

JUIN 2020

Évaluation prospective pays

République Démocratique du Congo

RAPPORT ANNUEL PAYS – 2019-2020

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



AVERTISSEMENT

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

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

Table des matières

Acronymes et abréviations	4
Résumé	6
Chapitre 1 : Introduction.....	12
Contexte	12
Collecte des données	12
Méthodes	13
Chapitre 2 : Mise en œuvre des subventions du Fonds mondial	14
2.1 Résumé des investissements du Fonds mondial en RDC et tendances d'absorption des subventions ..	14
Chapitre 3 : Contribution aux programmes nationaux.....	15
3.1 Tendances de la charge de morbidité du VIH, de la tuberculose et du paludisme	15
3.2 Paludisme	16
Prise en charge communautaire des cas.....	16
Prise en charge des cas en formation sanitaire.....	20
3.3 VIH/sida : Dépistage du VIH et populations particulièrement vulnérables.....	22
Stratégie de dépistage ciblé	24
Obstacles à la mise en œuvre : Faible disponibilité des données pour les indicateurs de performance .	26
Obstacles à la mise en œuvre : cofinancement et dépistage des donneurs de sang	27
3.4 Tuberculose	29
4. Réalité pratique du modèle d'activité du Fonds mondial	32
4.1 Facilitateurs et obstacles transversaux à la mise en œuvre des subventions et à l'absorption.....	32
4.2 Mise en œuvre des révisions des subventions	35
4.3. RSS : systèmes d'information pour la gestion sanitaire et suivi-évaluation.....	36
4.4 Approche provinciale	38
5. Analyse sommaire des conclusions et implications pour la correction de trajectoire	43
6. Diffusion	48
Application des conclusions en DRC pendant l'année 2019	48
Diffusion 2020	48
Références.....	49
Annexe 1 : Questions d'évaluation clés	I
Annexe 2. Résumé des révisions des subventions en RDC	II
Annexe 3. Facilitateurs et obstacles à la mise en œuvre des subventions liés au modèle d'activité du Fonds mondial et au contexte du pays	IV
Annex 4. Health Systems Modelling	V
Background.....	V
Results Chain Conceptual Framework	V
Data Sources.....	V
Data Processing	VI
Statistical Methods	VI
Model Limitations.....	VII
Results.....	VII
Annexe 5. Analyses de référence	XIII

Acronymes et abréviations

AL	Artéméther-luméfantrine
ART	Thérapie antirétrovirale
ASAQ	Artésunate-amodiaquine
BCZS	Bureau central de la zone de santé
CAGF	Cellule d'appui et de gestion financière
CCM	Instance de coordination nationale
CDI	Consommateurs de drogues injectables
CDR	Centres de distribution régionale
CDV	Conseil et dépistage volontaires
CEP	Country evaluation partner (Partenaire d'évaluation de pays)
COE	Challenging operating environment (Contexte d'intervention difficile)
CORDAID	Catholic Organization for Relief and Development Aid (ONG catholique de secours et d'aide au développement)
CSDT	Centre de santé de dépistage et traitement de la tuberculose
CT	Country Team (Équipe pays)
CTA	Combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine
DCIP	Dépistage et conseil à l'initiative des prestataires
DFID	Ministère britannique du développement international
DHIS	District Health Information Software (système logiciel d'information sanitaire de district)
DPS	Division provinciale de la santé
DSNIS	Division du système national d'information sanitaire
EPSS	Évaluation des prestations des services de soins de santé
EUV	End User Vérification (Vérification de l'utilisation finale)
FBR	Financement basé sur les résultats
GEP	Global Evaluation Partner (Partenaire d'évaluation au niveau mondial)
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
GOS	Grant Operating System (Système de gestion des subventions du Fonds mondial)
GTM	Groupe Technique Médicament
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
IBBS	Integrated Bio-Behavioral Survey (enquête biocomportementale intégrée)
iCCM	Integrated Community Case Management (Prise en charge communautaire intégrée)
IHME	Institute for Health Metrics and Evaluation (institut de mesures et d'évaluation de la santé)
IPS	Inspection provinciale de la santé
IST	Infections sexuellement transmissibles
KII	Key Informant interview (Entretien avec des informateurs clés)
LFA	Local Fund Agent (Agent local du Fonds)
MSP	Ministère de la Santé
MILD	Moustiquaire imprégnée d'insecticide de longue durée
NMF	Nouveau modèle de financement
OIG	Office of Inspector General (Bureau de l'inspecteur général)
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PCE	Prospective Country Evaluation (Évaluation prospective de pays)
PE	Protocole d'entente
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief (plan d'aide d'urgence des États-Unis à la lutte contre le sida)
PNLP	Programme national de lutte contre le paludisme
PNLS	Programme national de lutte contre le sida
PNLT	Programme national de lutte contre la tuberculose
PR	Réципиентаire principal
PS	Professionnel(le) du sexe
PSNR	Plan stratégique national de riposte
PSSP	Progrès Santé sans Prix (SR)

PTF	Partenaire Technique et Financier
PU/DR	Progress update/disbursement request (Rapport sur les résultats actuels et demande de décaissement)
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
RCA	Root cause analysis (Analyse des causes profondes)
RDC	République démocratique du Congo
RENADEF	Réseau national des ONG pour le développement de la femme (SR)
RSS	Renforcement du système de santé
RSSH	Resilient and sustainable systems for health (systèmes résilients et pérennes pour la santé)
S&É	Suivi-évaluation
SIGS	Système d'information pour la gestion sanitaire
SNIS	Système national d'information sanitaire
SP	Sulfadoxine-pyriméthamine
SPN	Soins prénatals
SR	Sous-réциpiendaire
SSC	Sites de soins communautaires
TB-MR	Tuberculose multirésistante
TDR	Test diagnostique rapide
TERG	Technical Evaluation Reference Group (Groupe technique de référence en évaluation)
TPIg	Traitement préventif intermittent pendant la grossesse
TRP	Technical Review Panel (Comité technique d'examen des propositions)
UCOP+	Union congolaise des organisations des PVVIH
VfM	Value for money (Optimisation des ressources)
ZS	Zone de santé

Résumé

L'Évaluation Prospective Pays (PCE) est une évaluation indépendante du Fonds mondial réalisée à la demande de son Groupe technique de référence en l'évaluation (TERG). La République démocratique du Congo est classée dans la catégorie des pays à contextes d'intervention difficiles (COE), portefeuilles à impact élevé et, avec une charge de morbidité élevée pour le VIH, grave pour la tuberculose et extrême pour le paludisme. Tout au long de 2019, la PCE a évalué les tendances des investissements du Fonds mondial et la mise en œuvre des subventions et a élaboré des conclusions et des recommandations stratégiques afin de fournir des informations de haute qualité, exploitables et opportunes aux partenaires de mise en œuvre et au Fonds mondial.

La PCE utilise des méthodes d'évaluation des processus recourant à plusieurs sources de données primaires, telles que les entretiens avec les informateurs clés (KII), les entretiens de vérification des faits, le suivi des processus, la revue documentaire et les observations non participantes dans diverses réunions. Ces données ont été triangulées avec celles d'analyses quantitatives secondaires, issues du Système de gestion d'information sanitaire (*Système National d'Information Sanitaire* ; HMIS) et des données de routine fournies par les programmes nationaux de lutte contre les maladies. L'évaluation s'est concentrée sur l'examen des allocations de subventions par rapport aux dépenses (analyse des subventions et suivi des ressources), partant des intrants aux extrants et aux effets, et analysant les domaines thématiques tels que les systèmes résilients et durables pour la santé et l'Approche provinciale.

VIH

Avec environ 92 % des personnes diagnostiquées vivant avec le VIH (PVVIH) sous traitement antirétroviral (TAR), la RDC a dépassé le deuxième des objectifs 90-90-90. Le dépistage des cas est toutefois faible par rapport au premier 90 : seulement 62 % des PVVIH connaissaient leur statut sérologique en 2018. En conséquence, le Programme national de lutte contre le sida (PNLS) a finalisé en avril 2018 un nouveau Plan stratégique national de la riposte au VIH/Sida 2018-2021 (PSNR) qui représente une transition du conseil et du dépistage volontaires (CDV) pour la population générale au dépistage et conseil initiés par les prestataires (DCIP) en fonction des comportements à risque et l'auto-identification des populations clés et prioritaires. Bien que la nouvelle stratégie de dépistage du VIH soit largement acceptée par les parties prenantes nationales, elle n'a pas été largement diffusée dans les formations sanitaires des provinces soutenues par le Fonds mondial, ce qui aurait entraîné une insuffisance du DCIP basé sur les risques et des taux relativement faibles d'identification des cas par test effectué. En outre, les formations sanitaires continuent d'utiliser des tests de dépistage du VIH alloués pour le DCIP basé sur le risque pour le dépistage volontaire et DCIP de personnes à faible risque de contracter le VIH, ce qui entraîne des ruptures de stock persistantes de tests de première intention sur le VIH.

Malaria

La RDC a réalisé des progrès significatifs dans la réduction de la mortalité du paludisme entre 2000 et 2017 passant de 202,3 à 100,4 décès pour 100 000 habitants. Quant à l'incidence, une réduction a été observée entre 2000 et 2015 avant de voir celle-ci augmenter à partir de 2016.

Ces tendances sont le résultat de progrès considérables réalisés dans un certain nombre de domaines d'intervention : la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée (MILD), la disponibilité du traitement et le pourcentage des cas suspects de paludisme confirmés par microscopie ou tests de diagnostic rapide (TDR). Depuis 2013, le Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP), avec le soutien du Fonds mondial, s'est appuyé sur des sites de soins communautaires (SSC) pour accroître l'accès aux services. Dès mi-2019, le Fonds mondial investissait dans 5 000 SSC des 300 zones de santé. Parmi les SSC soutenus par le Fonds mondial, environ 38% offrent un paquet complet de prise en charge intégrée de maladies de l'enfant au niveau communautaires (iCCM) résultat d'un partenariat efficace avec l'UNICEF et DFID, qui fournit des produits pour la prise en charge des cas de diarrhée et de pneumonie. Les analyses quantitatives montrent que ces interventions sont efficaces ; l'analyse des données du DHIS2 et du PNLN montre que les zones de santé avec des SSC offrant la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant ont connu une baisse plus importante de la mortalité due au paludisme chez les enfants de moins de cinq ans que dans les zones de santé fournissant seulement la prise en charge des cas de paludisme. Néanmoins, les

intervenants ont relevé un certain nombre de défis en matière de mise en œuvre, notamment : l'appropriation limitée des partenaires provinciaux et des zones de santé, la mauvaise gestion des stocks des médicaments et le retard des décaissements financier du niveau national au niveau provincial.

Tuberculose

Bien que le nombre de cas notifiés de tuberculose ait augmenté en 2018, il y a encore des lacunes importantes dans la détection des cas, avec environ 100 000 cas de tuberculose non diagnostiqués et de taux de détection faibles des cas par rapport à la cible pays. En 2018, trois grands bailleurs de fonds (le Fonds mondial, l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et Action Damien) ont signé un protocole d'accord stipulant qu'ils investiraient dans un paquet de services de base de lutte contre la tuberculose dans leurs DPS respectives, y compris le dépistage et le traitement. Les parties prenantes ont indiqué que ce partenariat a été un succès : les stocks peuvent être facilement transférés entre DPS et la disponibilité des médicaments améliorée en 2018. L'amélioration des taux de notification des cas en particulier est en grande partie attribuable au Fonds mondial, qui a investi dans un nombre accru des Centres de santé de dépistage et traitement de la tuberculose (CSDT) et la mise à échelle des GeneXpert MDR/RIF, y compris l'investissement dans 62 nouvelles machines en 2018. Les deux processus ont été confrontés à des défis de mise en œuvre : les activités visant à améliorer le transport des échantillons d'expectorations ont été retardées et les parties prenantes ont signalé des ruptures récurrentes de stock de cartouches dans certaines formations sanitaires. Le PCE continuera de suivre la mise en œuvre des activités de lutte contre la tuberculose au cours de la dernière année du cycle de subventions 2018-2020.

Facteurs transversaux

Le montage institutionnel mis en place au cours du cycle de subventions 2018-2020 a permis d'accroître l'efficacité opérationnelle en 2019. Ces changements comprenaient la consolidation des activités liées au VIH et à la tuberculose sous un seul PR, l'utilisation des SRs transversaux au niveau de la province pour les trois maladies et la mutualisation de la distribution des intrants pour les trois maladies par le biais des Centres Régionaux de Distribution (CDR), ce qui a entraîné une baisse des coûts de transport des produits et une réduction des coûts unitaires pour l'approvisionnement et la distribution des produits antipaludiques. Toutefois, les nouveaux changements présentaient également des défis : les SRs transversaux ont des contrats distincts avec chaque PR, avec une inadéquation des systèmes financiers entre les deux PRs, impactant la mise en œuvre des activités. Au cours de l'année 2019, des mesures ont été prises pour résoudre certains défis améliorant considérablement la mise en œuvre des subventions, en mettant place de réunions inter PRs ayant le bénéfice d'orchestrer des actions communes en directions des SRs.

En outre, les approvisionnements de la CDR par les deux PRs VIH/TB et malaria ne sont pas synchronisés et les commandes des produits se font selon le calendrier de chaque PR. Pour relever ces défis, le Fonds mondial a mis en œuvre certaines mesures provisoires, notamment l'autorisation pour les SR d'effectuer des livraisons ponctuelles en cas d'urgence afin d'éviter les ruptures de stock, et les PR ont discuté de la possibilité de partager des entrepôts centraux pour mieux synchroniser l'approvisionnement de la CDR et de synchroniser l'agenda des distributions.

Il y eu des problèmes de coordination entre les PR du gouvernement et de la société civile et une insuffisance de communication entre les parties prenantes aux niveaux national et provincial, ce qui a conduit à des malentendus sur les responsabilités de mise en œuvre. Enfin, bien que les intervenants aient noté une grande flexibilité pour réviser les subventions et réaffecter les fonds, les révisions ont été perçues comme administrativement lourdes et ont parfois interféré à la continuité de la mise en œuvre.

Systèmes résilients et durables pour la santé (RSSH)

Pour l'intégration et le développement du système d'information sanitaire, le Plan national de développement de la santé 2016-2020 de la RDC préconise trois objectifs : (1) améliorer la complétude, la promptitude et la qualité des données collectées (2) améliorer l'analyse et la production de l'information sanitaire et (3) améliorer la diffusion de l'information sanitaire. La complétude et la promptitude pour les trois maladies se sont considérablement améliorées en 2018 et au début de 2019, mais la qualité et l'utilisation des données constituent des défis permanents, en particulier au niveau des formations sanitaires et des zones de santé.

Parmi les obstacles à la mise en œuvre figuraient le retard dans la signature de contrats pour les fonds catalytiques, une mauvaise connectivité Internet, des retards dans le processus de passation de marchés pour la production et la distribution des outils de collecte de données et l'utilisation des systèmes parallèles par les PR de la société civile. Parmi les facteurs ayant facilité cette intégration, nous citons l'harmonisation de la pyramide sanitaire et des « feuilles de route » pour l'intégration des données dans DHIS2, la simplification des outils de collecte des données, et le partenariat entre bailleurs de fonds à l'appui du plan national de renforcement du HMIS.

Approche provinciale

L'approche provinciale est un nouveau modèle d'engagement du Fonds mondial au niveau sous-national qui vise à donner plus de pouvoir de décision aux provinces et renforce la décentralisation. Bien que certains aspects de cette approche soient entrés en vigueur en 2018, les plans de travail et les budgets provinciaux étaient toujours en cours d'élaboration, ce qui a entraîné une incertitude chez les parties prenantes quant à la façon dont l'approche provinciale serait opérationnalisée. Une grande partie de cette incertitude a été résolue en 2019 : le Fonds mondial a approuvé des plans de travail en avril et en mai, la Cellule d'Appui et de Gestion financière (CAGF) a procédé au décaissement des DPS de Maniema et de Kinshasa.

La PCE a également documenté un certain nombre de « leçons apprises » de la mise en œuvre initiale qui pourraient éclairer la mise à l'échelle future, notamment : (1) les DPS n'ont pas été historiquement fortement impliqués dans la planification stratégique et n'avaient pas le pouvoir de proposer des stratégies efficaces pour renforcer les systèmes de santé. Ces DPS pourraient bénéficier d'une assistance technique et d'un renforcement des dialogues provinciaux lors de la prochaine demande de financement et du processus d'octroi de subventions. (2) L'intégration du budget de l'approche provinciale dans la subvention pour le paludisme et le RSSH a créé de la confusion parmi les intervenants qui ne comprenaient pas que le budget visait à couvrir les trois maladies. La nomination de points focaux provinciaux pour chaque province devrait améliorer ce processus, et une subvention autonome du RSSH est à l'étude pour le prochain cycle de subventions. (3) L'opérationnalisation du budget d'approche provinciale était très flexible, ce qui a permis d'identifier en temps opportun les interventions qui répondaient aux besoins du pays. Des explications supplémentaires sont incluses dans le tableau 11.

Résumé des clés constats, recommandations et considérations stratégiques:

Constats	Recommandations et considérations stratégiques
<p>Malaria</p> <ul style="list-style-type: none"> Les parties prenantes ont signalées une interruption limitée des services en raison de ruptures de stock de TDR et ACT, cependant certaines preuves suggèrent que les ruptures de stock ont eu un effet négatif sur la qualité des services. 	<ul style="list-style-type: none"> Des systèmes et des indicateurs plus solides sont nécessaires pour améliorer le suivi des stocks, comme le système d'alerte et de notification de rupture de stock, tel que recommandé par l'audit du OIG 2019 en RDC.
<ul style="list-style-type: none"> Des bénéficiaires supplémentaires pourraient être tirés dans la prise en charge intégrée des cas de paludisme dans la communauté autant que dans les FOSA en s'attaquant aux défis opérationnels, tels que la faible appropriation et la supervision par les autorités provinciales et de zone de santé, les défis du système d'information sanitaire et les difficultés liées aux procédures de décaissement des fonds du niveau Zone de santé vers les aires de santé (RSSH). 	<ul style="list-style-type: none"> De meilleurs systèmes sont nécessaires pour améliorer la transparence et garantir que les fonds pour la supervision, le suivi, les primes, etc. atteignent les destinataires. L'approche de paiement directe telle que « mobile money » pourrait être utilisée dans les zones couvertes par les réseaux mobiles.

<p>VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les stratégies rentables (coût-efficacité) pour améliorer la notification des cas de VIH n'ont pas été complètement mises en œuvre, ce qui a entraîné des ruptures de stock de tests VIH de première ligne. • L'allocation de cofinancement du gouvernement comprenait l'achat de tests VIH destinés aux donneurs de sang, alors que selon les rapports préliminaires, les engagements du gouvernement ont été respectés, cependant les informations sont limitées quant à savoir si ces produits ont été achetés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le CT du Fonds mondial, les bénéficiaires principaux et les autres partenaires de mise en œuvre devraient collaborer pour élaborer un plan clair et réalisable pour diffuser et renforcer la stratégie de dépistage ciblée à tous les niveaux du système sanitaire, y compris le recours à une supervision formative ou à d'autres stratégies pour suivre les progrès par rapport aux objectifs nationaux fixés par le pays. • Que le CCM mette en place un mécanisme de gestion efficace des fonds de contrepartie. <ul style="list-style-type: none"> • Assurer une évaluation périodique (à préciser par les parties prenantes) sur la mise en œuvre des engagements pays.
<ul style="list-style-type: none"> • Des stratégies de dépistage avec des objectifs contradictoires, ont entraîné des résultats différents. Un exemple est le financement basé sur la performance (FBP) pour les tests de dépistage du VIH, qui, selon les parties prenantes, aurait renforcé le dépistage à grande échelle des populations à faible risque. 	<ul style="list-style-type: none"> • Au moment de la finalisation du rapport, l'indicateur FBR sur le dépistage a été modifié pour refléter le nombre de personnes testées séropositives. Il est ainsi recommandé que le FM suive comment ce changement sur l'indicateur permet un meilleur alignement avec la nouvelle stratégie de dépistage ciblé.
<p>TB</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les activités communautaires de recherche des cas manquants n'ont pas été mises en œuvre comme prévu et ont été retardées en raison de l'impossibilité de mettre en œuvre les activités précurseurs, avec conséquence une faible absorption des fonds catalytiques. 	<ul style="list-style-type: none"> • Compte tenu du succès de la stratégie de dépistage avec les unités mobiles, l'équipe de pays du Fonds mondial et les PRs devraient envisager la faisabilité de petites unités qui pourraient être déployées dans des zones géographiques à accès plus difficile.
<ul style="list-style-type: none"> • Les machines GeneXpert ont été déployées, cependant il existe toujours des obstacles à la mise en œuvre, notamment une couverture géographique limitée et des ruptures de stock des produits associés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le PNLT devrait continuer de plaider auprès de différents partenaires pour acquérir davantage de machines GeneXpert et ses accessoires pour une meilleure couverture géographique. • Le PNLT doit mettre en place une équipe des techniciens formés au niveau de province (utilisation optimale et maintenance).
<ul style="list-style-type: none"> • Le dépistage du VIH chez les patients tuberculeux augmente, mais pas assez rapidement pour suivre le rythme de l'augmentation du nombre de nouveaux cas notifiés de tuberculose. La stratégie de guichet unique est conçue pour améliorer le dépistage et le traitement du VIH chez les patients coinfectés, mais son déploiement a été retardé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Au gouvernement et partenaires, d'améliorer la couverture de l'approche de guichet unique.

Constats transversaux	Recommandations et considérations stratégiques
<p>Mise en œuvre de la subvention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il existe des preuves d'efficacité opérationnelle des subventions obtenues grâce au nouveau montage institutionnel. • Mais des difficultés persistent malgré les efforts des parties prenantes pour résoudre les goulets d'étranglement : <ul style="list-style-type: none"> • Faible coordination entre les PRs du gouvernement et de la société civile • Faible redevabilité et faible et communication à différents niveaux de la pyramide sanitaire • Faible capacité de gestion financière et non-respect des procédures financières • Distribution mutualisée des produits de santé par les CDR 	<ul style="list-style-type: none"> • Les PR devraient travailler ensemble pour améliorer les procédures de distribution mutualisée. Cela peut inclure le partage des entrepôts centraux et d'autres solutions pour synchroniser les calendriers de réapprovisionnement des CDR. <ul style="list-style-type: none"> • Le FM et les PR : Harmonisation des commandes en une ligne unique d'approvisionnement des produits de la RDC au même moment. (Au niveau Wambo) • FM devra permettre de constituer stock de sécurité à chaque niveau, au niveau pays (6 mois), niveau provinciale (3 mois) et dans les ZS (1 mois). • Les CDR et les DPS (GTM) devront améliorer le suivi conjoint des commandes et consommation des médicaments aux niveaux des FOSA (quantification) • Les IPS devront veiller à l'application de la matrice de responsabilité sur l'approvisionnement des médicaments.
<p>Révision budgétaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les révisions fréquentes des subventions en RDC semblent contribuer à l'utilisation efficace et efficiente des ressources du Fonds mondial, conformément aux objectifs de l'objectif stratégique 1 (SO1), mais ont également un impact sur la mise en œuvre des subventions car elles sont lourdes sur le plan administratif et nécessitent souvent de nouveaux budgets et cadres de performance, ainsi que la réorientation des parties prenantes vers de nouveaux plans d'activités. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le Fonds mondial devrait envisager de développer un référentiel centralisé, géré par les bénéficiaires principaux ou les CCM, où les principales révisions des subventions sont documentées et suivies pour assurer une plus grande transparence.
<p>RSSH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le retard dans la mise en œuvre des activités SNIS, principalement dû au non-achèvement des activités de passation de marché, a entraîné un faible taux d'absorption pour les modules liés au renforcement des activités SNIS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dans la mesure du possible, la CAGF doit décentraliser le marché de reproduction de certains outils (primaires) au niveau des provinces et le FM devra accepter de sectionner les marchés <ul style="list-style-type: none"> • Avoir des contrat cadres de trois ans avec les fournisseurs (la préqualification des fournisseurs) • CAGF devra utiliser le même canal de distribution que les médicaments [CDR] pour la distribution des outils
<ul style="list-style-type: none"> • Bien que la complétude et la promptitude des données dans DHIS2 aient connu des progrès significatifs, la qualité des données reste encore faible et les données dans DHIS2 ne sont pas largement utilisées par les prestataires. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le Fonds mondial devrait continuer à investir dans le renforcement des ressources humaines à différents niveaux du système de santé pour garantir à la fois une capacité adéquate de saisie des données, mais aussi d'analyse et d'utilisation des données. <ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des coachings par des experts techniques nationaux et provinciaux pour accompagner les ZS

	<ul style="list-style-type: none"> Le CT du Fonds mondial, les PR et les partenaires techniques devraient investir encore plus dans les réunions de monitoring pour améliorer la qualité de celles-ci. Conditionner les frais de monitoring à l'amélioration de la qualité de ces réunions et de la qualité des données (retro-information, méthodologie des réunions).
<p>Approche provinciale</p> <ul style="list-style-type: none"> L'approche provinciale est encore aux premières étapes de la mise en œuvre, cependant des données probantes suggèrent que des progrès sont réalisés pour chacun des cinq objectifs. 	<ul style="list-style-type: none"> Le regroupement de l'approche provinciale et des activités RSS dans une subvention RSS autonome (qui est déjà à l'étude) peut aider à atténuer les défis rencontrés lors de la programmation des activités des investissements RSS Au fur et à mesure que l'approche provinciale est étendue à d'autres provinces, les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) devraient bâtir sur les capacités locales existantes et renforcer la gouvernance et l'analyse des besoins afin d'appuyer les nouvelles provinces dans leur identification des activités critiques à financer pour le renforcement du système de santé, y compris au niveau communautaire. Le secrétariat général à la santé doit développer des mécanismes pour renforcer la collaboration et la redevabilité entre les deux structures. En outre, les deux structures doivent bien définir l'assistance et l'accompagnement technique nécessaire pour renforcer la capacité des provinces et leur engagement dans la planification stratégique, y compris l'identification des besoins et l'élaboration du plan stratégique provincial Les points focaux de l'approche provinciale devraient être envisagés dans les futures provinces. Le CT du Fonds mondial devrait continuer de renforcer les dialogues au niveau provincial au cours du prochain cycle de financement et encourager les opportunités pour les provinces à définir des budgets et des objectifs
<ul style="list-style-type: none"> Le PCE a identifié plusieurs leçons tirées du développement et du déploiement de l'approche provinciale qui pourraient mener à des améliorations et à son extension à de nouvelles provinces. 	<ul style="list-style-type: none"> Le Fonds mondial devrait continuer de soutenir des mécanismes de subventions flexibles qui permettent une programmation d'activités agile et adaptée aux besoins de la province Le Secrétaire général à la santé / CT devrait inclure des indicateurs de couverture avec analyse causale désagrégée pour les trois maladies, en plus des indicateurs de processus et de performance du système dans le contrat qui lie les DPS au Secrétariat Général à la Santé, suivi d'un feedback semestriel de l'équipe pays du Fonds mondial de la RDC.

