AUDIT INSTITUTIONNEL ET DE RÉSULTATS DU FONDS DE DÉVELOPPEMENT DES SERVICES DE SANTÉ (FDSS) EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

CONTRACT CADRE EUROPEAID/132633/C/SER/MULTI
LOT 8 : SANTE
DEMANDE 2015/370134

RAPPPORT FINAL PROVISOIRE

PAR

M. HANS DE FACQ
EXPERT EN GESTION ADMINISTRATIVE, FINANCIÈRE, MANAGEMENT DES ORGANISATIONS - CHEF D'ÉQUIPE
DR. JACQUES MYAUX
EXPERT EN SANTÉ PUBLIQUE
DR. MPOYI BAJIKILA LUKUSA
EXPERT EN INFRASTRUCTURE ET ÉQUIPEMENT

17 AOÛT 2016

The project is funded by
the European Union

The project is implemented by
International Consulting Expertise EEIG

ICE - International Consulting Expertise
150, Chaussée de La Hulpe
B-1170, Brussels, Belgium
Tel: +32.2.792.49.05
Fax : +32.2.792.49.06
www.ice-org.eu

Ce rapport est préparé avec l'assistance financière de l'Union Européenne. Les opinions exprimées dans ce document représentent les points de vue des auteurs et ne sont pas nécessairement partagées par l'Union Européenne ou par les Autorités des pays concerné

Table des matières

1. RÉSUMÉ EXÉCUTIF 0

2. RAPPEL DES TERMES DE RÉFÉRENCE 2

2.1. Le contexte de la mission 2

2.2. Objectifs et résultats escomptés de la prestation 3

2.2.1. Objectifs généraux de la prestation 3

2.2.2. Objectifs spécifiques de la prestation 3

3. AUDIT ORGANISATIONNEL DE L'EUP FDSS 3

3.1. Statut juridique du FDSS et Statuts 3

3.2. Structure organisationnelle et ressources humaines 6

3.3. Budget de fonctionnement du FDSS 2010-2015 (6 années) 7

3.4. Activités du FDSS au titre d'agence fiduciaire et d'exécution du Ministère de la Santé 8

3.5. Système de management interne 11

3.6. Ressources matérielles et immobilières 12

3.7. Fonctionnement du FDSS 13

3.8. Communication interne et externe 15

3.9. Coordination avec les activités périphériques 16

3.10. Perception des partenaires internationaux du GIBS et du Gouvernement 17

4. AUDIT DES RÉSULTATS DE LA GESTION FIDUCIAIRE DES FONDS DE L'UE 19

4.1. Trois devis-programmes 21

4.1.1. Les résultats 21

4.1.2. Rapportage financier 24

4.1.3. Difficultés rencontrées 25

4.2. La stratégie des Prérequis - travaux de réhabilitation et achat d'équipements médicaux 26

4.2.1. Nature des travaux de réhabilitation dans le projet « prérequis » 31

4.2.2. Achat des équipements biomédicaux 33

5. CONCLUSIONS 35

5.1. Perspectives d'avenir 35

5.2. Points forts et points faibles ressortis de l'audit 42

5.3. Enseignements tirés de l'audit organisationnel 44

5.3.1. Cadre juridique 44

5.3.2. Structure organisationnelle 45

5.3.3. Ressources humaines 45

5.3.4. Budget de fonctionnement 45

5.3.5. Management interne 45

5.3.6. Risque fiduciaire 45

5.4. Pertinence du FDSS à véhiculer les financements 46

5.5. Efficience 46

5.6. Efficacité 47

5.7. Viabilité (durabilité) 47

5.8. Impact 48

5.9. Système d'information 52
5.10. Visibilité 53
5.11. Estimation et quantification des risques financiers et fiduciaires 53

6. RECOMMANDATIONS 54

7. ANNEXE 1. MISSION DE TERRAIN DANS LE NORD KIVU DE L'AUDIT FONCTIONNEL DU POINT DE VUE SANTÉ PUBLIQUE– PAR DR. JACQUES MYAUX 59

8. ANNEXE 2. MISSION DE TERRAIN POUR L'ÉVALUATION TECHNIQUE ET D'INGÉNIERIE DANS LES PROVINCES DU NORD KIVU ET KASAÏ ORIENTAL – PAR DR. ING. MPOYI BAJIKILA LUKUSA 63

9. ANNEXE 3. : PERSONNES RENCONTRÉES 80

9.1. Rencontres à Kinshasa et mission de terrain Nord Kivu – par Dr. Jacques Myaux 80
9.2. Mission de terrain Nord Kivu – par le Dr. Ing. Mpoyi Lukusa 81
9.3. Réunion de restitution avec le Conseil d'Administration du FDSS et la Délégation européenne 82
9.4. Autres personnes rencontrées 83

10. ANNEXE 4. : PROJETS SUR FINANCEMENT DU FONDS MONDIAL (DONT DEUX EN COURS D'EXÉCUTION EN 2016) 84

11. ANNEXE 5. : QUELQUES PHOTOS DE RÉHABILITATIONS MOINS BIEN ET D'AUTRES TRÈS BIEN RÉUSSIES 89

12. ANNEXE 6 : EBAUCHE DE TERMES DE RÉFÉRENCES POUR LA RÉALISATION D'UNE ÉTUDE POUR LA MISE EN PLACE D'UN MÉCANISME INSTITUTIONNEL DE GESTION FIDUCIAIRE DES APPUIS FINANCIERS ET INVESTISSEMENTS PUBLICS ET NON GOUVERNEMENTAUX DESTINÉS AU SECTEUR DE LA SANTÉ EN RDC 97

1. INFORMATIONS GÉNÉRALES 98

1.1 Pays partenaire 98
1.2 Pouvoir adjudicateur 98
1.3 Éléments d'information utiles concernant le pays partenaire 98
1.4 Situation actuelle dans le secteur concerné 98
1.5 Programmes liés et autres activités des bailleurs de fonds 99

2. OBJECTIFS ET RÉSULTATS ESCOMPTÉS 99

2.1 Objectif général 99
2.2 Objectifs particuliers 99
2.3 Résultats à atteindre par le contractant 100

3. HYPOTHÈSES & RISQUES 100

3.1 Hypothèses qui sous-tendent le projet 100
3.2 Risques 100

4. CHAMP D'INTERVENTION 100

4.1 Généralités 100
4.1.1 Présentation du projet 100
4.1.2 Zone géographique à couvrir 101
4.1.3 Groupes cibles 101
4.2 Activités spécifiques 101
4.3 Gestion du projet 102

4.3.1 Organe chargé de la gestion du projet 102
4.3.2 Structure de gestion 102
4.3.3 Moyens à mettre à disposition par le pouvoir adjudicateur et/ou d'autres intervenants 102

5. LOGISTIQUE ET CALENDRIER 102
5.1 Lieu du projet 102
5.2 Date de début et période mise en œuvre 103

6. BESOINS 103
6.1 Ressources humaines 103
6.1.1 Experts principaux 103
6.2 Bureaux 105
6.3 Installations et équipement mis à disposition par le contractant 105
6.4 Matériel 105
6.5 Dépenses accessoires 105
6.6 Vérification des dépenses 106

7. RAPPORTS 106
7.1 Rapports obligatoires 106
7.2 Présentation et approbation des rapports 106

8. SUIVI ET ÉVALUATION 106
8.1 Définition d'indicateurs 106
8.2 Exigences particulières 107
9. Budget indicatif 108

Tableaux

Tableau 1 - Composition du personnel du FDDS en avril 2016 7
Tableau 2 - Budget du FDSS 2010 - 2016 8
Tableau 3 - Budgets gérés par le FDSS de 2008 à 2015 9
Tableau 4 - Projets en cours au premier semestre 2016 et projets en préparation..... 11
Tableau 5 - Subvention du fonctionnement du FDSS par l'UE 14
Tableau 6 - Financement du FDSS sous le 10ième FED 19
Tableau 7 - Frais de gestion par rapport au budget géré de l'UE 20
Tableau 8 - Zone de Santé d'intervention du PAPNDS/PAPOMD 21
Tableau 9 - Réalisation du budget du « Prérequis »..... 28
Tableau 10 - HGR Vuhovi – Indicateurs hospitaliers 31

Graphiques

Figure 1 - Répartition des budgets gérés par le FDSS par donateur..... 10
Figure 2 - Structure de l'assistance technique au PAPOMD 17
Figure 3 - Répartition budgétaire du « Prérequis » 29
Figure 8 - Evolution des mutuelles de santé..... 39
Figure 9 - Composantes du financement du système de santé 40
Figure 4 - Nord Kivu – Accouchements assistés 49
Figure 5 - Bas Congo – Accouchements assistés 50
Figure 6 - Bas Congo – CPN3..... 51
Figure 7 - Nord Kivu – Soins curatifs/habitant 51

LISTE DES ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

AEDES	Fondation AEDES
AGEFIN	Agence de gestion financière
ANI	Appui au niveau intermédiaire
ASF	Association pour la santé familiale
ASRAMES	Association Régionale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
AT	Assistance technique
AV	Avenant
BCECO	Bureau central de coordination
BCZS	Bureau central de Zone de Santé
CA	Conseil d'Administration
CAG	Cellule d'Appui et de gestion des financements du secteur de la santé
CAGf	Cellule d'Appui et de gestion des financements du secteur de la santé - financière uniquement
CDD	Contrat à durée déterminée
CDI	Contrat à durée indéterminée
CE	Commission européenne
CGAT	Centre de Gestion des Risques
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CMU	Couverture médicale universelle
COFED	Comité FED
COGES	Comité de gestion
CPN	Consultation prénatale
CPP	Comité provincial de pilotage
CDR	Centrale de distribution régionale des médicaments
CL	Cadre logique
CS	Centre de santé
CTB	Coopération technique belge
DAF	Direction de l'administration financière
DAO	Dossier d'Appel d'Offre
DEP	Direction des études et de la planification
DfID	Department for International Development
DHIS	District Health Information Software
Diff	Différence
DP	Devis-programme
DPS	Division provinciale de la Santé
DUE	Délégation de l'Union européenne
ECP	Equipe d'encadrement provincial
ECZS	Equipe d'encadrement de zone de santé
EUP	Etablissement d'utilité publique
FASS	Fonds d'achat des services de santé
FDSS	Fonds de développement des services de santé
FED	Fonds européen de développement
FM	Fonds mondial (Global Fund)
Fosa	Formation sanitaire

GAVI	Alliance internationale de vaccination
GCP	Gestionnaire comptable provincial
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
HGR	Hôpital général de référence
KIN	Kinshasa
KPMG	Société d'expertise comptable et de commissariat aux comptes à directoire et conseil de surveillance.
KVA	Kilovolt ampère
MEG	Médicaments essentiels et génériques
MILD	Moustiquaires Imprégnées d'insecticide à Longue Durée
MIP	Médecin-inspecteur provincial
MSP	Ministère de la Santé publique
NK	Nord Kivu
OHADA	Organisation pour l'Harmonisation en Afrique du Droit des Affaires.
ONG	Organisation non-gouvernementale
OS	Objectif spécifique
PALU	Paludisme
PAPNDS	Programme d'appui au programme national de développement de la Santé
PAPOMD	Projet d'appui au programme OMD
PBF	Performance Based Financing
PDZS	Plan de Zone de Santé
PNMLS	Programme national multisectoriel de lutte contre le sida
PSI	WWW.PSO.ORG
PTF	Partenaire technique et financier
PTME	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant
R	Résultat
RDC	République démocratique du Congo
RSS	Renforcement des services de santé
SANRU	Santé rurale (ONG)
S/F	Subvention de fonctionnement
SG	Secrétariat général
SMNE	Santé de la Mère, du Nouveau-né et de l'Enfant
SNAME	Système national d'approvisionnement en médicaments
SNEL	Société nationale d'électricité
SNIS	Système national d'information sur la Santé
SPSS	Système de planification et des statistiques sanitaires
TdR	Termes de référence
TOMFED	Logiciel comptable
UE	Union européenne
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USD	US Dollar
V	Volt
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VIP	Ventilated Improved Pit
ZS	Zone de santé

1. Résumé exécutif

L'audit institutionnel et de résultats du FDSS a été réalisé en avril et mai 2016 par une équipe de trois experts, en étroite collaboration avec toutes les parties prenantes et en particulier avec la Délégation de l'Union européenne et les cadres du Fonds de Développement des Service de Santé du Ministère de la Santé de la République démocratique du Congo.

Le présent rapport d'audit fait état des analyses et des constats réalisés par l'équipe qui a séjourné à Kinshasa et qui a également exécuté des missions sur le terrain dans les provinces du Nord Kivu et du Kasaï Oriental. L'équipe est composée d'un expert en gestion, d'un médecin santé publique et d'un ingénieur. Le choix des provinces à visiter s'est fait en accord avec le DUE. La méthodologie a été finalisée lors de la séance de briefing à la DUE en début de mission. Des résultats préliminaires ont été présentés et commentés en fin de mission en présence des parties prenantes du projet.

De façon globale, l'audit a pu démontrer que les activités réalisées par le FDSS durant les 5 dernières années du projet sont dans l'ensemble plutôt satisfaisantes, ceci malgré plusieurs défaillances qui ne portent cependant pas sur la mission essentielle de l'Etablissement d'Utilité Publique. Les faiblesses constatées portent notamment sur les aspects de communication / information et visibilité, qualité des rapports, articulation avec l'assistance technique, coordination avec les autres parties prenantes. Ces différents aspects devraient être pris en considération et corrigés pour les futurs programmes de financement du secteur de la Santé.

Durant la période d'exécution des programmes sur les 9ème et 10ème FED, l'EUP FDSS a administré avec succès les fonds de plusieurs partenaires internationaux pour un budget total de 90 millions d'USD. En outre, l'EUP a géré, entre autres, les budgets du Fonds Mondial pour un montant de 40 millions d'USD. Tenant compte de l'expérience du FDSS depuis sa création en 2008, la mission estime que le risque fiduciaire pour la gestion de budgets spécifiques des financements futurs du secteur de la Santé sera minimal.

La mission considère que l'option d'attribuer une partie du financement de l'UE 10ème FED dans le secteur de la santé (niveau intermédiaire essentiellement) à l'EUP FDSS s'est avérée une bonne stratégie.

Le manque de qualité constaté par rapport à une partie des réalisations des réhabilitations est dû à un manque de suivi rapproché par le FDSS mais également au fait que le mode opératoire de l'EUP remettait cette responsabilité au niveau des autres acteurs du projet, notamment les DPS et l'assistance technique en province. Cette délégation des responsabilités techniques explique en grande partie les faiblesses dans l'exécution de certains travaux du programme d'investissement des prérequis.

Les leçons apprises de ces expériences ont amené les auditeurs à formuler des recommandations techniques et procédurales et également des pistes de réflexion et d'orientation pour le renforcement du FDSS et du système de gestion fiduciaire dont il fait partie.

Constat 1 : Le développement qu'a connu le financement du système de santé depuis les dernières 5 années a amené une diversité (trop) importante de différents modèles et procédures de financement des Fosa et d'achat de services de santé qui risquent de créer des doubles financements (service de santé « acheté » par FASS/PBF/… et le même service « remboursé » par le biais d'une mutuelle) ;

- Recommandation 1 : Développer un nouveau modèle « intégré » de financement du système de la Santé ; ce nouveau modèle devra permettre d'institutionnaliser/pérenniser et d'aligner sous un modèle commun, unique et généralisé pour l'ensemble du territoire, les différents mécanismes d'appui financier et technique au niveau intermédiaire qui existent et qui sont, entre autres, l'achat de services de santé initié sous les 9è et 10é FED dans 4 provinces, le financement basé sur la performance (PBF) mise en place avec l'appui de la Banque mondiale dans 11 provinces et le paiement de services et soins de santé par les mutuelles (deux types : locales et institutionnelles).

Constat 2 : Le volume total des financements intérieurs et extérieurs qui est actuellement déjà très important et qui est grandissant (voir le nouveau plan quinquennal) implique également une forte augmentation des frais de gestion dont le financement n'est pas garantie sur le long terme (par exemple le contrat avec la GIZ se terminerait en février 2017, la restructuration de la CAG étant toujours en cours mais la DAF n'a pas encore été créée, le FDSS risque ne pas avoir les ressources propres nécessaires pour assurer sa pérennité s'il ne perçoit pas un nouvel appui financier au titre de subvention de fonctionnement, …) ; cette évolution amène également une multiplication des intervenants dans le système de financement (FDSS, AGEFIN, différents FASS, autres partenaires qui seront choisis pour soutenir le modèle PBF (en 11 provinces avec au moins un par province), mutuelles de santé, polycliniques et hôpitaux privés, une multitude d'ONG locales, nationales et internationales qui interviennent directement, etc. ; -

- Recommandation 2 : Créer une nouvelle institution de gestion fiduciaire, une « Banque de développement des services de Santé. Cette nouvelle institution regrouperait les mécanismes qui existent actuellement dans le but de les aligner et rendre compatible avec la législation nationale et les stratégies sectorielles nationales en matière de Santé publique et de réforme des Finances publiques. Elle devra disposer également d'une dimension d'expertise en matière de santé publique et en matière de développement des infrastructures sanitaires ; elle devra pouvoir agir encore plus indépendamment en matière de gestion financière que ceci est le cas actuellement par les intervenants présents actuellement, le FDSS, les FASS, la CAG et l'AGEFIN, les partenaires du PBF, etc.

Constat 3 : Force est de constater que les différents bailleurs appliquent des stratégies différentes de financement et imposent tous, malgré les engagements faits pour aligner les procédures de financement et d'augmenter la prévisibilité des apports financiers, des procédures de gestion et des rythmes de programmation des aides différents. Pendant que du point de vue de la gestion fiduciaire l'alignement des procédures et la prévisibilité des financements pourraient connaître une avancée par la création d'une institution financière plus forte et organisée comme une banque, il reste toutefois à assurer que des mécanismes soient mis en place qui permettent de couvrir l'ensemble du territoire (actuellement seulement 14 sur 26 provinces sont couvertes par l'appui de l'UE et la Banque mondiale). Egalement la participation communautaire et individuelle des populations devraient pouvoir être mise en avant pour réduire à terme sa dépendance pour recevoir des soins de qualité de la présence de l'un ou l'autre bailleur de fonds ;

- Recommandation 3 : Fixer, par décret ou loi, l'obligation d'adhésion de tous les employés du secteur public et privé à une des diverses mutuelles de santé, indépendantes du secteur étatique, gérées par le biais des adhérents et fortement appuyées par la communauté internationale pour créer une masse critique afin que chacune d'elles puisse gérer le risque de façon équilibrée et que tous les Fosa soient obligées de contractualiser les services médicaux avec une ou plusieurs mutuelles de santé.

Constat 4 : Dans les provinces où la participation communautaire sous forme de contribution aux investissements était forte, l'action du FDSS a été d'autant plus efficace. Dans les provinces où la participation communautaire est faible, la rentabilité des investissements réalisés est limitée.

- Recommandation 4 : Promouvoir une vision de développement global qui permette de renforcer la participation communautaire active avec des apports matériel ou humain, comme mécanisme de responsabilisation des bénéficiaires finaux qui sont également présents dans les comités de gestion de chaque Fosa. Ce mécanisme devrait être inscrit comme préliminaire au financement de structures de santé et de contractualisation avec les structures de santé pour l'achat de services.

Constat 5 : La mission a visité certaines Fosa où le FDSS est intervenu et a constaté, malgré les investissements réalisés pour l'amélioration des infrastructures et la fourniture d'équipements médicaux, que la qualité des services de santé laisse à désirer.

- Recommandation 5 : Développer une approche globale qui vise en priorité le changement de comportements et d'attitudes, surtout dans les structures les plus périphériques. Des mécanismes d'auto-monitorage pour le renforcement de la qualité des services de santé et la sécurité des

malades doivent être mis en œuvre par le biais de 'peer-learning' et 'benchmarking', de standardisation et formation, de diffusion des ordinogrammes de soins etc. Ces mesures préliminaires seraient obligatoirement instaurées dans toutes les Fosa pouvant bénéficier d'un appui financier, que cela soit par le biais de financements publics à travers la nouvelle institution fiduciaire ou par le biais des mutuelles avec lesquelles elles auront contractualisé des services (critères d'accréditation).

Constat 6 : La mise en œuvre des programmes et projets ainsi que la mobilisation des financements jusqu'au bénéficiaire final requiert beaucoup de ressources (programmation des projets, assistance technique, audits financier et comptable, études de faisabilité, suivi et évaluation, …). Les montants mobilisés sous le programme du prérequis par exemple sont relativement limités (5.000€/20.000€ par structure) ce qui ne justifie pas des frais de gestion et d'assistance technique (jusqu'à 50% du montant déboursé finalement) aussi importants.

- Recommandation 6 : Piloter la mise en place des mécanismes alignés et coordonnés d'appui financier et d'assistance technique qui donnent une plus grande responsabilité aux bénéficiaires directs (Fosa) et finaux (la population) pour identifier leurs besoins réels, mettre en œuvre les projets, travaux, etc. avec un contrôle plutôt ex-post qu'a priori par le bailleur.

A court terme, nous proposons d'associer le FDSS à une étude technique, à l'échelle nationale, et qu'il en prenne éventuellement le leadership opérationnel ; cette étude qui serait précédée par une phase diagnostique aurait comme objectif de tirer des leçons du passé afin de définir le cadre institutionnel et statutaire, la structure fonctionnelle et opérationnelle d'une nouvelle institution de gestion fiduciaire du secteur de la Santé.

Cette étude devra également définir le cadre institutionnel et statutaire, la structure fonctionnelle et opérationnelle de la nouvelle institution de gestion fiduciaire du secteur de la Santé, le statut et le mode de fonctionnement interne et le mode de financement ainsi que l'assistance technique dont pourrait bénéficier cette nouvelle institution durant les premières années de son existence. Les autres PTF actifs dans le secteur de la Santé devront être associés étroitement à cette étude. Un projet de termes de référence est inclus dans le rapport.

Nous tenons à remercier chacun de nos interlocuteurs sans exception avec lesquels nous avons pu collaborer tout au long de cette mission.

Sans vouloir mettre en évidence ou prendre le risque d'oublier quelqu'un, nous référons le lecteur à la liste de personnes rencontrées en annexe.

Le **Secrétaire général du Ministère de la Santé, Dr Mukengeshay Kupa**, n'a ménagé aucun effort pour faciliter la mission, écouter et guider les experts et donner des instructions aux services techniques du MSP pour permettre d'accéder à toutes les informations, sans exception.

Le FDSS a appuyé la mission et facilité le travail des experts durant toute la durée, tant à Kinshasa qu'en province et nous tenons à remercier le **Dr Kokolomami Jack, Directeur du FDSS** et ainsi que toute son équipe, pour l'accueil chaleureux dont nous avons pu bénéficier.

2. Rappel des termes de référence

2.1. Le contexte de la mission

La Délégation de l'Union européenne et le Gouvernement de la République Démocratique du Congo ont signé, le 9 juillet 2010, la Convention de Financement FED/ 2009/2151 du PAPNDS : le budget global est estimé à 51.000.000 euros. La fin de la période d'exécution de la convention de Financement est fixée au 09/07/2018. Lors des appuis précédents, l'UE avait appuyé la mise sur pieds de deux établissements d'Utilité Publique, le FDSS - Fonds du Développement des Services de Santé et en

quatre provinces des FASS qui doivent permettre de catalyser les fonds des partenaires, dont l'UE, et plus particulièrement gérer des devis-programmes et contrats de subventions.

A l'heure du bilan des OMD, la mise en œuvre des objectifs de développement durable (ODD) est basée sur les grands axes stratégiques des soins de santé primaires inscrits dans le document de Stratégie de Renforcement du Système de Santé (2006) et confirmés dans le nouveau Plan National de Développement Sanitaire 2016-20.[1]

- (i) poursuivre le développement des Zones de Santé afin de garantir une meilleure disponibilité des services et soins de santé de qualité et leur accessibilité ainsi que l'utilisation optimales par la population dans le cadre de la triple dimension de la couverture sanitaire universelle ;
- (ii) renforcer les actions d'appui à l'extension de la couverture des services et soins de qualité en travaillant sur les piliers du Système de Santé ;
- (iii) poursuivre l'amélioration de la gouvernance et le pilotage du secteur de la Santé.

La DUE et le MSP sont en phase de préparation de la contractualisation des appuis du 11ème FED. Le nouveau programme d'appui au secteur de la Santé doit se baser sur le développement de la Couverture Médicale Universelle (CMU) et sur la réforme en cours de la stratégie de financement de la Santé. A cet effet, la DUE se propose de réévaluer la capacité et la fonctionnalité des structures de financement appuyées par le FED (EUP FDSS et FASS).

La mission s'est concentrée sur les examens des 4 devis-programmes financés sur les budgets du PAPNDS du 10ème FED ainsi que sur les 2 contrats de subvention : « Prérequis » et subvention du fonctionnement de l'EUP FDSS. Cette mission doit également estimer le risque financier et la valeur ajoutée apportée par le FDSS et contribuera à l'amélioration du financement du secteur qui inclut la Couverture Médicale Universelle. Elle sera suivie par une mission sur l'organisation et les activités des FASS.

2.2. Objectifs et résultats escomptés de la prestation

2.2.1. Objectifs généraux de la prestation

- Informer la Commission Européenne (CE) sur le niveau du risque financier et la valeur ajoutée ou non de ce montage institutionnel ;
- Contribuer à l'évolution vers une stratégie de financement de la Santé qui s'inscrit dans le cadre d'une couverture universelle des soins de santé ;

2.2.2. Objectifs spécifiques de la prestation

- Apprécier la pertinence, l'efficience, l'efficacité et la viabilité d'EUP FDSS dans ses missions respectives, ses prestations attendues et chaque poste par rapport à son cahier des charges ;
- Formuler des recommandations concrètes pour améliorer la pertinence, l'efficience, l'efficacité et la viabilité d'EUP FDSS ;
- Déterminer le risque financier d'un financement à travers l'EUP FDSS et l'efficacité de son intervention.

3. Audit organisationnel de l'EUP FDSS

3.1. Statut juridique du FDSS et Statuts

[1] PNDS 2016-20: draft document mars 2016-20

Le Fonds de Développement des Services de Santé (FDSS) est un établissement d'utilité publique inspiré et créé avec l'appui de l'Union européenne en 2008 et fondé par la Fondation AEDES. C'est une organisation non gouvernementale d'utilité publique, dotée d'une personne juridique. Le Fonds est créé dans le but de gérer les financements destinés à l'amélioration de l'offre des services de santé et du système national de santé, de rechercher et d'orienter tout bailleur de fonds disposé à financer le fonctionnement du système de santé, tant au niveau central qu'à un niveau intermédiaire ou périphérique. Le principal domaine d'action du FDSS est l'appui institutionnel aux zones de santé et aux divisions provinciales, avec un accent sur la gestion des fonds provenant de différents donateurs y compris du Gouvernement et le renforcement des capacités. Le Fonds est également le gestionnaire des acquisitions d'équipements et des contrats de travaux de rénovation des Fosa sélectionnées.

La création du FDSS répondait, aussi, au besoin de séparation des fonctions de régulation de celles de prestation et de financement des services dans les zones d'intervention de l'UE.

Sa création a été accompagnée par une Convention de dévolution de service entre le Ministère de la Santé et le FDSS[2].

La Convention stipule que *le Fonds national de Développement des Services de Santé (FDSS), a été créé avec un double objectif : promouvoir la bonne gestion auprès des bailleurs de fonds et gérer les financements disponibles destinés au renforcement de l'offre de soins.*

> Le Ministère de la Santé Publique souhaite que le FDSS, devienne un outil au service des mises en œuvre de la politique nationale de santé en assurant une fonction de gestion des financements, en collaboration étroite avec les acteurs de la santé au niveau national et provincial.

(préambule)

> *ARTICLE 2 : MISSION*
>
> Le Gouvernement confie au FDSS, qui l'accepte, une mission de service public et d'intérêt général. Par celle-ci, le FDSS participe à la mise en œuvre de la politique nationale de santé.
>
> La mission est définie comme suit :
>
> - Promouvoir une gestion saine des fonds destinés à améliorer l'offre de soins et les services de santé afin d'inciter les bailleurs de fonds à investir dans le secteur santé au niveau national et provincial;
> - Gérer les fonds qui lui sont confiés par différents bailleurs et par le Gouvernement lui-même, dans le respect de ses statuts et des conventions conclues avec le Gouvernement et avec les bailleurs de fonds, en les affectant, selon les directives des niveaux central et provincial du Ministère de la Santé Publique, à des actions destinées à améliorer l'offre de soins et les services de santé, notamment par un appui à l'encadrement, par des investissements, des primes à la performance, des formations et des activités de renforcement et appui institutionnel.

Le FDSS a marqué son adhésion à la Politique nationale de Santé et s'est ainsi engagé à participer activement à la mise en œuvre de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé.

Ses obligations comprennent également de tenir informé le Gouvernement trimestriellement de ses activités, de respecter le plan comptable congolais, de se doter de procédures administratives et financières internationalement reconnues et de faire procéder à un audit externe annuel de ses comptes.

[2] Convention de dévolution de service entre le Ministère de la Santé publique et le FDSS, 11 mars 2008

L'Etat s'est engagé à mettre à disposition du FDSS « à titre gratuit, les immeubles utiles à l'accomplissement de sa mission » et « dans la mesure du possible l'exercice de l'activité financière du FDSS se fera dans les locaux du Ministère de la Santé ».

La Convention initiale qui était conclue pour une période de cinq (5) ans a fait l'objet d'un avenant (non daté) qui a prolongée sa validité jusqu'au 31 décembre 2015.

