée a facilité l'approbation rapide des subventions et le décaissement en temps voulu des fonds du Fonds mondial aux PR. Cela dit, les subventions n'étaient pas « prêtes à la mise en œuvre » au moment de leur signature. Par conséquent, les SR sortants du NFM1 ont bénéficié d'une prorogation de trois mois, en 2018, pour couvrir la période de transition. Les décaissements du NFM2 aux sous-récepteurs (SR) ont été différés de 4 à 6 mois, comme le reflète la faible absorption des subventions durant le premier semestre de l'année 2018 (Figure 3). Plusieurs facteurs ont contribué aux retards de la mise en œuvre pendant la première année et ont été signalés précédemment par la PCE. Notamment :

- Le nouveau montage institutionnel du NFM2 prévoyait un seul SR transversal (plutôt que des SR spécifiques aux maladies) par province et a retardé le processus contractuel avec les SR.
- Les activités TB et VIH ont été consolidées sous un seul PR pour améliorer l'opérationnalisation de la stratégie de co-infection TB/VIH.

- De nouvelles modalités de stockage et de transport des produits de santé devaient améliorer l'appropriation nationale.

Figure 3. Absorption des subventions par PR au fil du temps



Source : PU/DR du Fonds mondial, janvier 2018-juin 2020

Mise en œuvre du dépistage différencié pour les populations clés

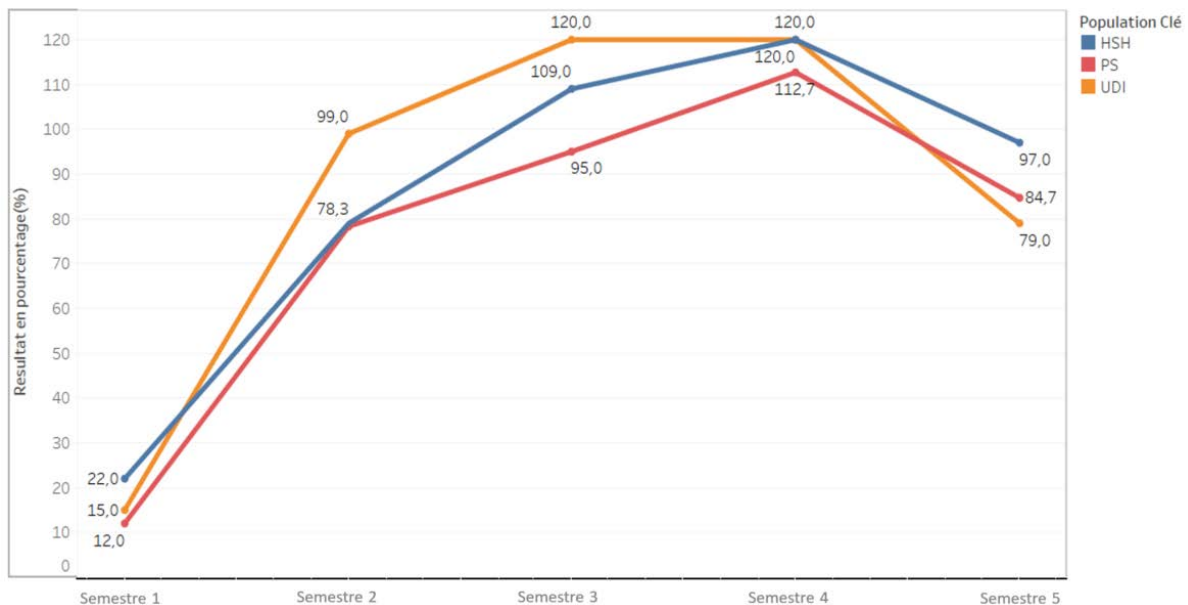
Les activités de dépistage différencié du VIH ont été principalement mises en œuvre par Cordaid et les SR de la société civile. Le retard des contrats et des décaissements aux SR après la transition aux SR transversaux (plutôt qu'à des SR spécifiques à chaque maladie) dans le cadre des nouvelles modalités institutionnelles du NFM2, a impacté le taux d'absorption et les indicateurs de performance des subventions durant la première année (comme indiqué dans le rapport PCE de 2019).(11) La mise en œuvre des activités de dépistage au niveau de la communauté n'a de ce fait pas eu lieu avant avril et juin 2018. De plus, comme signalé précédemment dans le rapport de la PCE, la faible adoption de la stratégie de dépistage ciblé et du nouvel outil de dépistage par les agents de santé a contribué aux faibles résultats observés en 2018.(11)

Par rapport au S1 2019, dès la deuxième année de mise en œuvre (S3 et S4), les indicateurs de subvention relatifs aux HSH, aux CID et aux PS dépassaient tous leurs cibles (Figure 4). La raison en est le déploiement des activités de dépistage ciblé, mais l'influence aussi des faibles cibles du NFM2, qui avaient été déterminées sur la base d'estimations obsolètes de la taille des populations clés. Le premier semestre 2020 (S5) a vu baisser les résultats en raison de l'arrêt des sorties mobiles de dépistage dans les populations clés imposé pendant quatre mois du fait de la COVID-19.

Les analyses effectuées par le programme national VIH (PNLS) ont révélé des taux de séropositivité au VIH restés faibles (environ 4 % chez les HSH et les CID et 3 % chez les PS). Par exemple, le taux de séropositivité chez les PS déclaré dans les provinces soutenues par le Fonds mondial est inférieur au taux de prévalence relevé dans l'enquête IBBS : Nord-Kivu 2 % contre 11,8 % ; Sud-Kivu 3 % contre 7,5 % ; Kinshasa 1 % contre 5,3 % ; Ituri 5,5 % contre 6,8 % ; Kasai Oriental 4 % contre 11,8 % ; Kongo Central 4,4 % contre 3,9 % ; Tshopo 5 % contre 9,5 %.(12) Ces résultats indiquent la faiblesse continue de l'accès aux services de prévention du VIH et un problème de ciblage des points chauds et des professionnels du sexe, surtout qu'une grande proportion de cette population vit cachée. Ces données, combinées à celles mises à jour sur les populations clés (qui révèlent des tailles de population

six fois supérieures à celles précédemment estimées), laissent entendre que les stratégies de dépistage du NFM2 devaient être renforcées davantage et que des cibles plus ambitieuses doivent être établies pour atteindre l'objectif d'un plus grand nombre de PVVIH connaissant leur statut. Au moment de la publication des nouvelles données sur l'incidence du VIH au T1 2020, la demande de financement du NFM3 était déjà en cours d'élaboration. L'équipe pays et le PR ont tous deux jugé ces données trop tardives dans le cycle de subventions NFM2 pour justifier une révision (comme décrit en détail plus bas).

Figure 4. Taux de performance d'indicateur de subvention pour le dépistage du VIH dans les populations clés, par semestre



Source : PU/DR du Fonds mondial, janvier 2018-juin 2020

Mise en œuvre des interventions de santé numérique

De nombreuses interventions de santé numérique n'ont pas été mises en œuvre du fait de problèmes divers, donnant lieu aux faibles taux d'absorption observés en 2018 (32 %), en 2019 (73 %) et au premier semestre 2020 (42 %) (Figure 5). Ces tendances d'absorption sont similaires à celles de faible absorption générale des interventions RSSH (Figure 6). Le facteur principal de la faible mise en œuvre des interventions de santé numérique tient au contexte politique du pays, plus particulièrement aux problèmes de coordination et de collaboration au sein du secteur de la santé numérique. L'ancien ministre de la Santé avait déclaré hautement prioritaire la numérisation du système de santé de la RDC, créant l'Agence nationale d'ingénierie clinique, de l'information et de l'informatique de santé (ANICIIS) en décembre 2018. Ce changement a cependant éloigné certaines ressources et effectifs de la Division du Système national d'information de santé (DSNIS) au sein du MdS, en réduisant ainsi sa capacité. Il en a également résulté de nombreux problèmes de collaboration et de coordination entre l'ANICIIS et la DSNIS, qui partagent les responsabilités de mise en œuvre des interventions de santé numérique. Le fait que l'ANICIIS n'ait pas été pleinement fonctionnelle durant le NFM2 a inhibé une grande partie du progrès atteint jusque 2018 en termes de l'adoption et du déploiement de DHIS2 à l'échelle nationale. Sur l'ensemble des investissements du NFM2, la question du choix de la plateforme numérique que le pays devrait avaliser a suscité un goulot d'étranglement du fait de la réorganisation du gouvernement après l'accès au pouvoir du nouveau Président en janvier 2019. Les difficultés rencontrées se reflètent dans la citation d'un intervenant congolais rapportées ci-dessous.

« Il n’y a pas eu beaucoup de progrès par manque de contrepartie valable au ministère de la Santé. Il est difficile de promouvoir les systèmes quand il n’y pas d’entité de direction et de réglementation clairement responsable, ni de processus de décision clair concernant le choix d’un système ou d’un pilote. » Citation d’un informateur clé

Figure 5. Absorption des interventions de santé numérique par semestre (en dollars US)

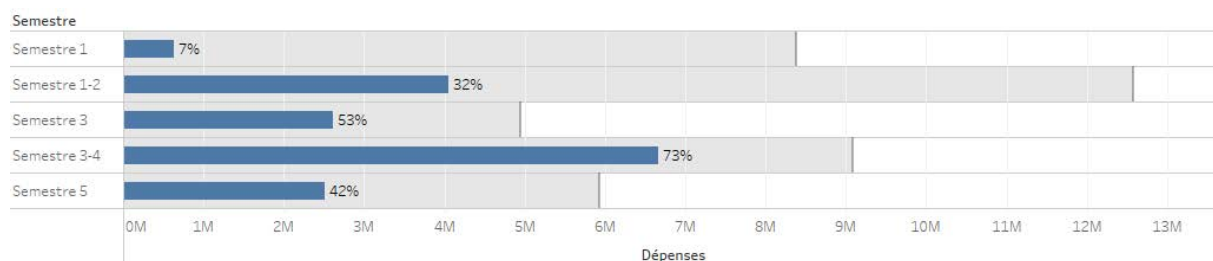
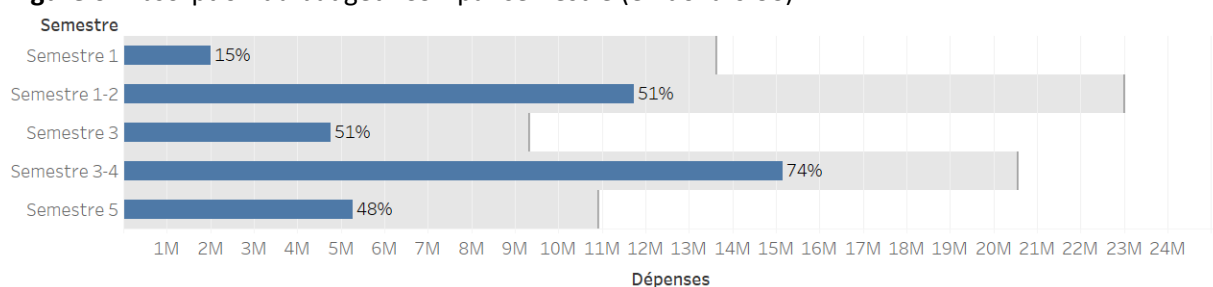


Figure 6. Absorption du budget RSSH par semestre (en dollars US)