Chapitre 1 : Introduction

Contexte

Mandatée par le Groupe technique de référence en évaluation (TERG) du Fonds mondial (FM), l'évaluation prospective de pays (PCE) est une évaluation indépendante du FM qui cherche à comprendre comment les politiques et les procédures du FM se déroulent au niveau du pays. La PCE suit la progression de la mise en œuvre des subventions en République démocratique du Congo (RDC) depuis septembre 2017, dans le but de fournir une information de qualité, exploitable et opportune aux responsables de la mise en œuvre programmatique et aux décideurs politiques du FM. L'Institut for Health Metrics and Evaluation (IHME, institut de mesures et d'évaluations de la santé) et PATH sont les partenaires d'évaluation au niveau mondial (GEP), tandis que le bureau de PATH en RDC assume le rôle de partenaire d'évaluation de pays (CEP).

En 2019, suivant les informations reçues du TERG, la PCE a concentré ses efforts sur des thématiques majeures qui nécessitent une collecte et une analyse plus approfondie (pour chacune des trois maladies). En collaboration étroite avec les parties prenantes mondiales et nationales, la PCE a cherché à identifier les thématiques prioritaires à approfondir sur la base des critères suivants :

- Composante critique de la chaîne de résultats affectés par les investissements du Fonds mondial
- Information utile à la compréhension du modèle d'activité du Fonds mondial et aux améliorations programmatiques relatives à un ou plusieurs des six axes de la stratégie du Fonds mondial
- Question importante pour les parties prenantes du pays et l'équipe pays (CT) du Fonds mondial
- Données disponibles / évaluables sur la question

Les thématiques identifiées ont donné lieu à la formulation de plusieurs questions d'évaluation clés concernant la prise en charge communautaire des cas de paludisme et le dépistage ciblé du VIH (voir l'Annexe 1). La PCE a par ailleurs continué à suivre prospectivement la progression de la mise en œuvre des subventions pour les programmes de lutte contre les trois maladies et l'examen des facteurs contextuels du pays et du modèle d'activité du Fonds mondial qui facilitent ou entravent la mise en œuvre.

Collecte des données

La période de collecte et d'analyse des données pour ce rapport allait de janvier à novembre 2019. Les données primaires ont été collectées par observation de réunions, entretiens avec les informateurs clés (KII) et entretiens de vérification des faits (Tableau 1).

Tableau 1. Sources des données d'évaluation de processus

Type	N°	Description : janvier - novembre 2019
Revue documentaire	73	<ul style="list-style-type: none">• Lettre d'allocation et notes associées• Examens du Comité technique d'examen des propositions (TRP)• Manuel des contextes d'intervention difficiles (COE)• Protocoles d'entente (PE)• Rapport annuel du Fonds mondial• Manuel de financement basé sur les résultats (FBR)• Accord annuel de financement PR-SR• PU/DR (Rapport sur les résultats actuels et demande de décaissement) <ul style="list-style-type: none">• Politique de sauvegarde supplémentaire• Manuel des politiques opérationnelles• Guide de prise en charge TB PATI 5• Documents de subvention en cours• Plans stratégiques nationaux• P.V. des rencontres• Audit du Fonds mondial• Contrats DPS, SR et CDR
Entretiens (Total = 53)	25 3 23	<p>Entretiens KII au niveau national : Représentants de l'instance CCM ; direction nationale de Cordaid ; LFA ; direction nationale de SANRU ; CAGF ; PNLS ; PNLT ; PNLP ; GIZ ; UNICEF ; DFID ; PSSP ; RENADEF ; PASCO ; UCOP+</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 Tshopo ; Armée du salut ; BDOM ; APEC ; UWAKI ; DPS Maniema ; DPS Tshopo ; CAMEKIS ; zone de santé</p>

	2	Entretiens KII au niveau mondial : Équipe pays (CT) du Fonds mondial
Réunions observées (Total = 33)	2 2 24 5	CCM : Assemblée générale de l'instance CCM Programmes nationaux : Revue du programme TB ; revue semestrielle du Fonds mondial Missions CT du Fonds mondial , y compris les missions provinciales pour l'approche provinciale Autre : Groupe de travail sur les médicaments, évaluations de SR, audit de sécurité des CDR, réunion de la commission sur les médicaments, évaluation du plan opérationnel national

Les sources secondaires de données quantitatives ordinaires ont été analysées, y compris les systèmes d'information pour la gestion sanitaire, les données du système DHIS2 et les données programmatiques sur le paludisme et la tuberculose. Les données financières comprenaient les budgets de subventions du Fonds mondial et PU/DR.

Tableau 2. Sources des données quantitatives

Données quantitatives	Période	Description
DHIS2	2016 - présent	Indicateurs VIH et paludisme des programmes nationaux Rapports de formation sanitaire et complétude des données
	2018 - présent	Indicateurs TB du programme national Rapports de formation sanitaire et complétude des données
Données du programme TB	2016-2018	Données programmatiques sur la tuberculose
Données du programme paludisme	2010-2017	Données programmatiques sur le paludisme
Suivi des ressources	2011-2020	Budgets détaillés du Fonds mondial, PU/DR sur les dépenses

Méthodes

Décrite dans les rapports précédents, l'approche méthodologique mixte de la PCE comprend la cartographie de processus, l'analyse de données qualitatives, l'analyse des causes profondes, le suivi des ressources, les visualisations sur tableau de bord et l'analyse des données de routine concernant les extrants et les effets. Cette approche comprend la triangulation sur plusieurs sources de données et une évaluation de la qualité des données, utiles au classement de leur solidité (robustesse) sur une échelle à quatre degrés suivant les critères décrits au Tableau 3. Cette gradation aide à identifier les besoins de triangulation et de validation supplémentaires requis, en particulier pour les constats cotés au rang « 3 » ou inférieur.

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

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

Chapitre 2 : Mise en œuvre des subventions du Fonds mondial

2.1 Résumé des investissements du Fonds mondial en RDC et tendances d'absorption des subventions

Le Fonds mondial investit plus de 580 millions US\$ entre 2018 et 2020 dans la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme en RDC, par le biais de subventions à la Cellule d'appui et de gestion financière (CAGF) du Ministère de la Santé (MSP) et aux organisations de la société civile Cordaid et SANRU. La ventilation de l'investissement par Réciendaire principal (PR) et composante maladie est présentée au Tableau 4. Depuis la signature des budgets de subvention originaux en décembre 2017, des fonds supplémentaires ont été mis à disposition en 2018 et en 2019 par le processus de fonds de contrepartie destinés aux investissements à effet catalyseur (15,9 millions \$US), d'optimisation de portefeuille (35,2 millions \$US) et de l'initiative Debt2Health conclue entre le gouvernement espagnol, la RDC et le Fonds mondial (3,4 millions \$US).

Tableau 4. Investissements (en US\$) du Fonds mondial pendant la période 2018-2020 par PR et composante maladie

Source des fonds de subvention	VIH	Tuberculose	VIH/TB	Paludisme		TOTAL
	CAGF/PNLS	CAGF/PNLT	Cordaid	CAGF/PNLP	SANRU	
Budget de subvention original	22 777 439 US	16 186 215 US\$	140 371 747 US\$	71 933 588 US\$	275 717 435 US\$	526 986 424 US\$
Fonds de contrepartie	1 136 085 US\$	2 493 079 US\$	9 370 511 US\$	2 975 025 US\$		15 974 700 US\$
Optimisation de portefeuille			8 700 000 US\$	9 111 692 US\$	17 413 509 US\$	35 225 201 US\$
Debt2Health					3 403 543 US\$	3 403 543 US\$
Total	23 913 524 US	18 679 294 US	158 442 258 US	84 020 305 US	296 534 487 US	581 589 868 US

*Cellule d'appui et de gestion financière (CAGF) ; Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) ; Programme national de lutte contre le sida (PNLS) ; Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT).

En comparant les 18 premiers mois de mise en œuvre des cinq subventions, la Figure 1 montre que l'absorption, calculée en divisant le budget semestriel par les dépenses de la période de rapportage, s'est progressivement améliorée au fil des trois premiers semestres. Seules les subventions TB/VIH à Cordaid et paludisme au MSP présentent un taux d'absorption en baisse pour la dernière période de rapport. Dans le rapport annuel de l'an dernier, nous indiquions que la faible absorption durant le premier trimestre était principalement due au retard du démarrage des subventions, souvent causé par la signature tardive des contrats avec les sous-réciendaires (SR). Malgré les améliorations progressives de l'absorption observées durant les trois premiers semestres, l'absorption cumulée reste moyenne pour les subventions VIH, TB et paludisme au MSP (56 %, 58 % et 53 %, respectivement). SANRU et Cordaid, qui ont aussi les plus gros budgets de subvention, présentent par comparaison une plus forte absorption cumulée (68 % et 81 %) (Figure 2). Les facteurs d'absorption transversaux sont décrits plus avant au chapitre 4 et dans chaque sous-section de maladie.

Figure 2. Absorption semestrielle par subvention, janvier 2018 – juin (source : PU/DR)

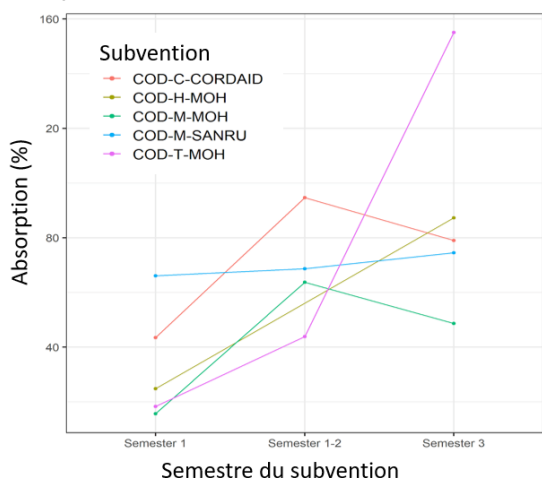
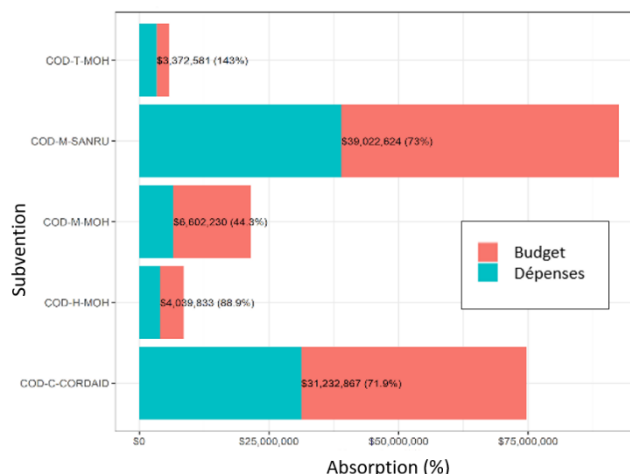


Figure 1. Absorption cumulée par subvention, janvier 2018 – juin 2019 (source : PU/DR)

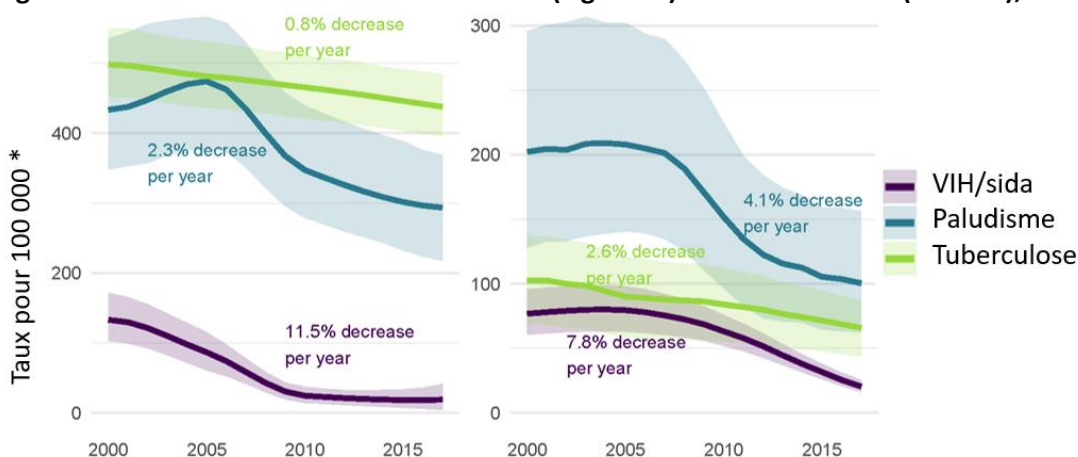


Chapitre 3 : Contribution aux programmes nationaux

3.1 Tendances de la charge de morbidité du VIH, de la tuberculose et du paludisme

Bien que difficiles à isoler, les nombreuses activités des programmes nationaux de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme culminent et tendent vers un progrès encourageant pour éviter de nouveaux cas et décès. D'après l'étude Global Burden of Disease 2017 sur la charge mondiale de morbidité, le taux d'incidence du VIH a diminué de 11,5 % par an, passant de 133 à 19 pour 100 000 entre 2000 et 2017. Dans ce même temps, l'incidence de la tuberculose et celle du paludisme enregistraient une baisse plus lente, de 498 à 438 pour 100 000 et de 434 à 294 pour 100 000, respectivement(1). Quant à l'incidence du paludisme, la réduction a été observée entre 2000 et 2015 avant de voir celle-ci augmenter à partir de 2016. La mortalité est en baisse plus rapide que les taux d'incidence pour la tuberculose et le paludisme, mais plus lente (bien que toujours importante) pour le VIH. Les taux de mortalité du VIH sont tombés de 77 à 21 pour 100 000, ceux de la tuberculose de 103 à 66 pour 100 000 et ceux du paludisme de 202 à 100 pour 100 000(2).

Figure 3. Tendances nationales de l'incidence (à gauche) et de la mortalité (à droite), RDC¹



*Taux d'incidence du paludisme affiché pour 1 000

Source : GBD 2017

¹ Bien que l'incidence du paludisme ait diminué de 2005 à 2015, après 2016, l'incidence a commencé à augmenter

3.2 Paludisme

Bien qu'elle en assume la deuxième charge de morbidité dans le monde, la RDC a nettement progressé dans la lutte contre le paludisme. Elle s'est particulièrement distinguée dans ses efforts de prévention, par la promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée (MILD) et l'élargissement général de la couverture d'interventions élémentaires. Le programme de lutte contre le paludisme de la RDC est géographiquement « rationalisé », ce qui veut dire que différents bailleurs de fonds soutiennent différentes provinces. Des progrès considérables ont été réalisés dans l'utilisation des tests de diagnostic rapide (TDR) pour la confirmation des cas suspects de paludisme soupçonnés, ainsi que dans le traitement des cas confirmés au moyen de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) efficaces. Depuis 2014, le nombre de TDR par cas suspect de paludisme soupçonné est passé de 0,075 à 0,82 TDR jusqu'en octobre 2019 selon les données du programme national et du SIGS, tandis que le pourcentage des cas confirmés traités passait de 80,0 % en 2014 à 93,0 % en 2018 et à 93,8 % à ce jour.

Malgré ces progrès, un goulot d'étranglement majeur reste le faible accès et recours aux services de santé. Par exemple, l'enquête en grappes à indicateurs multiples 2017-2018 (MICS). La PCE a pu corroborer cette observation par comparaison des extraits des systèmes sanitaires (médicaments et tests disponibles dans les formations) aux effets en population (estimations de la couverture thérapeutique) (voir l'Annexe 4 : Modélisation des systèmes de santé).

Prise en charge communautaire des cas

La faible utilisation des services de santé est peut-être signe de l'importance continue du comportement de recherche de soins (c.-à-d. la demande de services de santé) comme obstacle à l'amélioration des résultats de santé ou peut-être aussi, signe du besoin d'un meilleur accès aux services. Une réponse à ces deux problèmes est l'investissement accru du Fonds mondial, du PNLN et d'autres partenaires dans la prise en charge des cas de paludisme dans la communauté et dans le secteur privé. La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau de la communauté a été adoptée en RDC en 2013 et est opérationnalisée dans les sites de soins communautaires (SSC). Depuis 2014, le Fonds mondial investit dans l'accroissement du nombre de SSC en vue d'améliorer l'accessibilité des services de santé aussi bien que leur utilisation. Dans la subvention actuelle, plus de 12,4 millions US\$ sont affectés aux activités relatives à la prise en charge communautaire des cas, hors approvisionnements et stocks de TDR et CTA. Les fonds ont servi à élargir la couverture des SSC (par l'établissement de 1 462 SSC supplémentaires dans sept provinces) et à renforcer la capacité des agents de santé à assurer la prise en charge communautaire des cas sous encadrement de l'infirmier titulaire et l'approvisionnement en matériel et équipements.

Conclusion n° 1 : Le Fonds mondial a réussi à tirer parti des partenariats pour améliorer l'intégration des systèmes de santé au niveau communautaire et accélérer l'amélioration des effets sur le paludisme.

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

Le Fonds mondial s'est associé à l'UNICEF pour assurer la prise en charge communautaire intégrée (iCCM) aux SSC : le Fonds mondial soutient le dépistage du paludisme au moyen de TDR et le traitement aux CTA et l'UNICEF soutient les intrants de traitement de la diarrhée et de la pneumonie. Aux termes du protocole d'entente sur l'iCCM entre SANRU et l'UNICEF, les rôles et responsabilités de ces deux partenaires ont été clairement différenciés(5). Ainsi, SANRU, au moyen de sa subvention paludisme du Fonds mondial, est responsable des activités suivantes : (i) manutention, emballage, stockage et transports des intrants reçus de l'UNICEF, ainsi que des TDR et CTA de prise en charge des cas de paludisme dans les SSC et dans les formations sanitaires ; (ii) distribution communautaire des trousseaux/kits de santé familiale de l'UNICEF contenant SRO-Zinc, paracétamol, micronutriments en poudre et kit de maternité et soins du nouveau-né et (iii) rapports réguliers sur la distribution et l'utilisation des produits aux SSC et dans les formations sanitaires. L'UNICEF assure le financement et l'approvisionnement concernant les trousseaux/kits familiales,

les SRO-Zinc, l'amoxicilline et autres produits pour la prise en charge des cas de diarrhée et de pneumonie dans les SSC et les formations sanitaires.

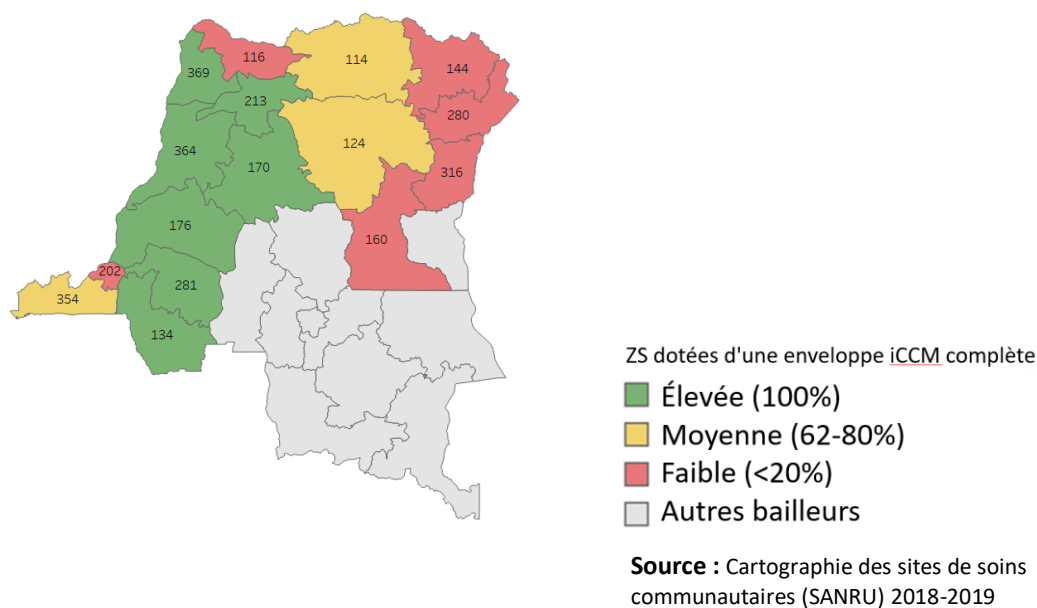
La PCE a appris que les parties prenantes chargées de la prestation de ces services estiment ce partenariat efficace et utile tant à l'assurance de la prise en charge des cas de paludisme qu'à l'intégration de ces services aux autres prestations de santé essentielles.

Conclusion n° 2 : La prise en charge intégrée des cas dans la communautaire (iCCM peut avoir contribué à une plus grande réduction de la mortalité due au paludisme chez les enfants de moins de cinq ans.

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

En janvier 2019, le Fonds mondial soutenait 3 517 SSC fonctionnels dans 300 zones de santé, couvrant une population de 6,8 millions, selon un rapport moyen de personnes/SSC de 1 952/1. Pour la majorité, le passage à l'échelle de ces SSC est intervenu de 2014 à 2018. L'extension des SSC planifiée en vertu des subventions en cours ferait passer le nombre total de SSC à 5 068 (rapport personnes/SSC de 1 355/1). La figure 4 indique la proportion de SSC offrant dès janvier 2019, dans chaque province, le paquet complet iCCM par rapport à ceux limités à la prise en charge des cas de paludisme. Selon le Fonds mondial, dès mi-2019, il s'agissait de 5 000 SSC fonctionnels, y compris 1 900 offrant le paquet complet.

Figure 4. Couverture des SSC dans les provinces sous assistance du Fonds mondial et proportion des SSC offrant l'iCCM en janvier 2019 (les chiffres indiquent le nombre total de SSC fonctionnels dans la province)



ZS avec paquet complet iCCM

Entre 2015 et 2018, nous avons constaté que la mortalité des moins de cinq ans imputable due au paludisme avait baissé plus rapidement dans les zones de santé dotées d'un paquet complet de services de l'iCCM par rapport à toutes les autres zones. La PCE a analysé les données programmatiques nationales du PNLP sur la période de 2010 à 2018, stratifiées suivant que les zones de santé offraient ou non le paquet complet de services de l'iCCM d'après les documents de projet de SANRU.

Par analyse des doubles différences, nous avons identifié un rapport statistiquement significatif entre les zones de santé qui offraient le paquet complet de services de l'iCCM et l'évolution de la mortalité infantile imputable au paludisme (valeur $p < 0,01$). Sans être nécessairement suffisamment robustes pour permettre une conclusion de causalité à eux seuls, ces résultats renforcent la preuve des avantages de l'iCCM et des SSC soutenus par le partenariat entre le Fonds mondial, l'UNICEF et les autres partenaires. Les résultats suggèrent qu'il pourrait y avoir de meilleurs résultats du traitement du paludisme avec une formation supplémentaire

pour les agents de santé et le traitement d'autres maladies infantiles qui font partie de l'ensemble iCCM. Cependant, cette hypothèse n'a pas encore été prouvée.

Tableau 5. Amélioration de la mortalité des moins de cinq ans imputables au paludisme depuis 2017

Groupe	Période	Taux moyen de mortalité des moins de cinq ans imputables au paludisme (pour 10 000) dans les zones de santé (intervalle de confiance à 95 %)
Témoignage	Avant 2017	11,8 (11,3-12,2)
	Après 2017	7,8 (6,6-9,0)
Intervention	Avant 2017	10,1 (9,6-10,6)
	Après 2017	3,6 (2,2-4,9)

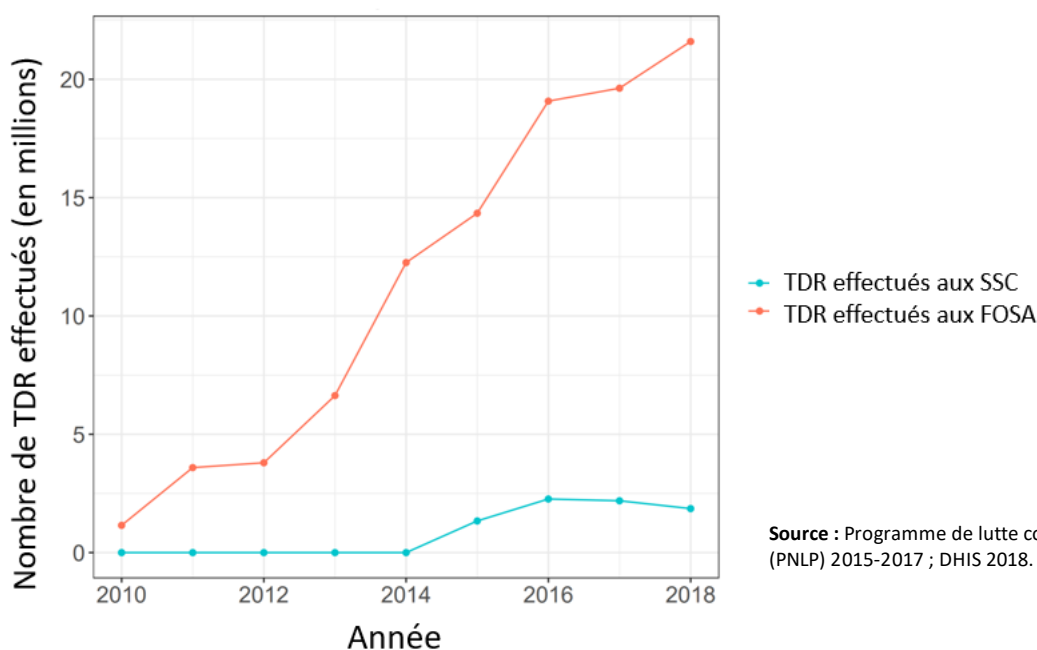
Source : Programme de lutte contre le paludisme (PNLP) 2015-2017 ; DHIS 2018-présent.