> **Article 2 :** L'article 13 est modifiée comme suit : « *La présente convention est conclue jusqu'à la fin de la mise en œuvre opérationnelle de la Convention de financement FED/2009/021511 soit à la fin du dixième FED le 31 décembre 2015* ».

La Convention a été renouvelée pour une période de cinq (5) ans jusqu'à fin 2020 en application de l'article 14. L'article 14 de la Convention précise qu'elle peut être renouvelée par tacite reconduction pour une même durée, aux mêmes clauses et conditions, sauf modification ou résiliation demandée par l'une des parties, avant la date d'expiration, par lettre recommandée avec l'accusé de réception.

Les Statuts du FDSS qui datent également de 2008 précisent le rôle d'agence de gestion fiduciaire qu'incombe au FDSS :

> **CHAPITRE II : OBJET SOCIAL ET OBJECTIFS**
>
> **ARTICLE 4 : OBJET SOCIAL**
>
> §1. Le FDSS a pour objet social de gérer les financements destinés à l'amélioration du fonctionnement des services de santé et du système national de santé dans son ensemble.
>
> §2. Il a notamment pour objectifs spécifiques :
> - d'engager, liquider et payer les fonds disponibles en fonction de la volonté et des procédures du bailleur de fonds, des normes en vigueur, des priorités identifiées par le Ministère de la Santé Publique et en fonction du plan de développement au niveau national et provincial;
> - de gérer les financements destinés notamment aux investissements, à l'encadrement et la régulation des activités de soins par l'administration sanitaire (formations, ateliers, primes liées à la performance).
> - de promouvoir son utilisation par d'autres bailleurs de fonds ;
>
> §3. En vue de remplir son objet, le FDSS peut conclure des accords de financement ou autres avec tout bailleur de fonds.

La Convention de dévolution de service devrait donc être révisée (durée de validité, période de référence).

Les Statuts devront faire l'objet d'une révision en fonction des recommandations qui seront retenues à la suite du présent audit et qui pourrait comprendre la définition d'un « Objet social » plus large, une revue de la composition du Conseil d'Administration, l'inclusion de nouveaux champs d'activités tels que le conseil technique ou la fourniture d'assistance technique. Cette révision statutaire devrait

également préciser qu'au-delà des missions qui lui sont accordées actuellement, la mise en œuvre de projets pourrait faire partie de ses nouvelles missions. Il est nécessaire de définir quel sera son rôle par rapport au processus de mise en place de la Couverture Médicale Universelle et quels mécanismes seront à la base de son mode d'intervention. La mise en place de la Couverture Médicale Universelle inclura sans doute, et comme cela est déjà le cas dans le cadre de l'appui des nouvelles mutuelles de Santé par la CGAT, la mobilisation de ressources financières importantes pour couvrir le risque et assurer l'inclusion de tous, y compris les couches de la population qui n'ont pas encore les moyens monétaires, pour s'y inscrire.

3.2. Structure organisationnelle et ressources humaines

La séparation des fonctions entre les acteurs est un gage de transparence. C'est une des raisons pour laquelle le FDSS en tant qu'agence fiduciaire a été créé.

Au niveau intermédiaire, le Comité Provincial de Pilotage du Secteur Santé et la DPS assurent les fonctions de gestion programmatique et de régulation tandis que l'EUP FDSS assure la gestion fiduciaire. Dans le cadre du FED, la régie agit également comme autorité contractante tandis que dans le cadre des procédures nationales, c'est le MSP et par délégation la CAG et les DPS qui assurent le rôle d'autorité contractante. Dans les deux cas, l'EUP doit assurer une vérification budgétaire et une vérification du processus de passation de marché avant l'engagement des dépenses. Le CPP valide et décide de toutes les stratégies provinciales à mettre en œuvre dans le cadre du plan d'action provincial.

Il prend ses décisions sur base des priorités de Santé publique identifiées et édictées au niveau de la province. Le CPP comprend des représentants de l'Inspection Provinciale de Santé, du PAPNDS et des ONG internationales impliquées dans la mise en œuvre de programmes de santé, des Représentants des organisations onusiennes.

L'EUP doit assurer que l'entité contractualisée (fournisseur, consultant, etc.) ait effectivement été payée et ceci dans le meilleur délai. Ceci implique des transferts de cash, des vérifications des signataires des comptes bancaires des contractants, etc.

Les bénéficiaires intermédiaires du FDSS sont : les administrations sanitaires impliquées dans les différentes composantes qui bénéficieront des activités programmées dans le PAPNDS (investissements, primes, formations, etc. ; le personnel des formations et administrations sanitaires, appelé à travailler dans des conditions plus propices à la réalisation de ses différentes tâches (tant curatives, préventives que promotionnelles). Les bénéficiaires finaux sont les patients en général et les personnes incluses dans les programmes sociaux (femmes, enfants, malades chroniques), en particulier dans les quatre provinces appuyées par le PAPNDS.

Pour la coordination et la mise en œuvre de ces différents projets, le FDSS est structuré de la manière suivante : une Direction nationale avec actuellement 4 bureaux provinciaux dont deux opèrent uniquement en appui de la réalisation du projet de distribution de moustiquaires dans le Nord et le Sud Kivu. Ces deux campagnes se termineront dans le courant du premier semestre 2016 après quoi il n'est pas encore établi si le FDSS aura les ressources financières suffisantes pour maintenir en poste le personnel qui y est associé.

Au premier semestre 2016, le personnel était composé de spécialistes en santé publique, de cadres qualifiés en santé publique, d'experts financiers et comptables et d'agents administratifs.

Le personnel du FDSS comptait au total 54 personnes en avril 2016 ; 7 personnes, constituant son personnel permanent au niveau central, sont employées par un contrat à durée indéterminée (7 CDI), pendant que les autres membres de son personnel émargent sur le budget d'un des projets en cours d'exécution et sont employés en contrat à durée déterminée, d'une année renouvelable (47 CDD).

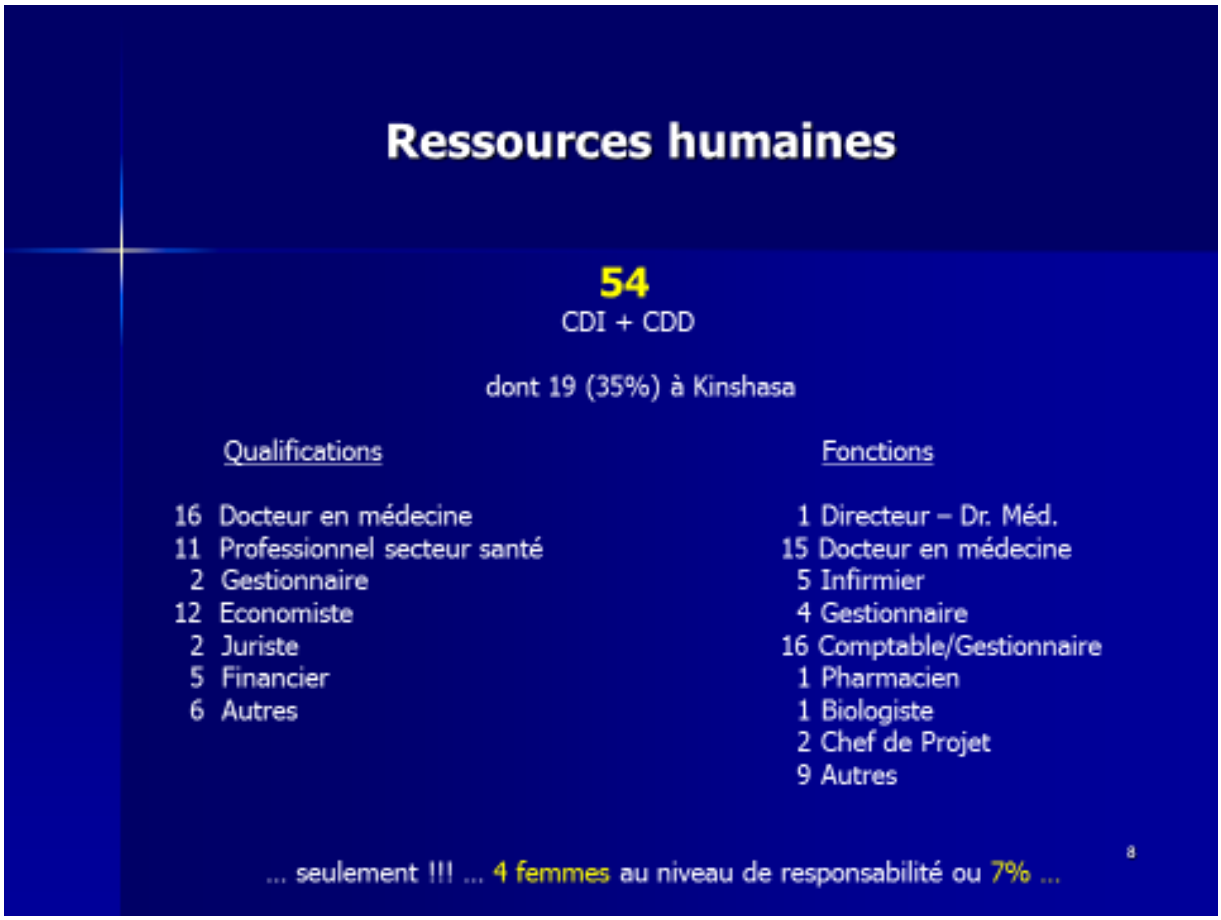


Tableau 1 - Composition du personnel du FDDS en avril 2016

La grande majorité du personnel est hautement compétente avec des qualifications formelles qui varient entre BAC+3 et BAC+8. Il y a un grand nombre de spécialistes en santé publique et en gestion de projet de développement. Les financiers et comptables ont une large et longue expérience de gestion financière de projets et maîtrisent les procédures contractuelles et financières de la plupart des donateurs présents en RDC dans le domaine de la santé.

Parmi eux se trouvent des personnes qui maîtrisent particulièrement bien les procédures de l'Union européenne et notamment de la gestion des devis-programmes, de la mobilisation de ressources sous forme d'engagements spécifiques, de la gestion des subventions de fonctionnement et des subventions d'action, et des procédures à suivre aussi bien pour la fourniture de services ou de travaux ou d'achat d'équipements. Il n'y a pas (ou plutôt plus) d'ingénieurs employés directement par le FDSS mais certains ingénieurs ont travaillé jusqu'à récemment encore dans le cadre de projets de réhabilitation des infrastructures sanitaires (voir RSS1 – GAVI – travaux de réhabilitation).

Le risque de déperdition de ces compétences spécialisées, construites durant plus de 7 années est grand. Si dans le courant de l'année 2016 le FDSS n'arrivait pas à renouveler ses contrats et puisse générer ainsi suffisamment de ressources financières pour couvrir ses frais de fonctionnement, éventuellement par le biais d'une nouvelle mais peu probable subvention de fonctionnement, son personnel qualifié risquerait de devoir être libéré et se trouverait rapidement une fonction similaire dans d'autres projets.

3.3. Budget de fonctionnement du FDSS 2010-2015 (6 années)

Rubrique budgétaire	€	%
Ressources humaines en CDI	728 873	11,78%
Ressources humaines en CDD	3 395 902	54,90%
Voyages	196 051	3,17%
Equipements	24 235	0,39%
Fonctionnement bureaux & véhicules	918 194	14,84%
Autres coûts (audits, visibilité, frais bancaires, etc.)	169 868	2,75%
Frais administratifs (overheads)	752 633	12,17%
Total	**6 185 756**	**100%**

Totaux pour 6 ans (2010-2015) en euros	**6 185 756**
Total mensuel en euros pour 72 mois	**85 913,27**
Moyenne annuelle en euros	**1 030 959**

Tableau 2 - Budget du FDSS 2010 - 2016

Note : comprend la gestion fiduciaire des projets de l'UE, SANRU, Initiative 5% (FEI), FM, SNEL, GAVI (source : comptabilité FDSS 2010-2015)

3.4. Activités du FDSS au titre d'agence fiduciaire et d'exécution du Ministère de la Santé

Créé initialement dans le seul but d'assurer une gestion fiduciaire (*gestion de fonds destinés à l'amélioration des soins de santé*), le FDSS a été utilisé par plusieurs partenaires techniques et financiers (PTF) actifs en RDC pour appuyer la mise en œuvre de projets d'assistance technique, d'investissement en infrastructures et en équipements et de campagnes d'appui au secteur de la santé.

C'est ainsi que depuis le 18 novembre 2008 jusqu'à la fin 2015, le FDSS a géré des projets pour le compte de :

- Union européenne
- Fonds mondial – VIH/PALU
- GAVI (the Vaccine Alliance)
- France – France Expertise Internationale
- Grande Bretagne – Department for International Development – DfID
- UNICEF
- Gouvernement du Congo – BCECO
- Banque mondiale

Il a également travaillé en coopération et comme sous-traitant et sous-récipiendaire avec SANRU, ASF/PSI, KPMG, SNEL. Le FDSS, à son tour, a, dans certains cas, conclu des contrats de sous-traitance avec d'autres organismes (par exemple avec différents FASS provinciaux) ou des consultants et experts individuels.

L'Union européenne a été le plus important contributeur au FDSS avec environ 26 millions d'euros dont 30% des fonds ont fait l'objet de gestion fiduciaire du FDSS.

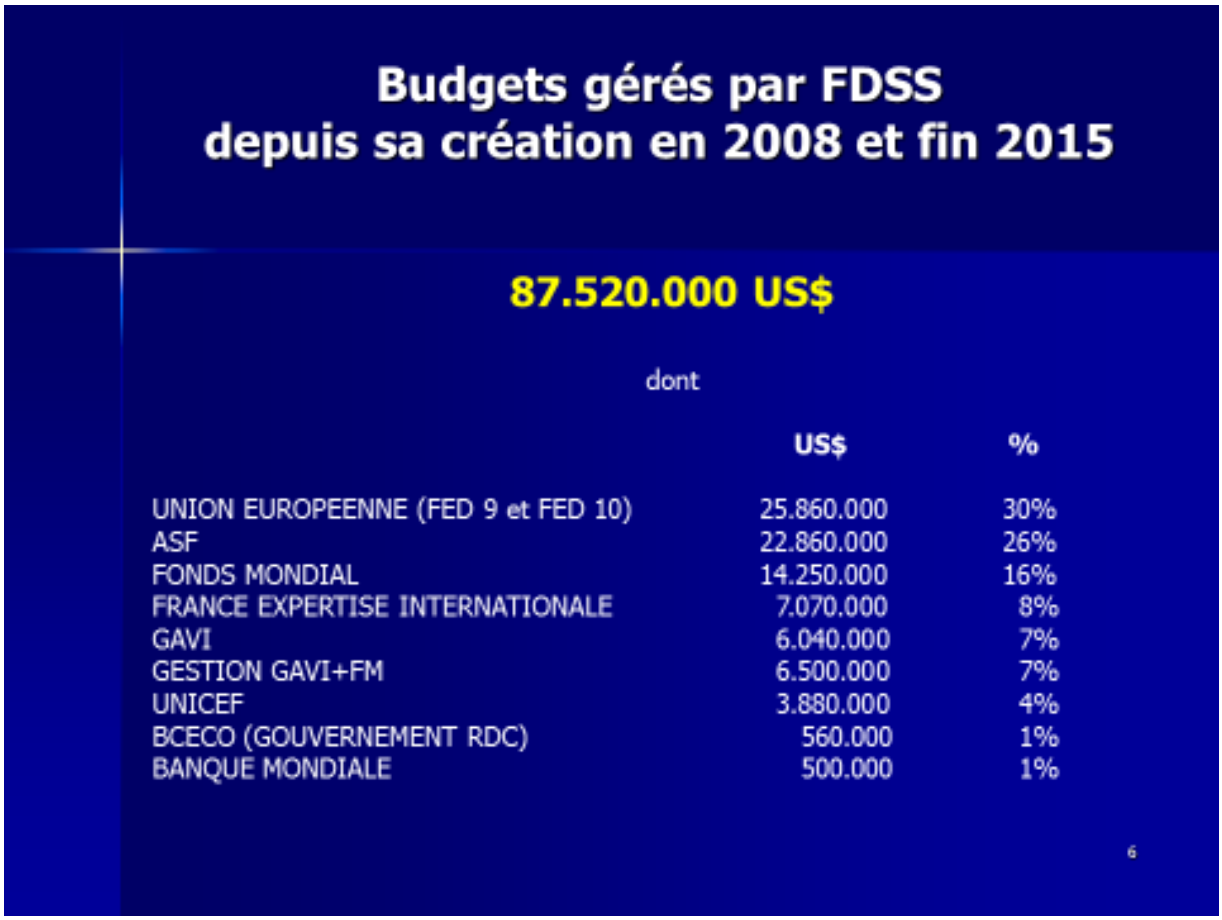


Tableau 3 - Budgets gérés par le FDSS de 2008 à 2015

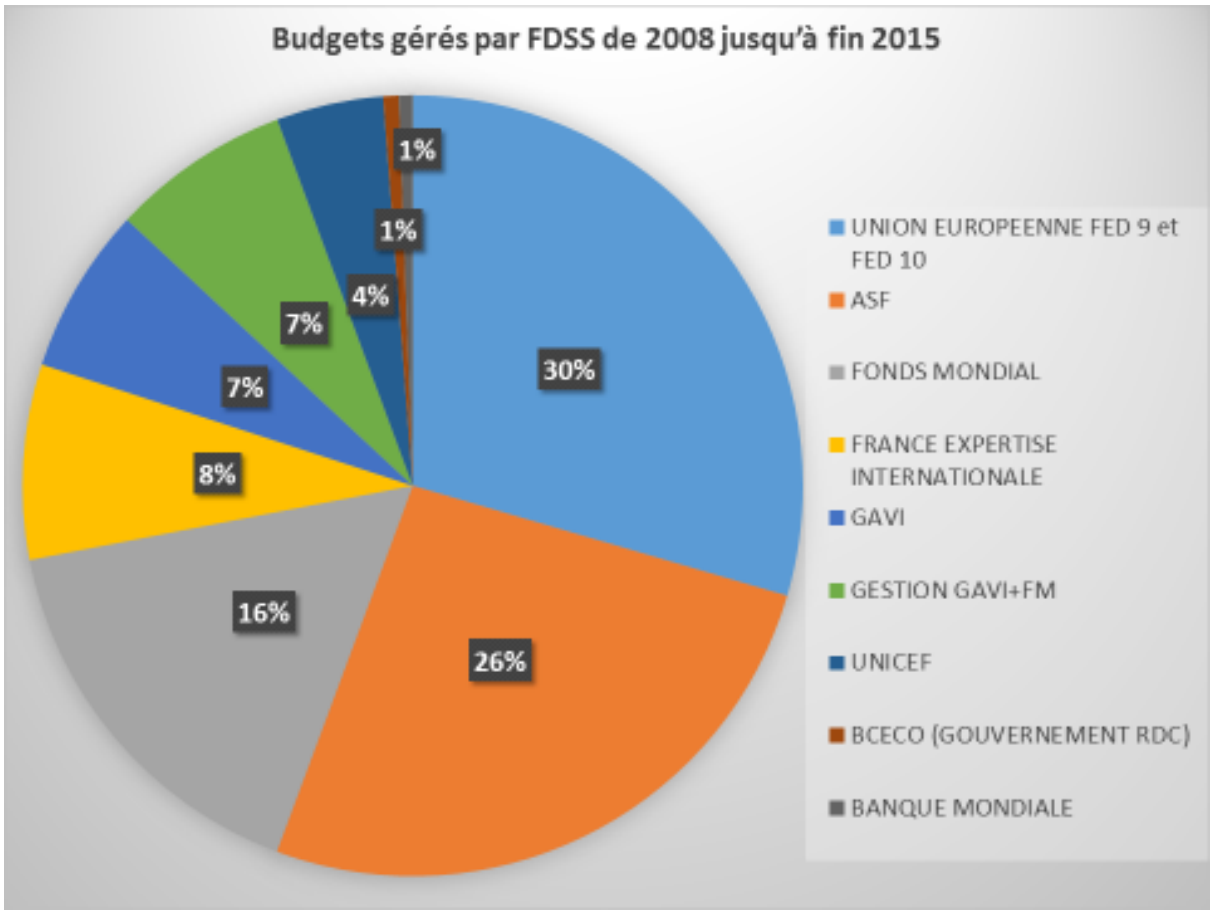


Figure 1 - Répartition des budgets gérés par le FDSS par donateur

En 2016, à la date de cet audit, le FDSS gérait encore plusieurs projets pour le compte de différents bailleurs de fonds dont la plupart seront clôturés au cours du premier semestre de 2016, à l'exception d'un projet financé par le Fonds mondial qui court jusqu'à fin 2016 (programmation annuelle) et qui sera fort probablement prolongé pour une année jusqu'à fin 2017.

2016	
En cours d'exécution	
SANRU-FM avril 2015 – déc. 2017 5.540.000US$	Mise en œuvre activités VIH et paludisme dans 9 ZS Kasaï Oriental et 20 ZS Kasaï Occidental
GAVI-RSS1+ déc 2014 - déc 2015 … mai 2016 1.510.000US$	Construction CDR de Lodja et réhabilitations dans 142 CS dans les provinces Kinshasa (10), Bas-Congo (10), Kasaï Occidental (29), Kasaï Oriental (73) et Nord – Kivu (20)
ASF-FM nov. 2015 – fin mai 2016 11.860.000US$	Dénombrement et distribution de moustiquaires (MILD) – sensibilisation sur l'utilisation et la conservation – Nord et Sud Kivu
Expertise France Intern. - Initiative 5% fév. 2014 – fin juin 2016 817.266US$	Mise en place d'un système fonctionnel de gestion de l'information médicamenteuse et logistique en RDC dans 40 ZS – formation 135 cadres DHIS2 – 45 kits IT
En préparation …	
BCECO	Constructions de CS
MILD	Katanga et/ou Kinshasa
SANRU-FM (contrat annuel 2017)	Continuation
GAVI-RSS2	Construction – Réhabilitation

7

Tableau 4 - Projets en cours au premier semestre 2016 et projets en préparation

En mars 2015 le FDSS a introduit une nouvelle demande de subvention pour la réalisation d'une action « Prérequis 2 », intitulée « Petits Investissements à haut impact qualité et SMNE (Santé de la Mère, du Nouveau-né et de l'Enfant) dans 35 formations sanitaires des 23 ZS couvertes par PAP-OMD 4&5» pour un montant total de 1.012.999€. Fort des acquis de la mise en œuvre de la subvention Prérequis1, les provinces par l'entremise des comités provinciaux de suivi ont manifesté l'intérêt (i) d'étendre la couverture des formations sanitaires devant bénéficier des petits investissements dans les Zones de Santé du projet ; (ii) d'améliorer davantage les conditions de travail des formations bénéficiaires du prérequis 1, notamment en procédant à l'éclairage des pièces clés.
De commun accord avec les provinces respectives, l'Action de Prérequis 2 devait se focaliser sur :

- L'éclairage de 23 formations sanitaires (Centres de Santé)
- La réhabilitation et l'équipement de 23 nouvelles formations sanitaires
- L'adduction d'eau dans 23formations sanitaires.

L'approbation de cette demande était conditionnée par les résultats de l'audit dont fait objet le présent rapport. Tenant compte des délais impartis, il semble qu'il soit peu probable que cette demande sera encore financée par l'UE.

3.5. Système de management interne

Pendant la mise en œuvre du PAPNDS, un comptable du FDSS était spécifiquement responsable pour la gestion des DP et un autre comptable était spécialement affecté au programme des prérequis. Des ingénieurs ont été recrutés pour suivre et contrôler l'exécution des travaux.

Toutes les décisions sur les activités, les paiements et les investissements sont obligatoirement prises au niveau des DPS. La plupart des communications formelles se font par courrier électronique.

Un Comité National de Suivi des Prérequis est mis en place pour cadrer les priorités et pour la validation des besoins et suivi des dossiers en cours transmis par l'ingénieur FDSS.

Sur le programme des prérequis, les procédures mises en place sont complexes mais efficaces. Elles garantissent la transparence à tous les niveaux, depuis l'identification jusqu'à la réception. Elles garantissent également l'appropriation par le bénéficiaire direct (CS ou HGR) et par la tutelle provinciale. Toutes les autorités concernées par les dossiers sont impliquées. L'AT contribue directement aux étapes clés de la mise en œuvre des travaux et des acquisitions.

Il faut noter que les procédures du DP sont très lourdes et amènent une charge de travail énorme. A titre d'exemple, nous avons reconstitué la procédure qui devait être suivie pour un (seul) atelier de formation de trois jours suivi par une trentaine de participants. Le dossier a pu être clôturé au bout d'une longue procédure de 12 étapes et a résulté, en omettant toutes les communications par email, en une production d'environ 300 pages.

Une dizaine d'étapes sont suivies pour l'organisation et le paiement des frais d'un seul atelier de formation :

- Préparation des TdR par l'assistant technique Qualité
- Médecin Inspecteur provincial envoie au DPS
- DPS envoie une requête au Directeur du FDSS
- FDSS, analyse les TdR, approuve TdR ou échange par email
- FDSS prépare et effectue le virement des fonds sur le compte de FDSS en province
- GCP (gestionnaire comptable provincial) collecte la facture et paie
- GCP envoie les pièces comptables par DHL (+/- 70 pages – y compris les TdR, le programme de formation, la liste des participants, la feuille de présence du séminaire, les feuilles d'émargement pour avoir pris le déjeuner) ; il garde une copie, envoie les originaux et le FDSS fait également une copie (depuis DP3 FDSS scanne le dossier)
- FDSS envoie les originaux et le scan sur CD à la COFED
- COFED vérifie et valide les pièces et la dépense ; envoie un courrier - soit OK – soit demande d'explications
- COFED envoie le dossier à la DUE (scans et originaux)

Sur le programme des prérequis, les procédures mises en place sont complexes mais efficaces. Elles garantissent la transparence à tous les niveaux depuis l'identification jusqu'à la réception. Elles garantissent également l'appropriation par le bénéficiaire direct (CS ou HGR) et par la tutelle provinciale. Toutes les autorités concernées par les dossiers sont impliquées. L'AT contribue directement aux étapes clés de la mise en œuvre des travaux / acquisitions.

3.6. Ressources matérielles et immobilières

Le FDSS n'est pas propriétaire d'un bâtiment et ne dispose que de quelques mobiliers de bureau ou d'équipements informatiques, la plupart étant obsolètes et peu entretenus.

Il dispose de deux voitures (dont une achetée par financement de l'UE), qui sont en bon état et bien entretenues. Malgré la présence de deux voitures, elles sont souvent prises pour des déplacements de service et certains employés sont alors obligés d'utiliser leur propre véhicule0, également pour des raisons de service.

Les équipements en provinces sont réduits. L'équipe ne dispose pas de véhicule et dépend donc de la DPS (antenne) et des ZS. Une moto est disponible pour de petits déplacements.

Commentaires

- Il serait certainement opportun de pouvoir disposer d'un troisième véhicule (dans la perspective d'une augmentation du rythme d'activité dans les années à venir ;
- Le mobilier de bureau est obsolète et devrait être renouvelé et complété rapidement. Il y a un manque cruel d'étagères et de mobilier de classement et d'archivage ;
- Le matériel informatique doit être renouvelé d'urgence. Les ordinateurs devront subir un entretien du soft pour archiver les fichiers inutiles et les protéger correctement contre les virus ;
- Une action d'entretien, de réparation et de nettoyage global et détaillé s'impose ;
- La location des bureaux au sein du bâtiment du PNMLS revient trop chère ; également en province le FDSS est obligé de louer des bâtiments ; le cout global de location de bureaux revient à 5000 USD/mois (60.000USD/an) ce qui est très/trop cher en comparaison avec la qualité du service et les bureaux fournis (installations électriques défaillantes, toilettes non fonctionnelles, climatiseurs peu entretenus, etc.). Il faudrait encourager le MSP à se tenir à ses engagements tels que prévus par sa Convention dans laquelle il est clairement stipulé que le MSP doit fournir les bâtiments au FDSS et de préférence au sein de ses structures. Le Gouvernement qui est propriétaire du bâtiment PNMLS (relève de la Primature) devrait faire un effort sérieux pour réhabiliter son bâtiment, en nommer un gestionnaire et prévoir le financement nécessaire d'entretien pour garder ce bâtiment en bon état. Le fait qu'une multitude de projets se trouve au même endroit est intéressant et peu amener à des échanges d'expériences entre les experts des différents projets. Il serait éventuellement envisageable que le FDSS construise, avec ses fonds propres complétés par une subvention de l'Etat, son propre bâtiment au sein de l'enceinte où se trouve actuellement le Secrétariat général du Ministère. C'est un investissement important dont nous ne pouvons estimer l'intérêt à cette étape de développement du FDSS. Par contre, il nous semble intéressant de consolider l'infrastructure immobilière pour la gestion fiduciaire du secteur de la santé en province et pourquoi ne pas la rapprocher ou construire un bâtiment administratif proche ou au sein de l'enceinte de l'hôpital. Plusieurs usagers pourraient s'y retrouver et cela pourrait ainsi créer une économie d'échelle (CAG, AGEFIN-GIZ, FASS, FDSS, bureaux de projets FM et GAVI, futures ou existantes mutuelles de santé, etc.).

3.7. Fonctionnement du FDSS

Le fonctionnement du FDSS a été fortement appuyé par l'Union européenne, depuis sa création en 2008 et sous le financement de 3 DP du 9ième FED, pour ensuite être repris sous différentes formes, dont une subvention de fonctionnement, un budget en appui de son fonctionnement pour la réalisation du programme « Prérequis » et finalement pas une ligne budgétaire dédiée prévue à l'avenant n°1 du DP3.