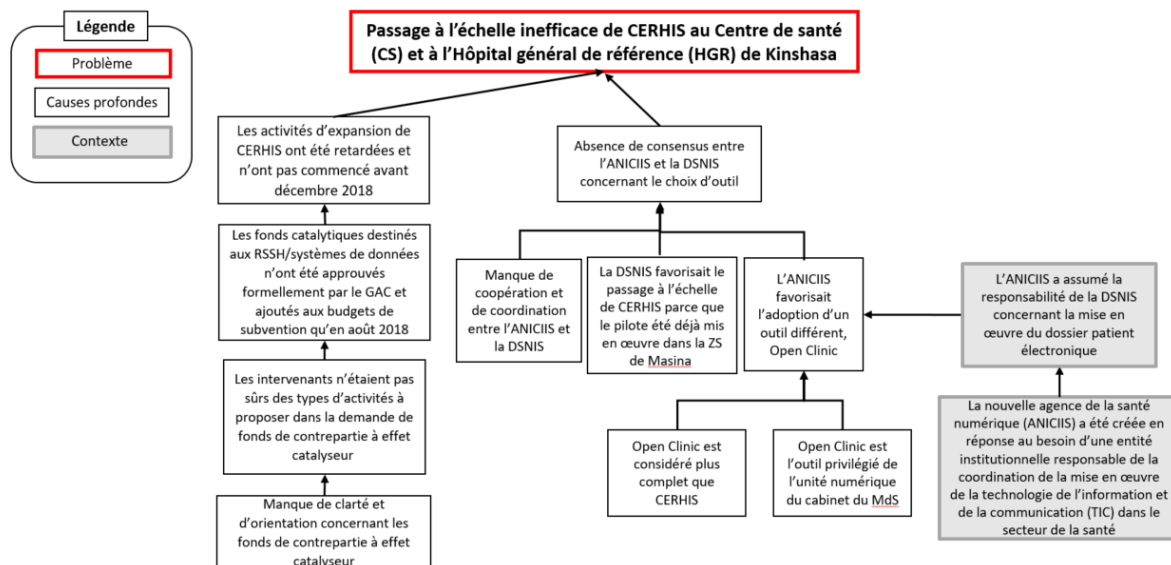
Source : PU/DR du Fonds mondial, janvier 2018-juin 2020

D’autres problèmes se sont posés du fait des procédures lourdes relatives aux marchés publics du gouvernement, compliquant l’établissement des contrats V-SAT, l’achat d’équipement informatique et de registres de FOSA sur papier et suscitant d’importants goulots d’étranglement au niveau de la collecte des données et de l’extension d’interventions numériques telles que CERHIS et TierNet. Parmi les difficultés logistiques et d’équipement rencontrées, on notera le manque de dossiers de patient sur papier, les FOSA sans connexion internet qui ne peuvent dès lors pas transmettre leurs données, les problèmes de maintien des ressources humaines et ceux de maintenance de l’équipement.

Le système informatique CERHIS utilisé dans les hôpitaux et qui alimente DHIS2, a été piloté à la fin du NFM1 dans trois formations sanitaires (FOSA) dans la zone de santé de Masina à Kinshasa (Roi Baudouin, CS Bolingo et CS Kitoko). L’expérience s’est avérée efficace en termes d’amélioration de la qualité des données (complétude, promptitude et exactitude), de réduction de la charge de travail des agents de santé pour qu’ils puissent se concentrer davantage sur les besoins des patients et sur l’amélioration de la qualité des soins et, enfin, de rendre plus disponible les données dans DHIS2 pour soutenir la prise de décision programmatique. Dans NFM2, les fonds de contrepartie à effet catalyseur devaient servir au passage à l’échelle, mais cela ne s’est jamais produit. Cependant, la demande de fonds de contrepartie a été traitée séparément de la subvention principale et n’a été soumise à l’approbation du Comité d’approbation des subventions (GAC) qu’après huit mois de mise en œuvre du NFM2, contribuant dès lors aux retards. Un autre goulot d’étranglement de procédure est né de la nécessité d’obtenir l’approbation préalable du Fonds mondial (« avis de non-objection ») concernant les dépenses et les achats importants, pour les fonds catalytiques, dans le but de réduire le risque financier. La PCE a par ailleurs évalué, parmi les causes profondes (Figure 7), les problèmes de coordination et l’absence de consensus entre l’ANICIIS et la DSNIS. Alors que le gouvernement avait choisi la plateforme CERHIS, l’ANICIIS préférait Open Clinic. Les deux plateformes ont été évaluées de manière indépendante fin 2019 (source ?????), menant à la conclusion de prolonger la phase pilote de

CERHIS tout en élaborant une stratégie et une approche claires de la numérisation de l'information sanitaire.

Figure 7. Analyse des causes profondes du passage à l'échelle inefficace de CERHIS



TierNet est un système de suivi électronique des patients visant un meilleur suivi des cohortes de PVVIH sous traitement TAR. Le projet pilote a été mis en œuvre dans cinq provinces (Haut Katanga, Kinshasa, Kongo Central, anciennes provinces Orientale et Kasaï Oriental) sous NFM1. Le déploiement de TierNet a été moins affecté par les problèmes de gouvernance et de collaboration qui minent la santé numérique au sein du Mds car, contrairement aux plateformes transversales telles que CERHIS, TierNet se limite à la prise en charge des cas de VIH, sous le contrôle du PNLS. L'évaluation du pilote TierNet était l'une des conditions préalables à son extension, mais le consultant chargé de cette évaluation n'a été recruté qu'en mars 2020, en raison de retards liés au contrat, et n'a pas pu se déplacer du fait de la COVID-19. En conséquence, l'extension à 357 zones de santé supplémentaires ne s'est pas déroulée comme prévu. Néanmoins, certaines faiblesses dans les provinces pilotes ont été notées. Notamment, TierNet n'est pas mis à jour régulièrement, surtout dans le contexte des données mobiles. Autre difficulté, les données relatives aux populations clés ne sont pas saisies dans TierNet car les centres conviviaux n'y rapportent actuellement pas leurs données. L'interopérabilité prévue entre TierNet et DHIS2 sera amorcée après la phase du passage à l'échelle en commençant par un pilote à Kinshasa.

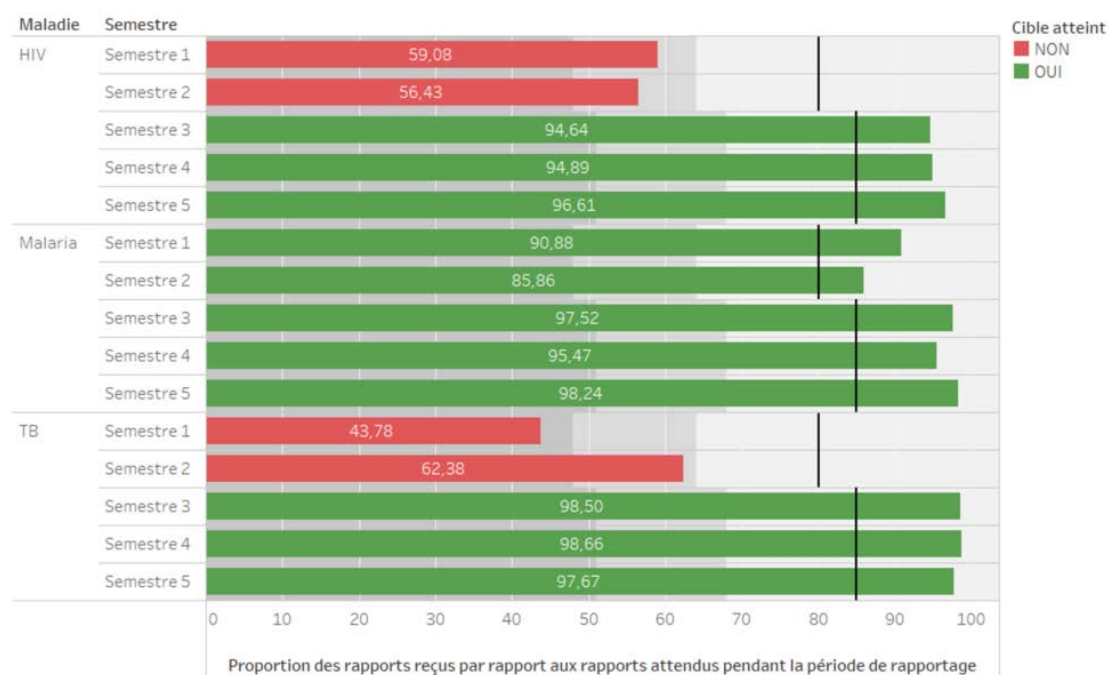
Dans l'appui au SNIS à travers la subvention contre le paludisme, la notification des maladies à potentiel épidémique dans le cadre de la surveillance épidémiologique était une autre activité proposée. Des problèmes sont cependant apparus ici aussi quant au choix de la plateforme numérique à utiliser. Le cadre SMS était censé être configuré dans DHIS2 mais l'OMS a proposé un autre logiciel, « EWars », pour la surveillance épidémiologique et les discussions sont en cours concernant ce choix entre la plateforme « EWars » préconisée par l'OMS et/ou un module DHIS2 intégré. L'ambiguïté concernant l'entité du Mds apte à prendre cette décision a bloqué les progrès. Cette étape est déjà passée et la phase pilote dans 5 provinces dont Kinshasa a commencé sur le NFM2 et se poursuit sur le NFM3.

Les investissements dans DHIS2 se poursuivent depuis le NFM1, lorsque le pays avait pris la décision d'adopter ce logiciel comme plateforme principale de gestion de l'information sanitaire en RDC. En 2017, DHIS2 avait été déployé dans les 26 provinces et dans 516 zones de santé du pays, avec l'aide du Fonds mondial et d'autres partenaires techniques et financiers. La complétude des rapports s'est

améliorée pour chaque maladie entre 2018 et 2019 (Figure 8) et le taux moyen de rapportage des FOSA atteint actuellement plus de 95 %. Ces améliorations ont été attribuées à une plus grande sensibilisation, aux seins des zones de santé, à la manière de rapporter les données dans DHIS2, au feedback reçu par les FOSA pour résoudre les problèmes de saisie des données, à l'exigence de l'équipe pays que les PR utilisent DHIS2 pour les rapports PU/DR et l'analyse des données et à une implication accrue, au niveau de la ZS des agents de santé qui se déplacent vers les zones où la couverture internet est faible pour obtenir les données de FOSA à saisir dans DHIS2. Les investissements contribuent du reste à la pérennité en veillant à l'intégration avec les autres systèmes pour une meilleure interopérabilité. Par exemple, sous NFM2, des progrès ont été réalisés grâce à l'intégration des bases de données des PR Cordaid et SANRU dans DHIS2. Cordaid utilise actuellement un système parallèle pour la collecte des données relatives aux populations clés, posant d'autres problèmes de pérennité.

Malgré les progrès réalisés, certaines lacunes persistent au niveau de la qualité et de l'utilisation des données, ainsi que de la disponibilité de données relatives aux populations clés. Les problèmes de ressources humaines au sein de la DSNIS, comme les pénuries d'informaticiens et la rotation du personnel qualifié, minent la capacité de la division à répondre en temps utile aux demandes d'assistance technique. Autre problème encore, les données des centres conviviaux ne sont actuellement pas compilées dans DHIS2. Ces données sont collectées par Cordaid et, malgré l'interopérabilité désormais établie entre la base de données de Cordaid et DHIS2, les données relatives aux populations clés n'ont pas été synchronisées à cause des structures de rapportage différentes. Tant que les services de santé offerts aux populations clés ne seront pas représentés dans le système d'information sanitaire, les prestataires et les autorités sanitaires nationales ne disposeront pas des données complètes nécessaires aux décisions d'allocation de ressources et de prestation de services aux populations clés. La situation n'est pas sans conséquences pour l'équité, concernant la capacité du système sanitaire à donner aux populations clés et vulnérables un accès équitable aux services de santé. Des efforts sont en cours pour inclure les données communautaires sur la plateforme DHIS2. À cela s'ajoute la disparité de la connexion internet entre les zones de santé rurales et leurs homologues urbaines mieux connectées. La couverture du réseau est encore faible dans les zones reculées, en particulier lorsque l'électricité nécessaire au fonctionnement d'antennes relais fait défaut, et la couverture internet reste inégale. Il s'ensuit que dans les zones de santé non reliées à internet, les agents de santé doivent parcourir, non sans risques, de longues distances pour saisir leurs données. Ces zones de santé sont par conséquent plus défavorisées. Les formations sanitaires du secteur privé lucratif ont aussi moins accès au support DHIS2, contrairement aux FOSA publiques et confessionnelles. Pour résoudre les problèmes de connexion internet, les subventions du NFM2 prévoyaient des fonds pour VSAT, mais les procédures lourdes de passation de marché du gouvernement ont entravé l'établissement des contrats avec les fournisseurs de services.