Conclusion n° 3 : Des bénéfices supplémentaires dans la gestion communautaire des cas de paludisme pourraient être tirés en s'attaquant aux défis opérationnels, tels que la faible appropriation et la supervision par les autorités provinciales et de zone de santé, les défis du système d'information sanitaire et les difficultés liées aux procédures de décaissement et de traitement des fonds du niveau national au niveau périphérique

Robustesse : (rang = 2) La conclusion est corroborée par plusieurs sources de données de bonne qualité, dont les entretiens avec les informateurs clés, les réunions d'observation et les preuves documentées.

Dans l'ensemble, plus de personnes sont testées pour le paludisme en RDC, mais ce nombre est resté stable dans les SSC depuis le passage à l'échelle initial entre 2014 et 2016.

Figure 5. Nombre de TDR effectués dans les formations sanitaires et aux SSC

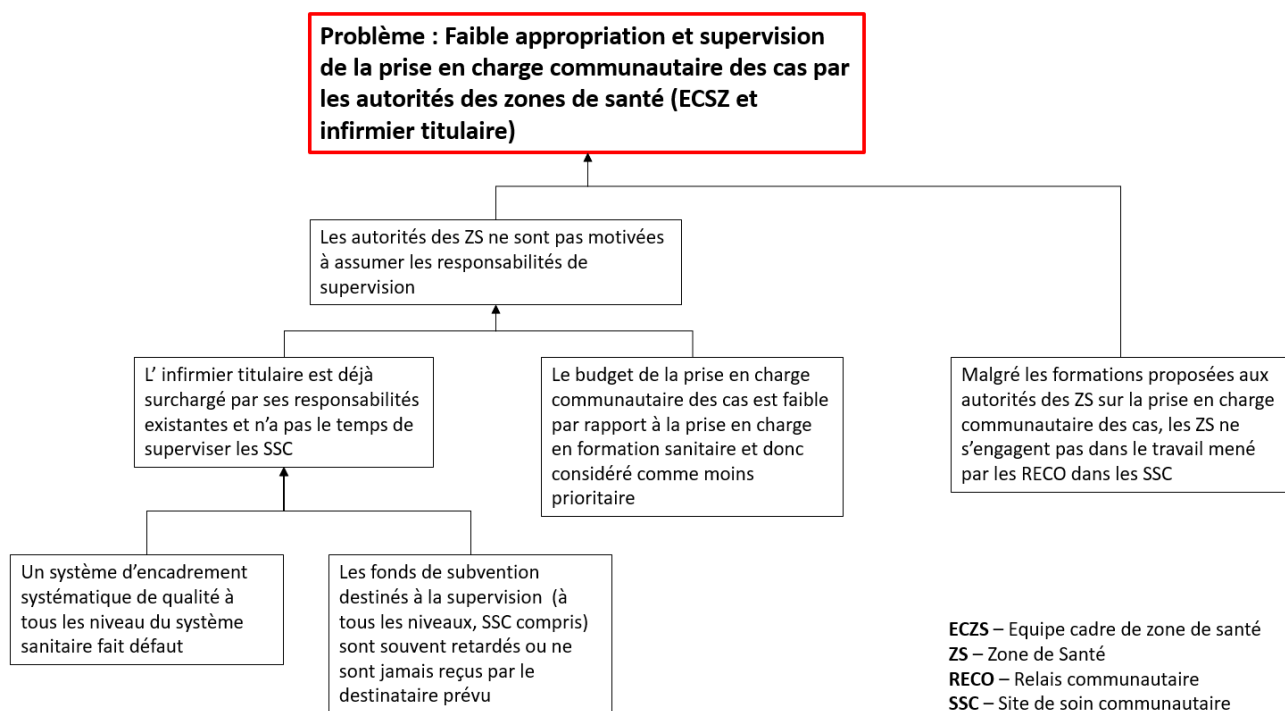


Une partie de cette tendance statique s'explique par les retards de l'extension accroissement planifiée du nombre de SSC en vertu de la subvention actuelle du Fonds mondial. Bien que planifiée pour 2018, l'installation de nouveaux SSC a été reportée au premier semestre 2019. À la fin de la période de rapport S1 2019, un total de 1 039 sur les 1 462 SSC supplémentaires planifiés étaient installés dans cinq des sept provinces ciblées par l'expansion. La faible absorption du budget de prise en charge communautaire du paludisme (9,8 %) et la faible absorption globale des deux subventions de lutte contre le paludisme en RDC (62,4 %) en 2018 sont le produit de beaucoup des facteurs discutés au chapitre 2 : il s'agit notamment du retard de la signature des contrats de SR (signés en avril et juin 2018) du fait de la lenteur de la coordination et de l'alignement des procédures entre les PR paludisme et VIH/tuberculose et des longs processus des marchés publics ayant bloqué l'achat des équipements et du matériel nécessaires aux SSC. En hausse au premier trimestre 2019 (66,7 %), l'absorption reste cependant inférieure à l'objectif en raison des retards de mise en œuvre de la campagne MILD et de paiement des primes salariales.

Outre le passage à l'échelle retardé des SSC, les difficultés d'opérationnalisation de la prise en charge communautaire des cas dans les SSC peuvent aussi contribuer à la tendance statique signalée plus haut. La PCE a identifié trois facteurs interdépendants qui empêchent peut-être la stratégie de la prise en charge communautaire des cas de réaliser son plein potentiel.

1. *Faible appropriation et supervision de la part des autorités provinciales et des zones de santé.* Malgré les formations effectuées par les autorités des zones de santé (par ex., ECZS), on constate un manque d'intérêt et de motivation pour s'approprier la mise en œuvre de haute qualité des activités de prise en charge communautaire des cas. Les causes profondes, explorées dans la Figure 6, incluent des ressources insuffisantes pour la supervision (en financement et temps des agents de santé) et la perception d'une priorité moindre en raison d'un budget moins important par rapport aux formations sanitaires.
2. *Les difficultés du système d'information sanitaire affectent la gestion des stocks et la capacité de suivi des performances des SSC.* Les indicateurs de gestion des stocks dans DHIS2 sont insuffisants pour permettre le suivi adéquat des niveaux de stocks et éviter les ruptures. A la fin de 2018, le PR a indiqué que les données de quelque 23 % des SSC n'avaient pas encore été intégrées dans les rapports DHIS2 des centres de santé². Le manque de fiabilité des estimations de population contribue aussi à l'incertitude et à la sous-estimation potentielle des populations desservies par les SSC. La PCE a constaté que les SR doivent assurer le suivi et enregistrer les niveaux de stocks lors de leurs visites en personne aux SSC et que les SSC reçoivent souvent des quantités de produits basées sur la disponibilité dans les formations sanitaires et non sur les plans de distribution originaux, affaiblissant ainsi la capacité de réponse de la chaîne d'approvisionnement et la qualité des services.

Figure 6. Analyse des causes profondes des difficultés opérationnelles de la prise en charge communautaire des cas



3. *Difficultés du décaissement et du traitement des fonds du niveau national vers la périphérie.* Les retards et/ou la non-réception des fonds par leurs destinataires visés ont été attribués aux difficultés des systèmes et à la faiblesse de la communication. Sous le NFM2, la responsabilité de la transmission des fonds de subvention du niveau de mise en œuvre national au niveau provincial de la mise en œuvre a été transférée des SR de la société civile aux PR gouvernementaux dans l'intérêt du

² Rapport sur les résultats actuels et demande de décaissement (PU/DR) SANRU, S2 2018. Document interne

renforcement de l'appropriation et de la pérennité. La PCE a constaté que les lignes hiérarchiques parallèles concernant les questions financières et administratives, de même qu'une communication insuffisante (à tous les niveaux) concernant les activités, les budgets et les procédures pourraient être à l'origine de problèmes de redevabilité et de manque de sanctions concernant la manipulation des fonds de subvention. Les activités mises en œuvre au niveau périphérique sont généralement les plus affectées. Par exemple, les visites d'encadrement de supervision des aux SSC par l'infirmier titulaire sont irrégulières du fait, soit, du retard de réception des fonds ou de leur non-réception pure et simple. Les visites effectuées ne le sont du reste pas de manière systématique. La PCE a été informée de la faible utilisation des listes checklists de supervision prévus faute de matériel disponible et les visites communes de SANRU et de l'UNICEF sont rares du fait de conflits de calendrier (voir la section 2.2). Enfin, l'indicateur DHIS2 de suivi des visites de supervision aux SSC n'est pas rapporté avec constance, rendant impossible le suivi de la supervision l'audit 2016 du Bureau de l'inspecteur général (OIG) recommandait l'élaboration d'un plan destiné à assurer un système de suivi.

« La pérennité de l'approche est incertaine. Le Fonds mondial soutient abondamment les SSC, mais l'appropriation par le gouvernement provincial ne suit pas. Si le Fonds mondial se retirait aujourd'hui, l'approche périrait. » (Citation d'un informateur clé en RDC)

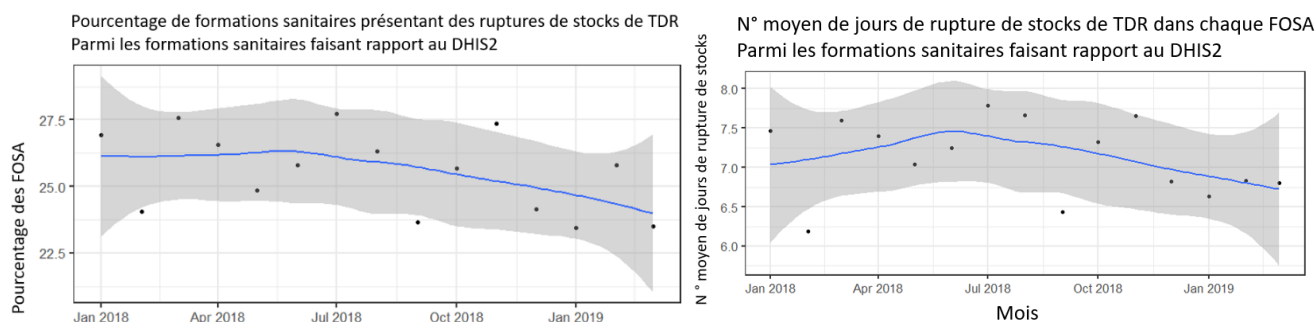
Prise en charge des cas en formation sanitaire

À travers les deux subventions de lutte contre le paludisme, le Fonds mondial a investi dans l'approvisionnement en produits essentiels à la prise en charge des cas et dans le renforcement des systèmes d'approvisionnement et de distribution. Les subventions 2018-2020 actuelles ont budgétisé un montant total combiné de 43,7 millions US\$ pour le traitement en formation sanitaire et de 4,4 millions US\$ affectés à la prestation de services intégrés et à l'amélioration de la qualité.

Bien que ces ressources semblent contribuer à une tendance à l'amélioration, les ruptures de stocks de TDR et de CTA demeurent monnaie courante dans les formations sanitaires. Selon le PU/DR S1 2019, environ 24 % des formations sanitaires ont enregistré des ruptures de stocks de TDR d'au moins une journée pendant la période de rapport, en amélioration nette par rapport aux 49 % observés en 2018. Cette tendance se reflète dans le nombre de jours de rupture de stocks enregistré par chaque formation sanitaire : 7,5 jours sans TDR rapportés, en moyenne, en janvier 2018, mais 6,8 jours en mars 2019 d'après les rapports DHIS2 (Figure 7)³. Entre-temps, les enquêtes en formation sanitaire, y comprises dans l'Évaluation des prestations des services de soins de santé 2017-2018 (EPSS) indiquent que 87 % des formations visitées disposaient de TDR en stocks et 80 %, de CTA (artésunate-amodiaquine (ASAQ) pour 81 % et artéméther-luméfantrine (AL) pour 15 %)(7). L'Enquête de sur la vérification de l'utilisation finale 2018 (EUV ; End User Verification), menée dans 364 formations sanitaires sur l'ensemble des 26 DPS entre septembre et novembre 2018, signale que, si moins de 20 % des formations avaient enregistré des ruptures de stocks de TDR, ces ruptures restaient plus problématiques pour les CTA(8). Plus du tiers des formations sanitaires présentaient des ruptures de stocks d'AL et un tiers, d'ASAQ. Les données historiques du PNLP indiquent aussi une tendance à l'amélioration des ruptures de stocks au fil du temps, avec une moyenne de 19,9 % des formations sanitaires présentant au moins un jour de rupture par mois pour les TDR en 2010, mais seulement une moyenne de 10,3 % en 2017. Depuis l'adoption du SIGSHMIS, les pourcentages rapportés de formations sanitaires en ayant de rupture de stocks rapportés sont aussi en baisse au fil du temps, bien que généralement supérieurs à ceux précédemment rapportés dans les données du programme, en raison peut-être de rapports moins complets (Figure 7).

³ Ces nombres ont cependant été analysés dans le contexte d'une complétude et d'une validité variables de DHIS2 (voir la section 4.2), limitant notre capacité de cerner les tendances parmi les formations sanitaires sans données enregistrées.

Figure 7. Pourcentage des formations sanitaires faisant état de ruptures de stocks (gauche), nombre moyen de jours de rupture de stocks de TDR depuis 2018 (droit)



Source : DHIS 2018-présent

La courbe indique la moyenne mobile (LOESS) [droit]

Le nombre de jours de rupture ne représente pas nécessairement une seule rupture de stock continue [droit]

Conclusion n° 4 : Au-delà d'une nette amélioration dans la disponibilité d'intrants, et bien que les parties prenantes ont signalé une interruption limitée des services en raison de ruptures de stocks de TDR et CTA, certaines données portent à croire que ces ruptures ont eu un effet négatif en termes de couverture des services.

Robustesse : (rang = 1) La conclusion est corroborée par plusieurs sources de données de bonne qualité, dont les entretiens avec les informateurs clés, les réunions d'observation et les preuves documentées, renforcées par des analyses de données quantitatives. Une forte convergence d'opinions est observée entre les parties prenantes.

Comme le montre la Figure 7 ci-dessus, les taux nationaux de dépistage du paludisme en formation sanitaire restent en hausse en dépit des ruptures de stocks. D'après l'audit OIG 2019, les ruptures de stocks de TDR et de CTA ont minimalement perturbé les services S1 2019, 94 % des cas de paludisme soupçonnés ont été testés et 95 % des cas confirmés ont reçu un traitement antipaludéen de première intention.

« Pour le paludisme, les ruptures de stocks ont à peine affecté le diagnostic et le traitement des cas car le diagnostic a pu être posé par microscopie au lieu des tests de diagnostic rapide (TDR) et il n'y a guère eu de ruptures simultanées des stocks de toutes les formes de comprimés antipaludéens. » (Citation d'un informateur clé

Cela dit, l'analyse PCE des données DHIS2 laisse entrevoir qu'il peut effectivement y avoir des preuves de perturbations. Parmi les formations sanitaires ayant fait état de ruptures de stocks de TDR pendant un mois particulier depuis 2017, un pourcentage légèrement inférieur (35 % par rapport à 39 %) des cas suspects (450 092 par rapport à 1 392 312 cas suspects) ont été confirmés. De même, un pourcentage légèrement supérieur des cas non confirmés a été traité à titre préventif (0,02 % par rapport à 0,006 %). Bien que le traitement préventif puisse sembler faible en termes de pourcentage, cela représente une moyenne de 100 patients traités de manière préventive par formation et par mois dans les formations sanitaires ayant fait état de ruptures de stocks, par rapport à 78 patients dans celles n'en ayant pas signalé.

On notera qu'un grand nombre de formations sanitaires n'ont pas déclaré s'ils ont eu de ruptures de stocks. Si l'on suppose que ces formations n'en ont pas enregistré, les données ci-dessus signalent beaucoup plus fortement la possibilité de perturbations des services : 61 % des cas soupçonnés suspects dans ces formations ont été confirmés (par rapport à 35 % plus haut) et 61 patients en moyenne y ont été traités par mois à titre préventif (par rapport à 100).

Estimations d'efficacité et efficience de la modélisation des systèmes de santé

La PCE a appliqué la technique de la modélisation des systèmes de santé (MSS) pour mieux comprendre le processus par lequel le Fonds mondial et d'autres ressources entraînent le changement des résultats de santé. Les détails de la méthode sont présentés à l'Annexe 4. Parmi d'autres applications (dont beaucoup ont déjà été citées dans ce rapport), cette forme de modélisation peut servir à cerner l'efficacité et l'efficience des principaux services de santé délivrés grâce aux subventions.

Concernant l'efficience, la modélisation MSS produit une nouvelle estimation du coût de bout en bout de la distribution des produits au-dessus du simple coût d'approvisionnement. Par exemple, sur la base de plusieurs sources de données concernant les intrants et les extrants, cette approche estime à 9,95 US\$ en moyenne (intervalle d'incertitude à 95 % : 5,68 US\$-40,12 US\$) le coût d'approvisionnement et de livraison d'un MILD pendant la période 2010-2018. Le modèle estime de même à une moyenne de 3,04 US\$ (intervalle d'incertitude à 95 % : 1,73 US\$-12,83 US\$) ce coût par TDR et à 1,56 US\$ (intervalle d'incertitude à 95 % : 0,88 US\$-6,74 US\$) par CTA.

Concernant l'efficacité, cette approche estime que, pour chaque dizaine de MILD en plus distribués aux ménages, 3,95 (intervalle d'incertitude à 95 % : 1,74-6,17) personnes en plus ont par conséquent déclaré avoir dormi sous un MILD la nuit précédente. Ces estimations reposent sur une combinaison de données obtenues du PNLP, du SNIS et des estimations de modèles à base d'enquêtes de la couverture des MILD du projet Malaria Atlas Project.

Malgré leurs limites (voir l'Annexe 4), ces estimations pourraient présenter une utilité pratique à la budgétisation lors de la prochaine demande de financement, ainsi qu'à la définition de cibles réalistes pour la mise en œuvre des subventions.

Cette analyse n'est pas nécessairement concluante quant à la perturbation des services. Non seulement il existe un grand nombre de données manquantes concernant les ruptures de stocks, mais les facteurs de confusion (tels que l'accès géographique) peuvent expliquer la corrélation entre les ruptures de stocks et la prestation des services. En revanche, même si les services se sont poursuivis grâce à la microscopie et aux médicaments de seconde intention, leur qualité (par ex., temps d'attente, coût, taux de traitement efficace) en a peut-être souffert. Il convient de continuer à surveiller la mesure dans laquelle les ruptures de stocks font obstacle à la couverture des services pour mieux cerner les améliorations de prestation possibles.

3.3 VIH/sida : Dépistage du VIH et populations particulièrement vulnérables

Avec environ 92 % des PVVIH diagnostiquées sous traitement antirétroviral (ART), la RDC a dépassé le deuxième des objectifs 90-90-90. L'identification des cas est toutefois faible par rapport au « premier 90 » : 62 % seulement des PVVIH connaissent leur statut sérologique en 2018(10). Face à ces progrès limités, le PNLS a finalisé en avril 2018 un nouveau Plan stratégique national de riposte au VIH (PSNR), qui représente une transition du conseil et dépistage volontaires (CDV) pour la population générale au dépistage et conseil à l'initiative des prestataires (DCIP) suivant les comportements à risque et l'auto-identification des populations clés et prioritaires. Cette nouvelle stratégie a aussi été motivée par un manque de disponibilité de tests de dépistage du VIH et des faibles rendements de dépistage : en 2018, plusieurs provinces ont signalé un taux de positivité des tests de 0%³ dans les établissements de santé (11). Ici, nous explorons la mise en œuvre provinciale de la nouvelle stratégie de dépistage, les obstacles à la réalisation des objectifs ciblés, et l'efficacité de la mise en œuvre précoce de la stratégie utilisant des données quantitatives et qualitatives.

DPS prioritaires et processus de rationalisation

Par suite du processus de rationalisation 2015/16, le Fonds mondial soutient 354 zones de santé dans 23 DPS, y compris 14 zones de santé de la DPS de Kinshasa, tandis que PEPFAR se concentre sur 52 zones de santé dans les deux DPS présentant la plus haute prévalence, Lualaba et Haut-Katanga, à la frontière de la Zambie et de l'Angola, ainsi que sur les sites militaires du pays. PEPFAR n'assurera par ailleurs plus

l'approvisionnement en produits de PTME ; les bailleurs de fonds investissent désormais dans tous les produits relatifs aux VIH pour leurs DPS et zones de santé respectives indépendamment du type de service. De plus, le PNLS a identifié 16 DPS prioritaires pour le modèle de prestation des services et de soins différenciés, dans le cadre de sa riposte stratifiée au VIH. Ces DPS, sélectionnées en fonction de la prévalence du VIH, de la présence de populations clés, de la mise sous traitement ARV et des taux de co-infection tuberculose/VIH, cela inclus neuf provinces hautement prioritaires et sept provinces moyennement prioritaires. Sur les 24 DPS soutenues par le Fonds mondial, le PNLS en classifie 14 comme hautement ou moyennement prioritaires.

Allocation financière au dépistage du VIH

Les subventions VIH actuelles approuvées en décembre 2017 n'ont pas un module spécifique dépistage ciblé, rendant difficile le suivi de l'allocation et des dépenses totales afférentes au fil du temps. Les interventions de dépistage listées au niveau de l'activité comprennent cependant : organisation de dépistage mobiles nocturne pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), les transgenres, les professionnel(le)s du sexe (PS) et les consommateurs de drogues injectables (CDI ; 658 442 US\$) et formation des prestataires de santé à l'assistance aux CDI (11 454,60 US\$). Le budget CORDAID révisé de janvier 2019 prévoit aussi des interventions spécifiques de dépistage dans les populations clés, y compris des services de dépistage du VIH chez les HSH (91 350 US\$), les PS (480 US\$), les transgenres (113 476 US\$) et les CDI (21 600 US\$).

L'allocation de 480 US\$ au dépistage chez les PS est cependant artificiellement faible : après soumission du PU/DR Cordaid S1 2018, les représentants du Fonds mondial ont en effet observé une faible performance alentour de l'indicateur « KP-3c(M) : Pourcentage des professionnel(le)s du sexe ayant obtenu un test de dépistage du VIH durant la période de rapport et en ayant reçu les résultats ». Les fonds ont par conséquent été réaffectés de façon à couvrir les activités de dépistage clés relatives aux PS, y compris le dépistage mobile, de sorte que Cordaid a pu déplacer les fonds et affecter 29 482 US\$ au dépistage du VIH chez les PS au S1 2019.⁴ Parallèlement à l'allocation budgétaire approuvée, le premier approvisionnement en tests rapides sous la subvention VIH de Cordaid est intervenu le 15 mai 2018, comprenant plus d'un million de tests de première ligne, pour une dépense totale de 828 864 US\$(13).

Tableau 6. Approvisionnement en tests de dépistage du VIH en RDC, subventions 2018-2020

Test VIH	Unités achetées	Coût total (US\$)	Coût unitaire moyen (US\$)
Determine (première ligne)	1 003 040	828 864 US\$	0,83 US\$
VIKIA (deuxième ligne)	45 600	39 398 US\$	0,86 US\$
Uni-Gold (troisième ligne)	69 920	111 872 US\$	1,60 US\$
Total	1 118 560	980 134 US\$	0,87 US\$

Cordaid a aussi rapporté le calendrier d'approvisionnement 2018-2020 suivant pour les tests VIH :

Tableau 7. Calendrier d'approvisionnement Cordaid pour les tests VIH, cycle de subventions 2018-2020

Année	Cible	Coût unitaire	Quantité achetée	Coût usine	Coût d'achat
2018	2 301 146	0,80 US\$	2 500 000	2 024 960 US\$	3 299 793 US\$
2019	2 510 024	0,80 US\$	2 761 000	2 208 800 US\$	3 599 972 US\$
2020	2 734 430	0,80 US\$	2 406 240	2 406 240 US\$	3 921 112 US\$
Total	7 545 600	-	7 667 240	6 640 000 US\$	10 820 877

Ce calendrier changera vraisemblablement légèrement, car Cordaid indique la prochaine fermeture du fournisseur de VIKIA (deuxième ligne), qui affectera peut-être l'algorithme de test. La PCE assurera le suivi de ces changements éventuels, de même que de l'effet de coûts unitaires différentiels (Tableau 7) en 2020. Les parties prenantes ont aussi signalé que, faute de tests VIH en nombres suffisants par rapport au besoin en 2018, Cordaid a accompli un processus d'achat supplémentaire en 2019 pour combler l'écart (comme décrit plus bas).

Absorption (dépenses en pourcentage de l'allocation budgétaire)

⁴ Rapport sur les résultats actuels et demande (PU/DR) Cordaid, S1 2019. Document interne.

L'absorption des fonds destinés aux tests VIH ciblés parmi les personnes transgenres (10,6 %), les CDI (0 %) et les HSH (9,1 %) dans la subvention VIH de Cordaid s'est avérée faible au premier semestre (S1) 2018, mais avait augmenté considérablement avant la soumission du PU/DR annuel (pour la période de rapport 2018), passant à 152,1 % chez les transgenres et 66,1 % chez les CDI. Les dépenses de dépistage chez les PS et leurs clients sont toutefois restées minimales (11,7 %) jusqu'à l'ajout de fonds supplémentaires à la catégorie d'intervention en 2019, donnant lieu à une absorption de plus de 6 000 % par rapport à l'allocation budgétaire originale. D'après les données du SIGS national, les tests VIH parmi les PS sont aussi en hausse durant cette période.