Subvention du fonctionnement par UE							
		Interrupt. (m)	Début	Fin	Durée (m)	Total (fonct.)	Moyenne/m
FED9	S/F		18/11/2008	30/06/2011	31,5	976.000€	
FED9	DP1/FA6%		18/11/2008	17/04/2009	5	137.880€	
FED9	DP2/FA6%	0	18/04/2009	17/10/2010	18	413.849€	
FED9	**TOTAL**		**18/11/2008**	**17/10/2010**	**31,5**	**1.527.729€**	**48,499€/m**
FED10	S/F – contrat		04/08/2011	02/02/2015	42		20.930€/m
FED10	S/F – réel		04/08/2011	04/10/2014 (30/06/14)	38 (35)		23.133€/m
FED10	DP0/AV	0	07/10/2010	28/02/2011		879.053€	
FED10	DP1/AV	2	01/05/2011	30/06/2012			
FED10	DP2/AV	5	21/11/2012	20/01/2015			
FED10	DP3/initial	3	11/04/2014	10/06/2015			
FED10	DP3/AV		04/10/2014	10/06/2015	8 (+3m)	237.325€	29.666€/m
FED10	Prérequis		06/01/2012	03/03/2014	26	88.397€	3.400€/m
FED10	**TOTAL**	**11 (20%)**	**07/10/2010**	**10/06/2015**	**56**	**1.204.775€**	**21.514€/m**

Tableau 5 - Subvention du fonctionnement du FDSS par l'UE

Par contre, le FDSS n'a pas pu bénéficier d'une assistance technique ou d'appui de spécialistes de gestion. Un des problèmes les plus importants constatés est l'absence d'une bonne gestion documentaire et de procédures de gestion administrative et documentaire. Le FDSS manque également d'équipements de classement, le matériel de bureau et les équipements informatiques doivent être renouvelés.

Le coût du fonctionnement du FDSS est fonction des projets gérés par le fiduciaire et est financé par ces projets. Le FDSS ne dispose pas d'autres sources de revenu et de par son statut n'a pas le droit de générer d'autres ressources.

L'appui de l'UE au fonctionnement du FDSS dans son ensemble a évolué de 48.500€/mois durant la période du 9ième FED à une moyenne globale de 21.500€/mois durant le 10ième FED. Pour calculer ces moyennes mensuelles, nous avons pris en compte l'ensemble du financement par l'UE pour la réalisation des activités, la subvention de fonctionnement et des lignes budgétaires liées au fonctionnement pour la mise en œuvre des devis-programmes et du programme du prérequis.

Ces moyennes prennent en compte la durée totale des actions, soit 31.5 mois pour le 9ième FED et 56 mois, y compris les 11 mois d'interruption de financement, sous le 10ième FED.

L'interruption du financement durant 20% de la période de financement sous le 10ième FED a été dysfonctionnelle et à certains moments problématique car le FDSS a dû recourir pendant ce temps à ses fonds propres pour payer son personnel (DP3 - durant 3 mois) pour financer le gap ou a été obligé d'arrêter l'appui financier au niveau intermédiaire (ANI) et donc au fonctionnement des DPS (DP1 – 2 mois et DP2 – 5 mois). Cette situation n'a pas été propice pour que sur le terrain, en province, l'action et les objectifs du PAPNDS et ensuite du PAPOMD soient soutenus.

L'interruption du financement des DP n'est pas imputable au FDSS. L'approbation des mémoires n'est pas une condition pour le renouvellement des DP. Seule la lenteur procédurale du renouvellement des DP et de la communication entre le MS, la COFED et la DUE est responsable.

Il ressort des analyses menées par cet audit que le FDSS n'a pas su se préparer ou n'a pas été clairement encouragé à préparer et se doter d'une stratégie de sortie bien réfléchie et planifiée, éventuellement accompagnée par une phase transitoire, une sortie par rapport à l'appui dont il a pu bénéficier pour son fonctionnement à travers le financement de l'UE et dont d'autres donateurs ont pu tirer largement avantage. Difficile à quantifier, mais il faudrait également prendre en compte les effets positifs qu'ont eu les appuis de l'UE au fonctionnement du FDSS par rapport au 70% des fonds provenant d'autres sources qui sont passées à travers ce mécanisme fiduciaire.

Une demande de subvention d'action, faite en mars 2015, dite « prérequis 2 », a été suspendue par la COFED et la DUE en attendant la réalisation de cet audit.

Par ailleurs, ses statuts actuels ne lui permettent pas d'agir de façon totalement différente et de se positionner comme un des acteurs dans la fourniture d'assistance technique pouvant générer des ressources propres en faisant du « bénéfice » au-delà de ses besoins essentiels pour assurer son fonctionnement lui permettant de créer une certaine réserve financière.

Le temps presse pour trouver des solutions durables avant la fin de l'année 2016. Le FDSS pourrait encore « survivre » cette année en utilisant ses fonds propres (environ 65.000 USD) et il pourrait effectivement récupérer ce que lui est dû par la KPMG qui n'a pas encore honoré toutes ses obligations contractuelles (créance d'environ 250.000 USD dont une partie est due à d'autres prestataires).

On pourrait imaginer une meilleure utilisation de ses ressources, par exemple en se dotant d'un bâtiment administratif qui lui serait propre et qui pourrait être rentabilisé rapidement en vue du « loyer » (frais de fonctionnement) qui pèse actuellement lourdement sur son budget annuel (3.900 USD/mois ou 46.800 USD/an). Ces réserves, difficilement construites durant des années, auraient pu servir à cela.

De leurs côtés, l'UE et la COFED ne se sont pas encore clairement exprimées par rapport à la mobilisation du reliquat ou de la demande de subvention relative au « prérequis 2 ». En outre, il semble improbable, tenant compte des délais impartis à la mobilisation des ressources du 10ème FED de pouvoir compter sur une contribution de la part de l'UE au fonctionnement du FDSS.

Le Ministère de la Santé et plus particulièrement le Secrétaire général, le Chef de Cabinet adjoint du Ministre et le Conseiller principal du Ministre de la Santé, ainsi que le représentant au Conseil d'Administration du FDSS du Cabinet du Premier Ministre, le Chef de Cabinet adjoint du Premier Ministre ont exprimé leur souhait que l'Union européenne continue à s'engager aux côtés du Gouvernement congolais pour appuyer le FDSS dans ses fonctions de gestion fiduciaire auprès du Ministère de la Santé.

Ce rapport formule des préconisations qui pourraient être considérées afin de répondre à cette question qui engage principalement la durabilité du modèle de gestion fiduciaire, avant la clôture du 10ème FED et dans la perspective du démarrage du programme d'appui au secteur de la Santé par l'UE sous le 11ième FED.

3.8. Communication interne et externe

Les bénéficiaires se sont parfois plaints du manque de communication avec le FDSS et de l'absence d'information sur les dossiers en cours, particulièrement lorsqu'un retard important était constaté. La présence des agents comptables de proximité n'a pas aidé car ils n'avaient pas une vision claire du pourquoi et pour combien de temps par exemple le financement serait suspendu.

La visibilité de l'ensemble du projet PAPNDS est particulièrement faible. Contrairement aux règles de subvention en régie, la majorité des documents consultés et des rapports ne portent pas le sigle de l'UE.

Les rapports d'activités produits par le FDSS et examinés par les consultants sont assez sommaires et peu informatifs sur les détails des actions réalisées, les raisons des non-réalisations, les problèmes de mise en œuvre, etc. Le rapport succinct du DP3 fait foie de rapport final des DP ANI ce qui est insuffisant pour rapporter sur un engagement financier de près de 6.5 millions d'euros. Le FDSS a un devoir de communication avec le MSP et les provinces à un rythme semestriel.

A la fin de chaque année ou à toute autre période convenue dans les contrats, les comptes du FDSS pour ses différents projets sont certifiés par les auditeurs externes recrutés par les différents partenaires financiers. Un rapport d'audit est disponible ainsi que les rapports d'audit de gestion et d'audit financiers intermédiaires[3].

3.9. Coordination avec les activités périphériques

Alors que les DP administrés par le FDSS ont été clôturés en juin 2015 (mars 2015 étant la date d'arrêt de toutes les activités), les FASS ont pu continuer leurs activités à travers le PAPOMD. Ce dernier programme doit être terminé fin octobre 2016 avec trois mois de plus pour la clôture.

L'assistance technique qui était présente durant le PAPNDS avec 4 experts LT santé publique et un gestionnaire a été prolongée et étendue sur le PAPOMD. Sa structure actuelle (contrat AEDES qui court jusqu'en février 2017) est la suivante :

[3] En ce qui concerne l'utilisation du plan comptable congolais, au moment du paramétrage du logiciel TOMFED en usage au FDSS, le FDSS avait anticipé pour adopter directement le plan OHADA auquel la RD Congo allait adhérer sous peu ; les procédures internationalement reconnues en matière de gestion financière sont d'application ce qui est, en principe, conforme aux dispositions de la Convention de dévolution de service entre le Ministère de la Santé publique et le FDSS

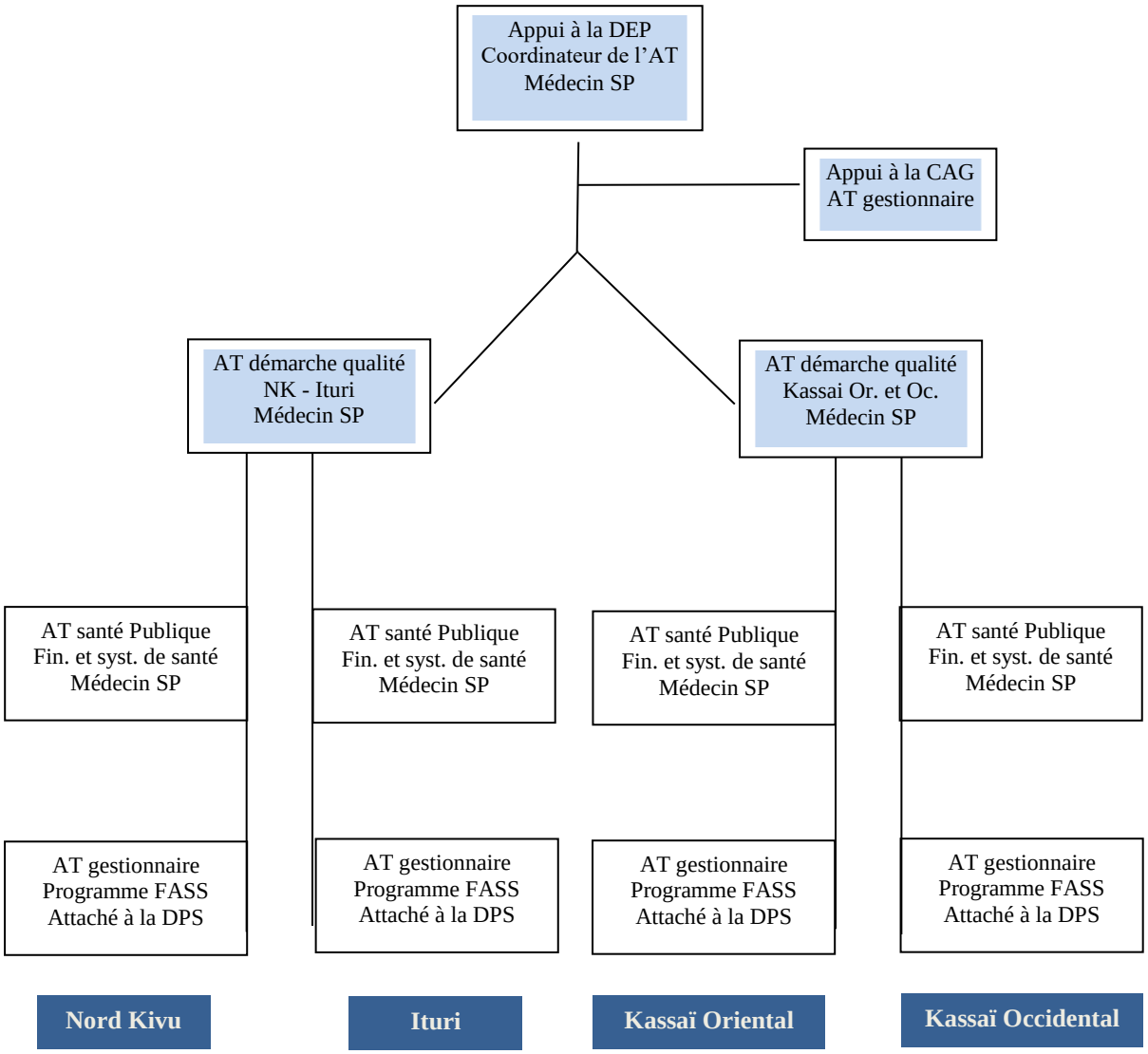


Figure 2 - Structure de l'assistance technique au PAPOMD

L'assistance technique mise en place sur le PAPNDS est en continuité avec celle placée sous le 9ème FED. Au départ, elle comprenait 1 Médecin SP sur la gestion et finances publiques et un responsable de la gestion de la qualité des services placés au niveau des DPS. A cause du manque de coordination entre les activités des 4 provinces, l'AT a été notablement élargie par une structure centrale en appui à la DEP et à la CAG. En outre, deux médecins chargés de la démarche qualité ont été déployés au niveau intermédiaire, chacun couvrant 2 provinces.

L'AT a pu assister les DPS dans l'élaboration de TDR pour la mobilisation d'experts, des missions d'encadrement, pour les travaux prévus sur le prérequis. Le personnel au niveau intermédiaire du FDSS comprenait un gestionnaire provincial, un comptable et un ingénieur conseil.

3.10. Perception des partenaires internationaux du GIBS et du Gouvernement

La perception des autres donateurs du travail réalisé par le FDSS peut être considérée généralement comme positive. La mission a pu rencontrer les responsables des projets GAVI, FM et FEI qui ont tous été positifs par rapport à leur expérience de coopération avec le FDSS. Preuve en est également que les organismes de financement principaux n'ont pas hésité à coopérer intensément durant toutes ces années

avec le FDSS et considèrent éventuellement lancer d'autres projets en coopération avec le FDSS comme agence fiduciaire.

Egalement, la Banque mondiale voit d'un œil positif une future éventuelle coopération avec le FDSS mais pourrait à l'avenir contractualiser ses services uniquement après OA et donc la mise en concurrence avec d'autres intervenants.

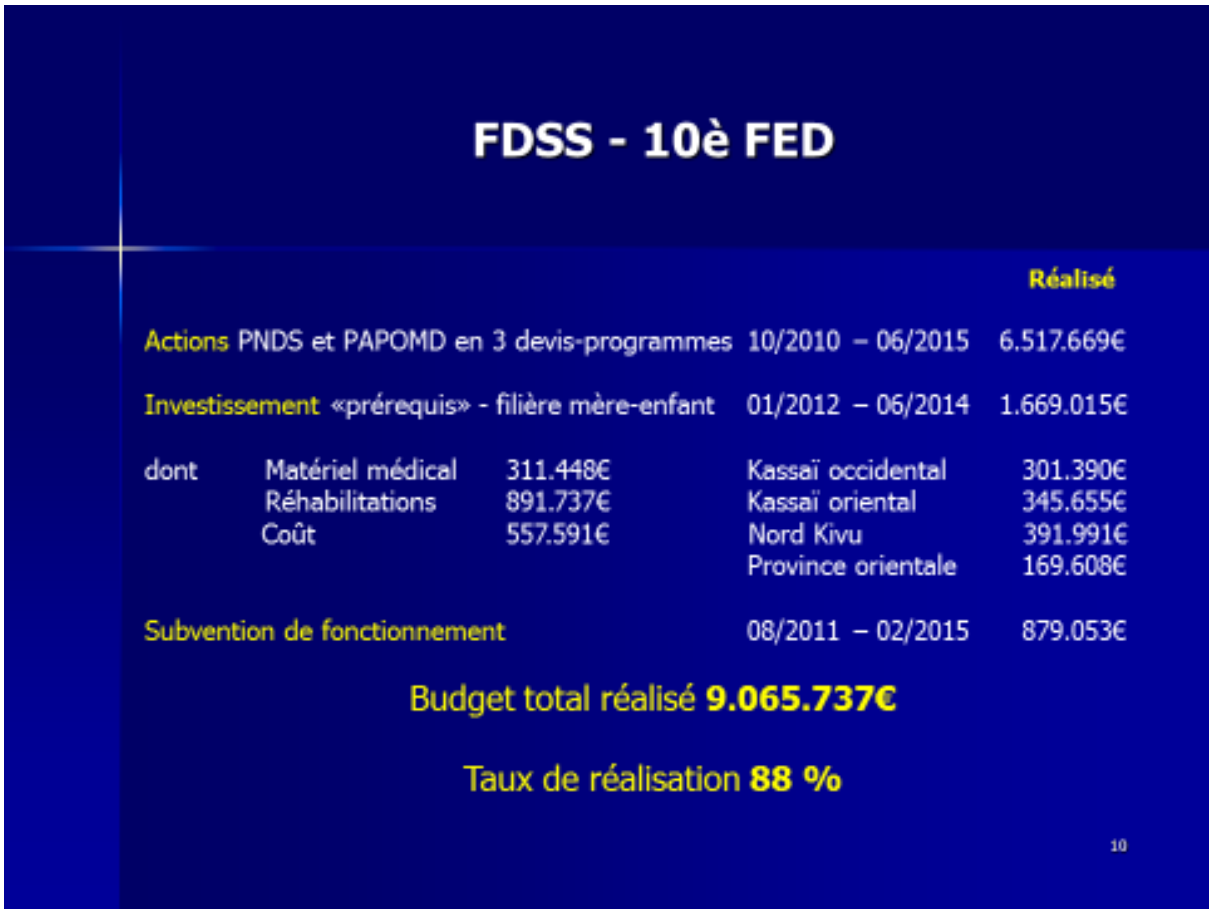
Le Gouvernement de la RDC est généralement satisfait du travail réalisé par le FDSS (Secrétariat général, Coordinateur PAPNDS et PAPOMD, Cabinet du Ministre de la Santé et Cabinet du Premier Ministre) et particulièrement pour avoir pu réaliser en un temps record la construction de deux Centres de Santé, conformément au Plan Type d'une Fosa et d'un CDR, un résultat que la COFED ne peut pas se réclamer avoir réalisé pour ne pas pu aboutir avec la construction des 5 Centres de Santé qui était prévue.

Les gestionnaires des autres programmes en cours de réalisation ont confirmé pouvoir travailler au sein du FDSS dans de bonnes conditions et sans interférences. Ils apprécient que la direction et le responsable financier du FDSS fassent le nécessaire pour résoudre des problèmes qui sont souvent d'ordre sociétal et politique ce qui permet aux projets de travailler en toute tranquillité et de se concentrer sur les objectifs qui leur sont assignés. C'est ainsi que le FDSS joue un rôle, non formalisé mais réel, de tampon entre les projets et le monde politique national et surtout local.

Les gestionnaires de projets, chefs de projets et gestionnaires financiers et techniques, sont unanimes par rapport à la bonne gestion qui les concerne individuellement.

4. Audit des résultats de la gestion fiduciaire des fonds de l'UE

Ce chapitre vise à évaluer le niveau de performances et d'efficacité en termes de résultats obtenus des différentes actions financées par l'UE sous le 10ième FED.



FDSS - 10è FED

				Réalisé
Actions PNDS et PAPOMD en 3 devis-programmes			10/2010 – 06/2015	6.517.669€
Investissement «prérequis» - filière mère-enfant			01/2012 – 06/2014	1.669.015€
dont	Matériel médical	311.448€	Kassaï occidental	301.390€
	Réhabilitations	891.737€	Kassaï oriental	345.655€
	Coût	557.591€	Nord Kivu	391.991€
			Province orientale	169.608€
Subvention de fonctionnement			08/2011 – 02/2015	879.053€

Budget total réalisé **9.065.737€**

Taux de réalisation **88 %**

10

Tableau 6 - Financement du FDSS sous le 10ième FED

En termes d'exécution budgétaire du financement de l'UE sous le 10ième FED, l'EUP a été performant avec un taux de réalisation de 88%.

Frais de gestion par rapport au budget UE géré

FDSS 10èFED	Date début	Date fin	Budget	Réalisé	Reliquat	Réalisé %	Parts budget	Parts réalisé
	Actions							
DP0	07-oct-2010	28-févr-2011	2 015 104 €	1 638 615 €	376 489 €	81,32%		
DP1 sans engagement spéc.	01-mai-2011	30-juin-2012	2 080 767 €	1 732 093 €	348 674 €	83,24%		
DP2 sans engagement spéc.	21-nov-2012	20-janv-2014	1 897 139 €	1 675 850 €	221 289 €	88,34%		
DP3 sans fonct. et eng. spéc.	11-avr-2014	10-mars-2015	1 461 403 €	1 233 787 €	227 616 €	84,42%		
Prérequis sans frais admin.	06-janv-2012	03-mars-2014	1 668 011 €	1 580 618 €	87 393 €	94,76%		
Sous-total			9 122 424 €	7 860 962 €	1 261 462 €		88%	87%
	Fonctionnement							
Subvention fonctionnement	04-août-2011	03-févr-2015	890 000 €	879 053 €	10 947 €	98,77%		
Fonctionnement sous DP3	04-oct-2014	10-juin-2015	237 325 €	237 325 €	(est.) 0 €	100,00%		
Overhead Prérequis	06-janv-2012	03-mars-2014	92 766 €	88 397 €	4 369 €	95,29%		
Sous-total			1 220 091 €	1 204 775 €	15 316 €		12%	13%
Total			10 342 515 €	9 065 737 €	1 276 778 €	87,66%	100%	100%

Tableau 7 - Frais de gestion par rapport au budget géré de l'UE

Le taux de réalisation ne comprend pas les financements qui ont été attribués à la COFED sous forme d'engagements spécifiques (construction de pharmacies, achat de médicaments).

Globalement, c'est-à-dire sur l'ensemble des actions réalisées, le coût de fonctionnement a été de 13% par rapport au 87% des budgets réalisés attribués à la réalisation des actions.

Ce ratio du coût de fonctionnement doit être interprété avec précaution car d'autres projets ont pu bénéficier de services administratifs et financiers du FDSS pendant la même période sans pour autant en avoir supporté les coûts directement.

4.1. Trois devis-programmes

4.1.1. Les résultats

Renforcement du niveau intermédiaire
Devis Programmes

ZONES DE SANTE	PROVINCE				
	Kasaï Occidental	Kasaï Oriental	Nord Kivu	Province Orientale	Total
	Masuika	Kabinda	Kyondo	Bunia	
	Bunkonde	Tshilenge	Musienene	Nyankunde	
	Mikalayi	Kansansa	Manguredjipa	Komanda	
	Tshibala	Makota	Masereka	Mandima	
	Tshikula	Miabi	Vuovi	Mambasa	
			Biena		
Total	5	5	6	5	21

14

Tableau 8 - Zone de Santé d'intervention du PAPNDS/PAPOMD

OS1 R1 : APPUI TECHNIQUE

La démarche qualité et le compagnonnage assistance technique – équipe cadre provinciale sont pris en compte dans l'encadrement technique du niveau périphérique.

La mission a pu observer que, comme pratiqué régulièrement par le niveau central (DEP) dans le cadre de la réforme du système de santé, les équipes-cadre des DPS (ECP) et de leurs antennes périphériques se rendent en supervisions formatives dans toutes les ZS du PAPNDS. En réponse à l'objectif, ce rôle d'encadrement sur la qualité des services a été pérennisé et est pris très au sérieux par les cadres des DPS et des ECZS. Au Nord Kivu, les résultats sur les capacités managériales des ECZ sont très probants et la qualité de l'encadrement des équipes cadre est reconnue par les bénéficiaires. Par exemple, la mission d'audit a assisté à Goma aux réunions de la campagne de distribution de moustiquaires et a pu se rendre compte de la qualité de la préparation, de l'organisation de ces campagnes, de la connaissance du terrain et de l'expertise de la DPS et du personnel local du FDSS.

Pour les travaux de réhabilitation des infrastructures, les ECZS ont organisé et encadré les efforts communautaires des populations pour l'apport des matériaux de construction.

Sur base des interviews et des documents / rapports disponibles, on peut dire que les ateliers sur l'approche qualité ont mobilisé des experts de bon niveau sur base de TdR clairs. L'organisation des évènements était également satisfaisante dans la mesure où les experts sont mis en immersion dans les hôpitaux généraux de référence pour assurer un transfert de connaissances. Des ateliers de formation sur la standardisation des soins ont été organisés, et des algorithmes de traitements ont été développés, mais ne sont toujours pas disponibles dans les Fosa car non finalisés, ni validés.

La restructuration des DPS et le remaniement de la carte sanitaire ont fortement affecté ce programme en 2015, et donc aussi la pérennité des actions. En raison de remplacement des DPS et d'un turnover rapide des cadres, il semble pertinent de répéter en partie ces supports aux DPS. Les capacités devraient toujours être présentes dans les nouvelles DPS, puisque les nominations ont été faites sur base compétitive.

L'encadrement des ZS a été mis en place dans les DPS. Au niveau des ZS, le CPP évalue trimestriellement les capacités managériales et les performances des ECZS sur base de scores qui mesurent la performance dans les domaines de la planification, gestion des MEG et des ressources, des réunions de coordination (CA, COGES etc.). Des missions trimestrielles sont également organisées dans toutes les ZS pour l'amélioration de la qualité des soins hospitaliers dans les HGR avec remises à niveau des prestataires de soins. Par ailleurs, la mise en œuvre des plans de zones (PDZS) est évaluée à travers des revues qui regroupent en présence de l'évaluateur de la DPS l'ensemble du bureau de la zone, les autorités administratives et les IT de toutes les Fosa. Le rapport de monitorage de juin 2014 indique l'amélioration des scores des ECZS dans l'ensemble des 4 provinces, et plus particulièrement dans le Kassaï Occidental. Le rapport mentionne également l'amélioration des scores d'encadrement des ECZS.

Des primes à la performance (trimestrielles) ont été versées sur base d'évaluations par la hiérarchie (DPS pour les ZS et MSP central pour les DPS) et par l'assistance technique. Les bénéficiaires du niveau intermédiaire (DPS et ZS) ont également reçu des primes de professionnalisme versées mensuellement. Les bénéficiaires ont été satisfaits de l'intervention du FDSS dans ces versements, bien que certains retards aient été constatés lors de la transition entre 2 DP.

Cependant, malgré l'encadrement régulier, la mission constate néanmoins qu'au niveau périphérique et dans l'ensemble des formations visitées, la qualité des soins n'était pas toujours très satisfaisante : attente et circuit des patients, stérilisation des instruments et propreté des installations, tenue du personnel soignant, etc. Ce constat met en évidence les limites de la stratégie développée dans les DP pour améliorer la qualité des services de base en milieu rural défavorisé. Ceci n'est pas du ressort du FDSS, mais bien de la mission à mi-parcours qui pouvait et aurait dû proposer une révision de l'objectif spécifique.

OS2 R1 : MEDICAMENTS ESSENTIELS

L'efficacité du cycle d'approvisionnement des médicaments de qualité à travers le système national d'approvisionnement en médicaments essentiels a une tendance à l'amélioration.

Les résultats étaient
1. D'assurer une bonne inspection pharmaceutique,
2. D'aménager les dépôts pharmaceutiques dans les ZS.

Le système d'approvisionnement des MEG a été dans l'ensemble amélioré, ainsi que la gestion des pharmacies de ZS. Des inspections / formations sont menées par des pharmaciens inspecteurs et des encadreurs polyvalents des DPS. Dans certaines ZS, la gestion des stocks reste cependant encore problématique avec une érosion annuelle de la valeur du stock, et un taux de satisfaction des commandes de ≈ 70%. Dans la ZS de Masereka (NK), entre 2014 et 2015, la valeur du stock de MEG dans toute la ZS s'est érodée de 44%. On constate, en outre, un manque de pharmaciens de ZS pour la gestion du

dépôt (seulement 13 sur toute la province en 2013), mais également pour la formation continue des responsables pharmacie dans le CS. Ceci explique que l'organisation des petites pharmacies des CS n'est pas toujours conforme aux normes. Le FDSS devait assurer la construction et l'équipement de pharmacies de ZS ainsi que leur approvisionnement en MEG. Ces activités n'ont pas été réalisées, alors que les besoins, TDR et même certains DAO des travaux, ont été préparés avec l'aide des AT et envoyés à Kinshasa.

Par ailleurs, la qualité des prescriptions aux malades reste insuffisante au niveau des CS. En l'absence d'ordinogrammes de la ZS schématisant les normes et standards des prescriptions en fonction des signes cliniques, de l'âge etc., il n'est pas toujours aisé de vérifier la validité des ordonnances en fonction des symptômes inscrits dans le cahier d'enregistrement. Le problème devient évident lorsqu'un même symptôme entraine deux prescriptions différentes.

Par contre, la prescription d'antibiotiques a été fortement réduite dans les CS.

Dans le Nord Kivu, des ordinogrammes ont été élaborés sous la coordination de la DPS. La mission a pu vérifier qu'ils sont disponibles dans les HGR de district, mais non dans les centres de santé. La raison invoquée n'était pas claire : pas de validation large en présence des infirmiers de CS ou absence de document à usage périphérique ? C'est probablement le rôle du PAPNDS de mobiliser la DPS pour travailler sur la résistance au changement en faveur d'une meilleure prescription et d'assurer un encadrement de cette activité fondamentale pour la qualité des services de soins et la sécurité des malades.