Figure 8. Complétude des rapports dans DHIS2 par maladie



Source : Budget détaillé du Fonds mondial

Message clé : Les subventions ont été révisées pour programmer des fonds supplémentaires et réaffecter ceux non dépensés à des interventions hautement prioritaires. À travers ce processus, toutefois, les budgets alloués aux domaines d’objectifs stratégiques tels que RSSH ont diminué tandis que les investissements liés à l’équité augmentaient dans les subventions paludisme mais diminuaient dans les allocations VIH/TB.

En sa qualité de portefeuille à fort impact, la RDC peut demander des révisions de subvention à tout moment pendant la mise en œuvre. Sur les cinq subventions de la RDC, il y a eu un total de 22 révisions, dont 11 d’allocation de fonds supplémentaires (fonds de contrepartie à effet catalyseur, optimisation de portefeuille et dispositif de riposte à la COVID-19 [C19RM]), huit révisions programmatiques (anciennement appelées « reprogrammation ») et trois révisions administratives (Tableau 4). La RDC n’a fait l’objet d’aucune révision classée dans la catégorie des révisions budgétaires. Les budgets des subventions étaient plutôt examinés et révisés chaque fois qu’il y avait un programme, un financement supplémentaire ou des révisions administratives. Le budget total de la RDC a augmenté de 14 %, passant de 542,9 millions de dollars (y compris les fonds de contrepartie à effet catalyseur) à 619 millions de dollars durant la période du NFM2 en raison de l’injection de fonds supplémentaires issus de l’optimisation de portefeuille (47 M\$ US) et du C19RM (28,9 M\$ US). En moyenne, le délai d’approbation des révisions était de 153 jours pour l’allocation de fonds supplémentaires, de 64 jours pour les révisions programmatiques et de 58 jours pour les révisions administratives.

Tableau 4. Révisions de subvention sous NFM2

	Nombre de révisions	Délai moyen d’approbation de révision (jours)	Date moyenne d’approbation de révision

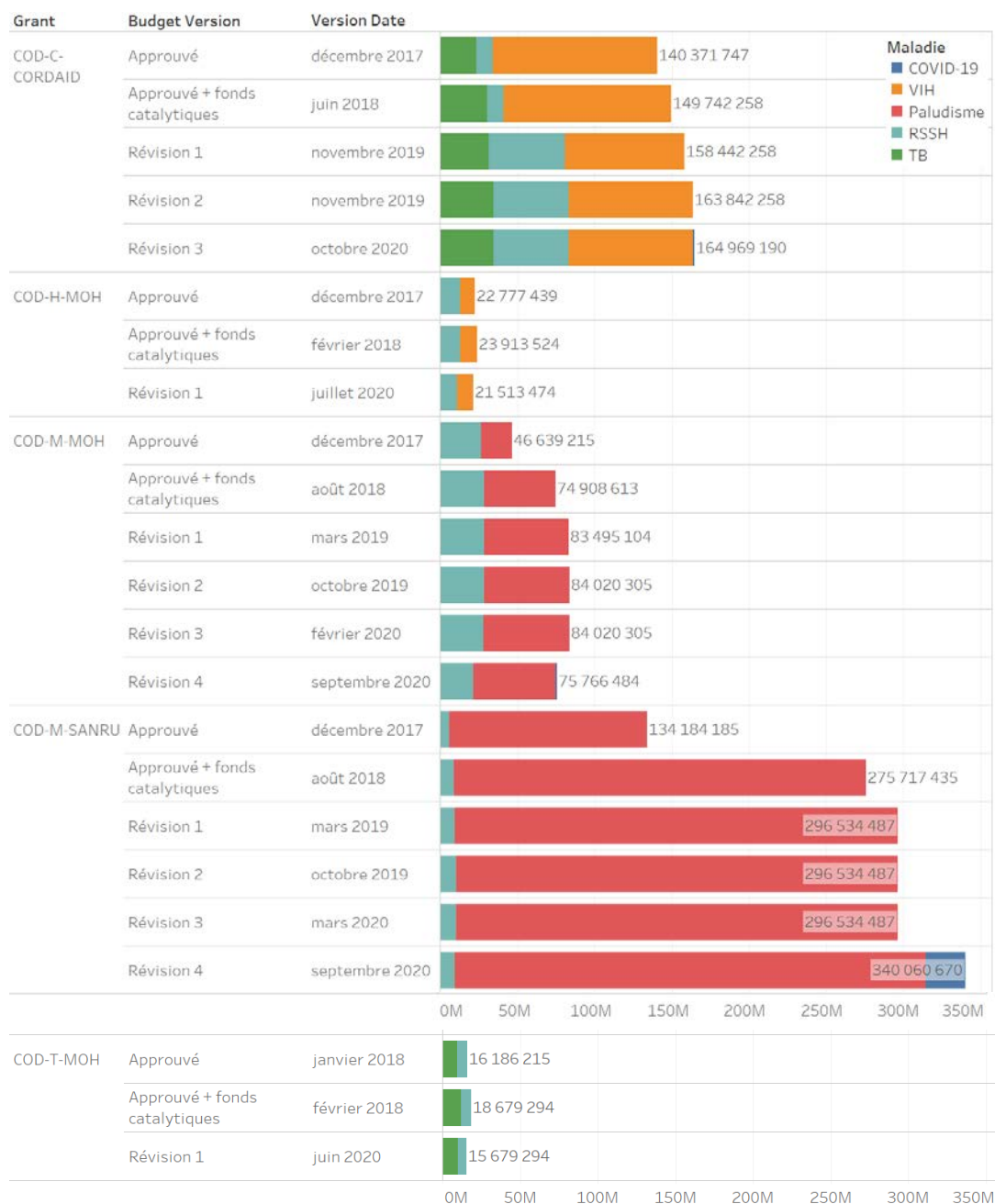
RDC	22	107	28/11/2019
Révision d'allocation de fonds supplémentaires	11	153	23/9/2019
Révision administrative	3	58	3/11/2019
Révision programmatique	8	64	20/4/2020

La demande de financement hiérarchisée au-delà de la somme allouée (PAAR) a permis de financer les activités jugées hautement prioritaires par le Comité technique d'examen des propositions (TRP) lorsque des fonds supplémentaires ont été mis à disposition, notamment pour l'extension de la couverture des dépistage et traitement du VIH chez les patients tuberculeux et pour l'élargissement de la couverture géographique de la campagne de distribution de moustiquaires pour la prévention du paludisme. Les révisions de subvention ont aussi servi à la réaffectation des ressources au sein des subventions, notamment par transfert aux activités hautement performantes (avec augmentation, par conséquent, des cibles programmatiques et de résultats) mais aussi par retrait de ressources aux interventions à faible absorption, comme RSSH. Les déclencheurs de révision sont variables, mais l'intention des intervenants de la RDC a été de recourir aux révisions comme à un outil permettant de maximiser l'utilisation et l'absorption des ressources des subventions, conformément à l'orientation du Fonds mondial visant l'assurance d'une utilisation efficace et efficiente continue des ressources du Fonds mondial.(13) La Figure 9 illustre les révisions apportées à chaque subvention et le changement correspondant des ressources affectées aux maladies, aux RSSH et à la riposte à la COVID-19.

Message clé : Les révisions des subventions VIH/TB ont augmenté le budget et les cibles de dépistage et traitement du VIH chez les patients tuberculeux, sans toutefois réviser comme prévu les cibles de dépistage relatives aux populations clés par manque de proactivité du programme et du retard des résultats de l'étude d'estimation de la taille des populations clés, ce qui à été une occasion manquée de maximiser l'impact des subventions.

Les révisions des subventions VIH/TB comprenaient l'ajout de quelque 3 millions de dollars en fonds de contrepartie à effet catalyseur visant la suppression des obstacles liés aux droits humains. Une somme additionnelle de 8,7 millions de dollars provenant de l'optimisation de portefeuille, a permis d'élargir le dépistage du VIH et le traitement antirétroviral (TAR) aux patients tuberculeux. À l'initiative du Secrétariat, le processus de révision a commencé par l'examen du PAAR par l'équipe pays, ayant mené à la suggestion d'accroître l'investissement dans la coinfection VIH/TB, qui a été jugé « hautement prioritaire » par le TRP. Etant donné que les subventions dépassaient les cibles de dépistage des patients tuberculeux, l'équipe pays soupçonnait que les cibles de subvention n'étaient pas suffisamment ambitieuses et pourraient être révisées à la hausse avec l'allocation de ressources supplémentaires. La suggestion a été examinée par les parties prenantes du pays, y compris le CCM, les PR et le PNLS qui, ayant effectué leurs propres analyses, ont décidé de procéder à la révision des subventions, augmentant ainsi le budget et les cibles. Les fonds supplémentaires comprenaient 4 millions de dollars affectés aux produits de santé (ARV, tests VIH et co-trimoxazole), 2,2 millions de dollars aux coûts de transport, de fret et d'entreposage et 2,5 millions de dollars pour les ressources humaines, le suivi-évaluation et les coûts d'infrastructure. La révision a élargi la couverture des patients tuberculeux à 59 nouvelles zones de santé où la prévalence du VIH est estimée à 12 % chez ces patients. Les cibles de couverture TAR des cadres de performance des subventions ont également été révisées, faisant passer la couverture de 34,9 % à 43,2 % (pour atteindre 29 773 patients de plus sous traitement en décembre 2020).

Figure 9. Changements des totaux budgétaires au fil des révisions de toutes les subventions (en dollars US)



Source : Budgets détaillés du Fonds mondial

Parallèlement à la révision d'allocation de fonds supplémentaires, le budget de dépistage différencié du VIH est passé de 610 262 dollars à près d'un million de dollars (Figure 10). Compte tenu des coupes budgétaires survenues lors de l'octroi de subventions, cette hausse avait pour but de rapprocher le budget de celui de la demande de financement initiale, mais les cibles de dépistage dans les populations clés sont restées identiques. Étant donné les nouvelles données limitées concernant les estimations des populations clés et la prévalence du VIH lors de l'élaboration de la demande de

financement en 2017, le GAC avait approuvé les subventions VIH en sachant que les cibles de dépistage dans ces populations seraient révisées après la publication de l'étude IBBS 2017 et de celle d'estimation de la taille des populations clés. Durant la mise en œuvre des subventions, le programme n'a pas révisé ces cibles, malgré les plans initiaux et les données programmatiques indiquant un dépistage largement supérieur aux cibles de 2019. Le programme a plutôt choisi d'attendre les données mises à jour mais les résultats de l'étude ont été retardé jusqu'au T1 2020 et, vu le temps et la charge administrative (en termes de temps du personnel) associées aux processus de révision des subventions, le programme a décidé que le cycle était trop avancé pour réviser les subventions du NFM2. Puisque le processus d'élaboration de la demande de financement NFM3 était déjà en cours, il n'était pas possible d'apporter de changements importants de portée et d'échelle des subventions en raison des contraintes de temps du personnel.

Figure 10. Révisions des subventions VIH/TB relatives au dépistage différencié du VIH (en dollars US)

Grant	Gf Intervention	Approuvé	Approuvé + fonds catalytiques	Budget Version			% changement -100% 100%
				Révision 1	Révision 2	Révision 3	
COD-C-CORD..	Services de dépistage du VIH destinés aux consommateurs..	147 645	147 645	99 880	110 670	110 670	
	Services de dépistage du VIH destinés aux HSH	362 572	362 572	571 768	534 191	534 191	
	Services de dépistage du VIH destinés aux professionnels..	12 630	12 630	322 255	304 097	304 097	
	Services de dépistage du VIH destinés aux transgenres	69 786	69 786	0	0	0	
COD-H-MOH	Services de dépistage du VIH destinés aux consommateurs..	9 230	9 230	9 030			
	Services de dépistage du VIH destinés aux transgenres	8 400	8 400	6 139			
Grand Total		610 262	610 262	1 009 071	948 958	948 958	

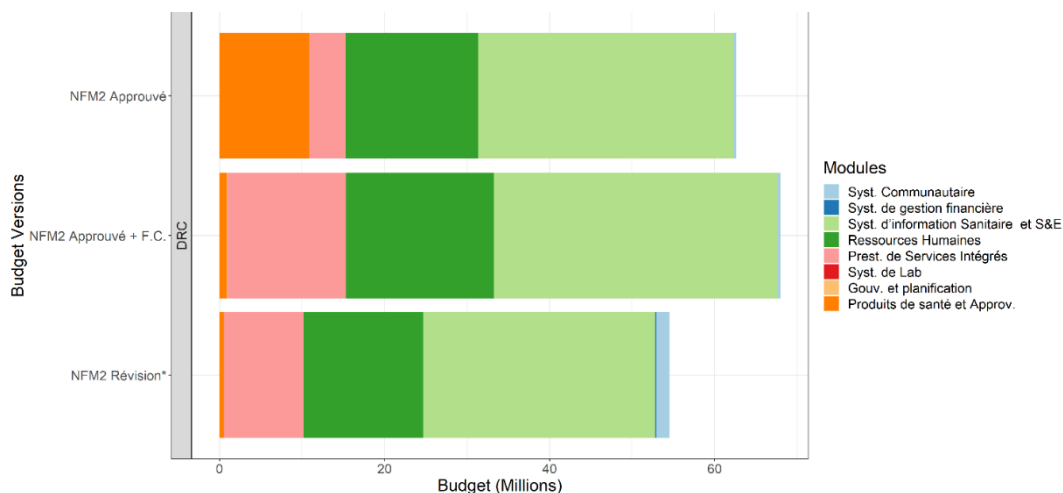
Source : *Budgets détaillés du Fonds mondial*

Notes de figure 10 : COD-C-CORDAID a enregistré quatre révisions pendant la période du cycle des subventions observées durant la PCE, tandis que la subvention COD-H-MOH n'en a enregistré que deux. Pour atteindre le montant final affecté au dépistage différencié du VIH, la révision 2 de la subvention COD-H-MOH peut être additionnée à la révision 4 de COD-C-CORAIID, pour un total de 964 127 dollars.