Comme expliqué plus loin au chapitre 4, la faible absorption au S1 2018 est le résultat de plusieurs facteurs, dont la lenteur de la coordination entre Cordaid et SANRU ayant donné lieu à des retards d'approbation des plans d'activité SR 2019 et de décaissement des fonds au SR. De plus, les PR VIH/tuberculose et paludisme opèrent chacun avec un SR transversal par DPS, ce qui exige une collaboration permanente considérable. À l'image de ces processus de coordination, les procédures financières, telles que la justification des dépenses, ne sont pas bien comprises par les parties prenantes, qui doivent souvent resoumettre leurs dépenses à l'approbation et suscitent ainsi une charge administrative additionnelle et des retards de décaissement.

Stratégie de dépistage ciblé

Élaborée en 2018 et finalisée en février 2019, la nouvelle stratégie de dépistage ciblé de la RDC repose sur les directives de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), précédemment mises en œuvre dans les provinces soutenues par PEPFAR⁵, qui encouragent le dépistage et conseil à l'initiative des prestataires (DCIP) au moyen d'un outils. Cette stratégie distingue deux groupes de patients admis aux DCIP. Ceux qui s'auto-identifient comme HSH, CDI, PS, transgenres, personnes incarcérées, mineurs, camionneurs ou commerçants ambulants doivent être « systématiquement » testés, par dépistage du VIH à l'initiative du prestataire à chaque visite, indépendamment du comportement à risque déclaré. Les patients plus vulnérables au VIH du fait de comorbidités, y compris ceux dont le test TB est positif, mal nourris, hospitalisés avec signes et symptômes de VIH ou positifs à d'autres infections sexuellement transmissibles (IST), doivent aussi être testés systématiquement.

Si un patient n'est pas cliniquement admis ou ne s'identifie pas comme membre de ces groupes clés et vulnérables, le prestataire devra administrer un questionnaire de facteurs de risque (« *Avez-vous eu plusieurs partenaires sexuels durant les 12 derniers mois ?* ») pour déterminer l'admissibilité aux DCIP (dépistage « ciblé »). Les patients non admis aux DCIP en vertu des critères d'identité et de risque restent admis au dépistage volontaire, mais les prestataires ne recommanderont en l'occurrence pas le dépistage du VIH comme composante des soins de routine. Ce processus devrait produire de plus grands nombres de cas dépistés et signalés suivant le nombre de tests effectués et améliorer ainsi le rapport coût-efficacité du dépistage dans les zones à faible prévalence(11).

Outre les directives cliniques mises à jour, le PSNR 2018-2021 pour le VIH cherche à renforcer le dépistage à base communautaire, le dépistage ciblé dans les contextes de soins de santé et le dépistage des enfants exposés, en insistant sur les groupes prioritaires suivants (en référence au PSNR)(14) :

- Patients coinfectés VIH/tuberculose, considérant un dépistage du VIH estimé à 25 % seulement des patients tuberculeux
- Populations clés à haute prévalence relative : PS (3,4 %), HSH (3,3 %) et CDI (5,9 %)⁶
- Enfants et adolescents de 10 à 19 ans, qui représentent 12 % de la totalité des PVIH

⁵ Bien qu'extérieure à la portée de la PCE, la stratégie de dépistage 2018 de PEPFAR se résume comme suit : « *Des cibles ambitieuses ont été définies pour identifier plus de positifs par des approches stratégiques agressives, particulièrement axées sur Kinshasa. La proportion du budget en fonction des cibles HVCT a doublé dans le plan COP 2017 pour tenir compte de ces cibles ambitieuses. Les cibles de dépistage ont été calculées d'après les cibles de traitement, donnant lieu à la nécessité de tester 1 345 443 individus pour produire 41 189 positifs... Les prévisions sont que 80 % de ces positifs seront recrutés à travers les modalités en formation sanitaire et que 20 % proviendront des modalités à base communautaire (principalement index et mobiles).* »

⁶ De nouvelles données sur la prévalence du VIH parmi les populations clés ont été rendues disponibles après la rédaction de ce rapport et indiquent : PS (7,7%), HSH (7,1%) et CDI (3,9%).

- Orphelins et enfants vulnérables, qui présentent un haut risque comportemental de transmission du VIH
- Personnels en uniforme, chez qui la prévalence est estimée à 3,6 % (6,4 % chez les gardiens de prison)
- Femmes enceintes, en particulier pour réduire la transmission de la mère à l'enfant (PTME)
- Réfugiés et déplacés internes (DI)

Concernant le dépistage du VIH, le PSNR liste l'objectif 4.1.2 : 90 % des PVVIH sont dépistées (soit un nombre estimé à 481 011 PVVIH), avec recommandation des cibles de couverture suivantes pour 2018-2021⁷ :

Tableau 8. Cibles de couverture du dépistage du VIH, PSNR 2018-2021

Indicateur de performance*	Valeur de référence (%)	Année de référence	Cible (%)			
			2018	2019	2020	2021
% de la population de 20 à 49 ans soumise au dépistage du VIH	8,5	2014	30	50	70	90
% des PS soumis(es) au dépistage du VIH	45,7	2015	54	63	71	80
% des HSH soumis au dépistage du VIH	7,8	2013	26	44	62	80
% des adolescents soumis au dépistage du VIH	Sans données	-	20	43	67	80
% des PVVIH soumises au dépistage du VIH	54,7	2017	64	73	82	90

*Tous les indicateurs de dépistage incluent « et connaissant leurs résultats ».

Conclusion n° 5 : Les stratégies rentables (coût-efficacité) pour améliorer la notification des cas de VIH n'ont pas été complètement mises en œuvre, ce qui a entraîné des ruptures de stock de tests VIH de première ligne.

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

Bien que la nouvelle stratégie de dépistage du VIH soit largement acceptée par les parties prenantes nationales, elle n'a pas été largement diffusée vers les formations sanitaires des provinces soutenues par le Fonds mondial, ce qui entraîne une insuffisance de l'approche DCIP basée sur les risques et un faible rendement du dépistage. De plus, les formations sanitaires continuent d'utiliser les tests de dépistage du VIH réservés aux DCIP basés sur le risque pour le dépistage volontaire et les DCIP de personnes à faible risque de contraction du VIH, donnant lieu à des ruptures de stocks persistantes de tests VIH de première ligne.

Dépistage du VIH chez les femmes enceintes

Pour éliminer la transmission de la mère à l'enfant (PTME), le PSNR préconise que toutes les femmes enceintes vivant avec le VIH (en nombre estimé à 76 211) connaissent leur statut VIH d'ici 2021. Le plan note toutefois aussi que 45 % seulement des formations sanitaires avaient mis en œuvre des activités PTME au moment de la rédaction, et que 27 % seulement des femmes enceintes étaient au courant de leur statut sérologique en 2015. Les gains enregistrés depuis lors sont malheureusement faibles : les données 2018 du SIGS indiquent que 23,6 % seulement des femmes enceintes et allaitantes ont été soumises à un test de dépistage du VIH dans les zones de santé soutenues par le Fonds mondial en 2018. Ce pourcentage variait cependant par région : 11,9 % seulement des femmes enceintes et allaitantes de l'Équateur avaient été testées, par rapport à plus de 30 % dans les provinces de Tshopo, Sud Kivu, Kwango, Haut-Lomani et Kongo Central. Les PU/DR 2019 révèlent certaines améliorations du dépistage du VIH chez les femmes enceintes, le MdS déclarant que 37,6 % d'entre elles connaissaient leur statut VIH au S1 de cette année. Le cadre de performance du Fonds mondial a fixé des cibles de 39 % en 2018 et 44 % en 2019, pour des taux de réalisation de 95 % et 85 %, respectivement.

⁷ Les cibles et valeurs de référence sont celles du Plan stratégique national de riposte 2018 – 2021 au VIH, qui cite les sources des valeurs de référence sans toutefois décrire en détail la définition des cibles. Ces sources sont les rapports d'étape de la riposte mondiale au sida d'ONUSIDA (pour les indicateurs de population clé) et, pour la proportion des adultes de 20 à 49 ans soumis au dépistage du VIH, l'Enquête démographique et de santé (EDS) 2013/14.

Ruptures de stocks de tests VIH

Durant la période d'évaluation 2018-2019, la PCE a constaté que les ruptures de stocks persistantes de tests VIH dans les formations sanitaires entravaient la couverture du dépistage. Comme indiqué dans le rapport PU/DR S1 2019, 240 formations sanitaires sur 3 578 (6,7 %) ont fait état d'une rupture de stocks de tests VIH rapides, soit un nombre supérieur au seuil acceptable de 71 formations sanitaires. On observe cependant aussi une claire amélioration de la disponibilité des trois tests rapides dans l'algorithme de dépistage durant les trois premières périodes de rapport, avec une baisse du pourcentage des formations sanitaires ayant connu une rupture de stocks, de 23 % au S1 2018 à 16 % au S2 et à 6,7 % au S1 2019.

Le rapport d'audit OIG de juillet 2019 constate aussi que, si la thérapie ART était continuellement disponible dans toutes les formations sanitaires visitées (n = 55 sur six DPS), 67 % avaient enregistré des ruptures de stocks de tests VIH récurrents d'une durée moyenne d'un mois. Du fait de ces ruptures de stocks, il est estimé que 2 314 femmes enceintes séropositives à VIH (27 % de la totalité des femmes enceintes se présentant aux soins prénatals dans les 55 formations en 2018) n'ont pas été testées pour le VIH(9). Le rapport attribue ce problème à la mise en œuvre insuffisante de la stratégie de dépistage ciblé, indiquant que « *les tests VIH fournis en vertu de la subvention du Fonds mondial sont destinés aux populations clés et aux populations à risque... mais les formations sanitaires étendent le dépistage du VIH à la population générale* »(9).

La PCE a examiné les causes potentielles de ces ruptures de stocks dans une analyse des causes profondes (RCA) en 2019. Outre l'insuffisance de la mise en œuvre de la nouvelle stratégie, d'autres facteurs sont entrés en jeu :

- Faiblesse de la gestion de la chaîne d'approvisionnement, concernant notamment la quantification des stocks aux formations sanitaires
- Pénuries de personnel, pharmaciens et techniciens en pharmacie en particulier, aptes à guider les plans de distribution et à gérer les stocks
- Utilisation des kits de test par les agents de santé à d'autres fins, pour la sélection des donneurs de sang par exemple
- Financement du dépistage du VIH basé sur les résultats
- Distribution de tests VIH à des formations sanitaires comprises dans des zones de santé qui ne sont pas appuyées par le Fonds mondial.

« Le dépistage bien ciblé [sera utile] à l'amélioration du premier 90, mais nous devons aussi identifier d'autres mécanismes pour éviter les ruptures de stocks. » (Citation d'un informateur clé en RDC)

Obstacles à la mise en œuvre : Faible disponibilité des données pour les indicateurs de performance

La faiblesse de la disponibilité et manque des données disponibles pose un défi constant à la définition des cibles et à la mise en œuvre en RDC, faute d'estimations représentatives disponibles pour les populations clés. Cela dit, l'enquête biocomportementale intégrée IBBS 2013/14, menée auprès de 12 207 enfants des rues, mineurs, camionneurs et PS dans 11 villes et capitales provinciales, offre la meilleure information disponible sur le comportement sexuel, le dépistage du VIH et sa prévalence. Celle-ci est élevée dans les quatre populations clés soumises à l'étude, par rapport à la population générale (2013 : 0,6 % ; Tableau 8)(15). Parmi ces quatre groupes, les PS présentaient la prévalence VIH la plus élevée (6,9 %), bien qu'elles fussent aussi les plus susceptibles d'avoir jamais obtenu un test de dépistage du VIH (Tableau 9).

Tableau 9. Résultats de l'enquête IBBS par population clé à l'étude, 2013

Population	Taille de l'échantillon			Avaient obtenu un test VIH (%)			Prévalence du VIH (%)			
	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total	IC 95 %
Enfants des rues	1 465	782	2 247	13,8	17,5	15,1	0,3	4,3	1,6	1,0 - 2,2
Mineurs	1 335	-	1 335	28,9	-	28,9	1,8	-	1,8	1,1 - 2,5
Camionneurs	2 077	-	2 077	39,2	-	39,2	1,2	-	1,2	0,7 - 1,7
PS	-	6 458	6 548	-	66,5	66,5	-	6,9	6,9	6,3 - 7,5

**L'enquête IBBS 2013/14 n'a interviewé aucun mineur ou camionneur de sexe féminin, ni travailleur du sexe de sexe masculin.*

La prévalence du VIH s'est aussi avérée hautement variable suivant les DPS, avec des estimations de prévalence atteignant jusqu'à 14,2 % pour les PS à Mbuji-Mayi, 10,7 % à Lubumbashi et 9,8 % à Kinshasa. Le pourcentage des populations clés qui avaient obtenu un test de dépistage du VIH variait aussi par région : 24,8 % des enfants des rues de Kinshasa avaient été testés par rapport à 8,6 % à Kisangani et 9,4 % à Mbuji-Mayi. En ce qui concerne les PS, 66,5 % avaient été testées, par rapport à 32 % à Kisangani. D'importants changements démographiques, ces six dernières années, ont cependant vraisemblablement affecté ces estimations. Il n'existe du reste aucune estimation de taille des populations.

Du fait des données limitées concernant les populations clés, le Fonds mondial a appuyé la conduite d'une enquête IBBS de suivi pour laquelle la collecte de données a commencé en 2016 et dont les résultats étaient attendus fin 2019. Les données n'étaient pas disponibles au moment de la rédaction ; la PCE en a cependant demandé le rapport sommaire et mettra ses conclusions à jour une fois les résultats reçus. Ces estimations ont le potentiel de fournir une information critique à l'identification des insuffisances de la couverture du dépistage.

Au S2 2018, le Fonds mondial a prié les PR, pour les trois maladies, de produire un rapport des indicateurs de performance du Fonds mondial au moyen de DHIS2. Bien que les PR aient accédé à cette demande, le personnel des programmes n'a pas considéré les données de DHIS2 suffisamment fiables pour plusieurs indicateurs, en particulier concernant les populations clés, exprimant des réserves sur la complétude des rapports, l'exactitude des valeurs et la formation insuffisante du personnel de santé dans les formations sanitaires à la saisie des données. Le PNLS en particulier fait toujours appel aux données de routine collectées séparément pour mesurer la progression de la couverture du dépistage. Nous comparons ici, autant que possible, les rapports de résultats du PNLS aux estimations de DHIS2, afin d'illustrer la variabilité des estimations de surveillance par source de données aussi bien que la totalité des données disponibles pour la performance des indicateurs. La question est discutée plus avant au chapitre 4.

Obstacles à la mise en œuvre : cofinancement et dépistage des donneurs de sang

Le 9 janvier 2018, le gouvernement de la RDC a engagé 98 864 223 US\$ au cofinancement des programmes de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Bien que la documentation du cofinancement ne soit pas stratifiée par intervention, l'allocation de cofinancement comprend un poste d'approvisionnement en produits au bénéfice du Programme national de transfusion sanguine (PNTS), couvrant notamment des tests de dépistage du VIH destinés aux donneurs de sang processus de sélection des donneurs. Les rapports préliminaires du Fonds mondial indiquent que, de janvier à décembre 2018, le gouvernement a dépensé 133,9 millions US\$ au poste du cofinancement, excédant son engagement pour la période de subvention de trois ans⁸(16). Il existe cependant une certaine confusion quant à savoir si l'approvisionnement de ces produits a eu lieu ou non.

En outre, plusieurs parties prenantes ont mentionné le dépistage rapide du VIH chez les donneurs de sang potentiels comme cause majeure des ruptures de stocks de tests VIH de première ligne dans les formations sanitaires. Bien qu'aucune donnée quantitative fiable sur les tests VIH réalisés comme mécanisme de sélection des donneurs de sang ne soit disponible au moment de la rédaction, deux observations appuient cette possibilité. D'abord, le PSNR a fixé des cibles ambitieuses de dépistage de sélection des donneurs, y compris la réduction de la transmission du VIH par le sang de 1,3 % en 2015 à moins de 1 % à l'horizon 2021. Cet objectif inclut un accroissement du dépistage des donneurs de sang bénévoles, de 32 % à 52 %. Ensuite, dans le rapport 2019 du LFA sur l'usage des tests VIH, le LFA indique avoir visité un centre de santé et trois hôpitaux général de référence, dans lesquels 61,6 % des tests VIH étaient utilisés pour le dépistage de sélection des donneurs de sang (étendue : 38,25-80,2 %)(17).

Conclusion n° 6 : Une fois mises en œuvre, les activités de sensibilisation communautaire ont réussi à améliorer la couverture du dépistage du VIH pour les groupes clés et prioritaires.

⁸Rapport préliminaire concernant les dépenses publiques. Soumis au Fonds mondial le 3 août 2019, en réponse à une lettre du Fonds adressée au ministre de la Santé le 16 juillet 2019. Documents internes.

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

La demande de subvention pour le VIH et la tuberculose comprend les activités prioritaires suivantes en vue d'améliorer la couverture du dépistage dans les populations à haut risque :

- Dépistage du VIH aux événements organisés par les réseaux de HSH, transgenres, PS et CDI
- Décret ministériel demandant aux prestataires d'offrir le dépistage du VIH aux groupes vulnérables
- Rénovation et offre de « centres conviviaux » à l'intention des HSH et autres populations clés
- Promotion du conseil et dépistage aux adolescents et aux jeunes
- Services de dépistage mobiles

Ces stratégies ont été mises en œuvre dans sept provinces (Bunia, Kasai Oriental, Kinshasa, Kongo Central, Nord-Kivu, Sud-Kivu et Tshopo). Les parties prenantes ont signalé des résultats positifs durant la mise en œuvre initiale des stratégies. Les premières analyses des données du SIGS sur les populations clés ont aussi indiqué de bons résultats de dépistage, avec de hauts taux de positivité chez les PS, HSH et CDI. Les PU/DR 2019 font aussi mention des activités de proximité communautaire comme sources d'amélioration de la couverture du dépistage. Le PU/DR S1 2019 de CORDAID indique par exemple que 4 185 CDI ont été testés en 2019 (120 % de la cible de la subvention). De même, des taux élevés de réalisation ont été rapportés pour les PS (95 % ; n = 17 466 tests effectués) et les HSH (109 % ; n = 11 511 tests effectués). Ces taux élevés ont été attribués à différentes stratégies de proximité communautaire et axées sur les populations clés, y compris l'approche des centres de dépistage « conviviaux », l'observation de la nouvelle stratégie de dépistage dans les formations sanitaires, les unités de dépistage mobiles, le ciblage des « quartiers chaud » de prostitution, le dépistage de cas index et les réseaux de référence par les pairs.

« La stratégie de dépistage ciblé fonctionne bien ; nous avons ciblé les sites de populations clés appropriés ; nous allons où elles se trouvent. » (Citation d'un informateur clé en RDC)

PEPFAR a aussi décrit de bons résultats des activités de proximité communautaire : « Les données du premier trimestre de l'exercice 2017 ont indiqué clairement que le passage à l'échelle du dépistage index communautaire et mobile a le potentiel d'atteindre des populations spécifiques (adolescents, hommes, populations clés) qui ne semblent pas bien desservies par l'approche DCIP. La délégation des tâches permet désormais aux pairs éducateurs de mener le dépistage et cela rend cette modalité plus faisable. »(12) Certains SR ont aussi fait remarquer que la réception de véhicules pour l'accès aux zones isolées de trois DPS (Kongo Central, Nord-Kivu et Sud-Kivu) leur permettait d'améliorer le suivi et l'accompagnement des centres de santé « conviviaux » et des cliniques mobiles orientées vers les PS.

Conclusion n° 7 : Des stratégies de dépistage avec des objectifs contradictoires, ont entraîné des résultats différents. Un exemple en est le financement basé sur les résultats (FBR) pour les tests de dépistage du VIH, qui, selon les parties prenantes, aurait renforcé le dépistage à grande échelle des populations à faible risque.

Robustesse : (rang = 3) La conclusion est corroborée par peu de sources de données et repose principalement sur les données d'entretiens KII jugées de bonne qualité étant donné la familiarité des informateurs clés sur la question.

Pour améliorer le progrès vers les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), la RCD a inclus le financement basé sur les résultats (FBR) dans les stratégies de son *Plan de développement national 2011-2015* et l'a mis en œuvre dans 13 DPS(18). Les incitatifs du FBR dans ces provinces étaient conçus pour améliorer la qualité du traitement, accroître le nombre de patients recevant des services et offrir un supplément de salaire aux prestataires par le biais de paiements basés sur la prestation des services d'une enveloppe d'interventions comprenant les consultations externes, les visites pré- et postnatales, les procédures chirurgicales mineures et le dépistage du VIH. Le financement est prévu jusque fin 2020, avec possibilité de prolongement.

Étant donné que les formations sanitaires qui offrent le dépistage du VIH ont été intégrées, pour la majorité, dans le SIGS en 2018 et que le FBR remonte à 2011, il est difficile de suivre les changements intervenus au niveau du dépistage par rapport aux résultats précédents. Les parties prenantes indiquent cependant voir dans la rémunération de la prestation de tests de dépistage du VIH un « incitatif à effet pervers » potentiel,

qui encourage les agents de santé à effectuer les tests indépendamment du risque présenté par les patients. Il en résulte que les formations sanitaires qui mettent en œuvre le FBR enregistrent une insuffisance de kits de test et de faibles taux d'identification de cas :

« Le FBR encourage la consommation de tests même sans résultats positifs. Il faudrait voir comment changer cet indicateur du nombre de personnes testées au nombre de cas positifs. » (Citation d'un informateur clé en RDC)

Les parties prenantes conviennent largement que le système de santé doit incorporer l'identification de cas et les taux de positivité au VIH dans le processus d'incitation du FBR, et s'éloigner ainsi du seul nombre de tests réalisés. Au moment de la rédaction, l'indicateur de dépistage avait été modifié, du nombre de personnes testées au nombre de personnes positif au test VIH. Cela devrait faciliter l'application de la stratégie de dépistage qui accroît la probabilité de détection de cas positif par test effectué.

3.4 Tuberculose

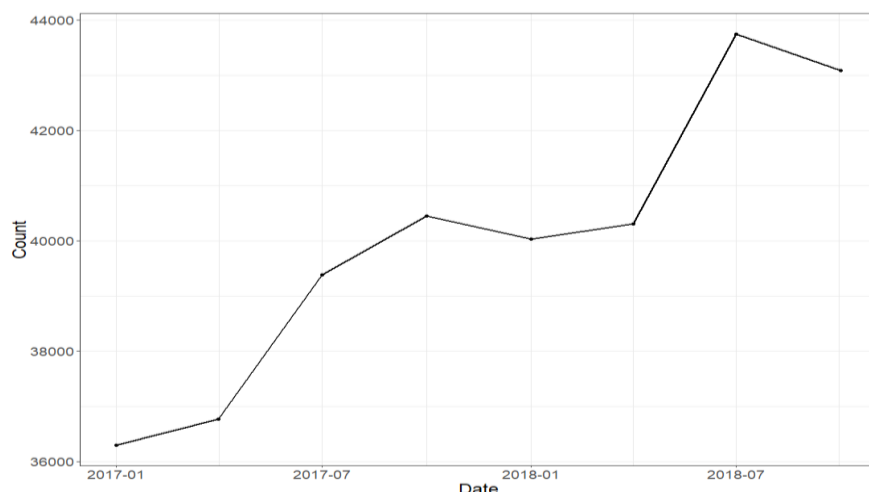
La RDC compte parmi les au nombre des 30 pays désignés par l'OMS comme pays à charge de morbidité élevée concernant la tuberculose, la tuberculose multirésistante (TB-MR) et la co-infection VIH/tuberculose. Selon les estimations, 270 000 personnes auraient contracté la tuberculose en RDC en 2018. Un peu plus de 171 000 personnes atteintes de tuberculose active ont été signalées au programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT) en 2018, laissant un écart de détection des cas estimé à quelque 100 000 personnes.(19) Comblent cet écart est un objectif majeur de la subvention actuelle de lutte contre la tuberculose. Les membres des populations clés disproportionnellement affectées par la tuberculose et prioritaires dans la recherche des cas actifs sont les prisonniers et le personnel pénitentiaire, les hommes en uniforme (police et armée), les mineurs et les personnes établies aux alentours des mines, les personnes déplacées par les conflits tribaux et/ou les réfugiés et les diabétiques. Il existe un large écart de détection des cas chez les enfants tuberculeux. En 2018, la RDC a déclaré 19 802 enfants atteints, soit juste un peu plus de la moitié des cas de tuberculose estimés dans la population infantile. L'amélioration des résultats dans la population présentant une co-infection tuberculose/VIH, soit 14 % des personnes tuberculeuses, est aussi prioritaire.

Paysage du financement de la tuberculose et Fonds mondial

Différents bailleurs financent les activités systématiques des DPS : le Fonds mondial couvrait 18 DPS, USAID en couvrait 9 et Action Damien 11, au début de l'année 2018. Dans certaines DPS, il y a toujours deux partenaires de financement. Dans l'intérêt de l'élargissement de la couverture géographique, de l'amointrissement du redoublement des interventions contre la tuberculose et de l'optimisation de la coordination des activités, le Fonds mondial, USAID, Action Damien et le PNLT ont signé un protocole d'entente. Ce partenariat a jeté les bases d'une approche selon laquelle chaque bailleur offre une enveloppe fondamentale de services dans ses propres DPS et s'engage à assurer un soutien pratique et financier. Les évidences montrent que ce partenariat porte ses fruits et que les trois partenaires agissent ensemble, en synergie, pour répondre aux besoins du pays. Les résultats en sont la disponibilité de médicaments, la facilité des transferts de stocks entre les DPS suivant les besoins et le transport garanti des intrants aux formations sanitaires. Bien que le partenariat se soit montré efficace tout au long de la phase de mise en œuvre, la redevabilité n'était pas clairement définie et certaines dispositions du protocole n'ont pas été respectées. Celui-ci prévoit par exemple la centralisation au niveau du PNLT de la gestion des médicaments et des intrants de laboratoire et de leur mise à disposition dans toutes les DPS. Tous les bailleurs n'observent cependant pas cette disposition et le PNLT éprouve des difficultés à faire valoir son leadership pour gérer efficacement les stocks de médicaments antituberculeux à l'échelle nationale.