La mission note cependant que le volet 'prescription' dépasse largement le résultat qui est celui de l'approvisionnement.

OS1 R2 : APPUI AUX RESSOURCES HUMAINES

La formation initiale, le recrutement et le redéploiement des ressources humaines sont en voie de rationalisation.

En appui aux réformes des structures intermédiaires et à la décentralisation, le PAPNDS a assisté au déploiement des nouvelles DPS dans les provinces du projet et a contribué à des rémunérations basées sur la performance. Le FDSS a appuyé la transformation organisationnelle des DPS à travers l'intégration des nouveaux métiers et de leurs services (appui aux districts de santé, information sanitaire, recherche et communication et inspection-contrôle). En raison du remplacement récent de nombreux directeurs provinciaux, la mission n'a pas pu discuter des changements apportés par la présence de ces nouveaux acteurs de santé. Par contre, elle a pu apprécier ces nouveaux responsables à l'œuvre dans les districts du Nord Kivu.

Les DPS du Nord Kivu et du Kasaï Oriental ont indiqué à la Mission d'Audit que le FDSS, avec son personnel local dans les provinces, leur donne des experts et une expertise (comptables, ingénieurs, médecins) qu'elles ne peuvent pas acquérir elles même par manque des moyens,

OS2 R2 : FINANCEMENTS

Les financements les plus importants se font par l'intermédiaire des Agences Fiduciaires provinciales.

Cet objectif comprenait l'installation d'agences FDSS en province qui devaient gérer les fonds multi-bailleurs dans le cadre des plans provinciaux.

Les ressources financières fournies à travers le FDSS suppléent au budget très limité des DPS et des ZS. FDSS a installé ses agences en province pour gérer ses propres fonds uniquement pendant que les fonds multilatéraux n'ont jamais été mis sous la responsabilité du FDSS, les DPS n'ayant pas signé de contrat de performance, et le PAPNDS ayant gardé ses fonds sous sa responsabilité directe.

OS3 R1 : PLANS DE COUVERTURE DES ZS

Les plans de couverture des zones de santé sont rationalisés

Sur base de la politique nationale des soins de santé primaires, le FDSS a appuyé en début d'intervention l'élaboration des plans de développent de chaque zone de sante sous la direction des DPS. Les plans ont été validés par les DPS, et font l'objet d'un suivi annuel.

Les projets d'investissement pour chaque ZS ont été définis dans le DP0, suivis par une évaluation architecturale, besoins en équipements, validation provinciale et lancement des DAO.

Les travaux de réhabilitation et la fourniture des équipements biomédicaux contribuent à l'amélioration de la qualité l'offre des services de santé et ainsi à une amélioration la couverture médicale.

OS3 R2 : COMITES PROVINCIAUX DE PROVINCES (CPP)
Les Comités Provinciaux de Pilotage (CPP) coordonnent les différentes sources de financement pour la mise en œuvre des plans provinciaux de développement sanitaires

Le niveau intermédiaire a appuyé la réforme du cadre organique de la santé en facilitant la mise en place des 4 DPS ainsi que le recrutement des nouveaux métiers.

Les Divisions Provinciales appuyées par le PAPNDS ont été particulièrement impliquées dans l'élaboration des Plans d'Action Opérationnels des ZS. Les activités ont été planifiées avec l'assistance technique et coordonnées activement lors des ateliers de concertation avec toutes les Fosa dans chaque ZS. Les plans ont ensuite été consolidés au niveau intermédiaire. La mission est informée que les plans pour l'année 2015 ont été validés et sont mis en œuvre. Par contre, les plans trimestriels budgétisés des ZS ont régulièrement du retard.

Cet objectif du DP semble durable dans la mesure où la mission a pu suivre le processus d'encadrement lors des ateliers de coordination dans 2 ZS. Il faut souligner que la DPS de Goma prend le leadership pour l'élaboration d'un plan opérationnel crédible et rentable. Les plans sont effectivement basés sur les expériences et résultats de l'année passée. Les plans examinés par la mission comprennent les interventions et appuis des autres bailleurs, à l'exception des grandes campagnes comme la distribution des moustiquaires imprégnées. L'assistance technique était absente lors de ces exercices. Jusqu'en 2014, tout le processus a été appuyé financièrement par les DP successifs du PAPNDS.

Il faut noter que cette année (2016), l'exercice de planification a pris 1 mois de retard en raison de la restructuration et mise en place des DPS en 2015.

4.1.2. Rapportage financier

Les retards de soumission des mémoires financiers de DP par le FDSS a été souvent causé par l'envoi tardif des justifications par les DPS.

La chronologie des faits par rapport au DP3 qui aurait connu le plus de retard démontre que ces retards n'étaient très importants tenant compte des circonstances et de la distance des sites d'intervention du siège du FDSS. Les retards concernent plutôt les mémoires intermédiaires pendant que le rapport final d'activités a été transmis deux mois après la clôture du DP3.

Chronologie des faits :

- date d'endossement (démarrage) du DP 3 ANI : 11/04/2015
- date de clôture après avenant 1 : 10/06/2015

Le rapport d'activités a été transmis à la COFED le 20/08/2015, soit deux mois après la clôture du DP.

Les différents mémoires d'apurement ont été transmis aux dates en regard de chaque mémoire comme suit :

- Mémoire n° 1 pour la période du 11 avril au 31 juillet 2014 (3 mois) d'une valeur de 12 634 € transmis le 10/10/2014, soit 6 mois après le démarrage du DP.
Raisons : (i) réception sur compte du DP de l'avance de démarrage à la date du 6/06/2014 soit près de 2 mois après endossement du DP; (ii) les DPS n'avaient pas encore transmis leurs PAO (Plans d'actions Opérationnels) pour approbation à la CAG. Ce mémoire n'a concerné que les dépenses de fonctionnement et les supervisions de la DPS; (iii) remontée des pièces justificatives des provinces vers le siège du FDSS pour retraitement, saisie, compilation et transmission du mémoire;

- Mémoire n° 2 pour la période du 1er août au 31 octobre 2014 (3 mois) transmis le 03/03/2015 d'une valeur de 364 135,74 €.
Raison : (i) justification tardive par les DPS; (ii) remontée tardive des pièces justificatives des provinces vers le siège du FDSS pour retraitement, compilation et transmission du mémoire; (iii) saisie des dépenses des 4 provinces plus celles du siège dans le logiciel TOMFED au niveau du siège.

- Mémoire n° 3 pour la période du 1er novembre 2014 au 31 mars 2015 (5 mois) d'une valeur de 610 664,65 € transmis le 15 juin 2015.
Raisons: les mêmes que pour le mémoire n° 2.

- Mémoire n° 4 pour la période du 1er avril au 31 juillet 2015 (4 mois) d'une valeur de 484 286,17 € transmis le 1er septembre 2015.
Raisons : les mêmes que pour les mémoires 2 et 3.

- Mémoire de clôture n° 5 d'une valeur de 253,70 € transmis le 6/10/2015.

Par ailleurs, comme la certification des dépenses par les auditeurs externes recrutés par la DUE se faisait par mémoire financier et non plus pour tout le DP comme auparavant, il arrivait que la COFED demande de ne préparer et transmettre le mémoire suivant qu'après avoir reçu le feedback concernant le mémoire précédent.

4.1.3. Difficultés rencontrées

Les cadres logiques des DP n'ont pas été constants alors que les stratégies poursuivies se situent dans le moyen et long terme. Cela rend assez difficile la mesure de l'impact des DP et leur contribution à l'atteinte des objectifs globaux du PAPNDS.

Les tableaux budgétaires ne respectent pas les lignes du cadre logique, ce qui rend leur analyse compliquée: budget=CDMT – comptabilité analytique=cadre logique – ne sont pas liés

Le rôle du FDSS est principalement celui d'une agence fiduciaire ; ses résultats sont fonction des actions du MSP et du PAPNDS/PAPOMD. On ne peut pas rendre responsable le FDSS sur ce qu'on ne lui a pas demandé de faire.

L'AT provinciale était affectée au FASS et certains résultats attendus des DP/FDSS en dépendent fortement.

La mise en œuvre du 10ème FED a été caractérisée par plusieurs interruptions du financement entre deux DP. Deux (2) mois entre le DP0 et le DP1 et cinq (5) mois entre le DP1 et DP2.

Ces interruptions n'ont pas directement touché le personnel du FDSS mais ses effets dysfonctionnels se sont fortement faits ressentir sur le terrain en province où le FDSS intervenait pour appuyer financièrement le DPS par des primes à la performance, dans son appui aux inspections médicales et la

gestion comptable de différentes actions en cours ou réalisées. En absence de la continuité du financement, les cadres concernés des DPS se sont alors tournés vers des activités d'autres donateurs.

Le budget de la subvention de fonctionnement qui avait été consommé le 30 juin 2014, l'impact de l'interruption du financement entre le DP3 et l'Avenant n°1 au DP3 qui incluait une ligne budgétaire pour le fonctionnement (237.325€) a été plus difficile pour le FDSS à gérer. Pour combler le déficit de 3 mois d'interruption, le FDSS a dû utiliser ses fonds propres pour assurer la continuité du paiement des salaires de son personnel (CDI) et son fonctionnement ; au total environ 75.000 USD (sur base de 25.000 USD/mois).

La DUE « aurait » été informée, dès le début de la signature du contrat de subvention de fonctionnement en août 2011, que le budget ne suffirait pas pour couvrir la période entière de la mise en œuvre de DP (56 mois) et s'était engagée en principe à combler le déficit quand cette question se poserait. A raison de 25.000 USD/mois il aurait fallu 1.400.000USD pour couvrir les 56 mois de mise en œuvre des DP ; même, par rapport à la durée initiale du contrat de subvention de 42 mois le montant contracté de 890.000€ ne pouvait couvrir seulement environ 39 mois. Un accord tacite avec la DUE avait été obtenu pour pouvoir réviser le niveau de la subvention alors que les fonds auraient été dépensés. Le DP3 se terminait au 10/3/15 plus 3 mois de clôture jusqu'au 10/6/15. Pendant cette dernière période de trois mois seulement le régisseur du DP (le directeur du FDSS) et le comptable du DP (le responsable financier du FDSS) sont rémunérés sous le DP3. Il fallait donc nécessairement trouver une solution pour combler le déficit budgétaire à partir du 30 juin 2014.

La leçon à tirer n'est certainement pas qu'il faille à tout prix financer le fonctionnement du FDSS dans sa totalité mais plutôt assurer que, dès le début, le « business plan » de l'institution prenne en compte sans équivoque que l'appui de l'UE ne couvrira pas la totalité du coût de fonctionnement.

Finalement, un autre facteur a été que le taux de change Euro-Dollar a connu beaucoup de soubresauts pendant la période de mise en œuvre du 10ième FED ce qui a rendu difficile de faire des prévisions précises par rapports aux budgets engagés.

4.2. La stratégie des Prérequis - travaux de réhabilitation et achat d'équipements médicaux

L'action intitulée "Investissements pour les prérequis dans les Zones de Santé couvertes par le PA PNDS" a été confiée au FDSS pour entrer en vigueur à la date du 1er novembre 2011, pour une période de 30 mois et coût total éligible de 1.760.769€.

L'action relève de l'objectif global du PA PNDS : La couverture de services de santé et la qualité des prestations offertes à environ 2.900.000 habitants est améliorée et conforme aux normes nationales (OS1 du CL du PA PNDS).

L'objectif spécifique de l'action était :

Les HGR et les CS sont réhabilités et équipés (OS1 R2 du CL du PA PNDS).

L'indicateur qui permet de vérifier cet objectif est :

Les Centres de santé les plus fréquentés des 273 aires de santé cibles du PA PNDS et les HGR des 21 ZS cibles du PA PNDS répondent aux prérequis provinciaux (en termes d'infrastructures de base et d'équipement minimum) pour assurer les prestations couvertes dans les contrats de services entre ces formations sanitaires et la province (représentée par le FASS de la province)

Dans le cadre du financement du Projet d'Appui au Plan National de Développement Sanitaire en sigle PA PNDS, l'action financée par le présent Contrat prendra en charge le financement de la réalisation

des petits investissements et l'acquisition du petit matériel et du petit équipement au profit des Formations Sanitaires couvertes par le PA PNDS, dans les provinces du Kasaï Occidental, Kasaï Oriental, Nord Kivu, et Province Orientale, sur une période de 36 mois. Ceci permettra à ces Formations sanitaires d'être équipées et installées de manière à offrir des prestations de soins qui satisfont les standards minimaux de qualité.

Les résultats attendus de l'action étaient :

Résultat 1 : Les Centres de santé les plus fréquentés des 273 aires de santé cibles et les HGR des 21 ZS cibles disposent de l'équipement minimal (tel que défini au niveau provincial) pour chaque prestation couverte par le contrat de services.
Résultat 2 : Les Centres de santé les plus fréquentés des 273 aires de santé cibles et les HGR des 21 ZS cibles disposent de l'infrastructure minimale (tel que défini au niveau provincial) pour chaque prestation couverte par le contrat de services
Résultat 3 : Les microprojets réalisés répondent aux recommandations techniques et sanitaires formulées par le MSP (représenté par un comité de suivi)

La réalisation des investissements pour les prérequis dans les Zones de Santé couvertes par le PAPNDS a été menée par les activités prescrites suivantes :

Activité 1 : Faciliter l'identification des besoins en matériel et équipement de base par les responsables des Fosa, des ZS, et en assurer la coordination

Activité 2 : Soumettre les microprojets identifiés au comité de suivi mis en place

Activité 3 : Assurer et conduire le processus de contractualisation dans l'acquisition du matériel et de l'équipement de base, et la réalisation des petits travaux de réhabilitation

Activité 4 : Réaliser le suivi des marchés de travaux et de fourniture et en assurer la réception

Activité 5 : Assurer la gestion technique et financière de l'Action

Activité 6 : Tenir à jour et diffuser trimestriellement un tableau de bord des microprojets

Prérequis - filière santé maternelle et infantile				
			Date Début	06-janv-2012
			Date Clôture	30-juin-2014
Activités	**Budget**	**Réalisé**	**Diff**	**Taux de réalisation**
Investissements	1 231 486 €	1 208 644 €	22 842 €	98%
Kassaï Occidental	348 650 €	301 390 €	47 260 €	86%
Kassaï Oriental	348 650 €	345 655 €	2 995 €	99%
Nord Kivu	364 186 €	391 991 €	-27 805 €	108%
Province Orientale	170 000 €	169 608 €	392 €	100%
Ressources humaines	299 289 €	266 191 €	33 098 €	**89%**
Missions de suivi	20 250 €	13 273 €	6 977 €	**66%**
Fonctionnement bureau	48 000 €	32 279 €	15 721 €	**67%**
Autres services (audit, …)	68 986 €	60 231 €	8 755 €	87%
Coûts administratif 6%	83 844 €	79 477 €	4 367 €	95%
Matériel informatique	8 922 €	8 920 €	2 €	100%
Total	1 760 777 €	1 669 015 €	91 762 €	95%
				Répartition
Matériel médical		311 448 €		19%
Réhabilitations		897 196 €		54%
Coût de réalisation		339 695 €		20%
Frais de gestion		120 676 €		**7%**

Tableau 9 - Réalisation du budget du « Prérequis »

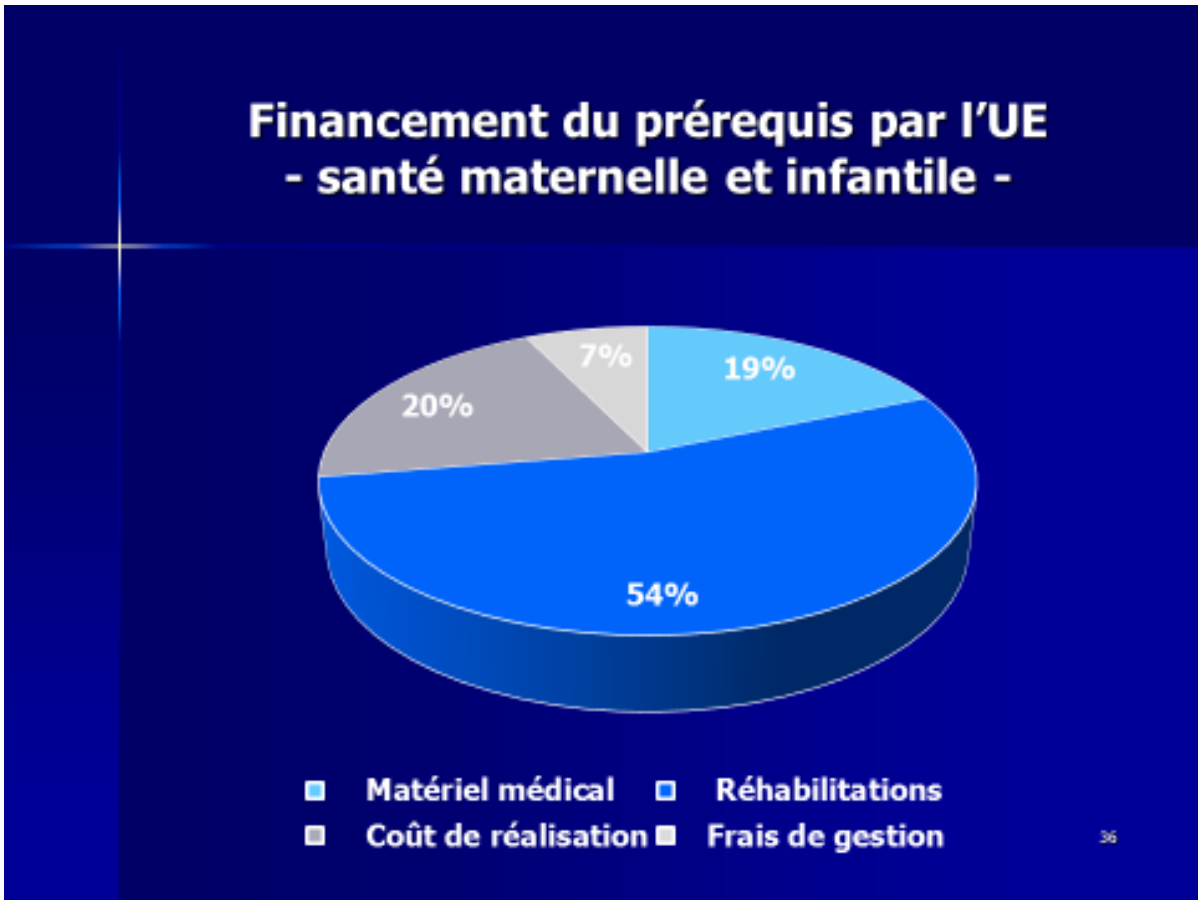


Figure 3 - Répartition budgétaire du « Prérequis »

De façon légitime, la DUE a souhaité en premier lieu mieux comprendre et avoir une vision claire de ce qu'il en est des résultats obtenus par le FDSS dans ses différentes interventions. Les auditeurs ont porté une attention particulière sur certaines affirmations concernant la qualité des travaux faites dans des rapports d'évaluation précédents et plus particulièrement du rapport d'évaluation du 10ième FED Santé[4]. De l'avis des auditeurs, ces observations ne sont pas nécessairement justifiées et certainement pas par rapport à la terminologie utilisée, ni confirmées. Par contre, et avec des rapports et des photos à l'appui, suite à des visites de terrain réalisées par la DUE dans un grand nombre de Fosa, pratiquement toutes les ZS où l'UE est intervenue, il est bien vrai que des défaillances matérielles au niveau de certains travaux ont été constatées. Les visites de terrain par les auditeurs, le spécialiste en santé publique au Nord Kivu et l'ingénieur spécialisé en infrastructures ont également constaté des défaillances techniques mais le « tableau d'ensemble » des résultats atteints par le biais de l'intervention du FDSS « prérequis » est certainement plus nuancé que celui décrit dans les rapports initiaux.

Tenant compte du budget très limité (la stratégie prévoit en moyenne 20.000€ pour un hôpital et 5.000€ pour un CS), des conditions locales d'approvisionnement en matériaux et de disponibilité en ouvriers qualifiés, de l'isolement de certaines zones, du « cumul de manque d'entretien de la plupart des bâtiments », ceci durant parfois des dizaines d'années, il faut constater que le FDSS a pu réaliser certainement parfois de petits exploits. En témoignent également les lettres de remerciement adressées

[4] Evaluation du programme 10ème FED Santé en République Démocratique du Congo et capitalisation des acquis pour la préparation du programme 11ème FED Santé – Rapport final, ECORYS, 23 septembre 2014 : … *Autres critiques au sujet des travaux de réhabilitation de l'EUP-FDSS qui échappent totalement à l'AT-Financements. Beaucoup de problèmes sont apparus au sujet des infrastructures et les exemples sont nombreux d'activités engagées sans l'avis de l'AT, avec des réhabilitations inadaptées et mal conçues, et une ligne budgétaire très mal utilisée partout.*

au FDSS par les bénéficiaires dont une indiquait que depuis 1991, 25 années !, personne n'était venu depuis pour donner ce petit coup de main au CS.

De façon générale, la mission considère que la stratégie d'investissements rapides a été payante, au contraire d'une stratégie classique d'investissements lourds qui n'a pas abouti. Les limites de cette stratégie sont l'image moins prestigieuse et la durabilité. Néanmoins, les points forts sont l'appropriation par les communautés ainsi que le résultat atteint partout et rapidement, sans compter le faible coût.

L'analyse technique et procédurale de la mise en œuvre du « prérequis » par les auditeurs a pu identifier effectivement des lacunes dans la façon dont ce programme avait été conçu initialement. Le FDSS ne devrait pas être responsable pour avoir fait au mieux dans les circonstances présentes et selon les procédures en vigueur. Toutefois, malgré les limites de sa responsabilité limitée de la gestion fiduciaire, le FDSS aurait pu, plus qu'il n'a su le faire, attirer l'attention des responsables et de l'autorité contractante sur les inconvénients de certaines procédures sur lesquelles elle avait peu de contrôle comme la réalisation technique des travaux et pas du tout sur le suivi à posteriori des travaux réalisés. Par exemple, une porte faite avec du bois encore humide peut apparaître très bonne au moment de la réception des travaux alors que quelques mois plus tard cette même porte aura des fentes. De façon exceptionnelle, la DPS (Nord Kivu) pouvait compter sur la contribution bénévole d'un ingénieur biomédical ; les travaux sont de qualité meilleure. Mais surtout, là où les communautés ont fortement contribué « en nature », l'investissement budgétaire relativement limité a porté des effets plus convaincants.

Dans l'ensemble, l'audit a pu constater que, malgré les limites des travaux type « Prérequis » d'une part en « travaux » (réhabilitations, petites réparations urgentes, construction de certaines infrastructures minimales mais essentielles) et d'autre part, en équipement et outils médicaux de base, les investissements restent un besoin prioritaire pour permettre l'amélioration des soins dans les campagnes, même dans les 4 provinces couvertes par l'appui de l'UE sous le 10ième FED et sur l'ensemble du pays et surtout dans des zones encore très défavorisées et non appuyées par la communauté internationale.

Etant donné la similarité des travaux, il serait opportun, pour les PTF, d'évaluer ensemble leurs interventions à travers le FDSS. Ainsi, des missions de terrain communes FDSS/DUE, en y associant également les intervenants sous RSS1 financés par GAVI qui ont réalisés des travaux très similaires afin de tirer les leçons de ces expériences. Comme le démontre notre audit technique, il faudra considérer les particularités de chaque province ou chaque ZS car il n'est pas possible de formuler des solutions globales et générales qui répondraient à toutes les questions.

L'évaluation globale de l'action du FDSS par rapport à l'enveloppe globale mobilisée par l'UE devra également prendre en compte que les travaux réalisés sous le « prérequis » ont finalement compté pour moins de 10% du budget total du 10ième FED (891.737€ sur un total de 9.065.737€).

De nombreux travaux de réhabilitation de faible envergure ont été réalisés. Une enveloppe globale a été attribuée pour les différentes formations pour l'HGR ainsi que les CS. Etant donné la dimension très réduite des travaux, ce sont souvent des entrepreneurs locaux qui ont fait les travaux, avec parfois des résultats peu satisfaisants. L'auditeur n'a pas observé de « *mauvais* » travaux, bien que certains soient en effet de qualité moyenne. Au Nord Kivu, dans plusieurs CS et même l'hôpital de Masereka, les communautés ont initié les travaux par la construction des fondations et des murs (jusqu'au niveau du chainage). Le projet « Prérequis » est alors entré en synergie pour terminer les travaux.

Il n'est pas possible de mesurer un impact des actions du FDSS sur les prérequis (amélioration de l'offre de soins) étant donné l'intervention conjointe du FASS et du PAPOMD, ainsi que des autres bailleurs. D'ailleurs, le rapport de monitorage de juin 2014 rapporte qu'on ne peut pas faire un lien entre l'amélioration des scores de qualité des Fosa et HGR avec les travaux exécutés sur le budget des prérequis.

Notons cependant une tendance à Vuhovi, où les activités d'accouchements ont été significativement augmentées depuis la réfection de la salle d'accouchement, sans augmentation des décès maternels. Depuis la construction de la maternité / salle d'opération en remplacement de l'ancien bâtiment en banco, les accouchements ont doublé, les césariennes ont quadruplé sans augmentation des complications (décès et infections post-opératoires).

HGR VUHOVI - INDICATEURS HOSPITALIERS		
Indicateurs	**2010**	**2015**
Accouchements réalisés	625	1358
Nombre de césariennes	152	656
Autres interventions gynécologiques	74	146
Décès maternel	1	0
Taux d'infections postopératoires	0,9%	0,7%

Tableau 10 - HGR Vuhovi – Indicateurs hospitaliers

4.2.1. Nature des travaux de réhabilitation dans le projet « prérequis »

A part les travaux d'assainissement (toilettes, douches, incinérateur, fosse à placentas, recueil des eaux de pluie, etc.) et de la fourniture d'équipement biomédical de base, le projet « Prérequis » s'est attaché à entreprendre des travaux de réhabilitation des centres de santé et des maternités. Ces travaux de réhabilitation ont souvent été l'application de peinture et de vernis, réparation des toitures et des plafonds, réparation des portes, remplacement des serrures et cela avec un budget très réduit.

Ces travaux dits de réhabilitation n'étaient pas une réhabilitation de l'ensemble des bâtiments mais plutôt un « spot improvement ». C'est-à-dire que l'on a remplacé ici et là une ou des tôles abimées, des serrures de portes qui ne fermaient plus, que l'on a peint là où on n'avait pas peint depuis des années, que l'on a corrigé des malfaçons, etc.

Cette approche de « spot improvement » a des limites. Par exemple, à la Maternité de Lamuela, quelques tôles abimées avaient été remplacées dans le cadre du projet « Prérequis ». Et, lors de la visite de terrain de la mission d'Audit, des tôles qui avaient été jugées bonnes lors du projet « Prérequis » et qui n'avaient pas été remplacées se sont abimées et de l'eau de la pluie suintait dans la salle des accouchées. En fait, avec une stratégie de réhabilitation d'ensemble, toutes les tôles auraient dû être remplacées et toute la toiture réhabilitée.

4.2.1.1. Approche « One size fits all »

Le choix d'intervenir dans les quatre (4) provinces du Kasaï Oriental, du Kasaï Occidental, la province du Nord Kivu et dans la province Orientale a été fait lors du 9ème FED et poursuivi avec le 10ème FED.

Notre connaissance de l'état du développement du pays nous permet de dire que la province du Nord Kivu et la province Orientale (l'Ituri) sont un peu plus avancées que les provinces du Kasaï Oriental et du Kasaï Occidental en ce qui concerne la maitrise de l'approche communautaire, l'implication et la contribution des populations bénéficiaires aux projets de développement.

En fait, les provinces du Nord Kivu et la province Orientale (l'Ituri) ont joui, depuis des années, de plusieurs projets de développement communautaires et des interventions des ONG. Ceci n'est pas le cas des deux Kasaï.

Ainsi, on a deux groupes de provinces qui ne sont pas au même niveau en termes de maitrise du développement communautaire.

Derrière, l'idée de l'intervention dans les deux Kasaï est d'aider ces deux provinces à avancer et de « catch up ». Mais, lors de la formulation et de la mise en œuvre du projet « Prérequis », on a appliqué la même stratégie partout.

Pour les deux Kasaï, étant donné le déficit en matière d'approche communautaire, il aurait fallu commencer par là. Ce point est développé ci-dessous.

4.2.1.2. Approche communautaire

L'approche communautaire vise la prise en charge par les populations de leur développement. Ceci passe, préalablement, par des actions d'animation, de communication et de sensibilisation pour la participation, l'implication et la contribution des populations bénéficiaires aux actions développement.

Plusieurs ONG locales se sont spécialisées dans l'approche communautaire.

Ainsi, dans les deux Kasaï, avant les travaux de réhabilitation, il aurait fallu commencer par des actions de sensibilisation pour la participation, l'implication et la contribution des populations aux travaux. Un Contrat de Subvention avec une ONG locale aurait fait l'affaire.

4.2.1.3. Maintenance des bâtiments et réparation de l' équipement biomédical

Comme on peut le constater (voir le point 1), les travaux de réhabilitation entrepris dans le cadre du projet « Prérequis » sont une tentative de répondre à un cumul de besoins de maintenance des établissements de soins.

En fait, les établissements de soins ne sont pas entretenus de façon systématique et souvent il n'y a vraiment pas des ressources allouées à l'entretien.