À travers les révisions des subventions, les ressources ont été progressivement transférées du RSSH, y compris le budget pour les interventions de santé numérique.

Les budgets des subventions NMF2 de la RDC comprenaient 67,5 millions de dollars pour RSSH, y compris 2,9 millions de dollars de fonds de contrepartie à effet catalyseur appelés à stimuler les investissements de renforcement des systèmes d'information pour la gestion sanitaire (HMIS) et du suivi-évaluation (S-É). Cependant, au cours du NMF2, le budget RSSH a été réduit d'environ 13 millions de dollars (19,3 %), y compris les interventions de santé numérique, qui a subi une réduction approximative de 7,2 millions de dollars (23,8 %) (Figure 11).

Figure 11. Changements apportés au budget RSSH après les révisions des subventions, toutes subventions combinées



Source : Budgets détaillés du Fonds mondial

Notes de figure 11 : CMF = Fonds de contrepartie à effet catalyseur. *Dernière révision officielle en date

Source : Budgets détaillés du Fonds mondial

Ces réductions, opérées par le biais de révisions des subventions, sont principalement imputables à la faible absorption ayant résulté du retard de la mise en œuvre et de l'absence de mise en œuvre des investissements RSSH. De ce fait, les économies réalisées ont été réaffectées soit à des modules différents au sein de la même subvention, soit vers d'autres PR pour assurer la bonne mise en œuvre des activités et améliorer les taux d'absorption. Par exemple, la révision 2 de la subvention au PR paludisme MdS et la révision 3 de la subvention SANRU (*toutes deux de nature programmatique*) ont transféré 500 000 dollars pour la conduite d'un examen de la qualité des données du PR paludisme MdS au PR de la société civile, SANRU (Figure 12). L'étude aurait dû être effectuée par le PR MdS mais différents facteurs en ont retardé la mise en œuvre, notamment les retards des processus administratifs et d'achats, impactant d'autant le taux d'absorption du PR MdS. Comme les résultats de l'étude devaient définir la mise en œuvre des stratégies d'amélioration de la qualité des données, l'équipe pays a pris l'initiative de la révision pour transférer cette activité à SANRU. Dans cet exemple particulier, on notera que le modèle d'investissement a fait preuve de souplesse et de réactivité face aux réalités de la mise en œuvre puisque la révision a permis l'exécution de l'examen de qualité des données, fût-ce par un PR différent de celui initialement prévu.

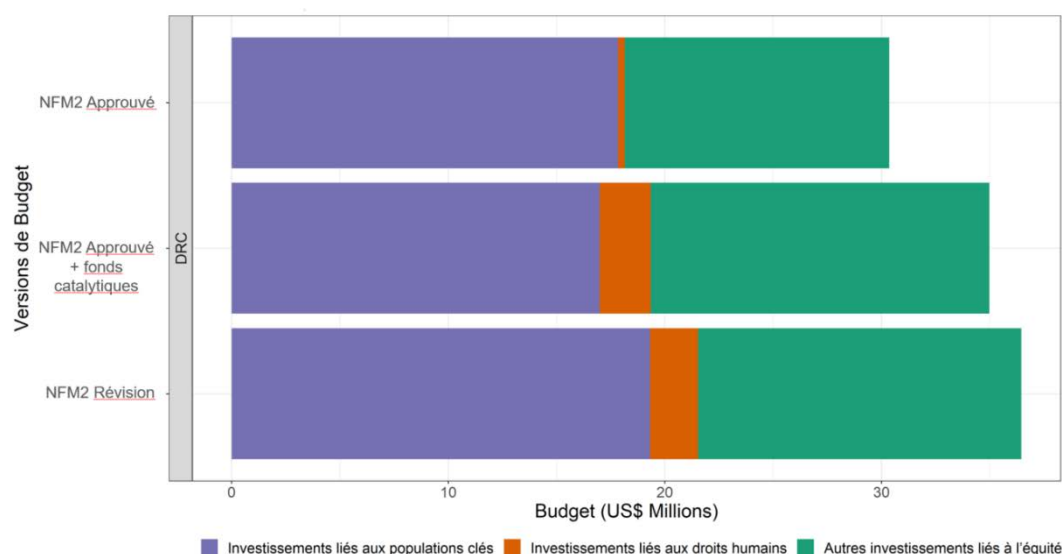
Deux autres exemples de révisions ayant transféré des fonds non dépensés des PR MdS à ceux de la société civile ont été observés. Dans le premier, la non-réalisation du passage à l'échelle de CERHIS a donné lieu à une faible absorption concernant les interventions de santé numérique au T3 2020. Le montant épargné, d'environ un million de dollars, a été transféré du PNLP à SANRU pour l'achat de produits antipaludiques (tests de diagnostic rapide (TDR) et thérapie combinée à base d'artémisinine (ACT)). Dans le second exemple, 2,4 millions de dollars du PNLS et 3 millions de dollars du PNLT ont été transférés à Cordaid pour couvrir l'augmentation du prix unitaire des produits et des coûts de fret.

Figure 12. Impact des révisions de subvention sur le budget de la santé numérique (en dollars US)

Grant	Gf Intervention	Budget Version						% changement -100% 100%
		Approuvé	Approuvé + fonds catalytiques	Révision 1	Révision 2	Révision 3	Révision 4	
COD-C-CORD..	Analyse, revues et transparence	430 986	430 986	0	0	0		
	Qualité du programme et des données	0	0	0	0	0		
	Rapportage des données de routine	0	94 419	75 508	82 855	82 855		
COD-H-MOH	Analyse, revues et transparence	628 872	628 872	628 597				
	Qualité du programme et des données	3 719 247	3 719 247	2 137 622				
	Rapportage des données de routine	2 441 256	2 441 256	1 080 289				
COD-M-MOH	Analyse, revues et transparence	0	3 150 342	3 150 342	3 150 342	2 813 142	2 690 640	
	Qualité du programme et des données	4 605 311	4 428 202	4 428 202	4 428 202	5 651 156	5 221 085	
	Rapportage des données de routine	10 177 304	4 935 884	4 935 884	4 935 884	4 050 130	1 886 832	
COD-M-SAN..	Analyse, revues et transparence	1 241 813	2 859 669	2 859 669	1 891 278	1 891 278	1 863 466	
	Rapportage des données de routine	3 436 941	4 843 318	5 205 560	5 442 498	5 442 498	5 219 189	
COD-T-MOH	Analyse, revues et transparence	1 749 776	1 940 496	1 352 044				
	Qualité du programme et des données	389 553	389 553	384 740				
	Rapportage des données de routine	348 184	348 184	183 153				
Grand Total		29 169 242	30 210 427	26 421 610	19 931 059	19 931 059	16 881 212	

Notes de figure 12 : COD-C-CORDAID a enregistré quatre révisions pendant la période du cycle des subventions observées durant la PCE ; la subvention COD-H-MOH en a enregistré deux, les subventions COD-M-MOH et COD-M-SANRU, cinq, et la subvention COD-T-MOH, deux. Pour atteindre le montant final affecté au dépistage différencié du VIH, on peut additionner la dernière révision sur l'ensemble de ces subventions, pour aboutir à 23 120 667 dollars.

Figure 13. Changements des interventions liées aux DHG-Équité suite à des révisions des subventions, toutes subventions combinées



Notes de figure : CMF = Fonds de contrepartie à effet catalyseur. *Dernière révision officielle en date
Source (Figures 13 et 14) : Budgets détaillés du Fonds mondial

À travers les révisions des subventions, les ressources pour les investissements liés aux DHG-Équité ont augmenté dans les subventions paludisme mais diminué dans les subventions VIH/TB.

Comme illustré à la Figure 13, l'ajout de fonds de contrepartie à effet catalyseur dans NFM2 a augmenté le montant des ressources de subvention disponibles aux interventions vouées à la suppression des obstacles liés aux droits humains et au genre en vue de résoudre les problèmes d'accès équitable aux services de santé VIH, TB et paludisme. L'absorption des investissements DHG-Équité s'est aussi améliorée entre 2018 (37 %) et 2019 (89 %), pour retomber en 2020 (54 %) du fait de l'impact de la COVID-19 sur la mise en œuvre des subventions. Plusieurs révisions de subvention ont également impacté le budget NFM2 des investissements DHG-Équité. Dans les subventions VIH/TB, quelque 2,3 millions de dollars sont passés des interventions DHG-Équité à d'autres modules budgétaires (une baisse de 15 %), alors que les subventions paludisme enregistraient une hausse approximative de 4,4 millions de dollars sur le plan des interventions liées aux DHG-Équité (soit une hausse de 38 %). Dans les subventions paludisme, les fonds supplémentaires ont été obtenus de l'optimisation de portefeuille en octobre 2020, qui a augmenté le budget de la prise en charge intégrée au niveau communautaire (iCCM) et du traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPIg), tous deux considérés comme des interventions liées à l'équité dans notre analyse des écarts budgétaires. D'autres révisions budgétaires, notamment celles ayant réduit les ressources d'interventions de DHG-Équité, ont été initiées par le PR sans avoir à consulter l'équipe pays en raison des flexibilités budgétaires du Fonds mondial.

Les subventions du NFM2 étaient conçues en vue de supprimer les obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent l'accès aux services en soutenant la réponse et la mobilisation communautaire, la formation de réseaux et le renforcement de capacité, en combinaison avec la prestation de services de santé de qualité. L'approche prévoyait aussi des formations de sensibilisation et de renforcement de capacité à l'intention des prestataires de soins de santé, des agents de l'ordre et des acteurs de justice. Ces activités ont accru le nombre de professionnels de la santé et de membres de la communauté formés sur la façon de susciter des conditions plus favorables, qui puissent assurer l'accès des populations clés aux services et de protection des droits humains, les investissements étant toujours jugés insuffisants. La stigmatisation et la discrimination continuent d'opposer d'importants obstacles aux soins au niveau de la famille, de la communauté et de la structure. L'enquête index stigma de 2019 révèle que 4,5 % des répondants se sont vu refuser l'accès aux services de santé, y compris les soins dentaires, à cause de leur statut sérologique.(14)

Demande de financement et octroi de subventions 2020

Conformément à l'argument d'investissement du Fonds mondial en 2019 pour la Sixième reconstitution et le financement du modèle NFM3, qui recommande de « faire les choses différemment » pour atteindre les objectifs stratégiques poursuivis, l'évaluation PCE des processus de demande de financement et d'octroi de subventions 2020 a examiné les changements survenus entre les processus de demande de 2017 et de 2020, considérant notamment l'évolution des engagements de renforcement de RSSH et DHG-Équité.(15) Ainsi, la PCE a examiné la mesure dans laquelle les processus de demande de financement et d'octroi des subventions ont reflété les engagements de différenciation, de transparence, d'inclusion et d'appropriation nationale prônés par le Fonds mondial. Dans l'optique de ses deux axes thématiques, la PCE a considéré le degré d'utilisation plus efficace des données dans la définition des cibles et si les investissements NFM3 dans les domaines

liés aux axes thématiques démontraient un « changement de trajectoire » par opposition au « statu quo ». La PCE a évalué les signes de « changement de trajectoire » en termes 1) de modification des niveaux d'allocation et de l'échelle/portée d'intervention, (2) d'application des enseignements tirés du NFM2 dans la conception des stratégies du NFM3 et (3) de réorientations sur l'équité, le RSSH et la pérennité par rapport aux subventions précédentes.