La notification des cas de tuberculose et la capacité de détection des cas sont en hausse grâce au soutien du Fonds mondial, cependant il reste un large écart de détection. Le principal indicateur utilisé pour mesurer le succès de la stratégie de lutte contre la tuberculose est le nombre de nouveaux cas et de rechutes signalés. Le but était une notification de 163 900 cas en 2018, 200 000 cas en 2019 et 266 900 cas en 2020. Malgré une hausse de 15 % des cas signalés entre 2017 (151 832 cas) et 2018 (178 682 cas), le taux de détection reste faible par rapport à l'objectif 2019 de 200 000 cas. D'après les résultats satisfaisants en 2018, les cibles de notification pour 2019 et 2020 ont été accrues d'environ 15 %, avec nouvelle quantification des médicaments de première intention conforme aux objectifs révisés(21).

Figure 8. Cas de tuberculose notifiés, toutes formes (2017-2018)



Source : PNLТ ; données trimestrielles

La tendance à la hausse de la détection des cas de tuberculose se poursuivait début 2019, avec 86 866 nouveaux cas ou rechutes signalés durant les deux premiers trimestres de l'année. Cela représente une réalisation de 105 % de la cible de 82 994 de cas notifiés. Le crédit en revient en partie à une hausse du nombre de formations sanitaires offrant dépistage diagnostique et traitement de la tuberculose (CSDT), passé de 1 740 en 2016 à 1 976 en 2018. Le Fonds mondial a substantiellement participé à cet effort, en partenariat avec d'autres bailleurs, au financement de cet accroissement du nombre de CSDT.

Unités de dépistage mobiles

Au-delà de l'expansion des CSDT, le recours aux cliniques de dépistage mobiles à Kinshasa, Kongo Central, Kwango et Kwilu a aussi contribué au plus grand nombre de cas de tuberculose détectés. Le PNLТ dispose de quatre unités mobiles, qui ont commencé leurs campagnes de dépistage dans quatre villes aux T4 2018 et T1 2019. Ces unités de dépistage mobile comportent un laboratoire, un système radiographique numérique et une machine GeneXpert qui produisent leurs résultats en moins de deux heures. Les résultats initiaux de l'approche sont prometteurs. Dans les quatre villes, sur 83 cas prévus, 126 nouveaux cas ont été identifiés, représentant 152 % de la cible visée. Le PNLТ souhaiterait élargir le recours aux unités mobiles, bien que la mauvaise qualité des routes risque de laisser de nombreuses zones du pays inaccessibles à ces unités.

Conclusion n° 8 : Les activités communautaires de recherche des cas manquants n'ont pas été mises en œuvre comme prévu et ont été retardées en raison de l'impossibilité de mettre en œuvre les activités préparatoires, avec pour conséquence une faible absorption des fonds catalytiques.

Robustesse : (rang = 2) La conclusion est corroborée par plusieurs sources de données, dont les entretiens avec les informateurs clés et les preuves documentées, et les données sont considérées de bonne qualité étant donné la familiarité des informateurs clés sur la question.

En dépit de gains récents, d'importants défis se posent toujours à l'amélioration du dépistage de la tuberculose. Les fonds catalytiques de 2,5 millions US\$ devraient financer les interventions relatives à la recherche des cas actifs, par dépistage et diagnostic, prise en charge communautaire de la tuberculose, interventions communes de lutte contre la tuberculose et le VIH et dépistage et diagnostic de la TB-MR. Avant la mise en œuvre de ces activités, un certain nombre d'activités préparatoires devaient cependant être accomplies mais ont été soit retardées, soit menées inadéquatement. Ces activités comprenaient :

- Formation des agents de santé communautaire responsables de la sensibilisation et de la recherche des personnes atteintes de tuberculose
- Mise en œuvre de la stratégie de transport des échantillons d'expectoration
- Organisation du transport des échantillons d'expectoration des communautés aux formations sanitaires

Le budget de la subvention actuelle prévoit l'allocation de fonds au transport des échantillons. Le déploiement du pilote du système de transport national des échantillons n'a cependant été entrepris que le 31 décembre 2018 dans la DPS de Kongo Central. Un consultant a été engagé pour faciliter la reproduction de l'expérience au niveau national et, en avril 2019, un atelier a été organisé avec les CPLT prioritaires pour la mise à jour de chacune de leurs stratégies de transport des échantillons, mais le CPLT de Kinshasa n'a entrepris cette activité qu'en septembre 2019.

Conclusion n° 9 : Les machines GeneXpert ont été déployées, cependant il reste des obstacles à la mise en œuvre, notamment une couverture géographique limitée et des ruptures de stocks des produits associés.

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

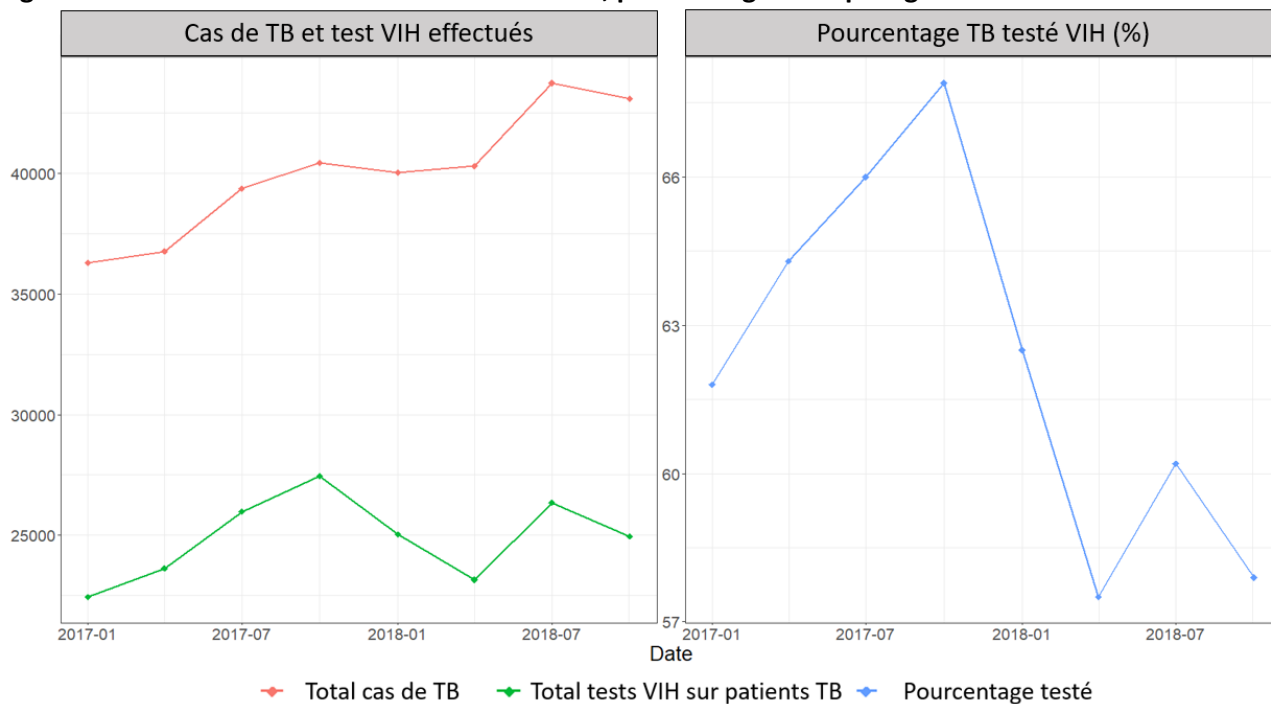
Le passage à l'échelle du test diagnostic GeneXpert est une autre stratégie visant à combler l'écart de détection des cas. L'opération se déroule bien, avec l'aide de différentes sources de financement et partenariats. Le Fonds mondial y participe le plus largement. Sur les 156 machines GeneXpert achetées depuis 2012, le Fonds mondial a financé 48 machines en 2016 et 62 en 2018. Dans un vaste pays composé de 519 zones, cela ne représente toutefois qu'une machine GeneXpert pour 3,3 zones de santé. Qui plus est, certains centres se sont trouvés confrontés à des ruptures de stocks récurrents de cartouches et à l'expiration des cartouches en 2018. En 2019, la situation s'était améliorée et l'on notait une plus grande disponibilité de cartouches, de techniciens de laboratoire et de formations des prestataires.

Conclusion n° 10 : Le dépistage du VIH chez les patients tuberculeux augmente, mais pas assez rapidement pour suivre le rythme de l'augmentation du nombre de nouveaux cas de tuberculose notifiés. La stratégie du guichet unique est conçue pour améliorer le dépistage et le traitement du VIH chez les patients coinfectés, mais son déploiement a été retardé.

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

Malgré une hausse de 20 % des notifications de cas de tuberculose et de 11 % du dépistage du VIH entre 2017 et 2018, le nombre de patients tuberculeux soumis au dépistage du VIH est en baisse, de 64 % en 2017 à 60 % en 2018. L'hétérogénéité géographique est notable, avec six DPS rapportant de très faibles taux : Kasai (8 %), Kasai Oriental (19 %), Lomami (20 %), Équateur (42 %), Kwilu (44 %) et Mongala (46 %). Les faibles taux de dépistage s'expliquent peut-être par la faible intégration du VIH dans l'enveloppe de services des CSDT, les ruptures de stocks de kits de tests de dépistage rapide du VIH et la faible intégration de la stratégie du guichet unique dans la plupart des formations sanitaires.

Figure 9. Cas de tuberculose et test VIH effectués ; pourcentage de dépistage du VIH



Le modèle « guichet unique » de services tuberculose/VIH intégrés demeure fragmenté et l'opérationnalisation du modèle ne s'est pas déroulée comme prévu. Une difficulté en est l'interdépendance des parties prenantes.

Pour que le guichet unique puisse devenir opérationnel, certaines conditions préalables doivent être remplies, notamment l'élaboration de la formation et des directives applicables aux prestataires au niveau central, intermédiaire et périphérique. De concert avec le Fonds mondial, les PNLS et PNLT ont élaboré les supports de formation. En septembre 2018, un manuel préliminaire a été proposé et finalisé et les ateliers de formation ont eu lieu en octobre 2018. En décembre 2018, les prestataires de 412 zones de santé avaient été formés, comprenant 159 responsables au niveau de la DPS, 2 060 au BCZC et 5 240 prestataires du PNLS et du PNLT.

L'approche pourrait encore améliorer certains aspects, en particulier en ce qui concerne l'approvisionnement et la chaîne logistique des tests, l'amélioration de la coordination des activités relatives à la co-infection, l'amélioration de la collaboration concernant l'aiguillage des cas et la sous-déclaration des personnes vivant avec le VIH qui reçoivent un traitement préventif de la tuberculose.

4. Réalité pratique du modèle d'activité du Fonds mondial

4.1 Facilitateurs et obstacles transversaux à la mise en œuvre des subventions et à l'absorption

Bien qu'un bon nombre des défis à la base de la faible absorption durant les six premiers mois de la mise en œuvre des subventions ont été résolus, des nouveaux défis se sont posés en 2019. De plus, certains de ceux identifiés dans le rapport de l'an dernier ont continué à poser problème en 2019.

Conclusion n° 11 : Il existe des preuves d'efficacité opérationnelle des subventions obtenues grâce aux nouveaux montage institutionnel, mais des difficultés persistent malgré les efforts des parties prenantes pour résoudre les goulots d'étranglement.

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

L'an dernier, nous avons décrit les nouveaux montages institutionnels et les modalités de mise en œuvre des subventions introduites durant le cycle 2018-2020 pour améliorer la coordination entre les composantes maladie et accroître l'efficacité opérationnelle tout en améliorant l'appropriation nationale et la pérennité. Ces nouveaux montages prévoyaient la consolidation des activités VIH et tuberculose sous un même PR, le recours aux SR transversaux au niveau provincial pour la prise en charge des trois maladies dans une province, le changement de l'encadrement, la supervision de la distribution mutualisée des produits de santé aux centres de distribution régionale (CDR) et l'opérationnalisation des subventions au PR gouvernemental à travers le gouvernement provincial au niveau provincial. En 2018, quelques signes d'efficacité opérationnelle accrue ont été observés sous l'effet de ce nouveau montage. Une analyse interne menée par Cordaid et SANRU a constaté une diminution des coûts de transport entre T4 2017 et T4 2018 (de 0,90 US\$/kg à 0,54 US\$/kg), tandis que les délais de livraison moyens augmentaient toutefois (de 13 à 21 jours). Ces délais accrus de livraisons (décrits plus avant ci-dessous) étaient probablement liés aux difficultés de synchronisation des livraisons de produits pour les trois maladies, tandis que la réduction des coûts de distribution pourrait s'inscrire dans une tendance plus large. Par exemple, nos analyses d'optimisation des ressources (VfM) semblent indiquer un meilleur rapport coût-efficacité dans l'approvisionnement et le transport des produits antipaludiques. Entre 2010 et 2018, le coût par moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action (MILD) expédié (soit le coût unitaire plus tous les coûts associés au stockage et au transport vers la zone de santé) a chuté de 17 US\$ à 7 US\$. Les coûts de livraison des tests de diagnostic rapides (TDR) et des CTA présentent une baisse similaire sur cette même période (voir l'analyse détaillée à l'Annexe 4).

Malgré ces gains d'efficacité, la mise en œuvre intégrale de la distribution mutualisée reste un défi. Un défi particulier a été le manque de synchronisation entre les PR tuberculose/VIH et paludisme dans les commandes d'approvisionnement en produits et l'alignement des calendriers de restockage des CDR, donnant lieu à une situation où les produits requis pour les trois maladies ne sont pas tous disponibles en même temps pour la distribution aux formations sanitaires. Idéalement, les produits relatifs aux trois maladies seraient disponibles au niveau central pour livraison synchronisée aux CDR. Dans la pratique, toutefois, les achats à travers le mécanisme d'approvisionnement groupé passent par différents fournisseurs dotés, chacun, de leur propre plan de livraison. Une solution potentielle discutée par les PR consisterait à avoir des entrepôts partagés au niveau central et à partager le transport du niveau central aux CDR. La PCE n'a encore observé aucun signe de mise en œuvre de cette recommandation et d'autres de l'analyse de la distribution mutualisée réalisée au T4 2018 par Cordaid et SANRU. En 2019, la PCE observait toujours certaines des mêmes difficultés, notant aussi les mesures prises par le Fonds mondial pour éviter les ruptures de stocks, comme l'autorisation donnée aux SR d'effectuer des livraisons ponctuelles pour les composantes maladies spécifiques. Nos analyses portent à croire que l'engagement et l'appropriation de la stratégie par les divisions provinciales de la santé (DPS) font aussi défaut et que les DPS pourraient assumer un plus grand rôle d'appui. Ainsi, les bureaux d'assistance technique de la DPS pourraient s'intéresser davantage aux questions de gestion de la chaîne d'approvisionnement et aider à résoudre les goulots d'étranglement.

« Le problème majeur est que les DPS n'assument pas la stratégie du stockage et du transport groupés. »

« On se réunit pour résoudre les ruptures de stocks, mais par pour les évaluer ou les anticiper. »

(Citations des informateurs clés en RDC)

Dans le rapport de l'an dernier, nous décrivions les difficultés rencontrées sur le plan de l'opérationnalisation des SR transversaux au niveau provincial pendant la mise en œuvre initiale des subventions. Bien que reconnu comme une évolution positive utile à la rationalisation du soutien des SR aux trois composantes maladie, le changement exigeait un effort de coordination et d'harmonisation substantiel entre les PR VIH/tuberculose et paludisme, qui ont chacun des contrats séparés avec les SR transversaux. En 2018 et 2019, les PR et les SR ont discuté les moyens d'améliorer l'opérationnalisation des activités de niveau provincial à travers les SR transversaux, dans le cadre de divers ateliers et forums tels que l'atelier de coordination PR/SR au T1 2018, les revues semestrielles de programme du Fonds mondial et l'évaluation intermédiaire des SR au T3 2019, donnant lieu à certaines améliorations. Par exemple, des réunions mensuelles de coordination sont désormais organisées entre les PR de la société civile et le gouvernement afin de mieux superviser et coordonner les activités des SR. D'autres changements ont été mis en œuvre pour minimiser les redoublements et maximiser

l'efficience. Par exemple, en 2018, les évaluations annuelles des SR ont été effectuées par les deux PR, produisant deux évaluations distinctes pour chaque SR transversal ; en 2019, toutefois, les deux PR ont mené des évaluations conjointes. Malgré ces progrès, la coordination entre les PR VIH/tuberculose et paludisme reste problématique. D'autres améliorations peuvent encore être apportées pour alléger la charge des SR qui font état de difficultés quant à la conciliation des activités et des priorités concurrentes simultanées des deux PR et à la gestion des multiples demandes de chaque PR, étant donné en particulier leurs ressources humaines et financières limitées. Pour le prochain cycle de subventions, le Fonds mondial et les parties prenantes du pays devraient se pencher sur la question de savoir si l'approche actuelle offre un modèle optimal pour la production de résultats en RDC.

Mises à part les difficultés de coordination uniques au nouveau montage institutionnel de mise en œuvre des subventions, d'autres problèmes de coordination spécifiques entre le gouvernement et les PR de la société civile ont impacté la mise en œuvre des subventions et l'absorption. La raison en est, en partie, la complexité des activités mises en œuvre de part et d'autre, souvent composées d'éléments multiples interdépendants qui demandent une importante planification et synchronisation. On citera par exemple les retards du déploiement de la stratégie du guichet unique (one stop shop) VIH/tuberculose causés par les agendas et calendriers contradictoires des différents groupes de parties prenantes impliquées dans la réalisation des formations des agents de santé. De même, le retard des formations des agents de santé communautaire du PNLT sur la recherche des cas manquants de tuberculose a entravé les activités afférentes de Cordaid. Un autre exemple, l'intégration du sous-module des populations clés dans DHIS2, qui incombait à la DSNIS mais requérait aussi une participation du PNL, et son retard a impacté la capacité de Cordaid à rendre compte des indicateurs relatifs aux populations clés dans DHIS2. Des mécanismes, tels que la matrice des responsabilités et les réunions de coordination, ont été établis pour mieux gérer et coordonner ces activités interconnectées mais l'exécution reste difficile. L'une des causes profondes en est le manque de communication et de partage d'information entre les parties prenantes, tant au niveau national qu'entre le niveau national et provincial. La PCE a remarqué plusieurs situations où les parties prenantes ignoraient les activités dont elles étaient responsables et le montant des fonds qu'elles étaient censées recevoir. Dans le cas des PR et des SR de l'État, les fonds de subvention doivent passer par de nombreuses mains et certains informateurs clés ont signalé des fonds non reçus par leurs destinataires visés. Ce manque de transparence pose un risque financier et peut aussi conduire au défaut de mise en œuvre des activités. La saisie des données dans DHIS2 et les visites de supervision par les agents de santé sont deux exemples d'activités affectées par l'ignorance des parties prenantes quant au personnel censé recevoir des primes salariales ou des allocations de transport. Le Fonds mondial et les PR devraient considérer des solutions technologiques, telles que l'approche « mobile money » utilisée avec succès pour le transfert de fonds aux gestionnaires des données dans le cadre du projet pilote TierNet. De telles solutions permettraient d'améliorer la redevabilité tout en assurant que les fonds des subventions parviennent à leurs destinataires visés.

« Le circuit (CAGF vers DPS vers zone de santé) de transfert de fonds aux zones de santé pour les réunions de suivi et de supervision n'est pas très orthodoxe. Soit les fonds n'arrivent pas, soit ils arrivent en retard - contrairement au nouveau modèle de financement (NMF) 1 où les fonds passaient directement des SR au niveau opérationnel et où il y avait moins de problèmes de participation des ECZS [Équipes cadre des zones de santé]. » (Citation d'un informateur clé en RDC)

« La plus grande difficulté concerne l'argent du transport. Pour une visite de supervision, le transport coûte environ 13 000 francs congolais [7,83 US\$]. Depuis décembre 2018, on a reçu 40 US\$ pour l'encadrement des SSC. Après cela, plus rien. Le Médecin Chef de Zone n'explique pas combien de temps cet argent est censé couvrir. » (Citation d'un informateur clé en RDC)

Si les problèmes de communication et de transparence expliquent en partie le fait que les destinataires visés n'aient pas reçu les fonds des subventions, la faiblesse de la gestion financière entre aussi en jeu. Malgré les efforts déployés pour renforcer la capacité de gestion financière (par l'intermédiaire d'agents fiscaux locaux dotés de rôles de renforcement de capacité étendus, par exemple), la faible conformité des DPS aux procédures financières et les problèmes de transmission des reçus et justificatifs de frais en temps opportun ont impacté le décaissement des fonds du niveau national au niveau provincial. Même en prévoyant des tampons d'un mois à chaque décaissement, les retards de décaissement aux DPS affectaient parfois les plans et délais de mise en œuvre des activités. Pour y faire face, des ressources du budget RSSH ont été affectées à

l'acquisition et à l'installation du logiciel de gestion financière *Tom2pro* dans 16 DPS prioritaires du Fonds mondial. Ce logiciel, qui numérise et rassemble les documents comptables au niveau de la province, est conçu pour résoudre certains des problèmes relatifs à la vérification des dépenses. Il permettra des transferts mensuels plus rapides des documents comptables requis à la CAGF / MSP. En 2019, cinq des 16 provinces visées ont reçu le logiciel et la formation.

De plus, la lourdeur des procédures de passation des marchés publics a paralysé de nombreuses activités et contribué à la faible absorption du module budgétaire RSSH, notamment. Les conséquences des retards d'acquisition d'articles tels que les registres des formations sanitaires et les outils de collecte de données aux formations sanitaires, l'équipement informatique, les contrats de service et les véhicules sont décrits en détail dans les chapitres précédents.

4.2 Mise en œuvre des révisions des subventions

Le portefeuille RDC a connu de nombreuses révisions de subventions en 2018 et 2019. Selon la Note de politique opérationnelle du Fonds mondial, les révisions des subventions sont prévues pour permettre les ajustements aux exigences programmatiques en cours de mise en œuvre, afin d'assurer l'utilisation efficace et efficiente continue des ressources du Fonds mondial. Les trois catégories de révisions possibles ont été utilisées en RDC : révisions de financement supplémentaire pour les subventions VIH/tuberculose et paludisme, révisions programmatiques (« reprogrammation ») et révisions budgétaires (« réallocation »). Les révisions programmatiques et de financement supplémentaire documentées à ce jour par la PCE sont résumées à l'Annexe 2. Les révisions budgétaires ne sont pas incluses dans ce tableau récapitulatif en raison de la plus grande difficulté de la PCE à les documenter. Comme les révisions budgétaires peu importantes (représentant un changement de moins de 15 % du budget d'intervention) sont approuvées par le PR et celles plus importantes (représentant un changement de plus de 15 % ou nécessitant l'introduction de nouveaux modules ou de nouvelles interventions) le sont par l'équipe pays, sans toutefois être nécessairement documentées dans une lettre de mise en œuvre, elles sont plus difficiles à suivre. La PCE n'en a pas moins remarqué des changements dans les budgets semestriels reflétés dans les PU/DR et les entretiens avec les informateurs clés ont laissé entendre que des révisions budgétaires inférieures à 15 % sont courantes en cours de mise en œuvre des subventions.

Conclusion n° 12 : Les révisions fréquentes des subventions en RDC semblent contribuer à l'utilisation efficace et efficiente des ressources du Fonds mondial, conformément aux buts de l'objectif stratégique 1 (SO1). Elles impactent cependant aussi la mise en œuvre des subventions car elles sont lourdes sur le plan administratif et nécessitent souvent de nouveaux budgets et cadres de performance, ainsi que la réorientation des parties prenantes vers de nouveaux plans d'activités.

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

À ce jour, la RDC a reçu un financement supplémentaire de plus de 38,6 millions US\$ aux postes VIH/tuberculose et paludisme. Dans les trois cas, les fonds supplémentaires ont servi à financer les activités des demandes de financement hiérarchisées au-delà de la somme allouée jugées hautement prioritaires par le Comité technique d'examen des propositions (TRP). Ils ont aussi entraîné le rehaussement des cibles de dépistage et traitement du cadre de performance attendues pour maximiser l'impact des subventions. La plupart des révisions programmatiques décrites à l'Annexe 2 sont le produit de changements des coûts unitaires ou de la disponibilité de soldes non dépensés d'activités retardées. Nous estimons à environ 5 millions US\$ les soldes non dépensés identifiés par les PR en 2018 et pendant la première moitié de 2019 et proposés à la reprogrammation vers d'autres activités. Le processus d'identification des soldes non dépensés puis d'examen et approbation par l'Assemblée générale de l'instance CCM et l'équipe pays du Fonds mondial a pris environ trois mois (janvier-mars 2019) pour les subventions VIH et TB au MSP. Le processus s'est avéré plus long pour la subvention paludisme de SANRU (janvier-août 2019) car l'approbation de la reprogrammation était combinée à celle d'autres révisions du programme. Bien que les révisions programmatiques aient été initialisées par le PR et examinées par l'Assemblée générale de l'instance CCM, nous avons constaté que, dans certains cas, l'équipe pays et le PR avaient déjà discuté la question et atteint

un consensus avant l'examen des propositions par la CCM. Cette dernière en a remis en cause l'utilité de son examen, mais l'approche a aussi favorisé une approbation plus rapide de la part de l'équipe pays, accroissant du reste la probabilité de son approbation des activités proposées par le PR et validées par la CCM.

En sa qualité de portefeuille à fort impact, la RDC peut demander des révisions programmatiques et budgétaires à tout moment pendant la mise en œuvre des subventions. Si cette flexibilité accrue a permis de reprogrammer et de réaffecter des fonds pour faire face aux réalités de la mise en œuvre et renforcer ainsi l'absorption et l'impact des subventions, les informateurs clés font aussi état de difficultés à suivre les fréquents changements budgétaires. Ils signalent par ailleurs la lourdeur administrative des révisions et leurs conséquences possibles sur la mise en œuvre des subventions, étant donné que les PR doivent détourner leur temps et leur énergie vers la révision des budgets et des cadres de performance et la réorientation des plans de travail des SR, entraînant parfois confusion et manque de continuité, en particulier au niveau sous-national.