Dans ces conditions, il est certain que les centres de santé entretenus par le projet « Prérequis » vont nécessiter des travaux d'entretien prochainement.

Dans ces circonstances, il y a nécessité de rompre ce cercle vicieux et de le remplacer par un cercle vertueux.

Ainsi, il est nécessaire que les comités de santé puissent allouer mensuellement une somme à l'entretien de manière à entreprendre des travaux d'entretien régulièrement et ce, d'après un cycle d'entretien.

Aussi, les projets comme le projet « Prérequis » devraient, lors de leurs interventions, allouer une somme pour l'entretien des centres de santé surtout en milieu rural.

Il est indiqué que le Ministère, à travers sa 2ème Direction qui s'occupe des établissements des soins, développe une stratégie avec des moyens en matière d'entretien des centres de santé.

En ce qui concerne l'équipement biomédical, il est impératif d'avoir, au niveau du Bureau Central de la Zone de Santé, un technicien qui fera le tour des Centres de santé (surtout en milieu rural) pour des vérifications et des réparations.

4.2.1.4. Les matériaux

Les matériaux utilisés sont essentiellement des matériaux locaux (briques, caillasse, sable, eau, moellons, bois, etc.) et des matériaux importés que l'on trouve localement (tôles, peintures, vernis, serrures, etc.). Ainsi souvent (Nord Kivu), à travers les actions de développement communautaire, les

populations ont apporté tous matériaux locaux. Les projets ont fourni les matériaux importés et la main d'œuvre.

4.2.2. Achat des équipements biomédicaux

L'équipement biomédical fourni par le projet « Prérequis » aux différents Centres de santé a été le choix indiqué par ces établissements de santé.

La mission d'audit a consulté les dossiers des appels d'offres et les rapports d'audit les concernant et a pu constater que tout s'est passé selon les règles d'art.

Par contre, elle se pose la question de savoir pourquoi avoir recouru à une procédure d'achat aussi complexe et longue avec des AO auprès de fournisseurs locaux qui ne sont pas toujours les mieux placés pour livrer ce type de matériel.

La mission considère qu'il serait plus opportun à l'avenir de limiter l'intervention de l'EUP à l'accompagnement du processus d'identification et de regroupement des besoins, dans un premier instant uniquement et exclusivement par rapport au matériel disponible dans le « Catalogue UNICEF » pour ensuite passer la commande à l'UNICEF et contracter la livraison des équipements par un service courrier spécialisé.

Il serait, par ailleurs, suivant la suggestion de l'AT, plus indiqué de monter un projet d'achat (également auprès de l'UNICEF pour 80% des équipements et des instruments « génériques ») et de vente/distribution à travers les CDR. On ne peut difficilement continuer à se substituer aux structures nationales existantes pour la mise à disposition des outils de travail du personnel médical dont le besoin se pose sur l'ensemble du territoire.

Des dispositions « intelligentes » devraient être prises pour garantir que le matériel fourni soit bien utilisé et entretenu. Une partie de la prime de performance ou de l'achat des services, dans l'avenir par les mutuelles et à défaut toujours par les donateurs, pourrait être rendue dépendante de cela.

4.2.2.1. Efficience

Le FDSS a fait ce qu'on lui a demandé d'effectuer et selon les procédures qui sont propres à la gestion d'une subvention d'action de l'UE.

Au bout de cet exercice d'investissement à petite échelle et auprès d'une multitude de bénéficiaires, on doit se poser la question si le processus a été efficient et si on aurait pu atteindre les mêmes résultats avec un moindre coût.

Globalement, il ressort de l'analyse des dépenses réalisées que 27% (460.371€) du budget a été dépensé pour réaliser le programme. Cela revient en fait à 38% de l'investissement réalisé.

C'est certainement trop et à ce rythme le Gouvernement congolais avec ses partenaires aura des difficultés à réaliser les objectifs du nouveau PNDS.

Vu l'ampleur limitée des travaux, la question se pose si l'est indispensable de les réaliser par le biais d'une agence fiduciaire comme le FDSS.

Avant de lancer les nouveaux programmes sous le 11ième FED mais également ceux financés par d'autres donateurs sous la SRSS, il serait opportun de marquer une pause de quelques mois et d'étudier s'il n'y aurait pas moyen d'augmenter l'efficience de ces actions qui, de notre point de vue, sont nécessaires, importantes et urgentes mais en même temps ont été trop coûteuses et trop « substitutrices » à ce que l'administration congolaise et les Fosa devraient à l'heure actuelle pouvoir gérer eux-mêmes en toute transparence et de façon efficiente et efficace.

Nous avons posé cette question aux praticiens et experts qui ont été impliqués directement dans la réalisation des programmes d'investissement, aussi bien ceux financés par le biais de l'UE que par le GAVI. Les avis sont partagés.

La première réaction de tous est qu'il est impossible de travailler sous un mode différent, c'est-à-dire par une programmation, identification et réalisation externe avec des contrôles ex-ante, à l'opposé d'une approche où les bénéficiaires finaux et les usagers sont directement responsabilisés mais également rendus responsables de la bonne gestion des financements qui leur seraient apportés.

Certains pensent qu'il est assez naïf d'imaginer que ces subventions directes, éventuellement par le biais d'une subvention en cascade (voir procédure applicable de l'UE), seront gérées honnêtement, tous ayant vécu des situations qui confirment, par plusieurs exemples, la mauvaise gestion sinon tout simplement le détournement des financement, ou craignent que les responsables locaux, les comités de gestion des Centres de santé, seront mis sous pression par le médecin de zone ou le MIP ou les autorités provinciales pour prendre des décisions qui vont à l'encontre de l'intérêt du Centre de santé et du personnel médical et soignant et au bout du compte des malades.

D'autres ont un avis qui tend vers une solution pour réduire le « coût de transaction » trop élevé et s'imagineraient bien que dans certaines zones, certainement celles où les communautés sont déjà fortement impliquées, il vaudrait la peine de piloter une expérience où les bénéficiaires directs et finaux des subventions (éventuellement en cascade) seraient responsabilisés, individuellement et collectivement, pour la bonne gestion des financements complémentaires qui viseraient essentiellement l'amélioration de la qualité de l'offre et donc en partie contribueraient à l'amélioration des soins et des actes médicaux.

En effet, le système de financement du secteur de la Santé comprend plusieurs leviers sur lesquels un système de motivation-sanction pourrait s'appuyer et les subventions directes pourraient être rendues dépendantes des résultats probants une bonne gestion et une bonne utilisation des ressources mis à la disposition des structures sanitaires participantes et bénéficiaires.

5. Conclusions

5.1. Perspectives d'avenir

Après cette longue période d'essai, la gestion fiduciaire déléguée a démontré ses avantages pour assurer la mobilisation de ressources financières importantes et ses défis pour sa pérennisation. Elle a pu obtenir la confiance accrue des principaux donateurs intervenant dans le secteur de la Santé. Mais elle a également révélé des faiblesses par rapport à son intégration à d'autres mécanismes de financement et de paiement des services de santé.

A cette étape, il serait judicieux de mieux réglementer et plus solidement institutionnaliser la gestion fiduciaire déléguée des contributions des différents bailleurs de fonds au développement du secteur de la Santé mais également celles provenant des ressources budgétaires et extrabudgétaires nationales.

Le PNDS 2016-2020 mettra un accent particulier sur la *« Mise en commun et la rationalisation d'affectation des ressources »*, entre autre par la mise en place du *« Contrat Unique »*[5] mais également par le renforcement des *« mécanismes de coordination des financements sectoriels »*[6].

Il sera également question de rechercher « l'intégration progressive des unités de gestion des ressources extérieures dans les structures mise en place par le MSP, la mise en place de procédures harmonisées, etc. *Toutes ces actions permettront la progression vers la mise en place de l'approche sectorielle avec la mise en place de la DAF, dans la perspective d'un appui budgétaire.*

Tout comme le MSP, la DAF ne sera pas directement responsable pour la gestion de fonds, ou la gestion des comptes bancaires de projets, ou pour assurer des paiements aux fournisseurs ou pour des services, équipements ou travaux réalisés sur des financements de l'extérieur ou de ressources budgétaires nationales.

Le MSP, et par déduction également la DAF, a essentiellement un rôle de régulation et non pas de gestion. L'Ordonnance 15/015 du 21 mars 2015 qui fixe les attributions des ministères ne donne pas de responsabilité directe au MSP pour la gestion fiduciaire[7].

---

[5] Le « Contrat Unique » entre le Secrétariat Général, les DPS et les partenaires sera mis en application en vue d'une meilleure rationalisation et utilisation des ressources. Ce contrat émanant des Plans d'Actions Opérationnels (PAO) devra être une solution, à l'harmonisation et à la complémentarité des financements de santé au niveau intermédiaire et périphérique. Il constituera aussi une incitation à la performance des acteurs de santé.

[6] Les mécanismes de coordination des financements sectoriels seront renforcés notamment l'alignement des financements aux plans et stratégies sectoriels, l'intégration progressive des unités de gestion des ressources extérieures dans les structures mise en place par le MSP (CAG, CGPMP, Cellule d'Audit interne), la mise en place des procédures harmonisées, etc. Toutes ces actions permettront la progression vers la mise en place de l'approche sectorielle avec la mise en place de la DAF, dans la perspective d'un appui budgétaire.

[7] L'Ordonnance 15/015 du 21 mars 2015 fixe les attributions des ministères. Pour le ministère de la Santé publique, il s'agit des attributions suivantes:

- Organisation, création et contrôle des services publics médicaux et pharmaceutiques;
- Organisation de l'enseignement technique médical du niveau secondaire;
- Agrément et contrôle technique des établissements privés médico-sanitaires, pharmaceutiques, laboratoires et d'enseignement médical technique ;
- Hygiène et santé publiques;
- Inspection et prévention sanitaires et médicales et actions médicales humanitaires;
- Police sanitaire aux frontières (quarantaine humaine internationale);
- Organisation, réglementation et promotion de la médecine traditionnelle y compris le domaine des plantes médicales;
- Organisation du système de santé;

Le PNDS 2016-2020 résume le rôle du MSP ainsi :

La mission du Ministère de la Santé Publique est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population congolaise en organisant des services sanitaires de qualité et équitables pour la restauration de la santé des personnes et la promotion du meilleur statut sanitaire possible dans toutes les communautés (Ord n°014/078 du 7 Décembre 2014).
Plus concrètement, il s'agit de :

- *Assurer la législation, la régulation, la normalisation et l'élaboration des politiques et stratégies en matières de santé ;*
- *Assurer la production et la mobilisation des ressources internes et externes nécessaires à la mise en œuvre des politiques et stratégies du Gouvernement en matière de santé ;*
- *Fournir les prestations des soins de santé de qualité tant préventives, curatives que promotionnelles et de réadaptation à l'ensemble de la population vivant sur le territoire national ;*
- *Assurer l'équité en matière de distribution et d'offre des prestations et services de santé.*

Déléguer la gestion des fonds à une institution nationale pourrait constituer une nouvelle étape pour assurer la bonne gestion fiduciaire dans le secteur de la Santé sur le long terme. A l'image de leur présence dans le Conseil d'Administration des EUP comme le FDSS, les donateurs devront y être fortement et directement impliqués, également par leur participation directe dans le comité de pilotage et les futurs comités de coordination provinciale.

Cette approche est également conforme à la stratégie de réforme des finances publiques car le PNDS vise plus précisément : *La rationalisation de la gestion des finances publiques du secteur se fera conformément à la LOFIP (GAR, CDMT, Budget-Programmes, déconcentration de l'ordonnancement, principes de la Comptabilité publique). Le manuel des procédures de gestion de l'Etat et la nomenclature des dépenses publiques seront vulgarisés.*

C'est également une étape incontournable pour arriver, in fine, à une modalité de coopération internationale alignée en application des Accords de Paris et Accra sur l'Efficacité de l'Aide.

C'est dans cette optique que nous considérons qu'il serait souhaitable d'intégrer les différents intervenants de la gestion fiduciaire sous un même « toit institutionnel ». Le « nouveau FDSS » devrait pouvoir intégrer la gestion fiduciaire qui, à l'heure actuelle, est dispersée parmi un grand nombre de récipiendaires principaux et récipiendaires secondaires, et la CAGf avec son AGEFIN, une société fiduciaire indépendante, précédemment gérée par KMPG et actuellement par GIZ (contrat de 18 mois qui sera éventuellement renouvelé pour 18 mois), différents FASS et bientôt dans 11 autres provinces par des gestionnaires financiers provinciaux, éventuellement des FASS, mais recrutés sur base d'une procédure concurrentielle sous le programme PBF de la Banque mondiale. A cela s'ajoute le rôle grandissant que joueront les mutuelles de santé[8] qui connaissent depuis 2015 un essor, statistiquement

- Gestion du personnel mis à sa disposition;
- Elaboration du programme de formation du personnel de santé en collaboration avec le Ministère ayant l'enseignement supérieur et universitaire dans ses attributions;
- Elaboration des normes relatives à la salubrité du milieu humain en collaboration avec le Ministère ayant l'environnement dans ses attributions;
- Elaboration des normes relatives à la santé;
- Analyse et contrôle des aliments, des médicaments et des produits phytosanitaires;
- Collaboration avec l'ordre des médecins, l'ordre des pharmaciens et les autres associations des professionnels de santé pour l'assainissement du milieu médical;
- Contrôle des produits cosmétiques et d'hygiène corporelle.

[8] Définition : une mutuelle de santé est une association volontaire de personnes, à but non lucratif, dont le fonctionnement repose sur la solidarité entre les adhérents. Sur la base des décisions de ces derniers et au moyen

spectaculaire mais pas encore preuve d'une pénétration auprès de la majorité des Congolais. Les réformes en cours et dont certaines sont déjà soumises au débat parlementaire en ce qui concerne le programme national de protection sociale, pourraient donner un effet de croissance des mutuelles s'il était retenu de rendre obligatoire l'adhésion à une mutuelle de santé pour tout employé dans le secteur formel, public et privé.

Avec des contributions qui varient entre 24 USD et 80 USD par an et pour chaque membre de la famille, ce modèle de mutualisation des soins de santé qui est appuyé par la CGAT (Centre de Gestion des Risques) est, à notre avis, réaliste et soutenable par les populations qui opèrent dans le secteur formel (15%). Il est évident que d'autres modes de gestion financière devront être préconisées pour atteindre les 85% de Congolais qui opèrent dans le secteur informel. Ce n'est pas dit que le secteur informel est toujours trop pauvre pour pouvoir contribuer. Souvent ces personnes évoluent dans une économie non ou peu monétarisée et il est difficile d'attendre d'eux de générer des ressources financières suffisantes. Toutefois, les communautés peuvent éventuellement se mobiliser pour apporter des contributions en nature, par exemple pour la construction des infrastructures médicales et scolaires, pour l'entretien du réseau routier, ou même avec un apport de produits agricoles qui permet à l'hôpital de fournir des repas. Ces contributions en nature pourraient être comptabilisées pour constituer en contrepartie un fonds de solidarité qui pourrait alimenter le compte de la mutuelle ou celui du centre de santé.

La formulation d'un nouveau modèle de gestion fiduciaire des financements des différents donateurs et du Gouvernement congolais, devra prendre en compte l'évolution « sur le terrain » de la mise en œuvre de la « Stratégie nationale de Protection sociale » qui soutient la création des mutuelles de santé et des systèmes d'assurance maladie. Il est indéniable que ce mouvement de changement sociétal est en train de prendre racine en RDC.

Pratiquement encore inexistantes en 2012, les mutuelles de santé ont connu une évolution que l'on peut considérer « statistiquement spectaculaire ». En termes quantitatifs relatifs, par rapport à la population de la RDC, ce nouveau phénomène ne concerne pas encore une tranche de population suffisamment importante pour pouvoir parler d'un « breakthrough ».

de leurs cotisations, la mutuelle mène en leur faveur et en celle de leur famille une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité dans le domaine du financement de l'accès aux soins de santé.

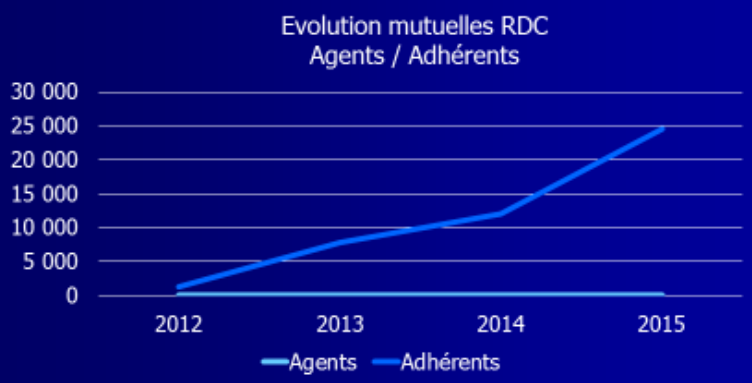
Les mutuelles de santé: l'avenir?

2015	NOMBRES DE BENEFICIAIRES
KINSHASA	30 000
BAS CONGO	8500
BANDUNDU	30 000
EQUATEUR	130 000
PROVINCE ORIENTALE	30000
NORD KIVU	9000
SUD KIVU	100 000
KATANGA	50 000
MESP	170 000
TOTAL	557 500

Source: CGAT
Centre de Gestion des Risques et d'Accompagnement Technique des Mutuelles de Santé

62

Les mutuelles de santé: l'avenir?



Source: CGAT - 2016
Centre de Gestion des Risques et d'Accompagnement Technique des Mutuelles de Santé

63

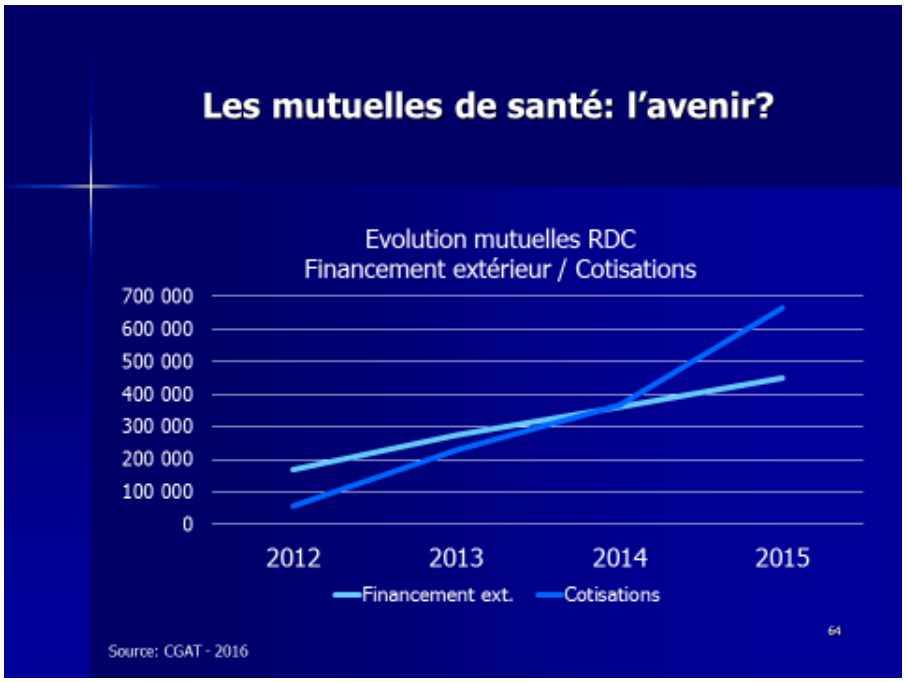


Figure 4 - Evolution des mutuelles de santé

Ces courbes (exponentielles) qui sont statistiquement spectaculaires ne sont pas cependant la preuve que ce combat est gagné. La réalité est que seulement une infime partie de la population congolaise adhère au système des mutuelles. C'est un processus qui est difficile, encore très fragile et réversible.

Le financement du secteur de la santé doit être considéré comme un ensemble dans lequel plusieurs systèmes, y compris les mutuelles, se croisent et se complètent.

Actuellement les différents systèmes de financement agissent de façon cloisonnée. Il s'agit de (i) l'achat des services (FASS) ou (ii) le très similaire financement basé sur la performance (approche de la Banque mondiale avec le PBF – Performance Based Financing), (iii) l'appui au niveau intermédiaire par le paiement des primes de performance en fonction de contrats de performance signés entre le SG/MSP et les DPS, (iv) la présence grandissante des mutuelles de santé communautaires et professionnelles qui à leur tour « achètent » des services après avoir contrôlé et inspecté non seulement si le service a bien été rendu mais également s'il était conforme aux standards de qualité prescrits et contractualisés, et (v) finalement, la multitudes d'initiatives financées par différents donateurs internationaux, gouvernementaux et non gouvernementaux, bilatéraux et multilatéraux, également de sources privées ou d'organismes confessionnels dans le cadre de programmes spécifiques ou de lutte contre des maladies et endémies spécifiques ou de recherche scientifique.

Il est entendu qu'une réforme du mécanisme de gestion fiduciaire devra aller de pair avec la *régulation de la tarification des soins*, une réforme qui sera appuyée par la 11ième FED.

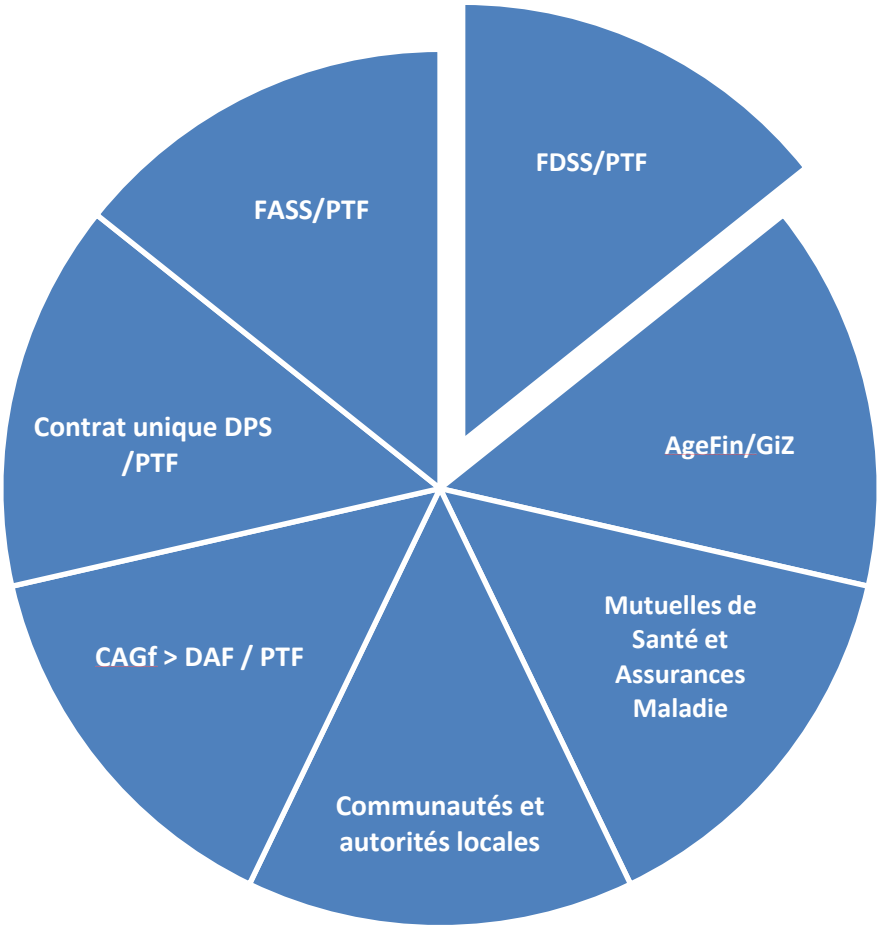


Figure 5 - Composantes du financement du système de santé

Le but ultime serait de créer les conditions préalables pour la mise en place d'une Couverture Médicale Universelle (CMU) dans laquelle les patients participeraient mais qui également les protègerait contre *les dérives d'une commercialisation grandissante des soins et services de santé*[9]. Il reste toutefois du chemin à parcourir pour arriver à un consensus sur le mode de fonctionnement d'un tel système qui viserait, au-delà de l'assurance maladie que pourraient souscrire 15% de la population qui opère dans le secteur formel, d'inclure la grande majorité des Congolais dont 85% ne s'inscrivent pas encore dans l'économie formelle.

La superposition de différents systèmes de financement pose déjà aujourd'hui le problème de savoir comment distinguer le service acheté/payé par le biais du paiement basé sur la performance, de celui qui est remboursé et payé par la mutuelle. Comment saurait-on distinguer si un service a déjà été payé ou remboursé et par le biais de quel système aussi longtemps que les différents mécanismes de financement ne sont pas reliés et intégrés ?

Regrouper et intégrer les différentes composantes dans une seule structure de gestion financière et fiduciaire avec des représentations fortes au niveau des provinces, qui serait en appui de la future DAF du Ministère de la Santé, en appui et non pas « sous » la DAF, en gardant son statut d'autonomie

[9] Projet de Convention du Programme de renforcement de l'offre et développement de l'accès aux soins de santé en République démocratique du Congo, 11è FED 2014 – 2020 (non encore signé en date de la mission d'audit)

fonctionnelle, pourrait amener un nombre d'avantages qui contribueraient à une plus grande efficience de la mobilisation et de la gestion des financements.

Tout comme le FDSS actuel, la nouvelle structure de gestion fiduciaire devra être opérationnellement autonome et ne devrait pas être placée hiérarchiquement sous la DAF ; elle devra toutefois alimenter la DAF avec des données financières et comptables de ces opérations sur le terrain et devrait donc avoir un lien fonctionnel. Le mode opératoire des relations fonctionnelles entre la DAF et les branchements provinciaux du fiduciaire devront faire l'objet d'une analyse plus approfondie une fois que la DAF et le fiduciaire seront établis.

Parmi ces avantages, on notera :

(i) une économie d'échelle considérable par rapport aux frais de gestion ;
(ii) la réduction relative du coût de l'assistance technique ;
(iii) la possibilité de mettre en place des mécanismes de gestion fiduciaire sur l'ensemble du territoire nationale ; continuer à se concentrer pour les 5 années à venir seulement sur 5 provinces (UE) et sur 11 autres provinces (PBF – Banque mondiale), laisserait toujours « hors coup » 10 provinces non couvertes, d'autant plus que ces provinces non couvertes ne sont certainement pas celles qui en ont besoin le moins, et « last but not least »,
(iv) une meilleure intégration et utilisation de l'assistance technique qui nous a semblé être absente sinon trop distante par rapport à l'ensemble de la mise en œuvre du PNDS car affectée, ou bien dans une structure isolée (KPMG avant et GIZ maintenant) ou opérant seulement sans quelques provinces tel que c'est le cas actuellement avec l'AT provinciale financée par l'UE qui est intégrée dans les FASS et dont le rôle n'est pas claire par rapport à l'amélioration de la qualité des soins de santé ou par rapport au suivi des interventions des différents partenaires et projets sur le terrain.

Cette nouvelle institution de gestion fiduciaire des fonds mobilisés dans le cadre du développement du secteur de la Santé en RDC pourrait être inspirée par exemple des mécanismes d'un Fonds de Développement Communal ou d'une Caisse de Dépôts et de Gestion (voir CDG Maroc). Elle pourrait intégrer les futures fédérations de mutuelles de santé (pas nécessairement les mutuelles elles-mêmes), et opérer plutôt comme une « Banque de Développement » des Fosa avec la structure et le mode opératoire d'une institution financière et non pas, ce qui est le cas actuellement continuer à opérer par le biais d'unités non formellement institutionnalisée et dont la pérennité n'est pas guarantie, telles que sont actuellement le FDSS, les FASS, la CAG et l'AGEFIN. Ce nouveau **FDSSf** (f=fiduciaire), serait consacré principalement à la gestion fiduciaire tout comme le font actuellement le FDSS, les FASS et l'AGEFIN. Elle devra mettre en cohérence la gestion des financements de plusieurs origines des Fosa et du niveau intermédiaire.

Une partie de cette nouvelle institution, le « **FDSSp** » (p=projet), devrait pouvoir s'occuper uniquement mais également indépendamment de la gestion fiduciaire, de l'appui à la mise en œuvre de différents programmes, projets ou études en coopération avec les différents PTF qui acceptent de s'y associer et d'y participer.

Une troisième dimension, le **FDSSi** (i=infrastructures), pourrait constituer une branche spécialisée dans l'appui à la réalisation d'infrastructures hospitalières ou de gestion de programmes de réhabilitation. Elle devra travailler en étroite collaboration avec la D13 (Direction de l'Equipement et des Matériels médico-sanitaires) et la D2 (Direction des établissements de soins) du Ministère de la Santé.

La gestion de l'identification des besoins, de l'achat et de la distribution des équipements biomédicaux devrait être repensée et éventuellement intégrée aux CDR. L'achat des équipements biomédicaux devrait être réglementé et standardisé, dans une première étape, et sans exceptions, en étroite coopération avec l'UNICEF dont le « catalogue » constituerait la base unique pour équiper toutes les structures de façon

homogène. Les achats « hors catalogue » devraient être exceptionnels et justifiés, faisant l'objet d'une procédure à part et être gérés selon les règles de la commande publique.

Afin de pouvoir tirer avantage des méthodes de gestion introduites par la GIZ qui a géré, sur base annuelle, environ 80 millions USD de financements (actuellement uniquement FM et GAVI) et qui sera éventuellement encore là pour 18 mois supplémentaires après le mois d'octobre 2016, et ainsi assurer que ces innovations soient consolidées dans un système de gestion unique pour ensuite les généraliser à l'ensemble de la gestion fiduciaire, il serait bien de pouvoir réaliser cette « grande » fusion avant la fin de 2017. Egalement physiquement l'AT CAG, l'AT GIZ, le FDSS et les FASS devraient pouvoir se regrouper dans les mêmes locaux, correctement installés et proches du MSP au niveau central, et au niveau provincial au sein ou proche de la DPS.