Message clé : Par rapport à 2017, le processus de la demande de financement de 2020 a été considéré plus robuste, avec une participation plus significative et inclusive de la société civile et une utilisation plus visible des données dans la détermination des priorités, la définition des stratégies et la fixation des cibles.

Le consensus entre les intervenants était que le processus d'élaboration de la demande de financement 2020 repose sur une utilisation plus évidente et systématique des données pour la

« À 90 % nous avons recouru aux données pour la détermination des cibles même dans la répartition du budget. Nous nous sommes référés au MICS, à l'EDS, aux données de notre système de santé. »

« ... Je pense que ce processus a permis au pays de faire une analyse complète avec des données revues et mises à jour. » Citation d'un informateur clé

hiérarchisation des interventions prioritaires et l'établissement des cibles. La disponibilité de données épidémiologiques à jour, absentes au moment de l'élaboration de la demande en 2017, a permis cette approche. Toutes les demandes de financement ont été étayées par triangulation des résultats des revues de programmes, analyse des données régulières des programmes, modélisation des maladies (Spectrum pour les projections de données VIH, par ex.) et par diverses études telles que l'étude de cartographie et d'estimation de taille des populations clés, une enquête index stigma et l'évaluation de base 2018 relative à l'extension des programmes de réduction des obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services VIH et TB. Ces études ont permis de mieux comprendre les points chauds de populations clés et les obstacles qui entravent l'accès au dépistage, éclairant ainsi les stratégies de ciblage du dépistage du VIH proposées dans la demande de financement 2020.

Les parties prenantes de la RDC ont vu dans les tableaux de données essentielles (EDT) une nouvelle ressource utile à la préparation des demandes de financement 2020, affirmant qu'ils réduisaient la quantité de travail requise pour rédiger les demandes de financement par leur compilation en un même endroit de toutes les données nécessaires à l'analyse. Après le lancement du processus officiel du NFM3, l'une des étapes principales a été l'atelier de familiarisation avec les outils, qui a vu une forte participation de toutes les parties prenantes actives dans trois maladies. Les données présentées dans ces tableaux sont complémentaires à l'information contextuelle fournie par les programmes de lutte contre les maladies. Elles facilitent ainsi l'identification et la justification des priorités d'intervention sur la base des données. Comme le démontre la citation ci-dessous, les intervenants se sont référés à plusieurs reprises aux données des EDT et ont fait remarquer l'utilité de l'outil, dans l'élaboration des cadres de performance des subventions, notamment, même si les programmes devaient mettre à jour l'information reflétée dans les tableaux pour certaines données.

Autre facteur qui a facilité une plus grande utilisation des données, et l'application des leçons apprises, était que la revue des programmes et la mise à jour des PSN ont précédé l'élaboration de la demande

« Les données des tableaux de données essentielles nous ont aidé à élaborer les cadres de performance. Elles étaient très importantes, elles nous ont servi de repères et d'orientations pour mieux comprendre les indicateurs. » Citation d'un informateur clé

de financement. Les trois programmes nationaux ont organisé des revues programmatiques en novembre 2019, selon un processus soutenu financièrement et techniquement par le Fonds mondial. Dans le cadre de ce processus, des consultations ont eu lieu au niveau provincial et national avec les populations clés et vulnérables. Leurs préoccupations concernant les PSN en vigueur y ont été exprimées et leurs suggestions ont été documentées, pour éclairer le nouveau PSN VIH 2020-2023. Le nouveau PSN paludisme 2020-2023 a été finalisé en janvier 2020, à temps pour éclairer l'élaboration de la demande de financement.

Une participation plus transparente et significative de la société civile, des populations clés et des PVVIH a été observée à chaque phase de la demande de financement 2020 et a été considérée plus robuste qu'au cycle précédent. Par rapport à 2017, les dialogues provinciaux de la demande de financement 2020 ont été combinés aux revues programmatiques provinciales. Le processus a permis aux provinces de définir leurs priorités, donnant lieu à des interventions adaptées à leur contexte géographique et épidémiologique. Des consultations avec les intervenants TB et VIH ont eu lieu dans le cadre du projet « Lever les obstacles » lancé à l'initiative du Fonds mondial et ont inclus une évaluation de base concernant les droits humains et le genre, achevée en juin 2018. Une deuxième série de consultations provinciales a eu lieu au T4 2019, aboutissant sur une rencontre multipartite TB-VIH en janvier 2020 à l'occasion de laquelle une liste d'activités prioritaires concernant les obstacles liés aux droits humains a été produite en vue de son inclusion dans le plan national quinquennal chiffré sur les droits humains et le genre. Le projet « Lever les obstacles » a été reconnu comme ayant contribué à une analyse plus nuancée des obstacles liés aux droits humains et au genre dans la demande de financement VIH/TB 2020 et la proposition de stratégies plus robustes pour y mettre fin. En plus de faciliter l'élaboration de stratégies éclairées par les données, les revues des programmes et les consultations au niveau national et provincial ont assuré l'inclusivité et la transparence de l'élaboration de la demande de financement 2020.⁽¹⁶⁾ La triangulation des données collectées lors des entretiens avec les informateurs clés et la revue des documents clés (comptes rendus des réunions, listes de présence, etc.) confirme une participation forte et transparente des intervenants à différents niveaux du processus de rédaction de la demande de financement. Par exemple, plusieurs groupes d'intervenants ont participé aux groupes de travail thématique chargés de l'élaboration de la demande. Parmi les autres interlocuteurs clés, la CCM a supervisé et coordonné les discussions stratégiques et la prise de décision tout au long du processus de rédaction des subventions. L'équipe pays de la RDC a soutenu le processus par l'offre de conseils, d'orientations et de clarifications, tous reconnus et appréciés par les intervenants nationaux.

L'appropriation par le pays du processus de demande de financement 2020 a été perçue comme robuste, grâce au leadership national et à l'alignement entre les demandes de financement et les PSN. Cette appropriation s'est également reflétée dans la hausse des engagements de cofinancement du pays, passés de 98,8 millions à 131,9 millions de dollars entre les périodes d'allocation 2017-2019 et 2020-2022. Signe supplémentaire encore d'une solide appropriation nationale, la contribution des populations clés et de la société civile à l'élaboration de la stratégie de dépistage différencié du VIH semble plus grande. Elle a été attribuée au renforcement de capacité des organisations de la société civile telles que PSSP, PASCO et UCOP+⁴, qui ont bénéficié du soutien et du financement fiables du Fonds mondial.

Message clé : La soumission par la DRC de demandes de financement de type « Demande d'examen complet » en 2020, par rapport aux demandes différenciées en 2017, a permis de reconfigurer les

⁴ Progrès Santé Sans Prix, Parlons Sida aux communautés, Union Congolaise des Organisations des Personnes vivant avec le VIH

stratégies d'intervention, ce qui était justifié par l'augmentation de l'allocation 2020-2022 et les données épidémiologiques nouvellement mises à jour.

Les types de demande de la RDC ont changé entre 2017 et 2020. Pour la période d'allocation 2017-2019, des demandes de financement différenciées ont été soumises, dont une demande de reconduction de programme pour le paludisme et une demande de financement personnalisée pour TB/VIH. Cela était dû au retard dans la mise en œuvre des subventions NFM1, engagée depuis 18 mois seulement de mise en œuvre avant le début de l'élaboration de la demande de financement 2017-2019, laissant les stratégies à mettre en œuvre largement inchangées. Pour la période d'allocation 2020-2022, la RDC a déposé une demande d'examen complet pour le paludisme comme pour TB/VIH, du fait de la disponibilité de nouvelles données épidémiologiques et de l'augmentation notable de l'allocation totale au pays (Tableau 5).

Tableau 5. Résumé des montants d'allocation 2017-2019 et 2020-2022 à la RDC et type de demande

Composante	Allocation 2017-2019 (US\$)	Allocation 2020-2022 (US\$)	Répartition programmatique NFM3 convenue (US\$)	% de changement	Type de demande 2017-2019	Type de demande 2020-2022
VIH	122 687 456	174 093 362	156 551 166	27,6 %	Demande de financement adaptée, demande combinée TB/VIH	Demande d'examen complet, demande combinée TB/VIH
TB	56 656 846	76 950 962	71 792 934	26,7 %		
Paludisme	347 651 023	393 891 463	370 812 095	6,7 %	Reconduction de programme	Examen complet*
RSSH	NA	NA	45 779 592	NA	NA	Examen complet*
Total général	526 986 425	644 935 787	644 935 787	22,4 %		

*Le TRP a recommandé que la demande de financement 2020 concernant le paludisme passe à l'itération. Par conséquent, les composantes paludisme et RSSH ont été redéposées sous forme de demandes de financement autonomes.

Source : Lettres d'allocation 2017-2019 et 2020-2022, formulaires d'examen final pour l'établissement des subventions 2020

Par rapport au processus de demande de financement 2017, les parties prenantes ont perçu le processus 2020 plus souple, indiquant que le type de demande d'examen complet leur avait donné plus de latitude pour la proposition d'interventions et de stratégies basées sur les données, les faits, le contexte du pays et les enseignements tirés de NFM2. Par exemple, les enseignements tirés de l'évaluation des stratégies de dépistage du VIH mises en œuvre par le sous-réципиентаire *Progrès Santé sans Prix* (PSSP) ont révélé de meilleurs résultats pour atteindre les PS et les HSH par sensibilisation

« Si on devait comparer les deux processus de demande de financement (2017 et 2020), nous dirions que le processus 2020 n'a pas restreint le pays. À titre d'exemple, en 2017, on nous a donné des fonds tout en limitant les interventions, nous avions un état de besoin mais on ne pouvait pas réaliser toutes les activités mais en 2020, on laisse le pays s'exprimer sur base des priorités et leçons apprises en 2017. Nous avons la latitude de proposer des interventions en fonction de nos besoins prioritaires et ce dans les limites du budget ».

en ligne par rapport à l'éducation traditionnelle par les pairs, alors que les stratégies d'approche par les pairs étaient plus efficaces pour atteindre les personnes transgenres. Cette information a permis d'améliorer la conception des stratégies de dépistage différencié pour les PS et les HSH dans les

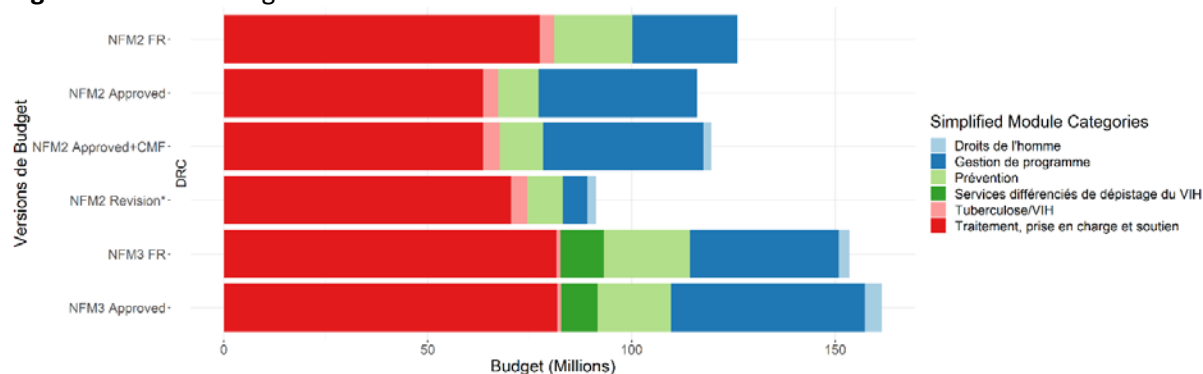
subventions du NFM3. Les parties prenantes ayant participé aux deux processus de demande de financement, en 2017 et 2020, ont déclaré que le processus de demande de financement de 2017 était plus restrictif car les interventions étaient prédéterminées. On notera cependant que c'est en limitant les changements majeurs de portée des interventions et des stratégies que l'approche de la demande différenciée a pu rationaliser et améliorer les délais d'approbation des subventions du NFM2.