« Bien que positives pour l'accès aux cibles fixées, les révisions budgétaires devraient s'accompagner de révisions des [budgets de] gestion des subventions. Mais l'accent est trop souvent mis sur les intrants, au détriment des autres aspects tels que les ressources humaines. » (Citation d'un informateur clé en RDC)

4.3. RSS : systèmes d'information pour la gestion sanitaire et suivi-évaluation

Depuis le cycle de subventions précédent en DRC, le Fonds mondial a participé au large soutien financier, par plusieurs bailleurs, du plan stratégique 2015-2017 de renforcement du Système national d'information sanitaire (SNIS ; SIGS), comprenant l'adoption du logiciel DHIS2 comme plateforme principale de gestion de l'information sanitaire en RDC. En 2017, DHIS2 était déployé dans la totalité des 26 provinces et 516 zones de santé du pays. Dans le cadre des subventions actuelles, les investissements du Fonds mondial dans le SNIS cherchent à consolider ces gains en améliorant davantage la qualité des données DHIS2 et leur utilisation dans la prise de décision, au soutien du Plan de renforcement du SNIS 2018-2020. Ce plan contribue aux trois objectifs du Plan national de développement sanitaire 2016-2020 de la RDC ayant trait au SNIS : (i) améliorer la complétude, la promptitude et la qualité des données collectées (ii) améliorer l'analyse et la production de l'information sanitaire et (iii) améliorer la diffusion de l'information sanitaire(23). Nous évaluons ici les progrès réalisés par rapport à ces trois objectifs, en nous concentrant sur la complétude et la promptitude des rapports, la qualité des données et leur utilisation et analyse par les programmes nationaux de lutte contre la maladie.

La complétude et la promptitude pour les trois maladies se sont considérablement améliorées en 2018 et au début de 2019, mais la qualité et l'utilisation des données constituent des défis permanents, en particulier au niveau des formations sanitaires et des zones de santé. Parmi les obstacles à la mise en œuvre figuraient les retards dans l'approbation et l'intégration des fonds catalytiques dans les accords subventions, une mauvaise connectivité Internet, de retards dans le processus de passation de marchés pour la production et la distribution des outils de collecte de données et l'utilisation des systèmes parallèles par les PR de la société civile. Parmi les facteurs ayant facilité cette intégration, nous citons l'harmonisation de la pyramide sanitaire et des « feuilles de route » pour l'intégration des données dans DHIS2, la simplification des outils de collecte et de rapportage des données, et le partenariat entre bailleurs de fonds à l'appui du plan national de renforcement du HMIS.

Allocation financière et absorption

La subvention VIH/tuberculose prévoit 12 037 859 US\$ pour le RSSH : module système de gestion de l'information sanitaire et de suivi-évaluation (S&E), ou 6,3 % de l'allocation totale, majoritairement affecté au PNLS (7 991 062 US\$; 66,4 % du total) et, pour le reste, au PNLT (3 344 110 US\$; 27,9 %) et à Cordaid (692 687 US\$; 5,8 %). Les activités de ce module sont axées sur l'amélioration de la qualité des données de routine (34,1 %) et des rapports (23,9 %), y compris la formation d'agents de S&E aux niveaux de la DPS et de la zone de santé (1,1 million US\$) et les transition et passage à l'échelle du progiciel Tier.net (2,4 millions US\$), pour faciliter l'accès à internet et la saisie des données des patients VIH. Pour le VIH et la tuberculose, le module prévoit aussi des enquêtes, dont l'IBBS 2018 et une enquête sur la prévalence de la tuberculose. Étant donné le manque d'estimations représentatives de la population et des données de recensement systématique en RDC, ces activités devraient améliorer la mise en œuvre et le ciblage du programme (12,24).

Les subventions paludisme comprennent une allocation nettement plus importante (22 546 027 US\$), allant pour 65,8 % au PNLP (14 843 040 US\$) et pour 34,2 % à SANRU (7 702 987 US\$). Les interventions comprises dans ce module se concentrent sur les rapports ordinaires (43,4 %) et l'analyse, les évaluations, les examens et la transparence (26,7 %), y compris des réunions mensuelles de suivi de zone de santé (1 898 520 US\$) et la fourniture de modems et de crédits internet, la connexion VSAT aux zones de santé (1 217 340 US\$). Les investissements dans le système de gestion de l'information sanitaire et de S&E des deux subventions représentent, ensemble, 6,4 % de l'allocation totale et comprennent 2,9 millions US\$ de fonds de contrepartie destinés à renforcer l'expansion et l'utilisation de DHIS2.

Conclusion n° 13 : Le retard de mise en œuvre des activités SNIS, principalement dû au non-achèvement des activités de passation de marché, a donné lieu à un faible taux d'absorption pour les modules relatifs au renforcement des activités SNIS.

Robustesse : (rang = 1) La conclusion est corroborée par plusieurs sources de données, dont celles obtenues des informateurs clés et les preuves documentées. (COD-M-MOH Lettre de gestion DSNIS - janvier-décembre 2018)

Pour les deux subventions, le module RSSH : SNIS et S&E représente l'allocation la plus importante du RSS, mais 35,9 % seulement en avaient été dépensés en juillet 2019. Aucune intervention comprise dans ce module ne présente d'absorption supérieure à 50 %, la plus forte figurant sous « analyse, examen et transparence » (49,3 %, 2 312 187 US\$ sur 4 690 545 US\$ budgétisés) et « qualité du programme et des données » (37,2 %, 2 048 411 US\$ sur 5 502 626 US\$ budgétisés). La performance la plus faible concerne l'intervention « systèmes d'enregistrement d'état civil », avec une dépense de 0 US\$ sur 28 410 US\$ budgétisés. Les parties prenantes signalent trois causes majeures de faible absorption entre S1 2018 et fin S1 2019 : retard de signature des contrats des fonds catalytiques (fonds de contrepartie) ; faible connectivité internet, en particulier dans les zones sans couverture 3G ou 4G, entraînant un retard dans la saisie des données dans DHIS2 pour certaines zones de santé ; et retards des contrats pour la production et la distribution des outils de collecte et de rapportage des données. Pour assurer la continuité, les SR impriment et distribuent désormais ces instruments dans leurs zones de santé respectives.

Depuis 2017, le nombre de formations sanitaires soumettant leurs rapports au DHIS2 est en hausse nette, de 15 461 formations en janvier 2017 à 16 771 en janvier 2019 pour les indicateurs du paludisme et de 1 353 à 4 334 pour le VIH. Début 2019, 2 001 CSDT étaient intégrés à DHIS2 pour les données TB. PEPFAR, qui soutient tous les services relatifs au VIH dans les provinces sites militaires du Haut-Katanga et du Lualaba et dans 18 zones de santé de Kinshasa entend intégrer 98 % des formations sanitaires avant le 30 septembre 2020, avec utilisation active des données DHIS2 dans toutes les zones de santé(12). Bien que PEPFAR, SANRU et Cordaid entretiennent des systèmes parallèles pour le rapport de l'information sanitaire, les trois organisations SANRU et Cordaid ont créé des passerelles de synchronisation des données DHIS2 avec leurs plateformes parallèles. Autres facteurs favorables à l'intégration DHIS2 et à la bonne complétude promptitude des rapports :

Simplification des outils de collecte et de rapportage des données: Les parties prenantes considèrent le canevas de rapportage du paludisme plus simple que celui du VIH, donnant lieu à de plus hauts pourcentages des rapports des indicateurs du paludisme, concernant le nombre total de « rapports » soumis (nombre de formations sanitaires les soumettant) et le nombre d'indicateurs rapportés (complétude des rapports). De plus, les parties prenantes ont fait remarquer que l'harmonisation et la réduction du canevas VIH en 2019 de 32 à 12 pages a favorisé un accroissement de la complétude des données VIH dans DHIS2.

Harmonisation de la pyramide sanitaire : L'irrégularité des rapports, concernant le nombre et le type de formations sanitaires, continuait à faire obstacle à la planification de la mise en œuvre. Par exemple, une même zone de santé présentait souvent différents nombres de sites entre les programmes et les partenaires. Outre l'harmonisation, la mise en œuvre de « feuilles de route » pour l'intégration des données dans DHIS2 présentait de bons résultats.

Partenariat entre bailleurs : Le Plan de renforcement du SNIS 2018-2020 a été soutenu par plusieurs bailleurs de fonds internationaux, y compris le Fonds mondial, Gavi, la Banque mondiale, le ministère britannique pour le Développement international (DFID) et l'Agence américaine pour le développement international (USAID). Le Fonds mondial et Gavi cofinancent par ailleurs une enquête DQR sur la qualité des données. L'étude sera

menée à l'échelle nationale et était prévue pour juillet 2018. SANRU est responsable du recrutement de l'organisme appelé à effectuer l'enquête et, au moment de la rédaction de ce rapport, ce processus était en cours.

Enfin, les parties prenantes ont signalé un malentendu parmi les gestionnaires des données des zones de santé, qui pensaient que les primes salariales leur accordées visaient seulement la saisie des données du paludisme, donnant lieu dans certaines zones de santé à favoriser la saisie des données du paludisme au détriment de la saisie des données des autres maladies.

« Les gestionnaires des données des zones de santé sont plus motivés par les données relatives au paludisme parce qu'ils croient que leurs primes sont liées aux données du PNLP (alors qu'elles le sont pour les trois maladies) ». (Citation d'un informateur clé en RDC)

Qualité et utilisation des données DHIS2 : amélioration de la qualité et l'utilisation des pour la prise de décisions.

Conclusion n° 14 : Bien que la complétude et la promptitude des données dans DHIS2 aient connu des progrès significatifs, la qualité des données reste encore faible et les données dans DHIS2 ne sont pas largement utilisées par les prestataires.

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

Malgré les améliorations en termes de complétude des rapports, les parties prenantes signalent que les données DHIS2 sont toujours confrontées aux défis de la qualité des données et les données des DHIS2 ne sont pas largement utilisées et analysées pour la prise de décision à tous les niveaux de la pyramide sanitaire surtout au niveau opérationnel. Une raison en est que le niveau opérationnel ne s'estime pas concerné dans les analyses et la discussion des données. Au niveau périphérique, les parties prenantes ont déclaré transmettre les rapports au niveau central comme requis mais ne pas utiliser les données localement pour améliorer la mise en œuvre. Comme l'a dit l'une d'entre elles : **« Les données, c'est comme un service DHL. »** Pour améliorer la situation, les économies de la mise en œuvre initiale vont servir à former des responsables de programme spécialisés, en insistant sur le renforcement des capacités sur les analyses et l'utilisation des données.

Le sous-rapportage et la mauvaise qualité des données n'est pas uniquement propre à DHIS2, mais plutôt un défi systémique plus large sur toutes les plateformes de collecte de données, ce qui ne stimule pas l'utilisation des données pour la prise de décisions. Par exemple, la RDC fait partie du Réseau ouest-africain contre la tuberculose (WARN-TB) et de la Communauté de développement d'Afrique australe. Malheureusement, en 2018, le pays n'a pas pu utiliser les données du SNIS relatives à la tuberculose dans son rapport à ces réseaux de surveillance, faute de faible qualité et faible complétude de données à la période de rapportage. L'approfondissement de la question a confirmé le problème : lors d'un atelier avec le PNLT sur la conformité des données soutenu par la PCE en 2019, il s'est avéré que l'écart entre les données du programme et les données DHIS2 présentait 19% de différence. Afin de renforcer l'utilisation de DHIS2, en 2018, le CT a commencé à exiger que les PR calculent les progrès par rapport aux indicateurs de performance dans les PU / DR en utilisant les données rapportées dans DHIS2, mais le processus d'intégration n'a pas commencé effectivement jusqu'au S2 de 2018. Les parties prenantes indiquent que cette exigence a eu un effet positif sur l'intégration des données dans DHIS2; cependant, bien que les programmes nationaux se soient conformés à cette exigence, les programmes VIH et TB n'ont pas considéré les données DHIS2 suffisamment fiables pour être utilisées pour la mise en œuvre du programme. Les données de 2018 sont considérées comme particulièrement problématiques pour les indicateurs impliquant le dépistage du VIH parmi les populations clés, les ruptures de stock et les activités communautaires.

4.4 Approche provinciale

Un total de 3 millions US\$ a été budgétisé pour l'approche provinciale dans les subventions contre le paludisme et dans les modules RSS, dont 2,4 millions US\$ dans la subvention au MSP/CAGF et 600 000 millions US\$ dans celle à SANRU.

Dans le rapport PCE de l'an dernier, nous avons décrit le processus de mise en œuvre de l'approche provinciale, (un processus qui a duré presque toute l'année 2018). Bien que certains aspects de l'approche provinciale soient entrés en vigueur en 2018, tel que l'engagement accru de l'équipe pays du Fonds mondial au niveau de la province, d'autres aspects, comme l'élaboration des plans de travail et des budgets provinciaux étaient encore en discussion. Nous avons ainsi pu constater en 2018 un certain degré d'incertitude, parmi les parties prenantes, quant à savoir comment, exactement, l'approche provinciale serait opérationnalisée. Continuant à suivre le déploiement de l'approche en 2019, la PCE a constaté un progrès considérable dans le passage de la phase de planification à la pleine mise en œuvre. S'inscrivent au nombre des étapes clés, les ateliers tenus en janvier/février au Maniema et à Kinshasa pour examiner et valider les activités de l'approche provinciale proposées par chaque province. À la suite de ces ateliers, les plans de travail 2019 budgétisés ont été approuvés par le Fonds mondial en avril et les premiers décaissements ont été effectués par la CAGF aux DPS de Kinshasa et Maniema en mai. Les activités budgétisées par les deux provinces ont été identifiées à l'occasion des revues semestrielles des programmes d'octobre 2018 qui ont été organisées pour la première fois au niveau des provinces et sur la base d'une analyse des progrès réalisés dans l'atteinte des indicateurs de performance. Les activités proposées visent dès lors à combler les lacunes et à résoudre les goulots d'étranglement pour renforcer la performance programmatique sur le plan de la tuberculose, du paludisme et des RSS. Elles couvrent, en gros, l'achat d'équipement (par ex., modems et carte de crédits de communication) pour améliorer la connectivité internet, les coûts associés aux déplacements vers les zones de santé pour le soutien de la saisie des données dans DHIS2, l'analyse et l'utilisation des données, les formations relatives aux procédures de gestion financière, à la gestion de la chaîne d'approvisionnement, aux protocoles de traitement, etc., et les coûts associés aux visites d'encadrement. Les activités relatives au VIH ne sont pas incluses dans ces budgets initiaux car une analyse approfondie était requise pour mieux définir les interventions stratégiques présentant le plus grand potentiel d'impact.

Bien que la mise en œuvre de l'approche provinciale en soit encore dans sa phase initiale, l'évaluation de processus indique qu'il y a des progrès au niveau de chacun des cinq objectifs de l'approche. Le Tableau 10 ci-dessous résume quelques étapes clés franchies et les accomplissements réalisés sur chacun de ces cinq objectifs.

Table 10. Etapes clés franchies et accomplissements vers la réalisation des objectifs de l'approche provinciale

Objectifs	Aspects soutenus par l'approche provinciale et progrès accomplis à ce jour vers la réalisation des objectifs
<p>1. Accroître l'impact sur les trois maladies</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Les revues au niveau provincial organisées en octobre 2018 et août 2019 se sont concentrées sur les progrès accomplis pour indicateurs de performance des subventions, dans l'identification des défis et sur le plan des recommandations d'amélioration. ● Des cadres de performance provinciaux, dotés de cibles spécifiques à la province, ont été mis au point pour faciliter le suivi et l'analyse plus approfondis des résultats provinciaux. Les rapports provinciaux concernant les indicateurs de couverture sont désormais inclus chaque semestre dans les PU/DR. ● Des plans de travail et budgets pour les activités additionnelles (financées par le budget de l'AP) ont été élaborés d'après une analyse des besoins pour renforcer les performances tuberculose, paludisme et RSS (les activités VIH sont toujours en attente).
<p>2. Renforcer la capacité gouvernementale provinciale (DPS et IPS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Des plans opérationnels (PAO) provinciaux ont été élaborés pour 2019 et les contrats uniques des DPS de Maniema et Kinshasa ont été signés au T2 2019, alignant les contributions financières des bailleurs et du gouvernement. ● Des réunions de groupes de travail de DPS ont été tenues régulièrement entre les acteurs du niveau provincial, y compris les représentants de coordination provinciale des trois maladies, les PR et SR du Fonds mondial, les centres de distribution régionale (CDR) et les dépôts médicaux régionaux, avec identification des activités ciblées, afin d'améliorer la quantification, la gestion des stocks et la coordination.

	<ul style="list-style-type: none"> ● Un cadre de collaboration a été convenu et signé entre les inspections provinciales de la santé (IPS) et la DPS de Kinshasa (mai 2019) ; celui de Maniema est en cours d'élaboration. ● Le soutien de l'équipe pays du FM a donné lieu à une meilleure analyse des données de routine pour la prise de décision et de la résolution des problèmes et contribué à une résolution plus rapide des goulots d'étranglement et des insuffisances de la mise en œuvre pour chacune des trois maladies.
3. Renforcer les systèmes de santé au niveau de la province	<ul style="list-style-type: none"> ● Renforcement de la fonctionnalité DHIS2 sous l'effet des améliorations de la connectivité internet des DPS et zones de santé, mise à jour des cartes de formations sanitaires, configuration des tableaux de bord de données et soutien de l'analyse et validation des données dans les zones de santé et les formations sanitaires. ● Autres ressources budgétisées dans les plans de travail provinciaux pour la conduite des visites d'encadrement, l'accompagnement et le soutien des zones de santé dans l'analyse des données et le suivi.
4. Renforcer les systèmes communautaires	<ul style="list-style-type: none"> ● La cartographie des agents de santé communautaire est en cours au Maniema, pour une meilleure intégration des activités communautaires concernant les trois maladies.
5. Accroître le financement de contrepartie du gouvernement provincial	<ul style="list-style-type: none"> ● Le gouvernement provincial de Maniema a donné son accord verbal de financement de contrepartie d'intrants complémentaires (par ex., médicaments pour la diarrhée et les maladies respiratoires aiguës) pour compléter l'enveloppe de soins de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME).

Le Tableau 11 ci-dessous met en lumière les leçons tirées ces deux dernières années, concernant l'élaboration, le lancement et la mise en œuvre initiale de l'approche provinciale. Ces leçons peuvent être utilisées pour les améliorations dans les provinces pilotes actuelles et dans les nouvelles provinces lors du passage à l'échelle e dans les nouvelles provinces. Il présente également comment améliorer l'engagement au niveau provincial dans le prochain cycle de financement.

Tableau 11. Leçons tirées de l'approche provinciale

Domaine	Enseignement tiré	Recommandations pour les provinces futures et/ou le prochain cycle de financement
<p>Coordination entre les trois maladies pour le développement d'activités intégrées</p>	<p>Le budget de l'approche provinciale était compris dans la subvention paludisme. Il en a résulté une certaines difficultés de coordination entre les PRs et les SR transversales. Ce montage a aussi compliqué le processus d'identification des activités intégrées pour renforcer les systèmes communautaires, lesquels demeurent aujourd'hui relativement faible par rapport aux progrès réalisés sur le plan des autres objectifs de l'approche provinciale. La plupart des activités planifiées apportent un soutien vertical aux maladies spécifiques. La désignation d'interlocuteurs (« focal points ») provinciaux dans chaque province (à partir du T1 2019) devrait favoriser une meilleure coordination et intégration des activités de renforcement des systèmes dans toutes les maladies.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Regrouper l'approche provinciale et des activités RSS au sein d'une subvention RSS autonome (déjà à l'étude) pourrait favoriser une meilleure opérationnalisation des investissements RSSH sur l'ensemble des maladies. ● Lors du passage à l'échelle à mesure de l'élargissement de l'approche provinciale à d'autres provinces, il faudrait prévoir un soutien technique supplémentaire de la part des partenaires pour aider les parties prenantes (au niveau de la province et de la zone de santé) à identifier les défis communautaires et à proposer des activités qui renforcent les systèmes communautaires. ● Des interlocuteurs de l'approche provinciale devraient être envisagés dans les futures provinces. En outre, la création d'un groupe de travail ou d'une unité de gestion sur l'approche provinciale, composée de membres du gouvernement et de la société civile aux niveaux central et provincial - comme cela est actuellement en cours de considération pour le NFM3 - pourrait aider à améliorer davantage la coordination et l'intégration.
<p>Capacité technique et rôle de la province dans la planification stratégique</p>	<p>Les gouvernements provinciaux n'ont historiquement pas eu de rôle actif dans la planification stratégique et leur pouvoir de décision est par conséquent généralement faible, au détriment de l'appropriation et de la redevabilité concernant la mise en œuvre des subventions. Malgré la tenue de dialogues provinciaux en vue d'éclairer les demandes de financement 2017, les budgets et les cibles de performance sont toujours déterminés par les parties prenantes nationales et partagés avec les provinces selon un processus descendant. En ce qui concerne l'identification des activités de l'approche provinciale, les provinces étaient plutôt limitées quant aux activités qu'elles pouvaient proposer tout en restant alignées sur les stratégies nationales. De plus, la faible capacité des gouvernements provinciaux à analyser leurs besoins et à proposer des stratégies efficaces de renforcement des systèmes sanitaires a posé problème. Un soutien accru — y compris des déplacements mensuels en RDC en 2018 — de l'équipe CT du FM a été requis pour aider les provinces à sélectionner des activités appropriées, cependant avec l'institutionnalisation de l'approche provinciale, le niveau de soutien requis du FM diminuera probablement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Le Fonds mondial doit continuer à renforcer le dialogue au niveau provincial durant le prochain cycle de financement et chercher les occasions pour les provinces de définir leurs budgets et leurs cibles. ● Pour la mise à l'échelle de l'approche provinciale à d'autres provinces, le Fonds mondial devrait envisager les moyens de reproduire plus efficacement le modèle. Cela pourrait inclure une meilleure prévision du niveau d'assistance technique requise par les provinces pour l'analyse des besoins et la proposition de stratégies efficaces et la canalisation de ce soutien à travers les partenaires techniques ou d'autres mécanismes, telle comme le groupe de travail/unité de gestion sur l'approche provinciale qui est actuellement en cours de considération pour le NFM3.

Mécanismes de subvention flexibles	L'opérationnalisation budgétaire de l'approche provinciale s'est avérée particulièrement souple, partant un facteur de succès notable. Une allocation de 3 millions US\$ était prévue dans les budgets de subvention 2018-2020 au poste d'activités non encore définies au moment de la signature. Les PR n'ont cependant pas dû se soumettre à un processus d'examen et d'approbation supplémentaire. En consultation avec la CT du FM, les provinces ont plutôt convenu d'un ensemble d'activités opportunes et utiles concernant les besoins de la province. Les revues semestrielles des plans de travail a du reste donné aux provinces une occasion supplémentaire d'ajuster les activités ou d'en ajouter de nouvelles, au besoin.	<ul style="list-style-type: none"> ● Le Fonds mondial doit continuer à soutenir les mécanismes de subvention flexibles qui permettent, au niveau provincial, une programmation d'activités souples et adaptés aux besoins de la province.
Suivi et évaluation	La mise en œuvre des revues des programmes au niveau provincial, de même que l'élaboration des cadres de performance provinciaux et la fixation de cibles d'indicateur de couverture, renforcent la capacité provinciale d'analyse des performances programmatiques, d'identification des problèmes et de résolution des goulots d'étranglement. De plus, les commentaires et recommandations repris dans les lettres de gestion du Fonds mondial concernant l'approche provinciale offre une nouvelle mesure propice à la redevabilité des autorités provinciales.	<ul style="list-style-type: none"> ● Le Fonds mondial doit continuer à soutenir les revues programmatiques au niveau de la province et à demander de la part des provinces pilotes un rapport ventilé sur les indicateurs de performance. Bien que les DPS de Kinshasa et du Maniema ne soient pas récipiendaires principaux, dans le cadre de l'engagement accru du Fonds mondial au niveau de la province, il serait bénéfique que le Fonds mondial continue à fournir aux provinces pilotes un retour sur leurs performances dans les lettres de gestion.

5. Analyse sommaire des conclusions et implications pour la correction de trajectoire

Tableau 12. Résumé des conclusions principales, recommandations et considérations stratégiques

Constats	Recommandations et considérations stratégiques
<p>Malaria</p> <ul style="list-style-type: none"> Le Fonds mondial a réussi à tirer parti des partenariats pour améliorer l'intégration des systèmes de santé au niveau communautaire et accélérer les améliorations des résultats du paludisme. La prise en charge intégrée des cas dans la communauté (iCCM) dans les sites appuyés par le FM peut avoir contribué à une plus grande réduction de la mortalité due au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans. 	<ul style="list-style-type: none"> L'équipe pays de Fond Mondial, les récipiendaires Principaux et les autres partenaires techniques et financier engagé, devaient se mettre ensemble sur des solutions pour améliorer l'appropriation et la durabilité des investissements dans les SSC et les approches Communautaire par le gouvernement.
<ul style="list-style-type: none"> Les parties prenantes qui ont signalées une interruption limitée des services en raison de ruptures de stock de TDR et ACT, cependant certaines preuves suggèrent que les ruptures de stock ont eu un effet négatif sur la qualité des services. 	<ul style="list-style-type: none"> Des systèmes et des indicateurs plus solides sont nécessaires pour améliorer le suivi des stocks, comme le système d'alerte et de notification de rupture de stock, tel que recommandé par l'audit du OIG 2019 en RDC. Des stratégies améliorées sont également nécessaires pour capturer les données des SSC sur la gestion des stocks et la prestation de services. Les solutions numériques, telles que les rapports via téléphone mobile, pourraient aider à automatiser et à améliorer la rapidité des rapports. Améliorer la gestion mutualisée au niveau des CDR par le respect des normes sous le leadership de la DPS. Une plus grande supervision du PR est nécessaire pour améliorer l'estimation et la quantification des besoins de SSC.
<ul style="list-style-type: none"> Des bénéfices supplémentaires pourraient être tirés dans la prise en charge intégrée des cas de paludisme dans la communauté autant que dans les FOSA en s'attaquant aux défis opérationnels, tels que la faible appropriation et la supervision par les autorités provinciales et de zone de santé, les défis du système d'information sanitaire et les difficultés liées aux procédures de décaissement des fonds du niveau Zone de santé vers les aires de santé [RSSH]. 	<ul style="list-style-type: none"> Réduire les défis opérationnels par le renforcement des systèmes de sante a tous les niveaux en ciblant le système d'information sanitaire, l'organisation des systèmes de supervision et l'allégement des procédures de décaissement [RSSH] De meilleurs systèmes sont nécessaires pour améliorer la transparence et garantir que les fonds pour la supervision, le suivi, les primes, etc. atteignent les destinataires. L'approche de paiement directe telle que « mobile money » pourrait être utilisé dans les zones couvertes par les réseaux mobiles.
<p>VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> Les stratégies rentables (coût-efficacité) pour améliorer la notification des cas de VIH n'ont pas été complètement mises en œuvre, ce qui a entraîné des ruptures de stock de tests VIH de première ligne. 	<ul style="list-style-type: none"> Le CT du Fonds mondial, les récipiendaires principaux et les autres partenaires de mise en œuvre devraient collaborer pour élaborer un plan clair et réalisable pour diffuser et renforcer la stratégie de dépistage ciblée à tous les niveaux du système sanitaire, y compris le recours à une supervision formative ou à d'autres stratégies pour suivre les progrès par rapport aux objectifs nationaux fixés par le pays.