L'intégration graduelle des mutuelles de santé dans le système de gestion fiduciaire devrait être le but de toute opération future de financement du secteur. Là où une mutuelle existe, une partie des fonds devrait être dédiée, au pro rata, à l'appui financier aux mutuelles leur permettant de grandir et de se consolider pour, qu'à l'avenir, les patients puissent se prendre de plus en plus charge eux-mêmes, au moins pour les « petits risques », ce qui libérerait des ressources, calculées et attribuées en fonction de la contribution des usagers et des communautés, pour investir et améliorer la qualité de l'offre des soins et des infrastructures sanitaires. En pratique cela signifierait que, là où la mutuelle fonctionne et a contractualisé avec une Fosa particulière, les financements FASS ou PBF passeraient (en partie et le plus que possible) par le biais de la mutuelle ou y seraient partiellement mobilisés pour aider la mutuelle à couvrir des frais de gestion du risque et de l'inspection médicale et au bout de l'exercice atteindre sa « masse critique » lui permettant de se pérenniser et, avec des subventions supplémentaires gérées par l'intermédiaire du nouveau FDSS-f, de prendre en charge également les malades pauvres, défavorisés et indigents, en impliquant fortement la communauté locale et les leaders locaux.

5.2. Points forts et points faibles ressortis de l'audit

Point faibles
Les rapports d'exécution annuels ne documentent pas les résultats produits par le programme, tant au niveau qualitatif que quantitatif. La mission a observé le manque de communication en général, surtout avec les Régions et les ZS sur le suivi des dossiers et d'interface avec les techniciens et les autorités de la santé.
Pérennité de l'institution et continuité opérationnelle dépendantes des financements extérieurs - peu de réserves financières, peu d'équipements
Gestion documentaire (pas de place, pas d'étagères, peu d'ordre, pas d'archivage systématisé, etc.)
Manque, de communication en général, surtout avec les Régions et les ZS sur le suivi des dossiers, et, d'interface avec les techniciens et les autorités de la santé.
« Overhead » FED10 semble élevé (13%) – mais il faut prendre en compte que ce pourcentage inclue également les frais de fonctionnement relatifs à la mise en œuvre du Prérequis ainsi que la présence d'autres projets
Système d'information interne non informatisé – voir COFED
Mémoire institutionnelle non référencée
Haut risque de non-pérennité car dépendant de quelques individus très expérimentés et de la continuité du financement extérieur (peu de réserves financières)

Communication externe et « image building » faibles; peu d'actions de visibilité - Faible communication avec la périphérie et l'AT sur les dossiers en cours
Rapportage trop axé sur la réalisation d'activités et non pas sur l'impact en termes d'amélioration des services de santé et de la qualité des soins. Absence totale de renforcement et de coordination avec le SNIS qui permette un suivi d'indicateurs définis en concertation avec les DPS bénéficiaires et l'assistance technique. Ceci aurait valorisé le rôle joué par le FDSS et permis un pilotage de l'ensemble du projet.
Absence d'audit interne et pas de manuel de procédures internes
Bâtiment du PNMLS peu entretenu malgré des charges relativement élevées (3900$/mois-KIN + 1100$/mois-en deux provinces)
Périodicité des réunions internes (par projet et en commun) fixées mais pas tenues régulièrement
Equipements et matériel de bureau obsolètes et non entretenus (à part les voitures)

Points forts

Une équipe hautement professionnelle, dévouée et disponible
Management de l'institution rationnel, ferme avec un leadership fort mais démocratique
Très bonne maitrise des procédures des différents PTF actifs dans le secteur
Organigramme plat – organisation ouverte
Risque fiduciaire limité et presque inexistant tenant compte des multiples contrôles de gestion et d'audit (mensuel, trimestriel, annuel)
Réseau national étendu et professionnel (mais à risque de perdition si arrêt des projets)
Tous les projets ont fait objet d'audits de gestion et d'audits comptables réguliers qui n'ont jamais soulevé des problèmes de malversation ou de non-respect des procédures (à part quelques exceptions qui ont été clarifiées)
Efficient - mobilisation des moyens par rapport au résultat, pour avoir géré +/-90millions d'USD avec une équipe relativement restreinte
Partenaire privilégié de différents donateurs
Positionnement fort dans le marché des AO – ex. 9 AO gagnés sur 10 (FM/GAVI)
« Overhead » - raisonnable et dans les limites de ce que les donateurs prévoient (entre 5% et 13%)
FDSS comme outil de gestion fiduciaire, un bon choix pour les DP ANI
FDSS comme outil d'administration pour la mise en œuvre du PAPNDS au niveau intermédiaire pertinent : bonne appropriation des procédures de Régie du FED ; solides outils de gestion et de monitorage en périphérie ; toutes les dépenses après chaque DP et en fin de projet approuvées
Autres donateurs internationaux utilisent l'EUP comme agence fiduciaire
Efficace : taux d'achèvement technique de près de 100%

Les budgets arrivent directement aux bénéficiaires par l'intermédiaire des comptables régionaux compétents. La DPS a un rôle central dans toutes les procédures et prises de décision, en concertation avec toutes les parties et l'AT
Les procédures de la Régie sont respectées (appels à concurrence, contrats avec prestataires, fiches d'émargement, TdR, rapports techniques, etc.) ainsi que les lignes budgétaires des DP successifs
Toutes les procédures des travaux pour les prérequis sont respectées : identification, DAO, liste des soumissionnaires, analyse, attribution, contrat, suivi et évaluation … pour tous les chantiers
Exécution budgétaire satisfaisante sur l'ensemble des DP (≈ 80%) et subventions (94.8%)
Les agents en périphérie sont compétents, expériences acquises, relations avec les bénéficiaires dans un climat de confiance et de respect mutuels
FDSS peut faciliter l'approche multi-bailleur et éventuellement les contrats uniques
Les résultats directs en rapport aux résultats attendus sont satisfaisants (>85% d'exécution des activités). Les résultats de santé sont significatifs, bien que pas complètement ou uniquement attribuables aux interventions du Fonds (voir SNIS – Vuhovi : accouchements X2, césariennes X3)
A réalisé la construction de deux centres de santé selon le plan type du MSP (financement Gouvernement RDC) et une CDR (financement GAVI)

5.3. Enseignements tirés de l'audit organisationnel

5.3.1. Cadre juridique

Le cadre juridique dans lequel le FDSS fonctionne a été approprié par rapport aux tâches qui lui ont été déléguées. Mais il a également démontré ses limites. Le FDSS a été créé avec le seul but d'assurer la gestion fiduciaire des fonds mis directement (subventions de fonctionnement) ou indirectement (subvention d'action ou projets conduits pour le compte de différents donateurs) sous sa responsabilité. Le cadre juridique ne suffit pas pour garantir une pérennité, ne lui donnant pas un statut qui lui permet d'agir comme un opérateur comme les autres et à titre égal. Le fait que le Conseil d'Administration est présidé par un représentant du Ministre de la Santé publique rend difficile pour garantir qu'il n'y ait pas de conflit d'intérêt dans l'attribution de marché publique pour lesquels le FDSS aurait pu se présenter. Il n'est donc pas raisonnable d'attendre du FDSS de générer ses propres ressources uniquement par la facturation de frais de gestion de projets dont l'exécution lui est confiée par le donateur et par le MSP, tout en étant dans une position de concurrence avec d'autres opérateurs spécialisés dans la gestion de projets. Egalement le fait d'avoir été financé pendant longtemps et équipé par l'UE et les autres donateurs qui travaillent avec lui, met le FDSS dans une position de concurrence déloyale par rapport aux autres opérateurs qui sont obligés de générer leurs frais opérationnels et de structure par les marges financières (nécessairement plus élevées) qu'ils génèrent par la mise en œuvre des contrats de projets. Le moindre que l'on puisse dire est que ce n'est pas une situation saine. Les mêmes questions se posent par ailleurs en ce qui concerne l'implication des FASS dans l'avenir.

Commentaire : Issues de bonnes intentions pour créer une dynamique de gestion déléguée, le cadre juridique actuel n'est plus adapté aux besoins de gestion fiduciaire qui se présenteront dans les années à venir.

5.3.2. Structure organisationnelle

L'organisation interne du FDSS est très souple et elle se fait en fonction des projets gérés. La structure organisationnelle est de type matriciel (structure plate et affectation de responsabilités en fonction des projets où une personne peut avoir des activités pour plusieurs projets en même temps).

Tenant compte de la nature des projets, la direction du FDSS est une direction qui est hautement participative car chaque projet a son chef de projet et ses spécialistes. Chaque projet doit également suivre les procédures administratives, financières et comptables de l'organisation donatrice.

Commentaire : la structure organisationnelle est adaptée aux besoins qui se posent.

5.3.3. Ressources humaines

Une petite équipe de 10 employés permanents assure la continuité de l'EUP. Cette équipe est composée du directeur (médecin Santé publique), du responsable financier (), de deux comptables principaux, et (actuellement) de deux gestionnaires provinciaux, d'une secrétaire et de personnel d'appui, donc deux chauffeurs et une femme de ménage.

Les autres employés, une quarantaine, sont tous engagés sur des projets spécifiques.

Seulement 4 femmes ou 7% de l'effectif sont affectées à des postes de responsabilité.

Commentaire (voir les commentaires détaillées sous 3.2) : La grande majorité du personnel est hautement compétente. Le risque de déperdition de ces compétences spécialisées, construites durant plus de 7 années est grand. Il faudrait à l'avenir veiller à promouvoir le recrutement de plus de femmes.

5.3.4. Budget de fonctionnement

Le budget de fonctionnement est équilibré et ne présente pas d'anomalies. Plus de 65% des ressources est affecté aux salaires. Les salaires individuels correspondent aux niveaux du marché de l'emploi pour ce type de postes. En moyenne, le fonctionnement du FDSS a coûté environ 1m€ par an pour avoir géré un budget d'environ 90m€. Avec un taux de moins de 7% le FDSS a pu prouver être parmi les institutions les moins chères par rapport aux frais de gestion.

Commentaire : le FDSS n'a pas pu créer une réserve financière suffisante pour pouvoir travers une brève période pendant laquelle il n'y aura pas de projets. Ce problème se pose actuellement avec la clôture du 10è FED et la clôture de plusieurs autres projets d'autres bailleurs.

5.3.5. Management interne

Des efforts importants devraient être consacrés à la mise en place de procédures financières standardisées, d'un audit interne permanent, d'un système de gestion de la circulation et l'archivage documentaire professionnel et sécurisé et une stratégie de communication mieux mise en œuvre et de préférence par le recrutement d'un responsable de la communication (y compris la gestion du site web).

5.3.6. Risque fiduciaire

Le risque fiduciaire est limité et presque inexistant tenant compte des multiples contrôles de gestion et d'audit (mensuel, trimestriel, annuel).

5.4. Pertinence[10] du FDSS à véhiculer les financements

L'utilisation d'un outil fiduciaire comme le FDSS a été un bon choix pour permettre les activités décrites dans les DP ANI. L'EUP FDSS a pu maintenir un flux financier régulier vers la périphérie, à l'exception des périodes de transition entre deux DP. Grâce au travail minutieux des comptables, les pièces justificatives conformes ont pu être acheminées vers le comptable central de l'EUP. Avec une moyenne de 88%, le taux d'exécution budgétaire est certainement satisfaisant.

La mise en place du FDSS comme outil d'administration des fonds alloués à travers les DP et les 2 contrats pour la mise en œuvre du PAPNDS au niveau intermédiaire a été pertinente. Grâce à une bonne appropriation des procédures de régie du FED et de solides outils de gestion et de monitorage en périphérie, le FDSS a pu faire preuve d'être à la hauteur des objectifs qui lui avaient été assignés. Le contrôle strict des budgets disponibles des dépenses ainsi que des pièces justificatives a permis aux auditeurs financiers d'approuver toutes les dépenses après chaque DP et en fin de projet.

Le fait d'avoir eu à gérer avec succès semble-t-il (sans fautes financières selon les différents auditeurs) durant cette période de 7 années près de 90 millions d'USD permet de confirmer que les partenaires gouvernementaux et internationaux ont considéré que les objectifs assignés au FDSS de véhiculer des financements ont été pertinents pour la mise en œuvre des programmes de développement de la Santé. Tous les donateurs ont soumis le FDSS à des audits financiers et comptables très régulièrement et n'auraient certainement pas continué à coopérer avec le FDSS si les risques fiduciaires avaient été trop élevés.

Par ailleurs, comme cela est prévu dans sa convention avec le MS, il est intéressant de constater que d'autres bailleurs internationaux continuent à utiliser l'EUP FDSS comme agence fiduciaire pour leurs activités.

La mise en œuvre du PAPNDS ANI par le FDSS a été pertinente car elle a contribué aux efforts pour l'atteinte des OMD en 2015 ainsi qu'aux axes prioritaires des SRSS.

Les activités ont été directement réalisées par les DPS conformément aux plans des provinces.

L'appui au système de planification / budgétisation CDMT très élaboré à l'échelon des Fosa a bénéficié d'un encadrement très important du niveau intermédiaire des DPS, ceci malgré le manque de pilotage et la faible attribution de ressources du niveau central. Enfin, la pérennité dans l'action des interventions appuyées par le FDSS et vérifiée par la mission de terrain au niveau régional démontre également la pertinence du programme.

En plus de gestion des fonds, en mettant des ingénieurs pour suivre et contrôler les travaux, le FDSS a permis aux DPS de remplir leur fonction de Maitrise d'œuvre pour les établissements de santé.

5.5. Efficience[11]

L'appui institutionnel du PAPNDS au niveau intermédiaire a été performant, ainsi qu'annoncé déjà dans le rapport de monitoring de février 2014. A travers l'amélioration des capacités, les actions développées avec les équipes cadres provinciales ont également été pérennes et elles continuent leurs effets à ce jour. On peut espérer que les remaniements importants qu'ont connus les DPS en 2015 ne ralentiront pas la dynamique managériale mise en place au cours de ces dernières années.

[10] Dans quelle mesure les objectifs de l'intervention correspondent aux attentes des bénéficiaires, aux besoins du pays, aux priorités globales des partenaires et aux politiques de la Commission européenne.
[11] Dans quelle mesure les résultats et/ou les effets attendus ont été obtenus avec le moins de ressources possibles (fonds, expertise, temps, coûts administratifs, etc.).

Malgré les petites ressources allouées par le Fonds, les synergies avec les autres programmes, dont le PAPNDS a permis l'amélioration des indicateurs d'utilisation des services, particulièrement dans le domaine de la mère et de l'enfant au Nord Kivu. On peut raisonnablement penser que ces résultats découlent également, partiellement et de façon indirecte de la qualité des appuis du niveau intermédiaire et du prérequis.

5.6. Efficacité[12]

Le lien entre les objectifs (bien louables) et les activités (à impact limité) n'est pas toujours clairement établi.

Les missions et le rôle des DPS doivent être définis avec davantage de précisions et en cohérence avec les objectifs de la réforme de l'administration par laquelle l'Etat se limiterait à son rôle régulateur et normatif en s'appuyant sur le principe de subsidiarité.

Les activités gérées par le FDSS sont conformes aux lignes budgétaires des DP successifs et aux requêtes formulées par les Divisions Provinciales. Les budgets sont effectivement dépensés par les bénéficiaires selon leurs attentes et les procédures de la Régie ; les dépenses sont correctement documentées et transparentes dans leur exécution (appel à concurrence). Certaines provinces ont eu un retard dans l'acheminement des pièces comptables qui a lui-même entrainé un retard dans le démarrage du DP suivant. Outre le format de la Régie, le FDSS présente les budgets et dépenses sous le format national.

Les rapports des DP indiquent que le FDSS a atteint un taux d'achèvement technique de près de 100% en dehors des activités qui lui ont été retirées (achat d'un stock de médicaments essentiels et de génériques, travaux de réfection des pharmacies). Cependant, l'EUP reste très discrète sur son intervention et sur les progrès réalisés en cours d'intervention. Les bénéficiaires du projet regrettent l'absence de suivi sur les dossiers de financement soumis au niveau central par l'intermédiaire de la DPS, surtout ceux qui n'aboutissent pas. Par ailleurs, le rapportage de l'EUP est sommaire, probablement à cause du manque de communication avec la périphérie. En l'absence d'information, le personnel du FDSS et les bénéficiaires du projet expriment leurs frustrations sur la clôture des subventions de fonctionnement, alors qu'une prolongation avait été annoncée.

5.7. Viabilité (durabilité)[13]

La stratégie basée sur la qualité des soins reste fragile. Malgré les efforts déployés à travers les DP et par l'AT, il est important d'être innovant sur le renforcement de la qualité des soins, peer-learning et benchmarking, standardisation et formation / diffusion des ordinogrammes de soins, etc.

Pour renforcer la viabilité des programmes déployés sur les DP, il y a lieu d'introduire en fin d'intervention une stratégie de sortie qui propose des instruments et des mécanismes de renforcement et d'ancrage institutionnel (atelier de dissémination, contrat ou convention avec la tutelle ou les partenaires, etc.).

Sur ce point, il est surprenant que le projet « prérequis » *qui en réalité a voulu faire le rattrapage d'un cumul des besoins d'entretien des établissements de soins*, n'ait pas prévu un système pérenne d'entretien comme mécanisme de sortie du projet.

Malgré un effort particulier des équipes de supervision provinciales et des ZS, la gestion des MEG n'est toujours pas viable. Les instruments de gestion sont en place à tous les niveaux, mais les stocks

[12] Dans quelle mesure les objectifs de l'intervention ont été atteints, ou sont potentiellement atteints en prenant en compte leur importance relative.
[13] Dans quelle mesure les avantages de l'intervention se poursuivent après la fin de l'intervention extérieure, ou bien la probabilité que ces avantages durent sur le long terme en résistant aux risques.

s'épuisent chaque mois, notamment à travers les produits périmés (dates de péremption trop rapprochées et commandes non conformes aux besoins). Le programme d'appui à la SNAME et les dotations des ZS du projet en MEG n'ont pas été réalisés par le FDSS. De par la décision de la DUE, tenant compte du volume budgétaire après le regroupement des achats qui dépassait le niveau éligible pour être géré par une autre procédure, la procédure d'acquisition a été transformée en engagement spécifique sous la responsabilité du CAG par l'avenant au DP3.

5.8. Impact[14]

En dehors du programme des investissements sur les prérequis, le FDSS ne conduit pas directement à des résultats de santé, d'autant que son programme a été amputé de la composante pharmacie (travaux et dotation en MEG) pour des raisons administratives de passation de marchés.

L'approche pragmatique utilisée pour déterminer les investissements à réaliser qui consistait pour chaque ZS à cibler avant tout les goulots d'étranglement dans l'offre de soins de chaque Fosa semble payante dans les quelques formations visitées. Cependant, ces investissements mineurs ne répondent pas à tous les problèmes; c'est une évidence.

L'approche choisie a été caractérisée par la rapidité d'exécution et le lancement de petits contrats de travaux et de commandes de petits équipements et matériels localement. Pour les travaux, cela signifie que les entrepreneurs du chef-lieu ont été mobilisés avec des achats de matériaux locaux.

Mesure quantitative des résultats
Le rapport de monitorage de juin 2014 rapporte qu'on ne peut pas faire un lien entre l'amélioration des scores de qualité des Fosa et HGR avec les travaux exécutés sur le budget des prérequis. A défaut de qualité, on devrait pouvoir mesurer la quantité de l'offre de soins et comparer dans le temps et avec des ZS non appuyées. Malheureusement, le SNIS n'est pas en mesure de fournir des données fiables. Probablement à cause de la restructuration des variables du système, les données sur le nombre de lits montés entre 2012 et 2015 semblent complètement aléatoires (pour Masereka, le nombre de lits passe de 231 à 74 à 3270 entre 2013 et 2014 !).

Cependant, d'une perspective budgétaire, on constate que FDSS a consommé >80% du budget alloué aux prérequis, 85% des activités planifiées dans les DP ont été réalisées.

Mesure qualitative des résultats
Lors des entretiens avec les bénéficiaires au niveau des ZS, il est apparu que les activités appuyées au niveau intermédiaire étaient de bonne qualité. Les experts mobilisés dans le cadre du renforcement des capacités étaient très compétents et les missions de soutien et de supervision formative étaient régulières et productives.

La documentation sur les activités réalisées par le FDSS est très satisfaisante, et semble confirmer l'observation de terrain. A l'examen de quelques pièces choisies aléatoirement, la mission a pu constater le bon archivage des dossiers réalisés. Les TdR proposés pour la mobilisation d'experts sont de qualité et les rapports d'exécution professionnels.

Les travaux réalisés sur les prérequis sont de qualité moyenne et probablement moins durables par rapport à de nouvelles structures. Cependant, dans la province du Kivu, plusieurs chantiers financés sur les prérequis avaient été initiés par les communautés et achevés par le FDSS. L'appropriation des infrastructures ainsi réalisées est maximale, et, à notre avis, plus importante que les aspects de durabilité.

Mesure des résultats de santé

[14] Effets à long terme positifs et négatifs, primaires et secondaires, produits par l'intervention, directement ou indirectement, attendus ou inattendus.

Des résultats de santé sur le programme FDSS peuvent être mesurés (avec ses limites) sur le programme des investissements dans les prérequis puisqu'un critère de sélection des travaux était d'avoir un résultat direct sur l'offre de soins. Dans cette optique, dans un des sites du projet, la mission a pu faire une estimation de résultat direct sur le nombre d'accouchements et de césariennes réalisés entre 2010 et 2015 (données fournies par le directeur du HGR).

L'augmentation très significative des accouchements et opérations n'a pas conduit à une augmentation des décès maternels ou des complications postopératoires.

La mission a interrogé le SNIS national pour mesurer les résultats du FDSS sur le niveau des activités dans les Fosa appuyées, notamment en matière d'accouchements assistés.

Les représentations graphiques ci-après ont été développées par l'auditeur à partir des données fournies par le SNIS.

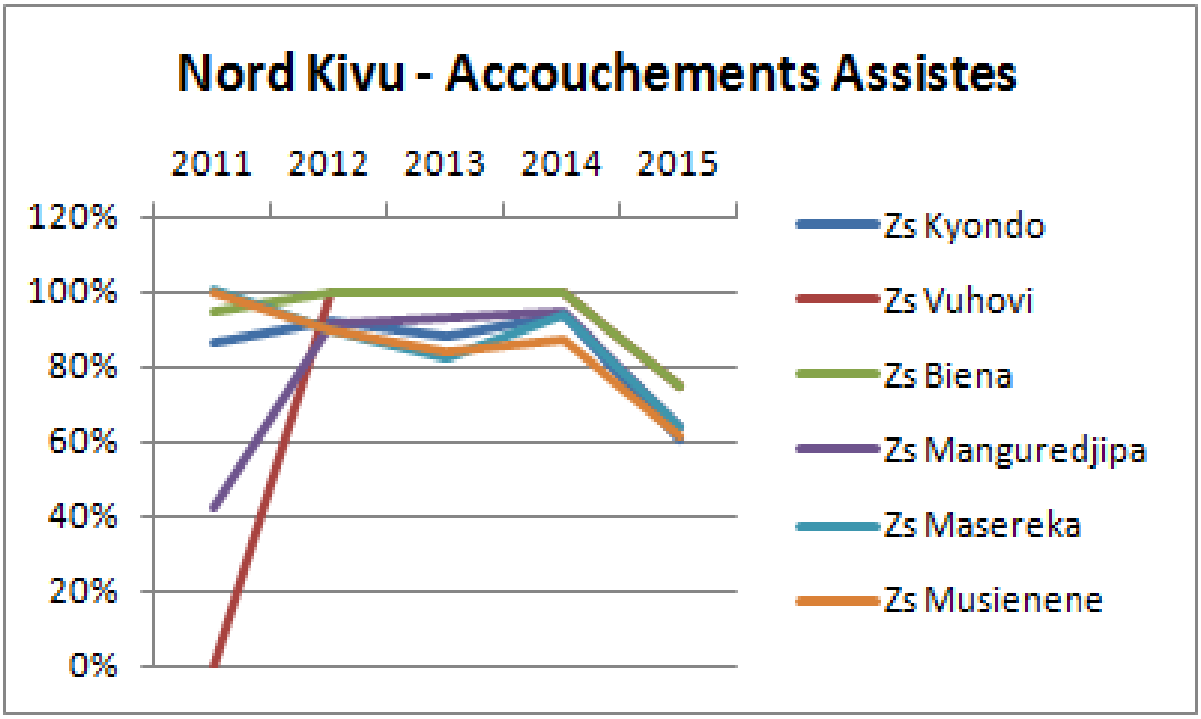


Figure 6 - Nord Kivu – Accouchements assistés

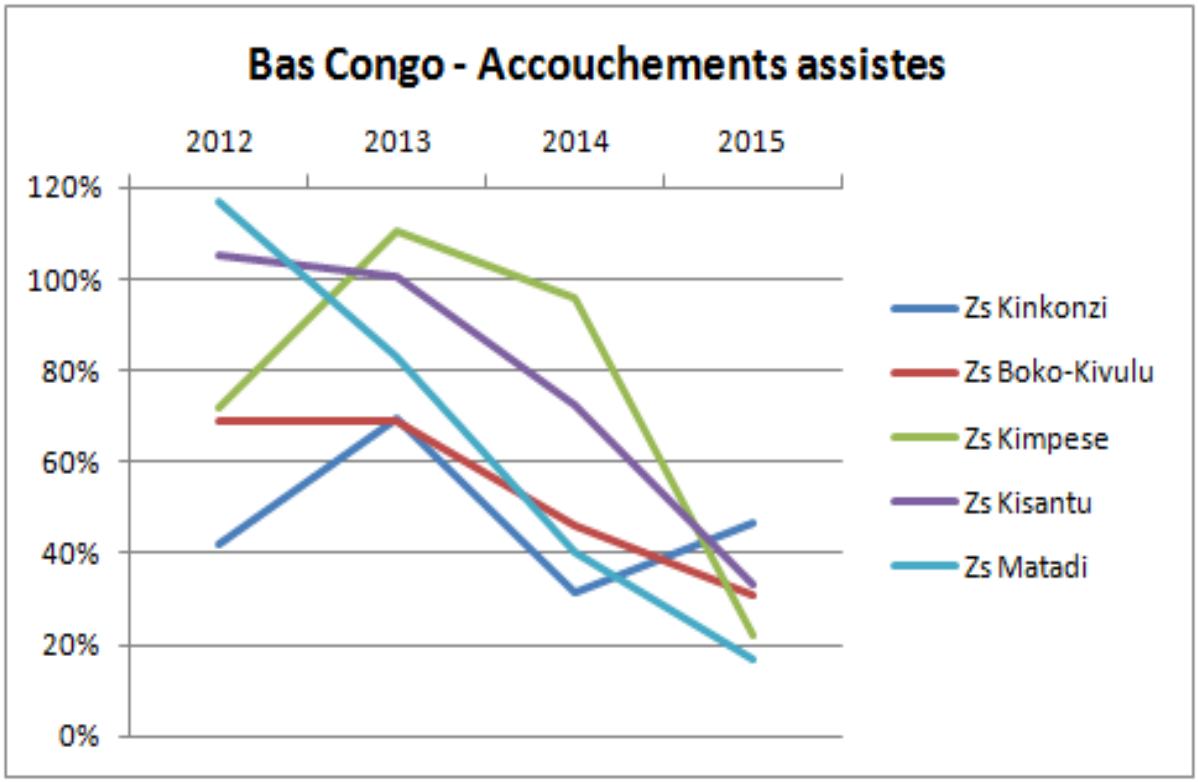


Figure 7 - Bas Congo – Accouchements assistés

On est confronté aux modifications apportées dans le système de variables, sans compter le changement de plateforme (GESIS vers DHIS-2) et surtout la nouvelle carte sanitaire. On note toutefois des résultats nettement moins favorables dans la région du Bas Congo, non appuyée, mais réputée comme plus performante. Les autorités doivent s'interroger sur la baisse très importante des accouchements assistés dans le Bas Congo (ainsi que la dernière année au Kivu).