Le processus de demande de financement et d'octroi de subventions 2020 a aussi insisté davantage sur les subventions « prêtes à être mise en œuvre ». De nouveaux contrôles ont été inclus dans le formulaire d'examen final d'octroi de subventions, selon lesquels l'équipe pays doit affirmer que le PR a entamé les activités pour être prêt à la mise en œuvre dès le début de cette phase. Comme le formulaire est soumis à l'examen du GAC et pris en compte dans la décision d'approbation des subventions, les incitations du NFM3 étaient plus fortes pour s'assurer que les PR étaient sur la bonne voie pour être prêts à être mis en œuvre. Bien que la CCM soit responsable de la coordination des sélections et approbations des SR, ces processus sont aussi soutenus par l'équipe pays, qui peut aider à faire avancer les choses. Pour le NFM3, les subventions VIH/TB et paludisme de la RDC étaient plus proches de la finalisation des contrats de SR, qui avaient considérablement entravé le démarrage des subventions au NFM2. Fort de l'expérience du NFM2, la CCM a décidé de reconduire tous les PR pour le NFM3 d'après les résultats de l'évaluation mi-parcours du NFM2. Cordaid a été reconduit pour la subvention TB/VIH, SANRU pour les subventions paludisme et la Cellule de gestion financière (CAGF) pour la mise en œuvre des subventions au ministère de la Santé pour les trois maladies. Entretemps, le processus d'évaluation des performances des SR devait être finalisé avant la fin octobre 2020. Les résultats préliminaires indiquent que 22 des 24 SR seront reconduits. La subvention RSSH sera peut-être retardée car le TRP a envoyé la subvention paludisme/RSSH à l'itération et les parties prenantes de la RDC ont décidé de fractionner les composantes paludisme et RSSH en deux demandes de financement autonomes distinctes. Au moment de la rédaction de ce rapport, la revue GAC de la subvention RSSH est prévue pour décembre 2020.

Message clé : La demande de financement 2020 révèle un potentiel de « changement de trajectoire » en atteignant les PVVIH par dépistage différencié, motivée par l'application des enseignements tirés du NFM2 et d'une plus grande priorisation des investissements de la prévention et de renforcement des systèmes communautaires, rendus possibles par la hausse de l'allocation VIH.

Entre les périodes d'allocation 2017-2019 et 2020-2022, l'allocation VIH de la RDC a augmenté de 27,6 % grâce au succès de la reconstitution du Fonds mondial en 2019. Des consultations ont eu lieu entre l'équipe pays du Fonds mondial, les parties prenantes du pays et les partenaires techniques et la décision a été prise d'affecter cette allocation accrue à l'intensification des activités de prévention. La décision a été influencée en partie par les nouvelles données, qui ont montré une multiplication par six de l'estimation de la taille de la population clé. C'était aussi en réponse à une priorisation historiquement faible des interventions de prévention malgré le contexte épidémiologique de la RDC, qui montre une faible réalisation des 90 premiers de la cascade du VIH : seuls 62% des PVVIH connaissent leur statut.(17) Comme illustré à la Figure 14, le budget de prévention de la RDC est passé de 10,8 millions de dollars à 21,0 millions entre le NFM2 et le NFM3 (soit une hausse de 95 %). Le budget du dépistage différencié du VIH suit la même tendance, passant de 610 262 dollars à 8 893 665 dollars. Dans le NFM3, le module budgétaire « services de dépistage différencié du VIH » est ajouté au cadre modulaire du Fonds mondial, facilitant le suivi des investissements effectués sur ce plan.(18)

Figure 14. Écart budgétaires des investissements VIH entre NFM2 et NFM3



Notes de figure : CMF = Fonds de contrepartie à effet catalyseur. *Dernière révision officielle en date
 Source : Budgets détaillés du Fonds mondial

Le NFM2 a révélé que la recherche et le dépistage des PVVIH demeurent l'intervention la plus cruciale mais aussi la plus difficile à mettre en œuvre. Comme discuté au chapitre précédent, les ruptures de stock de tests VIH et la faible diffusion de la nouvelle stratégie de dépistage ciblé ont miné les résultats du NFM2. Basée sur les enseignements tirés du NFM2, la stratégie de dépistage du NFM3 sera plus ciblée encore sur les provinces hautement prioritaires et visera spécifiquement l'augmentation du dépistage dans les populations prioritaires difficiles d'accès et le renforcement de l'utilisation par les agents de santé de l'outil de dépistage basé sur le risque. Parmi les autres enseignements tirés du NFM2, on citera la nécessité de résoudre le problème des systèmes communautaires en dysfonctionnement. La demande de financement a établi des cibles ambitieuses et proposé une programmation innovante pour atteindre plus de populations clés à travers les stratégies de dépistage communautaire et l'autotest (Tableau 6). Durant les négociations des subventions, ces activités et ces cibles ont été réduites mais elles restent nettement plus ambitieuses par rapport au NFM2. Les parties prenantes impliquées dans les négociations des subventions ont dit que le budget du dépistage différencié avait été réduit pour compenser les exigences budgétaires de la chaîne d'approvisionnement et des ressources humaines, reflétées dans le budget de gestion programmatique accru (Figure 14). Outre la réduction budgétaire globale du dépistage différencié du VIH, une partie importante du budget a été déplacée, du dépistage communautaire au dépistage dans les FOSA (Tableau 6). Les parties prenantes ont expliqué que la raison était de prioriser les activités essentielles aptes à contribuer à la réalisation des objectifs de dépistage et de traitement 90-90-90. La décision ne semble cependant guère étayée par les dernières données et observations, qui indiquent une haute prévalence du VIH dans les populations clés et une taille beaucoup plus grande de ces populations qu'on ne l'avait précédemment estimé.

Tableau 6 : Comparaison du budget de dépistage différencié du VIH entre la demande de financement du NFM3 et le budget approuvé lors de l'octroi des subventions

Axe thématique et intervention	Demande de financement NFM3	NFM3 approuvé
Dépistage différencié du VIH	10 633 562 \$	8 893 665 \$
Dépistage communautaire	7 540 100 \$	291 255 \$
Dépistage en FOSA	2 934 815 \$	8 448 452 \$
Autotest	158 647 \$	153 958 \$

Malgré une échelle réduite par rapport à celle planifiée initialement dans la demande de financement, les interventions communautaires sont conçues autour des approches mieux intégrées qui renforcent

les systèmes communautaires au-delà des interventions spécifiques aux maladies. Par exemple, plutôt que de soutenir les agents de santé communautaire individuels qui opèrent verticalement, NFM3 soutiendra les organisations communautaires (CAC et CODESA, par exemple) qui mènent les activités complètes de prévention et de promotion de la santé. Il est aussi prévu d'intégrer progressivement des centres conviviaux au sein des formations sanitaires publiques car les services de santé offerts à ces populations l'ont historiquement été par les organisations de la société civile. Il est prévu sous NFM3 de former le personnel des FOSA en vue de l'adaptation des services offerts aux populations clés pour les rendre plus accueillants et moins stigmatisants.

Il semble clair que l'équité sera plus résolument priorisée au NFM3, compte tenu des activités à plus grande échelle ciblant les populations clés, parallèlement à l'expansion d'interventions visant à réduire les obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent l'accès aux services. Comme indiqué au Tableau 7, les cibles de dépistage NFM3 pour toutes les catégories de population clé sont nettement supérieures à celles du NFM2. Le TRP a fait remarquer que les demandes de financement 2020 prévoient des interventions de droits humains et genre renforcées et élargies par rapport aux cycles précédents.⁽¹⁹⁾ Les principaux facteurs en sont : l'utilisation des données pour définir les stratégies de suppression des obstacles liés aux droits humains, l'initiative « Lever les obstacles » soutenue par le Fonds mondial, qui a produit une évaluation de base et dont les consultations avec les parties prenantes ont mené à l'élaboration d'un plan national quinquennal chiffré sur les droits humains et le genre, et la disponibilité de fonds de contrepartie à effet catalyseur.

Tableau 7. Cibles de dépistage différencié du VIH au NFM2 et NFM3

Catégorie de population clé ciblée	Cible NFM2	Cible NFM3 (Demande de financement)	Cible NFM3 (Budget final approuvé à l'octroi de subventions)
Professionnels du sexe	42 437	175 492	346 332
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	44 336	496 322	161 207
Consommateurs de drogues injectables	1 861	201 884	68 219
Transgenres	N/A	24 566	19 345
Prisonniers	N/A	39 862	24 259
TOTAL	88 634	938 126	619 362

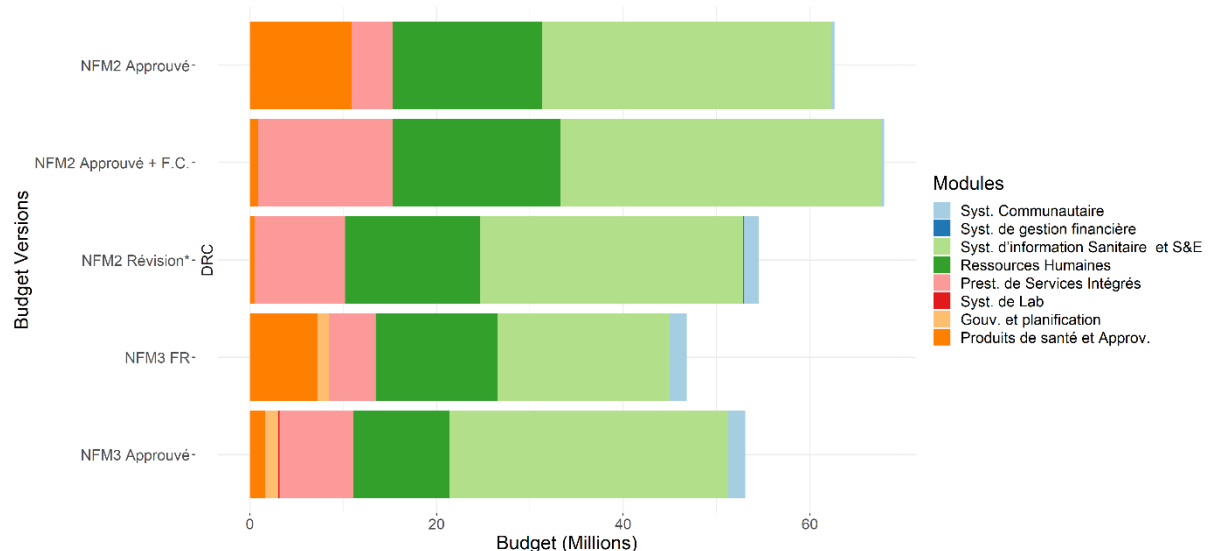
Source : Cadres de performance des subventions du NFM2 et demande de financement 2020 et cadres de performance approuvés à l'octroi de subventions

Message clé : La demande de financement 2020 présente un potentiel de « changement de trajectoire » sur le plan du renforcement des systèmes de santé. Les investissements RSSH sont en baisse et continuent à mettre l'accent plus sur le soutien que sur le renforcement du système. Les problèmes de collaboration et de coordination continueront aussi de miner le progrès sur le plan de la santé numérique tant qu'ils ne seront pas résolus. Un potentiel de progrès se présente cependant dans les modèles de prestation de services mieux intégrés, un meilleur suivi des résultats RSSH et un soutien financier plus rationalisé pour RSSH parmi les partenaires financiers.