<ul style="list-style-type: none"> • L'allocation de cofinancement du gouvernement comprenait l'achat de tests VIH destinés aux donneurs de sang, alors que selon les rapports préliminaires, les engagements du gouvernement ont été respectés, cependant les informations sont limitées quant à savoir si ces produits ont été achetés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que le CCM mette en place un mécanisme de gestion efficace des fonds de contrepartie. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Assurer une évaluation périodique (à préciser par les parties prenantes) sur la mise en œuvre des engagements pays.
<ul style="list-style-type: none"> • Une fois mises en œuvre, les activités de sensibilisation communautaire ont réussi à améliorer la couverture du dépistage du VIH pour les groupes clés et prioritaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les parties prenantes FM, devraient exploiter les données des études existantes (notamment : <i>l'étude Cartographie et estimation de la taille des populations clé et étude sur la surveillance et la prévalence de la population clé (IBBS 2018-2019)</i>) pour pouvoir informer le PSN ainsi que la demande de financement du FM et le développement des cibles (établir les priorités et à fixer les objectifs)
<ul style="list-style-type: none"> • Des stratégies de dépistage avec des objectifs contradictoires, ont entraîné des résultats différents. Un exemple est le financement basé sur la performance (FBP) pour les tests de dépistage du VIH, qui, selon les parties prenantes, aurait renforcé le dépistage à grande échelle des populations à faible risque. 	<ul style="list-style-type: none"> • Au moment de la finalisation du rapport, l'indicateur FBR sur le dépistage a été modifié pour refléter le nombre de personnes testées séropositives. Il est ainsi recommandé que le FM suive comment ce changement sur l'indicateur permet un meilleur alignement avec la nouvelle stratégie de dépistage ciblé.
<p>TB</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les activités communautaires de recherche des cas manquants n'ont pas été mises en œuvre comme prévu et ont été retardées en raison de l'impossibilité de mettre en œuvre les activités précurseurs, avec conséquence une faible absorption des fonds catalytiques. 	<ul style="list-style-type: none"> • Compte tenu du succès de la stratégie de dépistage avec les unités mobiles, l'équipe de pays du Fonds mondial et les PRs devraient envisager la faisabilité de petites unités qui pourraient être déployées dans des zones géographiques à accès plus difficile
<ul style="list-style-type: none"> • Les machines GeneXpert ont été déployées, cependant il existe toujours des obstacles à la mise en œuvre, notamment une couverture géographique limitée et des ruptures de stock des produits associés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le PNLT devrait continuer de plaider auprès de différents partenaires pour acquérir davantage de machines GeneXpert et ses accessoires pour une meilleure couverture géographique. • Le PNLT doit mettre en place une équipe des techniciens formés au niveau de province (utilisation optimale et maintenance).
<ul style="list-style-type: none"> • Le dépistage du VIH chez les patients tuberculeux augmente, mais pas assez rapidement pour suivre le rythme de l'augmentation du nombre de nouveaux cas notifiés de tuberculose. La stratégie de guichet unique est conçue pour améliorer le dépistage et le traitement du VIH chez les patients co-infectés, mais son déploiement a été retardé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le CT du Fonds mondial et ses partenaires devraient examiner la mise en œuvre de la stratégie de guichet unique et tenter de résoudre tous les obstacles qui pourraient conduire à une adoption sous-optimale par les prestataires. • Au gouvernement et partenaires, d'améliorer la couverture de l'approche de guichet unique. • Au PNLT de rendre opérationnel les deux modèles retenus pour le guichet unique/ « one stop shop » (intégrateur et collaboratif)

Constats transversaux	Recommandations et considérations stratégiques
<p>Mise en œuvre de la subvention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il existe des preuves d'efficacité opérationnelle des subventions obtenues grâce aux nouveaux montage institutionnel. • Mais des difficultés persistent malgré les efforts des parties prenantes pour résoudre les goulets d'étranglement : <ul style="list-style-type: none"> • Faible coordination entre les PRs du gouvernement et de la société civile • Faible redevabilité et faible communication à différents niveaux de la pyramide sanitaire • Faible capacité de gestion financière et non-respect des procédures financières • Distribution mutualisée des produits de santé par les CDR 	<ul style="list-style-type: none"> • Les PR devraient travailler ensemble pour améliorer les procédures de distribution mutualisée. Cela peut inclure le partage des entrepôts centraux et d'autres solutions pour synchroniser les calendriers de réapprovisionnement des CDR. <ul style="list-style-type: none"> • Le FM et les PR : Harmonisation des commandes en une ligne unique d'approvisionnement des produits de la RDC au même moment. (Au niveau Wambo) • FM devra permettre de constituer stock de sécurité à chaque niveau, au niveau pays (6 mois), niveau provinciale (3 mois) et dans les ZS (1 mois). • Les CDR et les DPS (GTM) devront améliorer le suivi conjoint des commandes et consommation des médicaments aux niveaux des FOSA (quantification) • Les IPS devront veiller à l'application de la matrice de responsabilité sur l'approvisionnement des médicaments. • Les PR devraient continuer de renforcer les mécanismes de coordination inter-PR et trouver des moyens d'alléger la charge de la mise en œuvre des subventions des SR transversaux et le CCM à travers son organe de suivi stratégique devrait accompagner les PR dans ce processus) • <i>Le Fonds mondial devrait continuer d'investir dans des stratégies qui soutiennent l'amélioration de la gestion financière, telles que le logiciel Tom2pro, et le renforcement des capacités.</i>
<p>Révision budgétaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les révisions fréquentes des subventions en RDC semblent contribuer à l'utilisation efficace et efficiente des ressources du Fonds mondial, conformément aux objectifs de l'objectif stratégique 1 (SO1), mais ont également un impact sur la mise en œuvre des subventions car elles sont lourdes sur le plan administratif et nécessitent souvent de nouveaux budgets et cadres de performance, ainsi que la réorientation des parties prenantes vers de nouveaux plans d'activités. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le Fonds mondial devrait examiner les processus de révision des subventions et envisager des moyens de réduire leur charge administrative et leur impact sur la mise en œuvre des subventions. • Le Fonds mondial devrait envisager de développer un référentiel centralisé, géré par les bénéficiaires principaux ou les CCM, où les principales révisions des subventions sont documentées et suivies pour assurer une plus grande transparence.
<p>RSSH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le retard dans la mise en œuvre des activités SNIS, principalement dû à la non-achèvement des activités de passation de marché, a entraîné un faible taux d'absorption pour les modules liés au renforcement des activités SNIS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dans la mesure du possible, la CAGF doit décentraliser le marché de reproduction de certains outils (primaires) au niveau des provinces et le FM devra accepter de sectionner les marchés <ul style="list-style-type: none"> • Avoir des contrat cadres de trois ans avec les fournisseurs (la préqualification des fournisseurs) • CAGF devra utiliser le même canal de distribution que les médicaments [CDR] pour la distribution des outils

<ul style="list-style-type: none"> • Bien que la complétude et la promptitude des données dans DHIS2 aient connu des progrès significatifs, la qualité des données reste encore faible et les données dans DHIS2 ne sont pas largement utilisées par les prestataires. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le Fonds mondial devrait continuer à investir dans le renforcement des ressources humaines à différents niveaux du système de santé pour garantir à la fois une capacité adéquate de saisie des données, mais aussi d'analyse et d'utilisation des données. <ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des coachings par des experts techniques nationaux et provinciaux pour accompagner les ZS • Le CT du Fonds mondial, les PR et les partenaires techniques devraient investir encore plus dans les réunions de monitoring pour améliorer la qualité de celles-ci. Conditionner les frais de monitoring à l'amélioration de la qualité de ces réunions et de la qualité des données (retro-information, méthodologie des réunions).
<p>Approche provinciale</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'approche provinciale est encore aux premières étapes de la mise en œuvre, cependant des données probantes suggèrent que des progrès sont réalisés pour chacun des cinq objectifs. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le regroupement de l'approche provinciale et des activités RSS dans une subvention RSS autonome (qui est déjà à l'étude) peut aider à atténuer les défis rencontrés lors de la programmation des activités des investissements RSS • Au fur et à mesure que l'approche provinciale est étendue à d'autres provinces, les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) devraient bâtir sur les capacités locales existantes et renforcer la gouvernance et l'analyse des besoins afin d'appuyer les nouvelles provinces dans leur identification des activités critiques à financer pour le renforcement du système de santé, y compris au niveau communautaire. • Le Secrétariat général à la santé doit développer des mécanismes pour renforcer la collaboration et la redevabilité entre les deux structures. En outre, les deux structures doivent bien définir l'assistance et l'accompagnement technique nécessaire pour renforcer la capacité des provinces et leur engagement dans la planification stratégique, y compris l'identification des besoins et l'élaboration du plan stratégique provincial • Les points focaux de l'approche provinciale devraient être envisagés dans les futures provinces. • Le CT du Fonds mondial devrait continuer de renforcer les dialogues au niveau provincial au cours du prochain cycle de financement et chercher des opportunités pour les provinces de définir des budgets et des objectifs
<ul style="list-style-type: none"> • Le PCE a identifié plusieurs leçons tirées du développement et du déploiement de l'approche provinciale qui pourraient mener à des améliorations et à son extension à de nouvelles provinces. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dans le cadre de l'extension de l'approche provinciale à d'autres provinces, le Fonds mondial devrait envisager des moyens de reproduire le modèle avec une plus grande efficacité. Cela pourrait inclure une meilleure anticipation du niveau de soutien technique requis par les provinces pour analyser les besoins et proposer des stratégies efficaces et canaliser ce soutien à travers de partenaires techniques ou d'autres mécanismes. • Le Fonds mondial devrait continuer de soutenir des mécanismes de subventions flexibles qui permettent une programmation d'activités agiles et adaptées aux besoins de la province

- | | |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none">• Le Secrétaire général a la santé / CT devrait inclure des indicateurs de couverture avec analyse causale désagrégée pour les trois maladies, en plus des indicateurs de processus et de performance du système dans le contrat qui lie les DPS au Secrétariat Général à la Santé, suivi d'un feedback semestriel de l'équipe pays du Fonds mondial de la RDC. |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

6. Diffusion

Application des conclusions en DRC pendant l'année 2019

PATH-RDC a organisé un atelier des parties prenantes le 3 avril 2019, à l'occasion duquel elle a présenté les résultats et les considérations stratégiques du Rapport annuel de pays 2019. Plus de 60 représentants ont participé à l'atelier, y compris le secrétaire général de la Santé (Dr Yuma), le deuxième vice-président de l'instance CCM (Christian Luzombe) et Dr Jackson Ukila (suivi et évaluation de l'instance CCM). M. Nicolas Farcy, gestionnaire de portefeuille du Fonds mondial pour la RDC, était aussi présent. L'atelier a été le cadre d'un débat animé et constructif et les conclusions ont été bien reçues. Les parties prenantes se sont activement engagées dans la co-crédation de recommandations incorporées dans la version finale du rapport, ensuite circulées aux parties prenantes en mai 2019.

Fin avril 2019, la PCE a soutenu le PNLT dans ses opérations de nettoyage et de validation des données 2018 du programme de lutte contre la tuberculose. Cette collaboration avec le PNLT a aidé la PCE à mieux cerner l'approche de recherche des cas manquants adoptée pour renforcer la notification des cas de tuberculose. Par suite de cet exercice, l'écart entre DHIS2 et les données programmatiques est apparu clairement et la décision a été prise de saisir les données historiques sur la tuberculose dans DHIS2 à partir de 2016.

En novembre 2019, à la demande du directeur du PNLP, la PCE a partagé ses rapports annuels de pays 2018 et 2019, à des fins de consultation et de référence durant l'élaboration du plan stratégique national contre le paludisme 2021-2023. La PCE a planifié une session de travail consacrée au partage des résultats de l'analyse approfondie de la prise en charge communautaire des cas de paludisme avec le programme national avant la fin de l'année 2019. De plus, pour soutenir le cycle de demande de subvention 2021-2023 en RDC, la PCE entend coordonner avec l'instance CCM (secrétaire permanent, CSS et CEP) une occasion de partager avec les parties prenantes les recommandations de la PCE lors du cycle de demande précédent.

On notera que les conclusions et recommandations préliminaires de la PCE seront discutées en consultation avec le comité consultatif PCE avant la diffusion finale du rapport actuel aux parties prenantes du pays. Trois seulement des cinq membres originaux sont toujours disponibles et la PCE entend recruter deux nouveaux membres avec l'aide de l'École de Santé publique de Kinshasa.

Diffusion 2020

PATH-RDC a tenu un atelier de dissémination des résultats le 19 février 2020 à Kinshasa, avec les partenaires nationaux et provinciaux, les universitaires et les décideurs. Les résultats pour l'année 2019 ont été présentés et les participants ont été répartis en groupes appelés à valider et améliorer les recommandations préliminaires. Par développement en commun, les recommandations ont été révisées et présentées sous forme propice à l'action.

Références

1. James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 2018 Nov 10;392(10159):1789–858.
2. Roth GA, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 2018 Nov 10;392(10159):1736–88.
3. Ministère de la Santé Publique, République Démocratique du Congo. Plan strategique national de lutte contre le paludisme. 2016.
4. Institut National de la Statistique. Main results of the Multiple Indicator Cluster Survey - Palu, RDC 2017-2018 [Internet]. 2019 Jul. Available from: <https://www.unicef.org/drcongo/en/reports/summary-mics-palu-2017-2018>
5. le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), SANRU. Protocole d'accord de collaboration entre SANRU et UNICEF de la mise en oeuvre du paquet de prise en charge inegree des maladies de l'enfant au niveau communautaire (PCIME-c) en RDC. 2018.
6. Office of the Inspector General. Global Fund Grants to the Democratic Republic of the Congo [Internet]. Geneva, Switzerland: The Global Fund; 2016 Sep. Report No.: GF-OIG-16-022. Available from: https://www.theglobalfund.org/media/2663/oig_gf-oig-16-022_report_en.pdf?u=637066540590000000
7. École de Santé Publique, Université de Kinshasa et ICF. Évaluation de la Prestation des Services de Soins de Santé 2017-2018 : Rapport de synthèse. Rockville, Maryland, USA: ESPK et ICF; 2019.
8. 2018 Enquête de Vérification de l'Utilisation finale [Final Use Verification Survey]. 2018.
9. Office of the Inspector General. Follow-up audit of Global Fund Grants in the Democratic Republic of Congo [Internet]. Geneva, Switzerland: The Global Fund; 2019 Jul. Report No.: GF-OIG-19-014. Available from: https://www.theglobalfund.org/media/8584/oig_gf-oig-19-014_report_en.pdf?u=637066540220000000
10. UNAIDS. UNAIDS. Democratic Republic of the Congo [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 3]. Available from: <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/democraticrepublicofthecongo>
11. Manuel du prestataires Dépistage ciblé VFF. Internal document; 2019.
12. PEPFAR. Democratic Republic of the Congo Country Operational Plan (COP) 2019 Strategic Direction Summary [Internet]. 2019. Available from: https://www.state.gov/wp-content/uploads/2019/09/DRC_COP19-Strategic-Directional-Summary_public.pdf
13. The Global Fund. Price & Quality Reporting Transaction Summary [Internet]. Tableau website. [cited 2019 Dec 3]. Available from: https://public.tableau.com/views/PQRTransactionSummary_V1/TransactionSummary?%3Aembed=y&%3AshowVizHome=no&%3Adisplay_count=y&%3Adisplay_static_image=y&%3AbootstrapWhenNotified=true
14. Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida (PNMLS). Plan Strategique National de la riposte au VIH/SIDA 2018-2021. 2018 Avril.

15. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Results Tool | GHDx [Internet]. IHME, University of Washington, 2017.; Available from: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
16. Preliminary report on public expenses. Internal document; 2019.
17. LFA Report on Use of HIV Test Kits. 2019.
18. Ministère de la Santé Publique, République Démocratique du Congo. Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015. 2010.
19. Stop TB Partnership. DEMOCRATIC REPUBLIC OF THE CONGO Dashboard [Internet]. [cited 2019 Dec 2]. Available from: http://www.stoptb.org/resources/cd/COD_Dashboard.html
20. Global tuberculosis report 2019. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2019. Report No.: ISBN 978-92-4-156571-4.
21. Touré-Fadiga B. Lettre de Performance au Directeur du Programme national de Lutte contre la Tuberculose et au Ministère de la Santé. 2019.
22. Global Fund Operational Policy Note on Grant Revisions. 2018.
23. Ministère de la Santé Publique, République Démocratique du Congo. Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020 [Internet]. 2019. 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
24. Cyril Owen Brandt, Tom De Herdt. On the political economy of data collection: lessons from the unaccomplished population census (Democratic Republic of the Congo, 2006-2018) [Internet]. 2019. Available from: <https://securelivelihoods.org/wp-content/uploads/DRC-census-working-paper-final-online.pdf>
25. Chang AY, Ogbuoji O, Atun R, Verguet S. Dynamic modeling approaches to characterize the functioning of health systems: a systematic review of the literature. *Soc Sci Med.* 2017;194:160–7.
26. Evaluation Planning Tool [Internet]. [cited 2019 Dec 3]. Available from: <https://evaluationplanningtool.org/>
27. Jonaker J, King G, Blackwell M. Amelia II: A Program for Missing Data. *J Stat Softw.* 2011;45(7):1–47.

Annexe 1 : Questions d'évaluation clés

Paludisme

- Comment les investissements du Fonds mondial dans la prise en charge communautaire des cas aident-ils à maximiser l'impact contre le paludisme ?
- Comment les investissements dans les stratégies communautaires telles que la prise en charge communautaire intégrée (iCCM) améliorent-ils l'accès aux services ? Comment les modèles de prestation de services intégrés améliorent-ils les résultats de santé ?
- Comment le partenariat de l'iCCM avec l'UNICEF aide-t-il à améliorer l'efficacité des interventions ?

VIH

- Comment les investissements du Fonds mondial aident-ils à améliorer les services de dépistage du VIH et l'identification des cas en RDC ? Plus précisément :
 - Quels ont été les succès et les difficultés de la mise en œuvre de la stratégie nationale de dépistage ?
 - Quel est le rôle des nouvelles stratégies de dépistage ciblé dans l'accès aux populations clés et prioritaires pour accélérer l'identification des cas et le diagnostic chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ?
 - Comment les nouvelles approches, telles que le « guichet unique », aident-elles à améliorer le dépistage du VIH chez les patients tuberculeux ?
 - Dans quelle mesure le financement basé sur les résultats (FBR) contribue-t-il au dépistage plus efficace et efficient du VIH ?

Annexe 2. Résumé des révisions des subventions en RDC

Subvention et date d'approbation	Augmentation du budget ou réallocation (US\$)	Description de la révision
Révision d'allocation de fonds supplémentaires		
MSP-Paludisme et SANRU-Paludisme Mars 2019	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de 8,5 millions US\$ à la subvention au MSP par optimisation de portefeuille • Augmentation de 20,8 millions US\$ à la subvention à SANRU par optimisation de portefeuille et accord Debt2Health 	<ul style="list-style-type: none"> • Fonds d'élargissement de la campagne de grande distribution de MILD à huit provinces supplémentaires (classée « haute priorité » par le TRP dans la demande de financement hiérarchisée au-delà de la somme allouée) • Budget FBR réduit de 10m US\$ à 5,6m US\$ et réaffecté au budget de campagne MILD 2020 • Cadres de performance révisés
MSP-Paludisme Oct. 2019	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de 525 201 US\$ par optimisation de portefeuille 	<ul style="list-style-type: none"> • Ajout de formation des ASC pour améliorer l'identification rapide des pics épidémiologiques par surveillance au niveau communautaire (classé « haute priorité » par le TRP dans la demande de financement hiérarchisée au-delà de la somme allouée) • Ajout d'évaluation pour mesurer l'impact d'intervention • Cadre de performance inchangé
CORDAID-TB/VIH DATE à déterminer	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de 8,7 millions US\$ par optimisation de portefeuille 	<ul style="list-style-type: none"> • Couverture élargie à 59 ZS supplémentaires pour le dépistage et traitement des patients tuberculeux (classé « haute priorité » par le TRP dans la demande de financement hiérarchisée au-delà de la somme allouée) • Passage à l'échelle des activités ARV dans 354 ZS VIH prioritaires et mise en œuvre d'activités de création de la demande dans 33 ZS • Cadre de performance révisé
Révisions programmatiques		
MSP-Paludisme et SANRU-Paludisme Août 2018	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de 25,2 millions US\$ à la subvention au MSP • Augmentation de 141,5 millions US\$ à la subvention à SANRU • Augmentation de 2,9 millions US\$ à la subvention au MSP pour fonds de contrepartie RSSH/systèmes de données 	<ul style="list-style-type: none"> • Fonds et cibles transférés de PSI (PR retiré avant l'approbation de la subvention) à SANRU et au MSP pour mise en œuvre des campagnes de grande distribution de MILD • Cadres de performance révisés pour inclure les cibles d'indicateur de campagnes de grande distribution de MILD
MSP-VIH Mars 2019	<ul style="list-style-type: none"> • Sur 1,7 million US\$ d'économies, le FM a approuvé la reprogrammation vers de nouvelles activités représentant un total de 1,1 million US\$, dont : rénovation de laboratoire, cours universitaires VIH/tuberculose, étude de résistance et certification des données 	<ul style="list-style-type: none"> • L'analyse d'absorption 2018 a identifié des économies sur 30 lignes budgétaires, concernant principalement les formations au niveau de la zone de santé, les primes salariales des agents de santé et le plan d'assistance technique.
MSP-TB Mars 2019	<ul style="list-style-type: none"> • Sur 1 million US\$ d'économies, le FM a approuvé la reprogrammation vers de 	<ul style="list-style-type: none"> • L'analyse d'absorption 2018 a identifié des économies sur 30 lignes budgétaires,

	nouvelles activités représentant un total de 69 000 US\$, dont : coûts associés à l'entretien du laboratoire national de référence et achat d'un bus pour le dépistage mobile	concernant principalement les visites d'encadrement au niveau de la zone de santé, la prorogation des garanties GeneXpert, les activités de suivi associées à la recherche des cas de tuberculose manquants, les dépenses RH du PR, etc.
SANRU-Paludisme Août 2019	<ul style="list-style-type: none"> • Réallocation de 7,6 millions US\$ de la ligne budgétaire FBR vers les activités du secteur privé (non inclus dans la demande de financement hiérarchisée au-delà de la somme allouée) • 500 000 US\$ au poste DQR transférés du MSP à SANRU • Reprogrammation de 1 million US\$ d'économies vers les coûts de manutentions des produits antipaludiques, coûts de chaîne d'approvisionnement associés aux intrants de la iCCM et protection policière des campagnes de grande distribution de MILD 	<ul style="list-style-type: none"> • L'analyse d'absorption des S1 et S2 2018 a identifié des économies, principalement au niveau de la ligne budgétaire des ressources humaines en raison des retards de démarrage d'activités et des budgets de communication et de gestion programmatique associés à la campagne de grande distribution de MILD. • Cadre de performance révisé pour inclure les cibles d'indicateur des activités du secteur privé
MSP-Paludisme (RSSH) (En attente) Nov. 2019	<ul style="list-style-type: none"> • 1,3 million US\$ d'économies du budget RSSH affectés à la DSNIS Le PR (CAGF) a proposé la reprogrammation des fonds vers la réalisation d'évaluations RDQA, la formation de spécialistes de programme à DHIS2 et à l'utilisation de DHIS2 et formation de la DPS et des ZS à l'« encadrement intégré ». La proposition doit encore être approuvée par l'instance CCM et le Fonds mondial. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'analyse d'absorption 2018 et du S1 2019 a identifié des économies, principalement du fait d'achats retardés (notamment la reproduction d'instruments de collecte de données)

Annexe 3. Facilitateurs et obstacles à la mise en œuvre des subventions liées au modèle d'activité du Fonds mondial et au contexte du pays

Facteurs liés au modèle d'activité du Fonds mondial propices ou contraires à la mise en œuvre des subventions	
Facteurs propices (facilitateurs)	Facteurs contraires (obstacles)
<ul style="list-style-type: none"> • Soutien considérable de l'équipe pays/ CT (peu habituel pour la plupart des portefeuilles) par des visites fréquentes du pays, avec engagement accru au niveau provincial à travers le pilote de l'approche provinciale • Revues semestrielles de programme du Fonds mondial et revues annuelles au niveau de la province • Flexibilité de décaissement des fonds pour éviter la perturbation de la mise en œuvre des subventions (par ex., prévision d'un tampon d'un mois) • Flexibilité des révisions programmatiques / reprogrammations, aussi fréquemment que nécessaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Révisions fréquentes des activités et des stratégies dues aux révisions budgétaires à travers différents mécanismes (par ex., optimisation de portefeuille, révision programmatique / reprogrammation et révision budgétaire / réallocation) • Manque de clarté concernant le processus de révision des fonds de contrepartie, où les fonds ne peuvent être reprogrammés que vers des activités soutenant les mêmes priorités à effet catalyseur
Facteurs mitigés	
<p>Nouveau montage institutionnel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les SR transversaux ont facilité la rationalisation de la mise en œuvre des subventions au niveau provincial mais la faible coordination entre les PR tuberculose/VIH et paludisme n'a pas été sans conséquences sur la mise en œuvre en 2018. La situation s'est améliorée en 2019 avec la mise en place de réunions de coordination mensuelles entre les PR de la société civile et le MSP afin de mieux surveiller et coordonner les activités des SR. • La distribution mutualisée des produits de santé par les CDR a permis certains gains d'efficacité mais la coordination entre les intervenants reste problématique. 	
Facteurs contextuels du pays propices ou contraires à la mise en œuvre des subventions	
Facteurs propices (facilitateurs)	Facteurs contraires (obstacles)
<ul style="list-style-type: none"> • Engagement de l'instance CCM dans la résolution des goulots d'étranglement de la mise en œuvre indépendants du contrôle du PR • Installation de Tom2pro (système de comptabilité et gestion financière) au niveau central et dans certaines provinces • Instruments de collecte de données mis à jour pour la saisie des données de routine dans DHIS2 	<ul style="list-style-type: none"> • Faiblesse de la coordination et de la communication entre le gouvernement et les PR de la société civile et entre les PR et les SR, affectant la mise en œuvre d'activités de nature successive ou interdépendante • Faible redevabilité et diffusion insuffisante de l'information du niveau national au niveau provincial • • lourdeur dans le processus de passation des marchés publics • Faible capacité de gestion financière et application incorrecte des procédures financières conduisant à des retards de décaissement

Annex 4. Health Systems Modelling⁹

Background

The PCE developed a novel evaluation tool referred to as a Health Systems Model. While the concept of Health Systems Modelling (HSM) has been established in the academic literature, it has not to our knowledge been applied as part of a prospective evaluation. (25) The PCE has applied HSM in five instances now, and used it to serve several simultaneous purposes:

- Identification of potential bottlenecks in program implementation
- Statistical measurement of technical efficiency, defined as activity or output per dollar
- Statistical measurement of implementation effectiveness, defined as the translation of outputs to outcomes
- Examination of subnational patterns in implementation effectiveness
- Counterfactual analysis of impact, defined as the expected level of incidence and mortality under a certain level of financial input

In DRC, HSM was used to explore several of these topics for malaria.