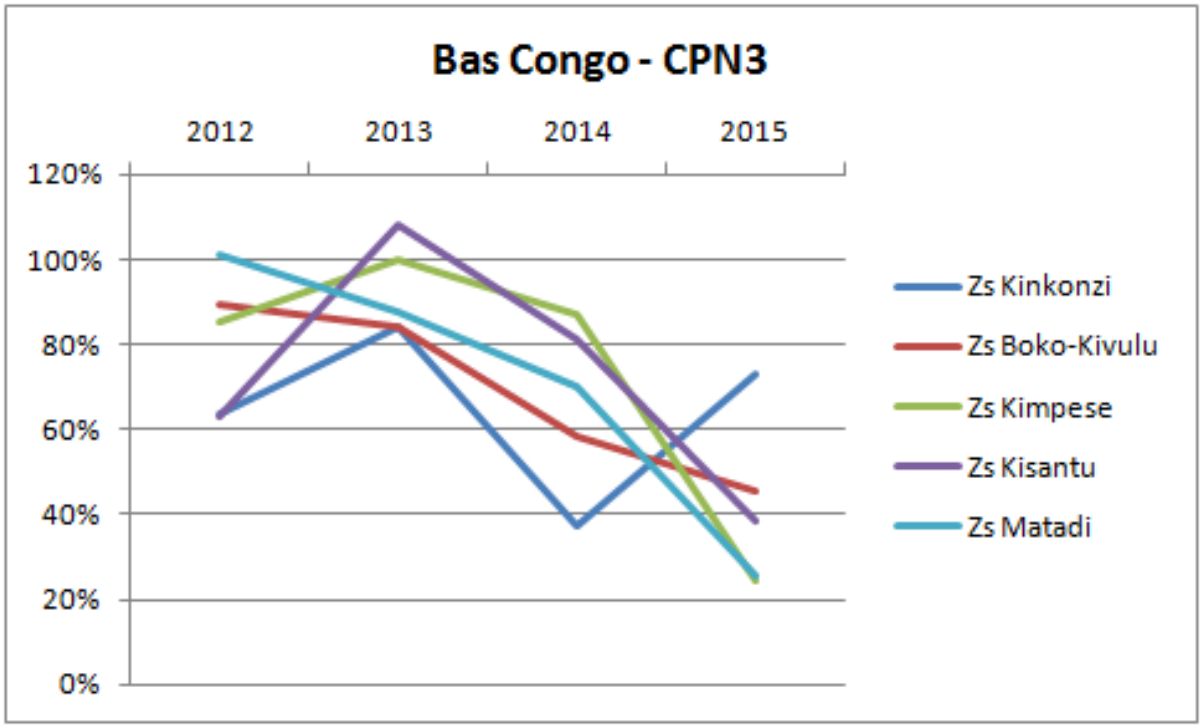


Figure 8 - Bas Congo – CPN3

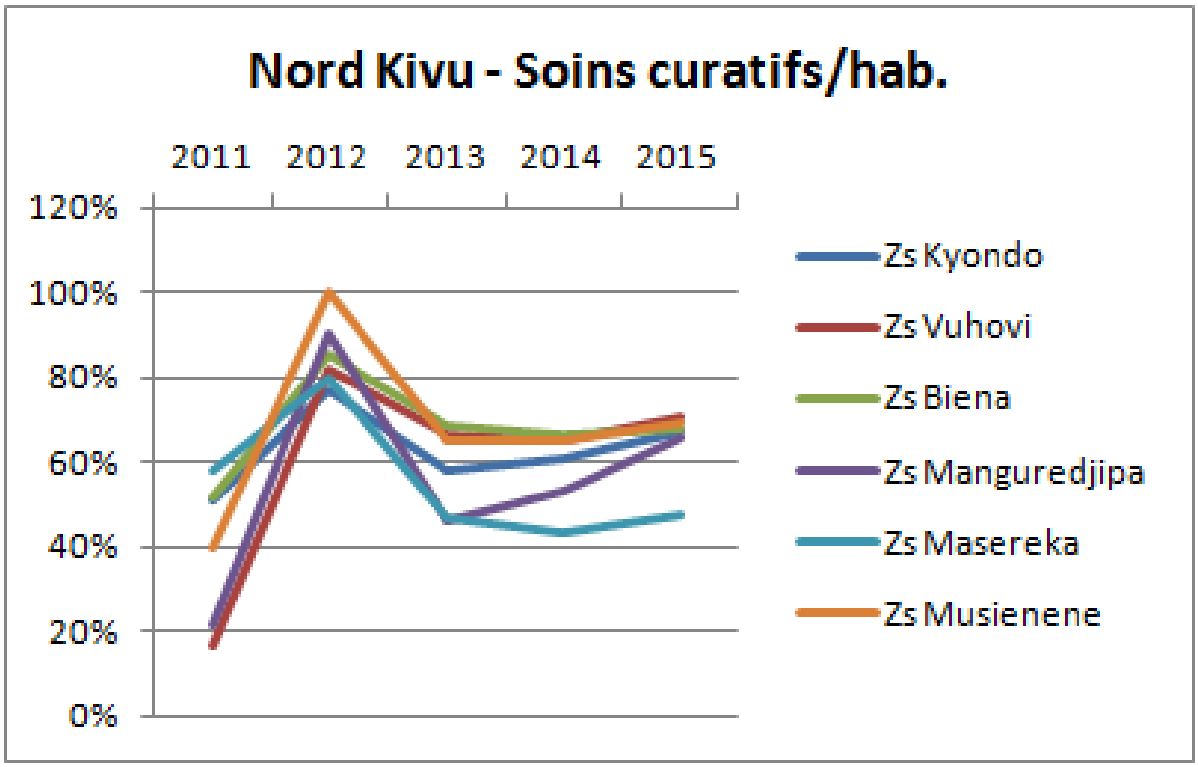


Figure 9 - Nord Kivu – Soins curatifs/habitant

Ceci est confirmé par les données de couverture en CPN3.

Réflexions sur les orientations pour le 11ème FED

On ne peut cependant pas imputer un impact sur les activités des ZS aux seules interventions du FDSS. Les appuis du FDSS étant au niveau intermédiaire, ils ont certainement favorisé les activités de soins en périphérie, ainsi que le niveau de qualité. Il faudrait une étude plus fine pour différencier un impact, ce qui dépasse largement les objectifs de la mission d'audit.

Les appuis aux interventions des DPS pour renforcer les capacités de planification ont été très importants par la mobilisation d'experts, de missions de suivi dans les ZS et d'ateliers de validation. On retiendra que le cycle annuel de planification / budgétisation intégrée / monitorage est très élaboré et parfaitement exécuté, ce qui sera un atout important pour un nouveau programme sur le 11ème FED.

Une large part des budgets et des actions du PAPNDS est orientée sur l'amélioration de la qualité des services. De nombreux ateliers ont été organisés avec des experts nationaux ainsi que des supervisions dans les ZS par le BCZS et la DPS. L'assistance technique installée en province a été renforcée dans l'optique d'une approche qualité des services. Or, la mission d'audit des résultats a constaté à la fois l'amélioration de l'offre de soins avec une augmentation notable de la fréquentation et une qualité de prise en charge des malades qui reste faible.

Toutefois, l'hygiène et la stérilisation sont insuffisantes, et en l'absence d'ordinogrammes dans les CS, les traitements ne sont pas standardisés.

Sur les quelques mois restants du PAPNDS, les actions sur les services de qualité pourraient être renforcées autour d'une stratégie de sortie (exit strategy) qui permette la pérennisation des traitements standardisés, par exemple: large diffusion des algorithmes après concertation avec les acteurs si nécessaire, supervisions formatives, etc. La vision est de développer une véritable assurance de qualité des soins et de sécurité des malades.

Pour le prochain programme d'appui au plan stratégique national, il serait pertinent de réorienter la qualité des soins et des services dans une **approche globale et intégrée** à-même de changer les aptitudes et surtout l'attitude des personnels de santé en périphérie. Placer le concept de qualité dans une perspective d'**accréditation** des services, c'est lui donner un sens concret et un objectif. Une stratégie d'accréditation serait également un préalable essentiel pour organiser un programme de mutuelle / assurance santé.

La stratégie concerne d'abord les hôpitaux de zones, et pourrait être basée sur l'organisation d'un **centre de référence** dans chaque province du projet qui permettrait de mettre au point les différents outils de formation, d'auto-évaluation, de communication. Ces centres devraient être subventionnés en partie à condition qu'une stratégie de sortie soit mise en place dès le départ.

Les termes de l'accréditation doivent au préalable être clairement définis pour le niveau de la référence (HGR et CSR) et des CS en fonction de la participation au réseau assurance maladie. Ils devront pouvoir conduire à une série d'indicateurs de suivi / monitoring. Un mécanisme de ***'benchmarking'*** permettrait de suivre les performances au niveau d'une province et d'identifier les Fosa candidates à la certification.

La mise en œuvre nécessite l'intervention extérieure d'une organisation internationale spécialisée dans l'organisation de services de soins de qualité, d'abord pour développer un modèle avec les autorités provinciales, ensuite pour piloter sa mise en œuvre.

Un programme d'**apprentissage par les pairs** (peer-learning) piloté par les DPS est plus efficace pour changer des attitudes et les résistances au changement. Il peut s'organiser autour d'un programme de *« voyages d'études »* vers le centre de référence, ou entre centres de référence qui permette un espace pour des échanges d'expériences.

Des **échanges avec les communautés** des provinces du Kivu seraient certainement dans un premier temps profitables aux autres provinces afin d'accélérer la mise à niveau des plus faibles.

Par ailleurs, et plus important au niveau central, est le besoin de renforcer les capacités de monitoring des performances sanitaires sur le terrain et de couverture de soins de qualité. La future programmation sur les budgets du FED devrait impérativement comprendre des appuis importants en faveur du SNIS, au niveau central, pour les aspects de coordination, mais surtout au niveau provincial pour un pilotage de proximité des ZS. Un effort particulier sera nécessaire au niveau des nouvelles Régions apparues en 2015.

La mise en œuvre en RDC des principes de la conférence de Paris doit être renforcée et appuyée pour permettre l'alignement des interventions sectorielles extérieures sur la planification stratégique nationale.

Au titre du 11ème FED, l'UE peut financer la construction des quelques établissements de santé selon les Plans Types que le MSP vient de produire. En fait, il y a un besoin énorme de construire et de cesser avec des petites réhabilitations ici et là. Il s'agira de montrer des exemples.

Le FDSS a développé une expertise reconnue dans le domaine de la gestion, du suivi, du contrôle des travaux et de travail avec les DPS. Son personnel local est déjà présent dans les provinces pour ce faire.

5.9. Système d'information

Au niveau central, il manque des capacités de monitoring des performances sanitaires sur le terrain et de couverture de soins de qualité. Il faudrait prévoir à l'avenir des appuis importants en faveur du SNIS, au niveau central, pour les aspects de coordination, mais surtout au niveau provincial pour un pilotage de proximité des ZS. Un effort particulier sera nécessaire au niveau des nouvelles Régions apparues en 2015.

La mission estime que les activités fiduciaires ont été correctement réalisées ; suivi des budgets, procédures de requêtes d'approvisionnement, paiements, collecte des pièces conformes etc. Les bénéficiaires regrettent cependant le manque de communication entre le niveau central et le terrain, particulièrement lorsqu'un dossier prenait du retard ou n'était pas financé. Les rapports soumis par le FDSS sont très sommaires. Le rapport final ne couvre que le DP3 et ne comprend que très peu d'informations factuelles, en dehors des dépenses sur les grandes lignes budgétaires. Les tableaux des rapports successifs ne sont pas standardisés en rapport avec les activités du cadre logique, ce qui rend la lecture difficile. Il faut reconnaitre également que les cadres logiques (objectifs et résultats) ont varié dans les DP successifs.

Le rapport final sur les investissements du prérequis est parfois anecdotique et il manque une évaluation a posteriori des résultats.

Les DP administrés par le FDSS ont été clôturés en juin 2015 (avenant DP3). Il était question d'une prolongation pour couvrir les investissements non réalisés qui n'a pas eu lieu. La subvention de fonctionnement quant à elle était déjà épuisée.

Dans le même cadre, la visibilité de l'UE n'est pas prise en compte dans les lieux d'exécution du projet, ni même sur le rapport final.

5.10. Visibilité

Les actions de visibilité sont obligatoires dans les programmes d'appui en Régie de l'UE. Elle semble avoir été négligée lors de la mise en œuvre des interventions du FDSS. En dehors des véhicules, l'identification du bailleur n'intervient nulle part, ni sur les sites d'intervention, ni dans certains documents clés tel que les rapports des DPs.

Il peut être utile de mentionner que les travaux genre « prérequis » ne sont pas le moyen idéal pour faire la visibilité de l'UE. En effet, ces types des travaux ne sont pas « visibles » ou attrayants quelques temps après leur mise en œuvre.

5.11. Estimation et quantification des risques financiers et fiduciaires

Tenant compte de ce qui précède, y comprises les visites de terrain et l'étude par les auditeurs d'une grande partie de la documentation de gestion des appels d'offre, des audits réguliers de gestion et des audits financiers et comptables qui ont tous été approuvés par l'autorité contractante, la COFED et la DUE, la mission conclue que le risque financier et fiduciaire a été très faible.

Le FDSS s'est toujours également acquitté de ses obligations de reversement de fonds quand cela avait été nécessaire et à aucun moment des malversations quelconques ont été découvertes par rapport à l'usage des fonds mis à la disposition du FDSS par l'UE. Les autres donateurs ont également confirmé leur confiance en la bonne gestion financière et comptable des projets sous la responsabilité du FDSS.

Le FDSS a, à certains moments, pris des risques financiers qui auraient pu mettre en péril sa propre existence mais a pu confronter ces défis en mobilisant ses propres ressources financières générées par le biais de son travail de gestionnaire sur d'autres projets. La DUE et la COFED ont également confirmé, se référant à une situation où le FDSS a dû à un certain moment rembourser 20.000€ pour une dépense

considérée inéligible à cause d'une erreur de date sur un contrat particulier faite par une assistante administrative mais qui a échappé à l'attention du régisseur et du comptable, que cette décision considérée comme une sanction, n'avait pas été juste. Le FDSS s'est résolu à s'acquitter de son devoir d'appliquer les règles de gestion des fonds de l'UE « à la lettre ».

6. Recommandations

Comme souvent dans ce genre d'exercice, autant plus riche que les débats ont été et tenant compte de la grande quantité d'informations et des données qui ont été fournies et traitées par la mission, dans un domaine qui est très complexe et qui est au cœur de l'attention du Gouvernement et de ses partenaires, plus difficile il est de formuler des recommandations qui peuvent constituer une réponse unique à toutes les questions que se sont posées et qui répondent aux soucis de toutes les parties prenantes.

Limites de la mission : les termes de référence pour les 3 volets de la mission sont clairs et précis. Il faut noter cependant que dans un contexte de projet aussi complexe et avec des déplacements en province par avion, le temps dévolu aux visites de terrain était trop court, particulièrement celles pour le volet santé publique. Afin d'éviter des visites éclair, la mission a proposé de ne visiter qu'une seule province (Nord Kivu), ce qui a posteriori a clairement introduit un biais de sélection au vu des particularités socioculturelles de la province. En outre, la saison des pluies a notablement ralenti la programmation des équipes de terrain et même provoqué un léger accident. Le remplacement de la plupart des DPS en fin d'intervention du FDSS n'a pas permis de recueillir les appréciations des bénéficiaires directs du FDSS. L'orientation stratégique sera également fonction du choix qui sera fait par le Gouvernement dans la mise en œuvre de son nouveau PNDS et de la façon par laquelle les différents partenaires s'y inscrivent et s'y retrouvent.

Le Gouvernement est confronté aujourd'hui à l'obligation de réussir son pari d'instaurer une couverture universelle sanitaire sous l'angle de l'objectif 3 du Programme du Développement durable à l'Horizon 2030[15]. Il y a également des choix sociétaux et donc politiques à effectuer pour que la richesse du pays soit partagée par tous et que les couches sociales défavorisées soient prises en compte dans les secteurs sociaux essentiels et de base qui sont l'éducation et la santé pour leur permettre de sortir du cercle vicieux de la pauvreté.

Le débat n'est pas clos et les différentes options et choix stratégiques continuent à être débattus.

Faut-il mieux réguler le secteur privé et le rendre accessible à tous par des mécanismes qui permettront à toutes les strates sociales de bénéficier des services et des soins de santé ? Peut-on arrêter le « brain drain » des professionnels de la santé qui, à la recherche d'un revenu supérieur et de conditions de travail meilleures, quittent le secteur public et parfois même le territoire congolais pour s'installer à l'étranger ? L'exemple du Ghana qui compte plus d'infirmières ghanéennes travaillant à Londres que dans le pays est bien connu.

Doit-on continuer à investir unilatéralement dans le secteur public de la santé sans contrepartie des usagers et peut-on espérer que les professionnels de la santé se consacrent à plein temps à leur travail dans l'hôpital public avec, pour compensation, un salaire mensuel qui ne couvre qu'une infime partie du coût de vie réel d'une famille ?

[15] Objectif 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge : … 3.8: Faire en sorte que chacun bénéficie d'une assurance-santé, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et des vaccins essentiels, sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable

Cet audit du FDSS amène également à la nécessité de mener une réflexion plus large sur le système de financement du secteur de la Santé mais ne pourra pas apporter une solution à toutes ces questions qui sont d'un niveau stratégique et qui dépasse son champ d'intervention.

Toutefois, les choix qui seront faits auront toujours un impact sur le mode financement du secteur et donc également sur sa gestion fiduciaire.

Le rapport comprend beaucoup de recommandations spécifiques, trop pour les énumérer et difficile de les sortir de leur contexte, en ce qui concerne les stratégies à suivre pour améliorer la qualité des services et des soins médicaux et pour aboutir à de meilleurs résultats lorsqu'on lancera d'autres programmes de petites réhabilitations que certains considèrent ne pas être suffisamment pertinents. Pourtant, il ne sera pas pour demain de pouvoir atteindre l'objectif de construction de 8000 Fosa, de tous niveaux, pour répondre à tous les besoins de la RDC. Au rythme actuel et avec les ressources financières disponibles, il faudrait trop de temps pour y aboutir.

Il est certain qu'il faudra également continuer à subvenir aux besoins immédiats et urgents avec parfois des améliorations minimales qui peuvent avoir des effets multiplicateurs importants.

Il va falloir oser développer de nouveaux paradigmes d'intervention et en tester d'autres, ainsi que de nouvelles méthodes et stratégies différentes de celles qui sont habituellement et rationnellement mises en œuvre à l'heure actuelle.

Globalement, l'expérience des 10 à 15 dernières années permet de faire le constat et de tracer la voie à suivre pour les années à venir. Les leçons apprises durant cette période sont d'ordres divers et parfois difficiles à accepter car nous confrontant à certains échecs mais également à la demande de plus en plus grande, du point de vue quantitatif par l'effet de la pression démographique et l'urbanisation accélérée qui caractérise l'Afrique subsaharienne en général et du point de vue qualitatif pour répondre à une demande d'une population plus instruite et mieux informée.

Les défis devant lesquels la RDC se trouve confrontée sont énormes. Ils se résument bien dans ce que notre collègue ingénieur, spécialiste en infrastructures, a appelé le problème d'être confronté avec un cumul, parfois irréversible, de retards d'entretien et de réparations. Les quelques photos incluses ici en témoignent et également le feedback reçu d'un des bénéficiaires qui remerciait le FDSS car son intervention avait été la première depuis 1991.

Sans réformes profondes, globales et osées, la situation sanitaire de la RDC ne fera pas d'avancées spectaculaires. Il en faudrait néanmoins. Nous sommes persuadés que les capacités sont présentes en RDC et que les ressources sont et seront disponibles. Il s'agit essentiellement de mieux les utiliser et de rechercher partout, où cela est possible, des effets multiplicateurs assurant la pérennité des efforts consacrés.

De façon globale, l'audit a pu démontrer que les activités réalisées par le FDSS durant les 5 dernières années du projet sont dans l'ensemble plutôt satisfaisantes, ceci malgré plusieurs défaillances qui ne portent cependant pas sur la mission essentielle de l'Etablissement d'Utilité Publique. Les faiblesses constatées portent notamment sur les aspects de communication / information et visibilité, qualité des rapports, articulation avec l'assistance technique, coordination avec les autres parties prenantes. Ces différents aspects devraient être pris en considération et corrigés pour les futurs programmes de financement du secteur de la Santé.

Durant la période d'exécution des programmes sur les 9ème et 10ème FED, l'EUP FDSS a administré avec succès les fonds de plusieurs partenaires internationaux pour un budget total de 90 millions d'USD. En outre, l'EUP a géré, entre autres, les budgets du Fonds Mondial pour un montant de 40 millions d'USD. Tenant compte de l'expérience du FDSS depuis sa création en 2008, la mission estime que le risque

fiduciaire pour la gestion de budgets spécifiques des financements futurs du secteur de la Santé sera minimal.

La mission considère que l'option d'attribuer une partie du financement de l'UE 10ème FED dans le secteur de la santé (niveau intermédiaire essentiellement) à l'EUP FDSS s'est avérée une bonne stratégie.

Le manque de qualité constaté par rapport à une partie des réalisations des réhabilitations est dû à un manque de suivi rapproché par le FDSS mais également au fait que le mode opératoire de l'EUP remettait cette responsabilité au niveau des autres acteurs du projet, notamment les DPS et l'assistance technique en province. Cette délégation des responsabilités techniques explique en grande partie les faiblesses dans l'exécution de certains travaux du programme d'investissement des prérequis.

Les leçons apprises de ces expériences ont amené les auditeurs à formuler des recommandations techniques et procédurales et également des pistes de réflexion et d'orientation pour le renforcement du FDSS et du système de gestion fiduciaire dont il fait partie.

Constat 1 : Le développement qu'a connu le financement du système de santé depuis les dernières 5 années a amené une diversité (trop) importante de différents modèles et procédures de financement des Fosa et d'achat de services de santé qui risquent de créer des doubles financements (service de santé « acheté » par FASS/PBF/… et le même service « remboursé » par le biais d'une mutuelle) ;

- Recommandation 1 : Développer un nouveau modèle « intégré » de financement du système de la Santé ; ce nouveau modèle devra permettre d'institutionnaliser/pérenniser et d'aligner sous un modèle commun, unique et généralisé pour l'ensemble du territoire, les différents mécanismes d'appui financier et technique au niveau intermédiaire qui existent et qui sont, entre autres, l'achat de services de santé initié sous les 9è et 10é FED dans 4 provinces, le financement basé sur la performance (PBF) mise en place avec l'appui de la Banque mondiale dans 11 provinces et le paiement de services et soins de santé par les mutuelles (deux types : locales et institutionnelles).

Constat 2 : Le volume total des financements intérieurs et extérieurs qui est actuellement déjà très important et qui est grandissant (voir le nouveau plan quinquennal) implique également une forte augmentation des frais de gestion dont le financement n'est pas garantie sur le long terme (par exemple le contrat avec la GIZ se terminerait en février 2017, la restructuration de la CAG étant toujours en cours mais la DAF n'a pas encore été créée, le FDSS risque ne pas avoir les ressources propres nécessaires pour assurer sa pérennité s'il ne perçoit pas un nouvel appui financier au titre de subvention de fonctionnement, …) ; cette évolution amène également une multiplication des intervenants dans le système de financement (FDSS, AGEFIN, différents FASS, autres partenaires qui seront choisis pour soutenir le modèle PBF (en 11 provinces avec au moins un par province), mutuelles de santé, polycliniques et hôpitaux privés, une multitude d'ONG locales, nationales et internationales qui interviennent directement, etc. ; -

- Recommandation 2 : Créer une nouvelle institution de gestion fiduciaire, une « Banque de développement des services de Santé. Cette nouvelle institution regrouperait les mécanismes qui existent actuellement dans le but de les aligner et rendre compatible avec la législation nationale et les stratégies sectorielles nationales en matière de Santé publique et de réforme des Finances publiques. Elle devra disposer également d'une dimension d'expertise en matière de santé publique et en matière de développement des infrastructures sanitaires ; elle devra pouvoir agir encore plus indépendamment en matière de gestion financière que ceci est le cas actuellement par les intervenants présents actuellement, le FDSS, les FASS, la CAG et l'AGEFIN, les partenaires du PBF, etc.

Constat 3 : Force est de constater que les différents bailleurs appliquent des stratégies différentes de financement et imposent tous, malgré les engagements faits pour aligner les procédures de financement et d'augmenter la prévisibilité des apports financiers, des procédures de gestion et des rythmes de programmation des aides différents. Pendant que du point de vue de la gestion fiduciaire l'alignement des procédures et la prévisibilité des financements pourraient connaître une avancée par la création

d'une institution financière plus forte et organisée comme une banque, il reste toutefois à assurer que des mécanismes soient mis en place qui permettent de couvrir l'ensemble du territoire (actuellement seulement 14 sur 26 provinces sont couvertes par l'appui de l'UE et la Banque mondiale). Egalement la participation communautaire et individuelle des populations devraient pouvoir être mise en avant pour réduire à terme sa dépendance pour recevoir des soins de qualité de la présence de l'un ou l'autre bailleur de fonds ;

- Recommandation 3 : Fixer, par décret ou loi, l'obligation d'adhésion de tous les employés du secteur public et privé à une des diverses mutuelles de santé, indépendantes du secteur étatique, gérées par le biais des adhérents et fortement appuyées par la communauté internationale pour créer une masse critique afin que chacune d'elles puisse gérer le risque de façon équilibrée et que tous les Fosa soient obligées de contractualiser les services médicaux avec une ou plusieurs mutuelles de santé.

Constat 4 : Dans les provinces où la participation communautaire sous forme de contribution aux investissements était forte, l'action du FDSS a été d'autant plus efficace. Dans les provinces où la participation communautaire est faible, la rentabilité des investissements réalisés est limitée.

- Recommandation 4 : Promouvoir une vision de développement global qui permette de renforcer la participation communautaire active avec des apports matériel ou humain, comme mécanisme de responsabilisation des bénéficiaires finaux qui sont également présents dans les comités de gestion de chaque Fosa. Ce mécanisme devrait être inscrit comme préliminaire au financement de structures de santé et de contractualisation avec les structures de santé pour l'achat de services.

Constat5 : La mission a visité certaines Fosa où le FDSS est intervenu et a constaté, malgré les investissements réalisés pour l'amélioration des infrastructures et la fourniture d'équipements médicaux, que la qualité des services de santé laisse à désirer.

- Recommandation 5 : Développer une approche globale qui vise en priorité le changement de comportements et d'attitudes, surtout dans les structures les plus périphériques. Des mécanismes d'auto-monitorage pour le renforcement de la qualité des services de santé et la sécurité des malades doivent être mis en œuvre par le biais de 'peer-learning' et 'benchmarking', de standardisation et formation, de diffusion des ordinogrammes de soins etc. Ces mesures préliminaires seraient obligatoirement instaurées dans toutes les Fosa pouvant bénéficier d'un appui financier, que cela soit par le biais de financements publics à travers la nouvelle institution fiduciaire ou par le biais des mutuelles avec lesquelles elles auront contractualisé des services (critères d'accréditation).

Constat 6 : La mise en œuvre des programmes et projets ainsi que la mobilisation des financements jusqu'au bénéficiaire final requiert beaucoup de ressources (programmation des projets, assistance technique, audits financier et comptable, études de faisabilité, suivi et évaluation, …). Les montants mobilisés sous le programme du prérequis par exemple sont relativement limités (5.000€/20.000€ par structure) ce qui ne justifie pas des frais de gestion et d'assistance technique (jusqu'à 50% du montant déboursé finalement) aussi importants.

- Recommandation 6 : Piloter la mise en place des mécanismes alignés et coordonnés d'appui financier et d'assistance technique qui donnent une plus grande responsabilité aux bénéficiaires directs (Fosa) et finaux (la population) pour identifier leurs besoins réels pour la réalisation de projets et de travaux, etc. avec un contrôle plutôt ex-post qu'a priori par le bailleur.

A court terme, nous proposons d'associer le FDSS à une étude technique, à l'échelle nationale, et qu'il en prenne éventuellement le leadership opérationnel ; cette étude qui serait précédée par une phase diagnostique aurait comme objectif de tirer des leçons du passé afin de définir le cadre institutionnel et statutaire, la structure fonctionnelle et opérationnelle d'une nouvelle institution de gestion fiduciaire du secteur de la Santé.

Cette étude devra également définir le cadre institutionnel et statutaire, la structure fonctionnelle et

opérationnelle de la nouvelle institution de gestion fiduciaire du secteur de la Santé, le statut et le mode de fonctionnement interne et le mode de financement ainsi que l'assistance technique dont pourrait bénéficier cette nouvelle institution durant les premières années de son existence. Les autres PTF actifs dans le secteur de la Santé devront être associés étroitement à cette étude. Un projet de termes de référence est inclus dans le rapport.

7. Annexe 1. Mission de terrain dans le Nord Kivu de l'audit fonctionnel du point de vue santé publique– par Dr. Jacques Myaux

Dimanche 17 avril 2014	**Vol Kinshasa – Goma**
Lundi 18 avril	
Réunions DPS DR Modeste Ngongo : Coordonnateur FDSS Madirisha Rodrigue, gestionnaire comptable FDSS sur DP Dr Alingi Alain, Méd. Insp. Prov. (MIP)	Rôle d'encadrement de l'AT pour l'appropriation des procédures. Etat de situation des 2 EUP Positionnement des AT
Introduction à l'équipe SPSS - Dr Ngongo Modeste - Madirisha Rodrigue	En raison de la réforme de la Santé, tous les DPS des nouvelles provinces ont été changé. Le Dr Katembo n'a donc pas contribué au PAPNDS NI. Le MIP a été encadreur provincial et participe donc aux supervisions et encadrement des ZS, et appuie principalement le processus de planification. Il est satisfait de l'approche participative du FED à l'encontre des autres bailleurs (GAVI, FM) qui imposent une stratégie.
Visite DPS Goma - Chef de Division en réunion - Médecin Inspecteur (MIP) Dr Alingi Alain	Le MIP est favorable à l'intervention du FDSS dans le 11ème FED à raison de sa bonne prestation, intégration et de son expérience acquise ainsi que les relations de confiance avec les bénéficiaires. Le PAP OMD fait suite au programme FASS pour une durée de 25 mois jusqu'en octobre 2015.
Visite HGR Kirotshe et CA Sake	Le FDSS met des fiduciaires permanents auprès des bénéficiaires au niveau intermédiaire. Le rôle de l'AT est important pour accompagner les ZS et la DPS dans l'élaboration de TDR et des plans d'exécution des DP. Ils doivent permettre aux bénéficiaires de terrain de s'approprier les procédures des devis programmes (DP). L'AT a été déplacée de Butembo vers Goma pour des raisons de sécurité. Le cycle de planification comprend le développement des NZS en février, validation et consolidation provinciale en mars et envoi des PPDS en mai pour validation et consolidation nationale. Organisation de l'HGR et qualité des soins. HGR appuyé sur 9ème FED Cout d'une césarienne = 80 USD. La mutuelle n'existe plus.
Mardi 19 avril	**Vol Goma - Butembo**
Rencontre : - Mr Jean Baptiste Kayenga, ex-comptable FDSS - Mr Simon Nguzu, ex-ingénieur sur prérequis FDSS	**Revue trimestrielle** des Plans de développement des ZS (PDZS). Les résultats 2015 des ZS sont analysés au vue des objectifs fixés. La critique positive aboutit à des ajustements aux PDZS. Ces derniers doivent être consolidés à la DPS et envoyés à Kin. au mois de mai. Le cycle de planification aurait 1-2 mois de retard cette année en raison de la réforme des DPS.