Comme illustré à la Figure 15, les investissements RSSH sont en baisse de 21 % entre NFM2 et NMF3. Au NFM2, le budget RSSH s'élevait à 67,6 millions de dollars, y compris 2,9 millions de fonds de contrepartie à effet catalyseur aux HMIS et S-É, mais il a été réduit au cours de la mise en œuvre du NFM2 en raison de sa faible absorption, comme décrit au chapitre précédent. Les investissements

RSSH par rapport au budget total des subventions sont aussi en baisse entre NFM2 et NFM3, passant d'une proportion de 12 % à 8 %. Dans NFM3, les investissements dans la santé numérique, bien que réduits par rapport au NFM2, ont reçu la plus large portion du budget RSSH (le module HMIS et S-É représente 56 % du budget RSSH total). Le processus complexe de fixation des priorités budgétaires du NFM3 au RSSH a fait appel à des consultants et aux groupes de travail RSSH. Les entretiens avec les informateurs clés ont révélé que les interventions RSSH de soutien à la lutte contre les trois maladies ont reçu la priorité par rapport à celles de renforcement du système de santé en général. Nos observations préliminaires de l'analyse « 2S » sur le soutien ou renforcement RSSH confirment ce constat, indiquant une proportion du budget RSSH vouée aux interventions de renforcement du système de santé en baisse, de 42 % à 35 % entre le budget approuvé du NFM2 et la demande de financement du NFM3 (Figure 16). L'analyse S2 n'a pas encore été appliquée aux budgets RSSH de la phase d'octroi de subventions du NFM3 mais la PCE travaille à la mise à jour de l'analyse et l'incorporera dans le rapport final. On notera cependant une augmentation globale, de 48,2 millions à 53 millions de dollars, du budget RSSH entre la demande de financement et l'octroi de subventions, susceptible d'affecter le résultat de l'analyse.

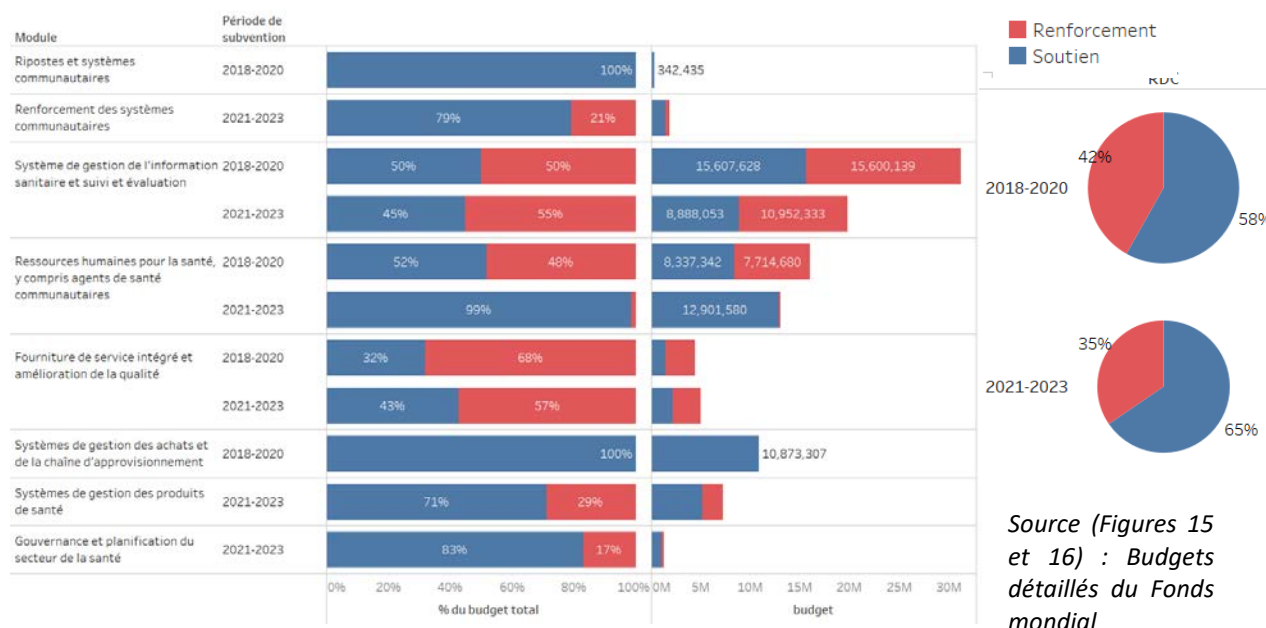
Figure 15. Écarts budgétaires des investissements RSSH entre NFM2 et NFM3



Notes de figure : CMF = Fonds de contrepartie à effet catalyseur. *Dernière révision officielle en date
 Source : Budgets détaillés du Fonds mondial

La hausse des modules budgétaires HMIS et S-É (de 18,4 millions à 29,8 millions de dollars) et de prestation de services intégrés (de 5 millions à 7,9 millions de dollars) représente les changements les plus notables à la base de l'augmentation globale du budget RSSH entre la demande de financement et l'octroi de subventions (Figure 15). Les interventions concernant l'état-civil et les sources de données administratives et financières ont été ajoutées au budget HMIS et S-É pour faciliter le suivi du cofinancement du pays. Les autres facteurs expliquant les changements sont la reclassification d'activités au sein des interventions budgétaires appropriées, les changements d'échelle d'activité (par exemple, l'augmentation de la fréquence de rencontres de validation des données au niveau provincial) et l'ajustement des coûts unitaires sur la base des données de coûts mises à jour.

Figure 16. Analyse « 2S » concernant le soutien (« support ») ou le renforcement (« strengthening ») des RSSH comparant les investissements du NFM2 par rapport au NFM3 par module RSSH



Source (Figures 15 et 16) : Budgets détaillés du Fonds mondial

En ce qui concerne la baisse générale des budgets RSSH entre le NFM2 et le NFM3, différents facteurs y ont contribué. En particulier, la priorité a été donnée à la résolution des lacunes programmatiques de produits et médicaments essentiels nécessaires aux services de prévention et de traitement. De plus, un certain nombre d'efficacités a permis de rationaliser davantage le budget RSSH, avec un plus grand soutien de la part d'autres partenaires financiers. En particulier, des progrès ont été réalisés dans la définition d'un ensemble minimum de services HMIS essentiels au soutien du système au niveau de la province et qui incluent la connexion internet, les outils de collecte de données, la formation, l'encadrement, etc. Le consensus concernant cet ensemble minimum de services HMIS devrait aider à réduire la fragmentation et les inégalités du soutien aux provinces par les bailleurs de fonds. Le nombre de provinces qui bénéficient du soutien du Fonds mondial HMIS a dès lors été réduit, de 16 provinces sous NFM2 à huit provinces sous NFM3, tandis que la Banque mondiale acceptait de couvrir les huit autres provinces. De plus, un certain nombre d'interventions HMIS et de santé numérique ont été incluses dans la PAAR, car elles étaient en attente de la décision du pays concernant la plateforme à utiliser ou n'avaient pas résolu adéquatement les préoccupations de l'équipe pays. Par exemple, une question en suspens concernait la complémentarité de différentes initiatives de plateforme numérique. Aussi l'intervention CERHIS/Open Clinic a- été incluse dans la PAAR plutôt que dans la subvention principale, pour donner au pays le temps de résoudre la question et de s'aligner sur les autres partenaires. En obtenant la pré-approbation d'interventions prioritaires à travers la PAAR, le modèle d'investissement du Fonds mondial peut faciliter une approbation plus rapide lorsque des fonds supplémentaires sont mis à disposition pendant la mise en œuvre de la subvention. Cela dit, les observations de la PCE en RDC comme dans d'autres pays soumis à l'évaluation portent à croire que, dans la pratique, les interventions RSSH incluses dans PAAR sont rarement sélectionnées lorsque des fonds supplémentaires deviennent disponibles. La raison en est probablement qu'il s'agit d'interventions plus complexes, dont la bonne mise en œuvre requiert des délais plus longs.

Il apparaît aussi que la conception des interventions RSSH et de santé numérique au NFM3 repose sur les enseignements tirés du NFM2. Les principaux enseignements du NFM2 et les changements opérés sont :

- **Services de santé mieux intégrés** : L'élaboration des demandes de financement NFM3 a fait l'objet d'un effort davantage concerté pour intégrer la prestation de services sur l'ensemble des secteurs des maladies. On note par exemple un soutien accru aux organisations communautaires impliquées dans la prévention et la promotion globale de la santé, des outils d'encadrement intégré pour les trois maladies, d'autres interventions de santé maternelle et infantile et le renforcement de capacité pour la DPS. Dans le NFM3, la mise en œuvre des interventions RSSH transversales sera par ailleurs consolidée en une subvention RSSH autonome gérée par le MdS/Cellule de gestion financière (CAGF), qui vise à fournir des interventions RSSH mieux intégrées et de porter les problèmes relatifs aux systèmes à l'attention du secrétaire général et du ministre de la Santé.
- **Plus grande insistance sur l'amélioration de la qualité des données et de leur utilisation** : Si les investissements du NFM2 ont réussi à améliorer l'intégration des systèmes et le rapportage de tous les programmes de lutte contre les maladies dans DHIS2 (atteignant plus de 90 % de complétude des données), il reste des lacunes au niveau de la qualité des données, de la promptitude des rapports et de l'utilisation des données pour la gestion des programmes, qui seront abordées au NFM3.
- **Meilleure coordination entre le secteur public et le secteur privé** : La subvention NFM3 contribuera à renforcer la coordination avec le secteur privé sur le plan du HMIS et de la gouvernance. L'intégration des données du secteur privé dans DHIS2 est une haute priorité. Parmi les autres investissements, des directives officielles et des procédures opérationnelles normalisées doivent être élaborées concernant la manière dont les formations sanitaires privées seront intégrées aux politiques et aux systèmes informatiques nationaux tels que DHIS2 et le HMIS, y compris au niveau provincial.

Nous avons aussi noté une plus forte insistance sur le suivi des résultats RSSH dans NFM3, avec l'inclusion de nouveaux indicateurs de couverture RSSH pour les six modules RSSH. Le Fonds mondial a mis le cadre modulaire à jour en 2019, y apportant d'importantes révisions et en y ajoutant de nouveaux indicateurs pour chacun des modules RSSH, faisant passer de 13 à 24 les indicateurs de couverture RSSH. Les cadres de performance du NFM3 pour la RDC comptent sept indicateurs de couverture RSSH normalisés et quatre indicateurs personnalisés (Tableau 8). Cela par rapport à trois indicateurs RSSH seulement dans le NFM2 (M&E-2a, PSM-3 et PSM-4). D'après les parties prenantes, il y a eu un effort concerté d'élaboration d'indicateurs qui, au-delà de la simple mesure de résultats (FOSA bénéficiant d'une supervision formative, par exemple), capturent aussi la qualité des visites de supervision.