The HSM approach adopted by the PCE has been less methodologically robust than the HSM approaches defined in academic literature. This was motivated by the prospective and use-focused nature of the PCE itself, as well as the multiple, competing objectives of the PCE. As such, several important model limitations (data quality limitations notwithstanding) must be noted and are described below. The purpose of HSM in the PCE is to serve as one of many tools to learn about how grants contribute to the national programs and to lend evidence-based guidance to other evaluation approaches. Thus, the HSM should not be seen as a stand-alone product, but rather a component of a larger evaluation product.

Results Chain Conceptual Framework

Before applying any statistical models, the PCE first developed a theoretical model of how health systems in each country translate financial and other inputs into health outcomes. Using an interactive online tool, the PCE drew from its diverse group of in-country and international experts to diagram the “results chain”, or sequence of related pathways by which inputs become activities, activities become outputs, outputs become outcomes and outcomes become impact. (26) This framework detailed both the theoretical constructs along each pathway as well as lists of potentially-measurable indicators within each construct. One framework was developed for each of the three diseases (HIV, TB and malaria) and was reviewed and validated by experts from all eight PCE country evaluation partners, by the five global evaluation partners and select members of the Global Fund. Results chain development was conducted in a series of in-person workshops and subsequent online collaboration.

Data Sources

Once the conceptual frameworks were developed, the PCE teams collated data from all available sources in order to “populate” as many elements of the results chain with empirical indicators as possible. A separate exercise was carried out in each country to map data sources to indicators in the results chains.

Based on data access, availability, completeness, quality and feasibility, five cases were selected to pilot HSM: malaria in the Democratic Republic of the Congo (DRC), TB in Guatemala, TB in Senegal, HIV in Cambodia and HIV in Mozambique.

The models have varied in specific data sources, but generally rely on Global Fund data systems to track expenditure of Global Fund investments, OECD data systems to track expenditure of other donor investments, national health accounts to track government expenditure and national program data to track

⁹ En anglais, car utilisé pour les huit pays de la PCE

health systems activities, outputs and outcomes. A complete list of indicators and data sources for DRC is provided below.

Data Processing

Several data processing steps were carried out in order to a) ensure standardization of indicators to enable modelling and b) correct for known data quality limitations.

All indicators were extracted from their original data system (excel spreadsheets, online dashboards, etc.) using standardized scripts written in the R statistical programming language to ensure reproducibility. In some cases, indicators were available at different levels of geographic and temporal aggregation (for example, indicators from DHIS2 were available by facility, but indicators from national program data systems were available by health zone). After identifying all available indicators, modelling teams determined the most granular level of aggregation that was possible for a majority of indicators. Where necessary, indicators were then aggregated or disaggregated to that level. To disaggregate by geography, indicators were divided in proportion to the subsequent indicator in the results chain. To disaggregate temporally, log-linear interpolation was used, with the available data assumed to reflect the midpoint of its respective time period.

All data were then systematically corrected for missing values and outliers. We used a combination of visual examination and quantile regression to screen for extreme values, and a combination of the expectation-maximization algorithm and generalized linear models to impute missing values (including those created by outlier screening).(27)

Data transformations were applied prior to fitting each model. All rate variables were log-transformed and all proportion variables were logit-transformed to ensure univariate-normal distributions. Count variables were cumulative-summed over their available time series (starting from the first date in their time series, even if other indicators were only available for a shorter period) to more accurately reflect financial processes according to theory. Six-month time lags were applied to each financial variable to ensure a more realistic temporal relationship between inputs and activities, and six-month leads were applied to treatment success variables to ensure a more realistic temporal relationship between treatment initiation and completion.

Additional corrections were applied specifically for DRC. all estimates were statistically adjusted for population change and reporting completeness by including these as control variables in all model equations. A “cross-walking” procedure was also applied to retain the short-term temporal variance of program data while relying on model estimates of population-level intervention coverage.

Statistical Methods

Structural equation modelling was selected as the primary statistical method. This was employed in DRC using a Bayesian framework that allowed for multiple distributional assumptions in the same model. Weakly-informative priors were used in all equations, relying on normally-distributed priors or gamma-distributed priors depending on the theoretical relationship between each explanatory variable and outcome variable. Correlated error terms were used to represent non-directional theoretical relationships, for example between different funding sources for the same intervention. Health zone “fixed effects” were employed across the entire model (i.e. model coefficients were estimated for every health zone; national graphs represent the average coefficient) to control for geographical confounding. For purposes of feasibility, the DRC model was fit in two separate models; one representing the results chain up to the level of outputs, and a second representing the results chain thereafter.

In all, the model amounted to a system of 15 regression equations. For example, a single equation from the model might be:

*Number of LLINs distributed to health zones*_{it} ~ *Global Fund expenditure on mass ITN campaigns*_{it} + *Global Fund expenditure on continuous ITN distribution*_{it} + *other donor expenditure on ITN distribution*_{it}

Where the above indicators are measured for each health zone (i) and quarter (t). Regression coefficients were expressed on a z-standardized scale, thereby reflecting the expected standard deviation change in a particular outcome variable associated with a one standard deviation change in a particular explanatory variable.

Sensitivity analyses were conducted to explore the effect of using simultaneous versus unrelated equations, and the effect of including or excluding completeness and population control variables.

Model Limitations

As mentioned above, there are several methodological limitations to the HSM approach used in the PCE, the most noteworthy of which (though not necessarily all) are listed here. Each of the below issues limit the validity with which our HSM reflects the “true” results chain.

Static model: The structural equation modelling approach selected for this analysis does not incorporate dynamic effects of any explanatory variable on its subsequent outcome variable. In other words, each coefficient is estimated as an average across the time series of available data and is assumed to be constant over time. In addition, no features were added to the model to account for the reality of declining marginal returns associated with approaching saturated coverage of certain interventions.

Simplification of conceptual framework: As described above, the PCE team developed a theoretical conceptual framework of the results chain, detailing all relevant constructs and indicators involved in national programs. Due to data availability, and for the purposes of feasibly developing a model in a timely manner, many of the indicators in the theoretical model were not included in the statistical model. In some instances, this may have led to important gaps between adjacent indicators, leaving some pathways only superficially-represented

Uniform lagged effects: As described above, the PCE implemented 6-month lags between expenditure and activities/outputs. The purpose of this is to more realistically reflect the time delays inherent to national programs, but it is necessarily a simplification. In reality, there may be variable lags depending on the intervention, geography or other factors, but this model assumed constant lag terms throughout.

Level of disaggregation: Most of the financial inputs variables have been aggregated for the purposes of feasibility and interpretability of the model results. For example, all facility-based treatment expenditures were summed together to form a single variable in the model, when in reality this “module” in the Global Fund and other budgets is comprised of many separate activities. Furthermore, data availability constraints led us to include variables for government health expenditure that were not disaggregated by intervention at all, instead reflecting overall spending on malaria.

Sociodemographic confounding: Many -possibly innumerable- factors from outside of the health system (health behavior, access to services, perceptions, economic conditions etc.) are not reflected in this model. While many linkages, such as the linkage between supply chain shipment of a commodity and in-facility utilization of it, may be assumed to be unaffected by changes in sociodemographic variables, others, such as the linkage between coverage of services and changes in burden of disease, are inarguably confounded. This limits our ability to reliably measure those aspects of the results chain. Importantly this pertains to the final linkage between outcomes and impact in the results chain. Without further theory-development, data and modelling, the PCE elected to exclude this final linkage from the model.

Results

Health Systems Model

The full model results are displayed in diagram form in Figure 1 and 2. The strongest model coefficients were generally observed between activities and outputs, indicating a strong effect of commodity shipment on commodity utilization. For example, the strongest pathway in Figure 1 below connects RDTs received (activity) with RDTs used (output). This coefficient has a value of 0.43 (95% confidence interval 0.21-0.65), meaning per single standard deviation increase in RDT activity, we have observed a 0.43 standard deviation increase in RDT output, controlling for other factors. Weaker coefficients were observed generally between

inputs and activities, which indicates both that a) there is further complexity (e.g. different time lags or further disaggregation of inputs) in the actual health system that is not reflected in the model, and b) financial expenditure may have a measurably weaker effect on activities than activities do on outputs.

Figure 1. Results of health systems model, inputs, activities and outputs

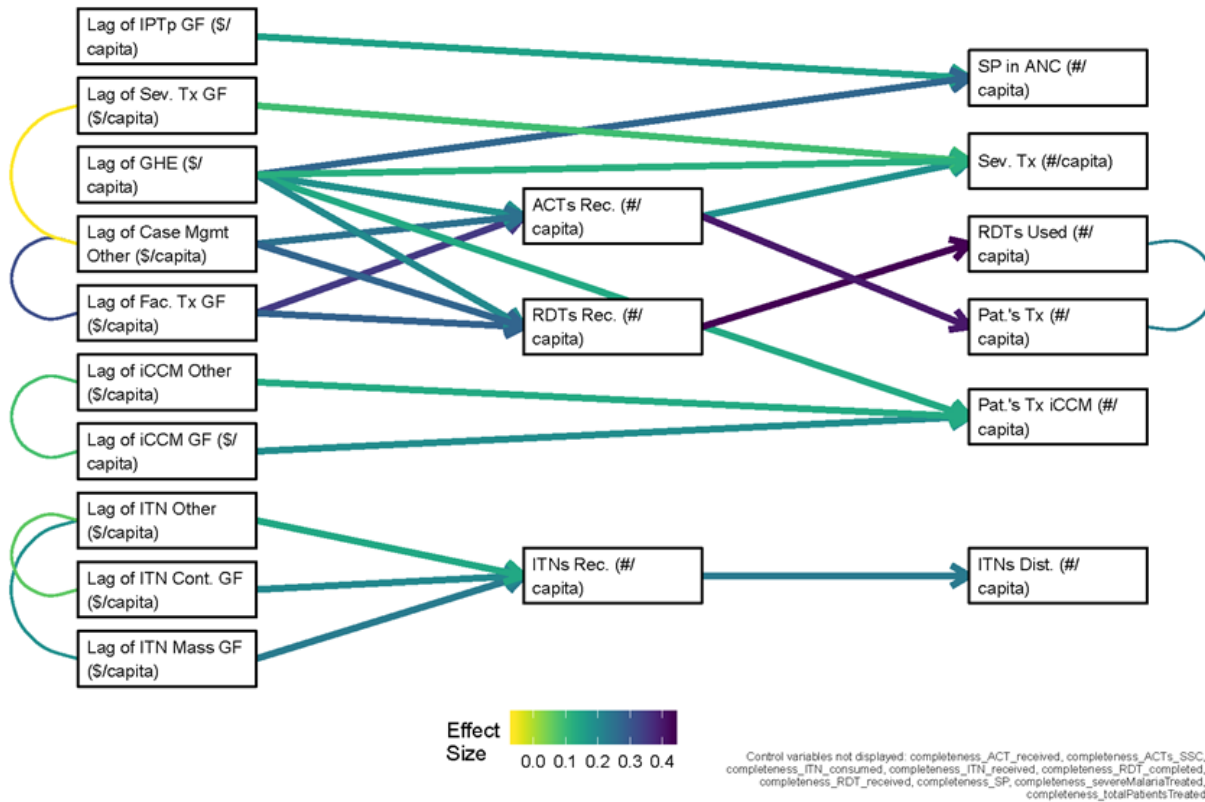
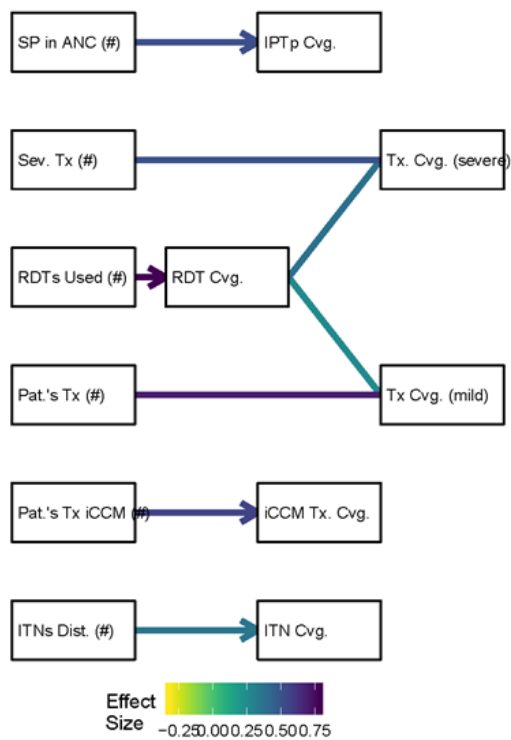


Figure 2. Results of health systems model, outputs and outcomes

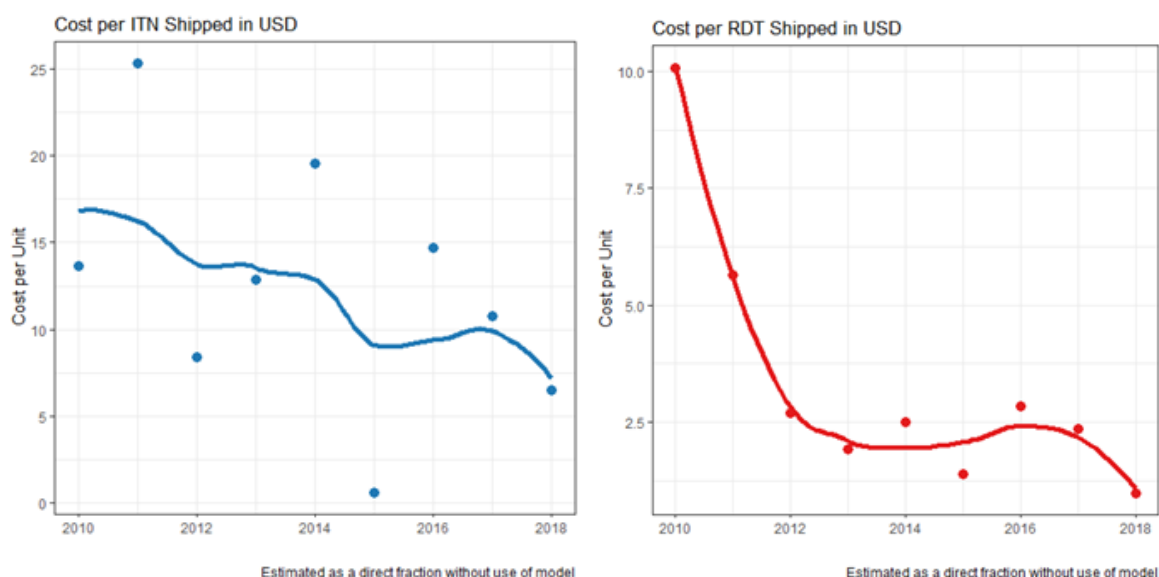


Efficiency

Examining the pooled data about Global Fund, government and other donor expenditure by activity, and combining it with supply chain data from the national program, an encouraging trend emerges (Figure 3). The average ratio of LLIN investment to LLIN output (units shipped to health zones) has fallen from approximately US\$17 per LLIN in 2010 to US\$7 per LLIN in 2018. The ratio of RDT investment to RDT output declined from US\$10 per RDT in 2010 to less than US\$3 per RDT in 2012, and has remained more or less stable since then. Notably, the average ratio of investment in ACTs per ACT shipped to health zones (not shown) has remained more stable over the time series; it actually increased from approximately US\$1 per ACT to US\$1.50 per ACT between 2010 and 2014, then declined to less than US\$0.50 per ACT shipped by 2018.

Taking into account the entire program investment and possible sources of statistical confounding, our best estimate of the cost to ship one LLIN is US\$9.95 (95% confidence interval: US\$5.68 - US\$40.12). Our best estimate of the cost to ship one RDT is US\$3.04 (95% confidence interval: US\$1.73 - US\$12.83). Our best estimate of the cost to ship one ACT is US\$1.56 (95% confidence interval: US\$0.88 - US\$6.74) These estimates take into account the wide subnational variation in output, which contributes to uncertainty, and represent an average over the 8-year time period shown in the figures above.

Figure 3. Trends in cost per ITN shipped to health zones, cost per RDT shipped to health zones, 2010-2018



Effectiveness

The final coefficients in the model can be used to measure “implementation effectiveness”, or the extent to which population coverage of an intervention has changed per additional output delivered. For example, the model estimates that for each additional ITN distributed through either continuous distribution or mass campaigns, only 0.395 (95% confidence interval 0.174 - 0.617) additional household members have reported actually sleeping under an ITN. In the model diagram, this equates to a standardized coefficient of 0.36 (95% confidence interval: 0.15-0.57). The effect of ITN distribution is comparatively lower than the effect of treatment delivery, either through community case management (estimate: 0.56, 95% confidence interval: 0.22-0.90) or in-facility, either severe (estimate: 0.5, 95% confidence interval: 0.07-0.93) or uncomplicated malaria (estimate: 0.70, 95% confidence interval: 0.34-1.06). This indicates that case management outputs translate into treatment coverage more effectively than ITN outputs.

Similarly, the weakest coefficients in the model may indicate program bottlenecks. Examination of Figures 1 and 2 above reveals that the two pathways leading to severe treatment outputs (from Global Fund spending on treatment of severe malaria and from government health expenditure) are the two weakest relationships in the entire model. As noted above, this may indicate that this section of the model is most critically flawed by the aforementioned limitations, but it may also indicate the existence of a health system barrier related to treatment of severe malaria. Further evaluation may consider treatment of severe malaria as a candidate for investigation.

Variables Included in Model

Group	Label in Diagram	Definition
Inputs	Lag of ITN Mass GF (\$)	Global Fund expenditure on ITN mass campaigns, ("lag" meaning six months prior to activities indicators)
Inputs	Lag of ITN Cont. GF (\$)	Global Fund expenditure on ITN continuous distribution, ("lag" meaning six months prior to activities indicators)
Inputs	Lag of ITN Other (\$)	Other donor disbursement on ITN distribution, ("lag" meaning six months prior to activities indicators)
Inputs	Lag of Fac. Tx GF (\$)	Global Fund expenditure on facility-based case management of malaria, ("lag" meaning six months prior to activities indicators)
Inputs	Lag of Case Mgmt Other (\$)	Other donor disbursement on facility-based case management of malaria, ("lag" meaning six months prior to activities indicators)
Inputs	Lag of iCCM GF (\$)	Global Fund expenditure on integrated community case management, ("lag" meaning six months prior to activities indicators)
Inputs	Lag of iCCM Other (\$)	Other donor disbursement on integrated community case management, ("lag" meaning six months prior to activities indicators)
Inputs	Lag of GHE (\$)	Government health expenditure on malaria in general, ("lag" meaning six months prior to activities indicators)
Inputs	Lag of Sev. Tx GF (\$)	Global Fund expenditure on facility-base case management of severe malaria, ("lag" meaning six months prior to activities indicators)
Inputs	Lag of IPTp GF (\$)	Global Fund expenditure on intermittent preventive treatment during pregnancy (IPTp), ("lag" meaning six months prior to activities indicators)
Activities	ITNs Rec. (#)	Number of insecticide-treated nets received (i.e. shipped from central to health zone level)
Activities	RDTs Rec. (#)	Number of rapid diagnostic tests received (i.e. shipped from central to health zone level)
Activities	ACTs Rec. (#)	Number of individual units of artemisinin combination therapy received (i.e. shipped from central to health zone level)
Outputs	ITNs Dist. (#)	Number of insecticide-treated nets distributed (i.e. given to people)
Outputs	RDTs Used (#)	Number of rapid diagnostic tests conducted
Outputs	Pat.'s Tx iCCM (#)	Number of patients with malaria treated in community care settings
Outputs	Pat.'s Tx (#)	Number of patients with uncomplicated malaria treated in facilities
Outputs	Sev. Tx (#)	Number of patients with severe malaria treated in facilities

Outputs	SP in ANC (#)	Number of patients treated with sulfadoxine-pyrimethamine (SP) in antenatal care (ANC) (any visit)
Outcomes	iCCM Tx. Cvg.	Proportion of suspected cases of malaria treated in community care settings
Outcomes	Tx Cvg. (mild)	Proportion of population-level cases of uncomplicated malaria treated with effective antimalarials
Outcomes	RDT Cvg.	Proportion of population-level cases of malaria tested with rapid diagnostic tests
Outcomes	Tx. Cvg. (severe)	Proportion of population-level cases of severe malaria treated with effective antimalarials
Outcomes	ITN Cvg.	Proportion of population who slept under insecticide-treated nets in the previous night
Outcomes	IPTp Cvg.	Proportion of antenatal care visits (1st visit) in which sulfadoxine-pyrimethamine was administered

Table of Data Sources

Model	Indicator Group	Data Source	Years	Level of Granularity		Intervention Details
				Temporal	Spatial	
All Models	Global Fund expenditure	Global Fund Grant Operating System (GOS) ¹	2003-2015	Quarter	National	34 intervention categories
All Models	Global Fund expenditure	Global Fund Progress Updates (PR reports) ²	2015-2018	Quarter	National	34 intervention categories
All Models	Disbursement by other donors	IHME Health Fin. (OECD CRS/DAC Databases) ³	1990-2017	Year	National	10 intervention categories
All Models	Government expenditure	IHME Health Fin. (National Health Accounts) ⁴	2000-2017	Year	National	General malaria spending
DRC Malaria	Commodity shipment, distribution, case/death notifications	National Malaria Program ⁵	2010-2018	Month	Admin 2	ITNs, RDTs, antimalarials (by type and service location)
DRC Malaria	Commodity availability and distribution, case/death notifications	DHIS2 ⁶	2018-2019	Month	Facility	ITNs, RDTs, antimalarials (by type and service location)

DRC Malaria	Intervention coverage, burden of disease	Malaria Atlas Project ^{7,8}	2010-2017	Year	5x5 kilometer	ACT coverage among children, ITN coverage in previous night
-------------	------------------------------------------	--------------------------------------	-----------	------	---------------	-------------------------------------------------------------

1. The Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria. Internal Databases. 2018
2. The Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria. Progress Update and Disbursement Request Tool. 2019
3. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Financing Global Health 2018: Countries and Programs in Transition. Seattle, WA: IHME, 2019.
4. Micah AE, Chen CS, Zlavog BS, et al Trends and drivers of government health spending in sub-Saharan Africa, 1995–2015 BMJ Global Health 2019
5. Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP). Routine Monitoring and Evaluation Data. 2018
6. <https://snisrdc.com/dhis-web-commons/security/login.action>
7. Bhatt S., Weiss DJ., Cameron E., et al. The effect of malaria control on Plasmodium falciparum in Africa between 2000 and 2015 Nature. 2015
8. Weiss DJ, Lucas TCD, Nguyen M, et al. Mapping the global prevalence, incidence, and mortality of Plasmodium falciparum, 2000–17: a spatial and temporal modelling study. Lancet 2019; published online June 19.

Annexe 5. Analyses de référence

Tableau 1. Budgets de subvention 2018-2020 à la RDC référencés dans ce rapport, hors fonds supplémentaires par optimisation de portefeuille et Debt-2-Health

Subvention	Période d'octroi	Fichier	Budget total
COD-C-CORDAID	2018-2020	COD_C_CORDAID_Budget 2018-2020 avec SRs 16_01_19 VF Groupe B.G	149 742 259,00 US\$
COD-H-MOH	2018-2020	1c.COD_H_MOH_budget_27Feb2018	23 913 524,00 US\$
COD-T-MOH	2018-2020	1c.COD-T-MOH_budget_27Feb2018	18 679 294,00 US\$
COD-M-SANRU	2018-2020	1c.COD-M-SANRU_Budget_IL1_20.08.2018	275 717 435,00 US\$
COD-M-MOH	2018-2020	1c. COD-M-MOH_Budget_IL1_08Aug2018_signedoff	74 908 613,00 US\$