Tableau 8. Indicateurs RSSH par module RSSH, au NFM2 par rapport au NMF3

Module RSSH	Indicateurs de couverture RSSH	NFM2	NFM3
HMIS et S-É	M&E-2a Complétude des rapports des établissements de santé : Pourcentage de rapports mensuels attendus des établissements (pour la période de rapportage) qui ont été réellement reçus	X	X
	M&E-2b : Promptitude des rapports des établissements de santé : Pourcentage de rapports mensuels des établissements (pour la période de rapportage) reçus dans les délais, conformément aux directives nationales		X
	Personnalisé : Complétude des rapports des établissements de santé sur la logistique : Pourcentage de rapports mensuels attendus concernant l'information logistique (pour la période de rapportage) qui ont été réellement reçus		X
	Personnalisé : Promptitude des rapports logistiques des établissements de santé : Pourcentage des rapports logistiques mensuels présentés qui sont		X

	reçus 20 jours après la période d'établissement de rapport		
Ressources humaines pour la santé	Personnalisé : Pourcentage des agents de santé qui reçoivent leur supplément de rémunération à temps (dans les 30 jours) par rapport au nombre attendu		X
Système de gestion des produits de santé	PSM-3 : Pourcentage des établissements de santé fournissant des services de diagnostic avec des intrants traceurs le jour de la visite ou du rapportage	X	X
	PSM-4 : Pourcentage des établissements de santé disposant de médicaments traceurs pour les trois maladies le jour de la visite ou du rapportage	X	X
Prestation de services intégrés	SD-5 : Pourcentage d'établissements de santé ayant bénéficié d'une supervision formative (au moins une fois par trimestre)		X
	Personnalisé : Pourcentage de pools de supervision ayant effectué une supervision de qualité (conforme aux normes et directives) pendant l'année		X
Renforcement des systèmes communautaires	CSS-1 : Pourcentage de rapports de suivi d'organisations basées dans la communauté présentés aux mécanismes de suivi pertinents		X
Gouvernance et planification du secteur de la santé	HSG-1 : Pourcentage d'équipes de gestion de la santé dans les districts ou d'autres unités administratives qui ont élaboré un plan de suivi comprenant des objectifs de travail annuels et des mesures de résultats		X

Conclusions et recommandations

Section	Conclusions	Recommandations et considérations stratégiques
<p>Nouveau modèle de financement 2 (NFM2)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le démarrage tardif des subventions NFM2 suite à l'opérationnalisation des nouvelles modalités de mise en œuvre du NFM2 (contractualisation avec les SR) a affecté les performances et l'absorption au cours du premier semestre de mise en œuvre de NFM2. 2. Au cours de la mise en œuvre de la subvention, les cibles de subvention pour les populations clés n'ont pas été révisées en réponse au dépassement de celles-ci et au retard de la disponibilité des nouvelles données d'étude (IBBS). Ce qui a été une occasion manquée de maximiser l'impact de la subvention. 3. Les investissements du RSSH dans le renforcement de la santé numérique ont été émaillés des problèmes de coordination et de collaboration au sein du ministère de la Santé pendant le NFM2 qui, s'ils ne sont pas résolus, continueront d'avoir un impact négatif sur les progrès de NFM3. 4. La complétude et la promptitude des données déclarées dans DHIS2 se sont améliorées au cours de NFM2 en raison : <ol style="list-style-type: none"> a. De l'intégration des données des programmes nationaux et des PR société civile dans DHIS2 et b. De l'implication des PR et des SR au niveau des provinces (reprographie des outils et le cadre au ZS pour l'encodage des données). <p>Cependant, le processus d'intégration des données au niveau communautaire sur les services de santé fournis aux population</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pour éviter les retards lors du démarrage de la subvention une planification et une coordination plus aisée de la transition/soudure (la clôture et au démarrage des subventions), sont requises de la part du CCM, des PR, des programmes Spécialisés 2. a) Les PR doivent réagir de manière plus proactive et rapide aux nouvelles informations et aux changements du contexte programmatique et épidémiologique et se servir des révisions de subvention comme d'un outil d'influence sur les résultats des programmes et de mise à jour des objectifs poursuivis pour maximiser les résultats des subventions. b) La CCM et l'équipe pays peuvent jouer un rôle important au service de l'identification des révisions opportunes et de l'encouragement des PR à réagir plus rapidement. 3. Le ministère de la Santé doit renforcer la coordination et la collaboration entre les entités du ministère de la santé impliquées dans la mise en œuvre des subventions du FM pour travailler en meilleure synergie, par exemple en mettant en place un comité de travail entre le DSNIS et l'ANiCiis pour coordonner les activités dans le domaine de la santé numérique (un alignement au Plan National de Développement Informatique de la Santé : PNDIS2). En outre : le CT, CCM et le PR doivent collectivement utiliser leur influence afin de plaider auprès du ministère de la santé d'assurer l'arbitrage entre DSNIS et ANiCiis pour des résultats communs de la sante numérique. 4. Comme les données de populations clés ne sont pas encore incorporées dans DHIS2, les intervenants nationaux (DSNIS et PNLS) doivent faire de l'intégration des rapports KP dans DHIS2 une priorité absolue. L'équipe pays du Fonds mondial doit aider ces intervenants à évaluer les

	<p>clés est toujours en cours et devrait rester une priorité absolue, tout en renforçant l'utilisation de ces données pour prendre des décisions sur l'allocation des ressources et la prestation de services pour les populations clés.</p>	<p>ressources et les actions nécessaires pour faire avancer cette recommandation.</p>
<p>Nouveau modèle de financement 3 (NFM3)</p>	<p>1. Même si la conception de la subvention NFM3 pour RSSH comporte des approches plus intégrées et un meilleur suivi des performances RSSH, les parties prenantes nationales ont considéré le soutien aux composantes maladie comme l'objectif principal des investissements RSSH tandis que le renforcement au système de santé plus large était considéré comme secondaire dans la répartition du budget.</p> <p>Bien que la conception des subventions NFM3 prévoie des approches mieux intégrées et un meilleur suivi des résultats RSSH, les intervenants nationaux voient dans le soutien des composantes maladie l'objectif principal des investissements RSSH, tandis que le soutien du système sanitaire au sens plus large reste secondaire.</p>	<p>1. L'équipe pays et les PR doivent suivre et évaluer les rapports de nouveaux indicateurs RSSH sous NFM3 et en partager les enseignements avec d'autres pays.</p>

Références

1. Programme national de lutte contre le VIH /SIDA et IST (PNLS. Rapport Annuel du PNLS 2018. DR Congo: Ministère de la Santé; 2018.
2. Ministère de la Santé Publique, République Démocratique du Congo. Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020 [Internet]. 2016. Available from: http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/democratic_republic_of_congo/pnds_2016-2020_version_finale_29_avril_2016.pdf
3. Technical Brief: Gender Equity [Internet]. Geneva, Switzerland: The Global Fund; 2019 Oct. Available from: https://www.theglobalfund.org/media/5728/core_gender_infonote_en.pdf
4. Technical Brief: Malaria, Gender and Human Rights [Internet]. Geneva, Switzerland: The Global Fund; 2019 Nov. Available from: https://www.theglobalfund.org/media/5536/core_malariagenderhumanrights_technicalbrief_en.pdf?u=637278311850000000
5. Technical brief on HIV and key populations: Programming at scale with sex workers, men who have sex with men, transgender people, people who inject drugs, and people in prison and other closed settings [Internet]. Geneva, Switzerland: The Global Fund; 2019 Oct. Available from: https://www.theglobalfund.org/media/4794/core_keypopulations_technicalbrief_en.pdf
6. The Global Fund. Monitoring & Evaluation Framework [Internet]. Monitoring & Evaluation. [cited 2020 Dec 4]. Available from: <https://www.theglobalfund.org/en/monitoring-evaluation/framework/>
7. Chee G, Pielemeier N, Lion A, Connor C. Why differentiating between health system support and health system strengthening is needed. *Int J Health Plann Manage*. 2013;28(1):85–94.
8. TRP report on RSSH investments in the 2017-2019 funding cycle [Internet]. The Global Fund; 2018 Oct. Available from: https://www.theglobalfund.org/media/8093/trp_rssh2017-2019fundingcycle_report_en.pdf
9. Prospective Country Evaluation Democratic Republic of the Congo. 2018 Annual Country Report. PATH; IHME; 2018.
10. Office of the Inspector General. The Global Fund's In-country Supply Chain Processes [Internet]. Geneva, Switzerland: The Global Fund; 2017 Apr. Available from: https://www.theglobalfund.org/media/6363/oig_gf-oig-17-008_report_en.pdf
11. Prospective Country Evaluation Democratic Republic of the Congo. 2019 Annual Country Report. PATH; IHME; 2019.
12. Kayembe PK, Madiya NM. Integrated Survey of Behavioral Surveillance and Seroprevalence in Democratic Republic of Congo. NACP, CDC PEPFAR, Tulane University, ESP; 2014 Feb.
13. The Global Fund. Global Fund Operational Policy Note on Grant Revisions. 2018.
14. INDEX DE STIGMATISATION ET DE DISCRIMINATION DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH EN RDC. PNLS; 2019.

15. Step up the fight: Investment Case, Sixth Replenishment 2019 [Internet]. Geneva, Switzerland: The Global Fund; 2019. Available from: https://www.theglobalfund.org/media/8279/publication_sixthreplenishmentinvestmentcase_report_en.pdf
16. Baseline assessment – Democratic Republic of Congo: Scaling up Programs to Reduce Human Rights-Related Barriers to HIV and TB services. The Global Fund; 2018 Jun.
17. UNAIDS. Country Factsheets: Democratic Republic of the Congo [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 4]. Available from: <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/democraticrepublicofthecongo>
18. The Global Fund. Modular Framework Handbook [Internet]. 2019. Available from: https://www.theglobalfund.org/media/4309/fundingmodel_modularframework_handbook_en.pdf
19. TRP Lessons Learned from Review Window 1 2020-2022 Funding Cycle [Internet]. Geneva, Switzerland: The Global Fund; 2020 Jun. Available from: https://www.theglobalfund.org/media/9811/trp_2020-2022lessonslearnedwindow1_report_en.pdf

ANNEXE

Table 1: Comparison of HIV Testing strategies and Targets from HIV NSP 2018-2021 used as the planning document for Global Fund Funding Request 2017.⁵

HIV NSP 2018-2021		2017 Global Fund HIV/TB funding request	
Interventions	Indicator/Target	Interventions	Contributing Indicator/Target*
Strengthening of bidirectional integration of counseling and testing/DCIP, targeted community VCT and SRH at all levels of health system	Percentage of CSW that been tested and are aware of their status Target by 2021: 80 %	HIV testing services for MSM, CSW, transgender people and PWID	Percentage of KVP (CSW, MSM, Transgender, PWID) that has been tested and are aware of their status. Global Fund Contribution to NSP Target by 2020: 23 % Percentage of CSW that has been tested and are aware of their status Global Fund Contribution to NSP Target by 2020: 36 % Percentage of PWID that been tested and are aware of their status Global Fund Contribution to NSP Target by 2020: 18 % N.B.: Global Fund investments contributing to 2021 targets outlined in NSPs
Promotion of HIV counseling and testing as an advanced strategy with KPs	Percentage of MSW that been tested and are aware of their status Target by 2021: 90 %		
Implementation of HIV counseling and testing services, distribution of condoms and syndromic management of STIs adapted to vulnerable populations	Percentage of PWID that been tested and are aware of their status Target by 2021: 92 %		
Development of advanced and proximity strategies for HIV testing and counseling in communities			
Promotion of mobile testing for HIV			
		Organizing evening mobile clinics for key populations (MSM, transgender people, and PWID)	
Alignment	Interventions listed in the NSP and Funding Request appear to be well aligned for testing strategies for key populations including facility- and community-based counseling and testing for HIV. In the funding request, the NSP performance measures and targets were used to inform the performance framework and Global Fund targets as contributing to the NSP strategic actions.		

⁵ CSW = Commercial Sex Worker

Table 2: Comparison of HMIS/Digital Health **SNIS 2018-2020 Strengthening Plan** used as the planning document for Global Fund funding request 2017-2019 HMIS/Digital Health.

HMIS/Digital Health plan de renforcement SNIS 2018-202		funding request 2017-2019 HMIS/Digital Health	
Interventions	Indicator/Target	Interventions	Contributing Indicator/Target*
Gradual scaling up of patient file digitalization, with adapted tools that are proven and interoperable with DHIS2 in the FOSA.	Before the end of 2020: The completeness rate for basic SNIS reports is increased to 95%	Scaling up of CERHIS in Kinshasa HGRs and HCs	Proportion of reports received from facilities compared to those expected during the information communication period (completeness) 85% by the end of 2020.
Operationalization of DHIS2 data reporting via text message	The promptness rate for basic SNIS reports is increased from 62% to 80%	Configuration of text message module in DHIS2 Pretest of reporting via text message in MAHAGI, BOMA, and BARUMBU health zones	
Equip FOSA with telephones to communicate monitoring data by text message	The data quality score is brought up to at least 80% by the end of 2020	Equip FOSA with telephones to communicate monitoring data by text message	
Brief service providers and DPS and HZ cadres on the use of text messaging for SURVEPI reporting		Brief service providers and DPS and HZ cadres on the use of text messaging for SURVEPI reporting	
Supply HC, HGR and BCZ with telephone units to communicate SURVEPI data			
Make a health map of the health zones and areas		Make a health map of the health zones and areas	
Alignment	Conclusion: The funding request was based on and modeled after the budgeted and detailed SNIS plan.		

Table 3. Table of keywords used to initially identify activities for focus topics

Digital Health	dhis2	Differentiated HIV Testing	cdv mobile
	snis		diagnostic et traitement
	tiernet		diagnosis and treatment
	tier net		depistage vih
	information sanitaire		hiv testing
	information system		verification
	gestion sanitaire		data
	health management		donnees
	qualite des donnees		tdr
	data quality		rdt
	cerhis		procurement
			approvisionnement
			test