- Dr Benjamin, Médecin FDSS - Dr Mundama Witende Jean Paul, encadreur polyvalent sur 2/6 ZS, DPS - Dr Célestin Daliko, SNIS-Goma	La revue est bien organisée au point de vue logistique et documentation. La DPS joue un rôle d'encadrement et de coaching sur la qualité des présentations et des débats. Selon le Dr Mundane, l'appui à la planification du FDSS est positif. Par contre, la passation des marchés pour les grands travaux n'a pas été bien exécutée à Kinshasa. Les travaux sur les prérequis ont été bien menés sous la supervision de l'ingénieur DFSS. Discussion sur le processus et le cycle de rapports / validation / planification / consolidation depuis la ZS jusqu'au niveau central. Actuellement, le processus est au niveau des ZS qui présentent leurs plans (PDZS) et leurs indicateurs pour 2015. Le cycle a 1 à 2 mois de retard dû à la mise en place de la réforme. Dans ce processus, le PDSS intervient de façon efficace pour faciliter le fonctionnement et les nombreux ateliers. Par contre, il y a de nombreux problèmes avec la qualité des travaux et les équipements. Ici, le Dr Witende confond l'intervention de FDSS et COFED car il prend l'exemple de Musienene. Par contre, les petits travaux ont été exécutés avec satisfaction.
Visite ZS Vuhovi – bloc opératoire et salle d'accouchements - Dr Katembo Kasinaminya Gédéon	Salle d'opération construite en 2012-13 avec contribution communautaire. Les travaux ont été correctement exécutés avec des matériaux locaux. Le FDSS complète les travaux réalisés par les communautés (construction jusqu'au chainage) pour moins de 15.000€. Le sol est mixte, carrelage dans les salles et ciment lissé dans les couloirs et sanitaires. Les équipements sont corrects et achetés en Europe. Une table d'examen n'est pas robuste, mais pas commandée sur le budget du FDSS. D'après l'AT, les travaux ont permis de doubler le nombre d'accouchements et de césariennes. Par contre, la qualité des soins et la stérilisation ne sont pas conformes aux standards.
Mercredi 20 avril	
Revue des plans de ZS **Visite ZS Masereka** Interview **Dr Célestin Daliko**, responsable provincial du SNIS, et encadreur de 2 ZS	Revue du rapport 2015 du BCZS par le CA. Présentation des données avec commentaires critiques. Présentation des budgets détaillés et par bailleur. Le taux d'exécution sur 10ème FED est de 89%. Les données du SNIS sont utilisées pour l'analyse de la situation, progrès annuel et prise de décision. Résolution des problèmes vers une amélioration du fonctionnement. Les AT ne sont pas présents à cette revue.
CS Vusumba Interview de l'IT et visite	Construit par la communauté à hauteur de 50% (y compris mobilier) et complété par le FED – prérequis. Le CS reçoit un forfait mensuel de 296 USD pour couvrir l'achat de service.

Problème de qualité des soins et de la stérilisation. Pas d'ordinogramme disponible, et les traitements ne sont pas standardisés.

Jeudi 21 avril

Visite du bureau du FASS et de l'AT
Dr Mirindi Prosper: AT demarche qualité sur 2 provinces
pmirindim@gemail.com
Dr Jean Bosco Kahindo
jbkahindom@gmail.com
Jerome Fasili: AT gestionnaire

Briefing des observations de terrain.
Rôle de l'AT dans la mise en œuvre et les relations avec le FDSS. Problème de communication avec le FDSS de niveau central. Par contre, bonne compétences des agents de terrain. Le Dr Prosper était déjà coordinateur santé sur le 9ème FED. La collaboration entre l'AT et le FDSS était minimale.
Dysfonctionnement de la collaboration FDSS/FASS : le FDSS devait mettre en œuvre les travaux sur les pharmacies zonales, plus équipements et les dotations. L'AT qui a contribué aux TDR et le DAO ignore pourquoi cela n'a pas été réalisé. Sur l'approvisionnement en MEG, des commandes auraient été envoyées mais sans suite. Une convention était signée avec l'ASRAMES. En fait, le FDSS n'a jamais reçu le budget.
Après la fin du FDSS en mars 2015, il était question d'un programme *'prérequis'* II pour permettre les investissements, mais qui n'a pas vu le jour
Discussion de la visite de la DUE et suspension des primes dans un hôpital de Mangurujipa par une mission de la DUE et du CoGest du projet PAP OMD.
Prosper fait partie des AT qui assurent la continuité avec le 9ème FED.
PAP OMD travaille avec CGAT (faisabilité) et projet de mutuelle à Butembo. Actuellement, la tarification est forfaitaire après calcul du ticket modérateur.
Par contre, dans les CS, la tarification est transformée en une prime forfaitaire en fonction du nombre attendu de patients !!?
Les ordinogrammes ne sont pas distribués dans les CS. Ne sont d'ailleurs pas finalisés.
Primes pour le personnel cadre des DPS et BCZ: elles sont de 2 ordres : prime de performance trimestrielle payée sur base d'une évaluation et prime de professionnalisme payée mensuellement. Les 2 primes sont cumulatives. Le système a permis une mobilisation régulière des cadres de la DPS et BCZS. Les bénéficiaires sont évalués par la hiérarchie.

Vendredi 22 avril

Rencontre : Dr Simbi, AT / DEP-Kinshasa

Vol Butembo – Goma - KInshasa
Le Ministère est dans l'ensemble satisfait des performances de l'EUP-FDSS. Comme prévu, les budgets ont effectivement atteint les bénéficiaires du PAPNDS-10-10ème FED, ce que les structures nationales n'auraient pas pu faire. Le FDSS n'est pas responsable des échecs sur les grands travaux des

hôpitaux (Musienene, Masereka…). Par contre, un petit pourcentage des petits travaux n'auraient pas été réalisés dans les normes.
Il était surprenant de constater que les CS perçoivent chaque mois un petit montant forfaitaire pour couvrir l'achat des services sur 1 mois dans un contexte ou le MSP ainsi que l'UE se préparent à promouvoir la stratégie de Couverture Médicale Universelle. Le Dr Simbi informe que la stratégie actuelle est une phase intermédiaire de désengagement par rapport à la stratégie d'achat de services pour la remplacer par la mutualisation des frais de santé dans une population. Suivant le nouveau PNDS, le 11ème FED pourra financer un système de mutuelle en utilisant peut-être le FDSS en association avec une organisation professionnelle en matière de mutuelle.

HGR VUHOVI

EVOLUTION DES INDICATEURS HOSPITALIERS HGR VUHOVI							
N°	**Indicateurs**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
1	Accouchements réalisés	625	936	847	940	953	1358
2	Nombre de césariennes	152	338	305	437	437	656
3	Autres interventions gynécologiques	74	121	88	111	88	146
4	Décès maternel	1	2	0	0	1	0
5	Taux d'infections postopératoires	0,9%	1,5%	0,5%	0,7%	0,6%	0,7%
6	Taux de mortalité intra-hospitalier			2,6%	1,9	2%	1,7%
7	Mort néonatale par total naissance			13/850= 1,5%	23/952= 2,4%	17/963= 1,7%	30/1377 =2,1%

8. Annexe 2. Mission de terrain pour l'évaluation technique et d'ingénierie dans les provinces du Nord Kivu et Kasaï Oriental – par Dr. Ing. Mpoyi Bajikila Lukusa

Au titre du Programme Santé du 10ème FED, le FDSS est intervenu dans les provinces du Nord Kivu, le Kasaï Oriental, le Kasaï Occidental et la Province Orientale. Conformément aux termes de référence et suite aux échanges avec la Délégation de l'UE, les provinces du Nord Kivu et du Kasaï Oriental ont été visitées.

Le présent rapport décrit les visites de terrain et les aspects liés à la fourniture des infrastructures et des équipements. En plus des activités sous le 10ième FED, la mission de terrain a visité les activités dans le Programme Santé du 9ième FED dans la province du Nord Kivu et avec GAVI dans la province du Kasaï Oriental.

Province du Nord Kivu

Les visites de terrain ont commencé par le Nord Kivu avec l'arrivée à Goma le vendredi 15 avril 2016.

Personnes rencontrées à Goma et sa région

M. Laurent Katembo, Chef de Division, Division Provinciale de la Santé ;
Dr. Modeste Ngongo, FDSS, Nord Kivu ;
M. Rodrigue Madirisha, Gestionnaire Comptable, FDSS/Nord Kivu ;
M. Simon Simweray Ngulu, Ingénieur (APP) Nord Kivu EUP-FDSS 10ème FED (Prérequis) ;
Mr. John Mulohwe Kitenge, Ingénieur en charge du contrôle des travaux 9ème FED et Ingénieur consultant Nord Kivu EUP-FDSS 10ème FED (Prérequis);
Dr. Lucien Bindu, Médecin Chef de Zone, Zone de santé de Kirotshe.

Séance de briefing

Contribution des populations

Lors de la séance de briefing, il a été indiqué que les besoins présentés par les établissements des soins étaient énormes par rapport à la somme moyenne proposée de 5 500 € formation sanitaire. Ainsi, pour ce qui est des constructions et réhabilitations, les populations ont souvent, avec l'appui/organisation des autorités sanitaires et civiles, contribué en apportant les matériaux de construction (les briques, sables, moellons, eau, etc.). De ce fait, le budget réel est plus important que les ressources du 10ième FED. Ainsi, il y a eu une forte dynamique communautaire, une significative contribution des populations estimée, entre 40 à 60 %, du coût des travaux. Ceci a fait qu'en réalité le budget total (ressources du 10ième FED + contribution des populations) atteignait parfois 12 000 € par centre de santé.

Equipement

L'un des avantages que la province du Nord Kivu a eu, fut d'avoir un spécialiste en équipement biomédical qui a pu contrôler et donner son feu vert pour la réception.

FDSS dans le Programme Santé du 9ième FED

Rôle du FDSS dans le Programme Santé du 9ième FED

Au cours des séances de briefing avec successivement le Chef de Division de la Division Provinciale de Santé et le représentant du FDSS, le Dr. Modeste Ngongo, la mission a appris que le FDSS a été impliqué dans la mise en œuvre de la phase de contrôle des travaux pour le compte des Directions Provinciales de Santé dans les quatre provinces (Kasaï Occidental, Kasaï Oriental, Nord Kivu et Province Orientale).

Selon les documents reçus du FDSS, le coût total des travaux de réhabilitation et d'assainissement du Programme Santé du 9ème FED a été de 1 488 812,20 €. Le coût de la surveillance des travaux revenant au FDSS a été de 102 193.42 €.

Dans la province du Nord-Kivu, au titre de 9ème FED, le Programme Santé avait ciblé 11 formations sanitaires.

Programme Santé du 9ème FED au Nord Kivu	
Réhabilitation	**Construction**
Hôpital général de Kirotshe	Construction de la Maternité de Bweremana
Hôpital général de Goma	Construction de la Maternité de Rutshuru
Centre de Sante Afia Katindo	Construction du Centre de sante de Kyondo
Hôpital général de Musienene/ Réhabilitation de la Microcentrale hydroélectrique	Construction du Centre de santé et des blocs sanitaires de Masuli
Hôpital général de référence de Katwa	Construction du Centre de santé et des blocs sanitaires de Nduko Bukondi
Hôpital général de Kyondo	Construction du Centre de santé et des blocs sanitaires de Pasala

La responsabilité de réalisation de ces travaux avait été confiée à la Coopération Technique Belge (CTB) à la suite d'une procédure négociée. A cet effet, un contrat de subvention avait été signé entre l'Ordonnateur National (ON) du FED et la CTB : la durée des travaux a été d'un an et demi, durant la période du 1 janvier 2009 à juillet 2010. Les travaux ont été réalisés par de Petites et Moyennes Entreprises (PME) sélectionnées par la CTB.

Parallèlement, et conformément au DP 1 au titre du 9ème FED, le FDSS a assuré le contrôle des travaux pour le compte de la Division Provinciale de la Santé (DPS). Pour ce faire, le FDSS a recruté un ingénieur superviseur afin d'assurer le suivi ainsi que le contrôle des travaux de réhabilitations des structures sanitaires au Nord/Kivu (PS9ème FED).

En fait, les interventions au titre du 9ème FED dans le secteur de la santé ont eu lieu dans les quatre (4) provinces (Kasaï Oriental, Kasaï Occidental, le Nord Kivu et la province Orientale). Ce sont les mêmes provinces qui seront soutenues, plus tard, pour le projet Prérequis au titre du 10ème FED.

Processus suivi pour recrutement de l'Ingénieur Superviseur

La DPS avait établi une liste des candidats transmise à la COFED. La sélection a été faite par un comité auquel ont participé la COFED, l'assistance technique AEDES, le FDSS, la DPS.

Justification de la visite des Centres de santé ayant été financés au titre du 9ème FED

Ainsi, conformément à la lettre et à l'esprit des Termes Référence qui demande une revue du FDSS (pour l'ensemble des projets gérés), il a été jugé utile de visiter quelques-unes des réalisations du 9ème FED à Goma et dans ses environs.

C'est dans ce contexte que l'Hôpital Général de Référence de Kirotshe, le Centre de santé de Bweremana, le Centre de santé de Sake Afya et l'Hôpital Provincial de Goma ont été visités.
Toutefois, la priorité était les activités du 10ème FED.

<u>Visite de terrain à Goma et sa région</u>

Hôpital Général de Référence (HGR) de Kirotshe (9ème FED)

Les travaux consistaient à la réhabilitation du bloc Maternité-Gynécologie. Spécifiquement, il s'agissait de travaux de maçonnerie, de bétonnage (dalle, paillasse pour la salle d'accouchement, toiture, plafond par endroits, revêtement sols et murs, huisserie, peinture et vernis, autres réparations, pose de treillis moustiquaires, construction des garde-fous, aménagement des rampes).

L'HGR de Kirothse donne l'impression générale d'être propre et entretenu.

De l'extérieur comme de l'intérieur, le bloc Maternité-Gynécologie qui avait été réhabilité nous a paru dans un état acceptable.

Centre de santé de Bweremana, Zone de Santé de Bweremana (9ème FED)

Selon les renseignements reçus, le Centre de santé de Bweremana n'avait pas de maternité c.à.d. que les accouchements avaient lieu dans une petite salle improvisée et pas appropriée.

Et comme c'est souvent le cas dans le Kivu, les populations sous la direction du médecin chef de zone et le comité de santé, avaient déjà commencé la construction. Ainsi, lorsque le financement est arrivé, le bâtiment était déjà au niveau des linteaux. Les populations ont apporté les matériaux locaux comme les briques cuites, le sable, la caillasse, etc.

Ainsi, le projet est venu parachever ce que les populations avait initié. Les grandes rubriques des travaux étaient : le terrassement, la maçonnerie, le béton armé pour le chainage, la toiture, le plafond, le pavement et le revêtement du sol, l'enduit et le revêtement des murs, l'huisserie, la plomberie, la fourniture et la pose d'un générateur.

Lors de la visite de terrain, la mission a demandé à voir le générateur. L'Infirmier titulaire a informé la mission que, suite aux coûts du carburant et aux pannes, le Comité de santé avait décidé de vendre le générateur, d'acheter et d'installer des panneaux solaires.
Le Centre de santé de Bweremana donne l'impression générale d'être propre et entretenu.

De l'extérieur comme de l'intérieur, le bloc Maternité qui avait été construit nous a paru dans un état acceptable.

Centre de santé de Sake Afya (Katindo), Zone de Santé de Kirotshe (9ème FED)

En plus des travaux au Centre de Santé lui-même, il y a eu une extension d'un bloc en L qui a fourni la maternité, la salle d'observation, le bureau du Médecin.

Les travaux principaux ont été les travaux préliminaires (installation du chantier, réparation de la citerne d'eau), la maçonnerie, le bétonnage, le revêtement de sol, l'électricité, la faïence, l'incinérateur, l'huisserie, la peinture, la plomberie.

Le Centre de santé de Sake Afya / HGR de Kirothse donne l'impression générale d'être propre et entretenu.

De l'extérieur comme de l'intérieur, le bloc en L qui avait été réhabilité nous a paru dans un état acceptable.

Hôpital Provincial de Goma (9ème FED)

Il y avait des travaux au Bloc Maternité- Gynécologie-Médecine interne, Chirurgie et au Bloc Pédiatrie.

Pour les deux blocs, les travaux ont été les suivants : Correction des malfaçons (nettoyage des carreaux, éclaboussure de peintures aux murs, sur les treillis et au sol, reprise des peintures pour effacer les superpositions des teintes), assainissement général de l'hôpital et construction d'une latrine V.I.P,

couverture, revêtements des sol et murs, l'huisserie et la vitrerie, la peinture et le vernis, l'électricité et la Plomberie.

L'Hôpital Provincial de Goma et les deux blocs réhabilités sont dans un bon état.

De l'extérieur comme de l'intérieur, les blocs qui avaient été réhabilités nous ont paru dans un état correct.

L'Hôpital Provincial de Goma a joui d'autres financements.

Le Grand Nord

La mission de terrain est arrivée à Butembo de Goma via Beni le dimanche 17 avril en début d'après-midi. Elle a été accueillie par Mr. Simon Simweray Ngulu, Ingénieur (APP) FDSS au Nord Kivu EUP-FDSS 10ème FED (Prérequis) et Mr. Jean Baptiste Kayenga Assistant Comptable du FDSS à Butembo. La mission a commencé le travail le lundi 18 avril.

Briefing du Coordonnateur du Grand Nord

Lors de la rencontre de courtoisie avec le Dr. John Kanyamanda, Coordonnateur du Pool Nord (et ancien Médecin chef de zone de Musienene), la mission de terrain a été informée de la contribution des populations dans les zones de santé de Musienene et Masereka. L'apport des populations a été en matériaux de construction : moellons, caillasse, briques, sable, etc. Il revenait au projet d'apporter ce que les populations ne pouvaient pas produire comme le fer à béton, le ciment, etc.

Le Dr. John Kanyamanda a estimé la contribution des populations aux travaux à 50 % des coûts.

Visite de terrain - Zone de santé de Musienene

Centre de santé de Référence de Nduko (9ème FED)

Dans le cadre du Programme Santé au titre du 9ème FED, il a été construit le Centre de santé de Référence de Nduko. Comme indiqué plus haut, le FDSS a assuré, pour le compte de la DPS le contrôle des travaux.

Les travaux par grandes rubriques ont été : le terrassement, la maçonnerie, l'isolation (roofing d'isolation contre l'humidité ascensionnelle), le bétonnage, la toiture, le plafond, le pavement et revêtement du sol, 'enduit et le revêtement des murs, les huisseries, la peinture, la plomberie, l'assainissement (évacuation des eaux usées, fosse septique, etc.), l'électricité (fourniture et pose de Kit solaire avec 6 points lumineux).
Il y a eu aussi une construction de deux (2) blocs sanitaires. Les travaux ont été les travaux préliminaires (installation et repli du chantier, nivellement et implantation, fouille pour fosse vidangeable, béton de propreté), la maçonnerie, l'isolation le béton, la toiture, le plafond, le pavement, l'enduit et le revêtement, la huisserie, la peinture, la plomberie, la fosse à placenta et l'incinérateur.

Bureau central de la Zone de Santé de Masereka

Au cours de la mission de terrain, la mission a rendu une visite de courtoisie au Bureau Central de la Zone de Santé de Masereka.
Le Médecin Chef de Zone était à une réunion à Butembo. La mission a rencontré :

- Mr. Kambale Isemughole, Nutritionniste ;
- Mr. Mbakanduli Kasavuli, Infirmier superviseur;
- Mr. Mumbere Bukaya Dany, TDR.

Lors des échanges, ce personnel du Bureau Central de la zone de santé, a informé la mission qu'il y a eu des travaux dans cinq Centres de santé dans la zone.

Les bâtiments des maternités, dans les différents Centres de santé de la zone de Masereka, étaient « presque » finis (grâce aux populations) lorsque le projet Prérequis est arrivé. Il restait seulement la toiture, le plafond, le crépissage, la peinture, les toilettes, les douches, l'incinérateur, etc., à effectuer.

Hôpital Général de Référence de Musienene (9ème FED)

A l'Hôpital, il s'agissait de travaux de réaménagement de la microcentrale. En termes des travaux, il y a eu la construction d'un Petit Barrage pour le captage d'eau sous forme d'un triangle non loin du marché, l'aménagement du raccourci menant vers l'hôpital via le marché, le captage au ruisseau Mulirwa et diverses constructions sur le Canal d'amener (pont, gazonnage des talus du mur de soutènement, curage du Canal, construction et pavement sur certaines parties du Canal, Déversoirs sur le Canal Mulirwa, etc.).

Pour les équipements, il y a eu la Turbine KAPLAN H, le Générateur triphasé de 26KVA, 220/380V, le Régulateur de vitesse, le Volant avec accoupleur et boite multiplicateur de vitesse, Autotransformateurs triphasés 6 KVA, 220/380V, Tableau électrique avec fusibles automatiques.

Lors de la visite de terrain, la Centrale électrique ne fonctionnait pas. Les problèmes mentionnés sont le débit faible en période de saison sèche, le manque de pièces de rechange.

Le projet n'avait fourni qu'un kit d'entretien avec les principales pièces de rechange.

Centre de santé d'Ivatama, Zone de santé de Musienene (10ième FED-prérequis)

Constat et analyse

Les travaux de réhabilitation étaient le raccordement de la structure au réseau d'adduction d'eau sur une longueur de 30 m d'eau, la construction d'une douche, la construction d'un bloc de latrine, le remplacement de la toiture existante sur l'ancien bâtiment, la sécurisation de la fenêtre de la pharmacie (par un grillage antivol), la finalisation du bloc Maternité en briques cuites, le chaînage en béton armé, l'élévation des murs, toiture, aménagement intérieur et extérieur, faux plafonds, pose des huisseries)=. Comme mobiliers fourni, il y a eu une (1) armoire et une (i) palette.

Le Centre de santé d'Ivatama n'a pas bénéficié d'équipement biomédical.

Le coût des travaux a été de 19.963,04 €.

Le bloc Maternité a été une initiative des populations que le projet est venu achever avec leur contribution additionnelle en matériaux divers (briques, caillasse, moellons, sable, etc.). La contribution des populations est estimé à 50 % du coût des travaux soit environ 10 000 €. Ainsi, le coût total des travaux peut être estimé à presque 30 000 € (19 963,04 € + 10 000 € (bâtiment déjà commencé, matériaux : briques, moellons, caillasse, sable, etc.)).

Lors de la visite de terrain, le système d'adduction d'eau, la douche, le bloc de latrine, le bloc maternité, le bloc réhabilité nous ont paru dans l'état attendu et convenable de l'extérieur comme de l'intérieur.

Conclusions et recommandations partielles

Les bâtiments du Centre de santé d'Ivatama sont dans un état convenable.

Le bloc Maternité a été une initiative des populations et commencé bien avant le projet. Ainsi, le projet est venu l'achever avec leur contribution. L'implication des populations ainsi que leur apport sont des éléments qui ont permis le succès du projet à ce Centre de santé.

Le Centre de santé d'Ivatama n'a pas eu besoin d'équipement biomédical. Ce qui montre que ce Centre de santé avait déjà l'essentiel de l'équipement biomédical.

Un des points faibles du projet est qu'une stratégie d'entretien des bâtiments et la maintenance/le remplacement de l'équipement biomédical n'a pas été mis en place.

Toutefois, l'implication des populations rassure quant au potentiel de les faire intervenir à contribuer à l'entretien.

Il est recommandable de toujours rechercher l'implication et l'apport des populations.

Il est recommandable, dans les interventions futures, de définir une stratégie d'entretien des infrastructures et de l'équipement biomédical fournis.

Centre de santé de Bweteta, Zone de santé de Musienene (10ème FED-Prerequis)

Constat et analyse

Le Centre de santé de Bweteta a été construit en 1993. Les travaux de réhabilitation au Centre de Santé de Bweteta ont été l'achat, l'installation et le raccordement de la salle d'accouchement au réseau d'adduction d'eau (eau de pluie), l'aménagement De la fosse à placenta, la construction d'un incinérateur, la construction d'un bloc de douches de 2 portes.

Pour le Bloc Maternité, il s'agissait, également d'une initiative locale, de la finalisation d'un bâtiment déjà au niveau du chaînage par l'élévation des murs sur linteau, la toiture, l'aménagement intérieur et extérieur, les faux plafonds, la pose des huisseries.

Comme mobiliers fournis, il y a une (1) armoire et une (i) palette pour la pharmacie.

L'équipement biomédical fourni a été seulement une (1) Table d'examen.

Le coût des travaux a été de 13.658,07 € et celui des équipements de 603,33 € pour un investissement total de 14.261,40 €.

Le bloc Maternité a été une initiative des populations que le projet est venu achever avec leur contribution. Selon les informations reçues, la contribution des populations peut être estimée à environ 60 % de l'apport du 10ème FED pour les travaux. Ainsi, le coût total des travaux est de l'ordre de 24 000 € (13 658,07 € par le 10ème FED-Prérequis + 8000 € par les populations en matériaux).

Lors de la visite de terrain, le système de recueil des eaux de pluie, le bloc maternité, le bloc du centre de santé réhabilité, l'incinérateur, les toilettes nous ont apparu en en état attendu de l'extérieur comme de l'intérieur.

Conclusions et recommandations partielles

Les bâtiments et l'équipement du Centre de santé de Bweteta, Zone de santé de Masereka sont dans un état convenable.

Le bloc Maternité a été une initiative des populations que le projet est venu achever avec leur contribution. L'implication des populations ainsi que leur apport sont des éléments qui ont permis le succès du projet à ce Centre de santé.
Une fois de plus, un point faible est qu'une stratégie d'entretien des bâtiments et la maintenance/le remplacement de l'équipement biomédical n'a pas été mis en place.

Toutefois, l'implication des populations rassure quant au potentiel de les faire intervenir à contribuer à l'entretien.

Il est recommandable de toujours rechercher l'implication et l'apport des populations.

Il est recommandable, dans les interventions futures, de définir une stratégie d'entretien des infrastructures et de l'équipement biomédical fournis.

Centre de santé de Nyabili, Zone de santé de Masereka (10ème FED-Prerequis)

Constat et analyse

Le Centre de santé de Nyabili a été construit en 2008. Les travaux de réhabilitation au Centre de santé de Nyabili sont similaires à ceux du Centre de santé de Bweteta. Ces travaux sont l'achat, l'installation et le raccordement de la salle d'accouchement au réseau d'adduction d'eau (eau de pluie) avec un tank de 3200 litres, l'aménagement de la fosse à placenta, la construction d'un incinérateur, la construction d'un bloc de douche de 2 portes.

Comme mobiliers fourni, il y a une (1) armoire, une (1) étagère et deux (2) palettes pour la pharmacie.

L'équipement biomédical fourni a été une (1) boite d'accouchement, un (1) Hémoglobinomètre de Sahli, six (6) matelas, un (1) pèse bébé avec toise, un (1) Pèse personne + toise, un (1) Sphygmomanomètre portatif, une (1) Table d'examen, un (1) Tensiomètre enfant avec étui.

Le coût des travaux a été de 15 864,55 € et celui des équipements de 2 187, 17 €. Ainsi, le coût total est de 18 051,72 €.

Pour le Bloc Maternité, il s'agissait aussi, d'une initiative locale et de la finalisation d'un bâtiment qui était déjà au niveau des murs d'élévation. La construction était déjà au chaînage en béton armé. Les travaux qui restaient étaient l'élévation des murs sur linteau, la toiture, l'aménagement intérieur et extérieur, les faux plafonds, la pose des huisseries, etc.).

Selon les informations reçues, la contribution des populations peut être estimée à la moitié de l'apport du 10ème FED-Prérequis pour les travaux. Ainsi, le coût total des travaux est de l'ordre de 24 000 € (15 864,72 € par le 10ème FED + 8000 € par les populations en matériaux).

Lors de la visite de terrain, la mission s'est rendue compte que les travaux indiqués ont été mis en œuvre et l'équipement fourni au Centre de santé de Nyabili.

Et le bloc maternité et le bloc réhabilité nous ont paru être dans en état acceptable de l'extérieur comme de l'intérieur.

L'infirmier titulaire nous a montré l'essentiel de l'équipement biomédical fourni.

Toutefois, il n'y a pas eu un système d'entretien des bâtiments et de maintenance/remplacement de l'équipement fourni mis en place.

Conclusions et recommandations partielles

Les bâtiments et l'équipement du Centre de santé de Nyabili sont dans un état acceptable.

Le bloc Maternité a été une initiative des populations que le projet est venu achever avec leur contribution. L'implication des populations ainsi que leur apport sont des éléments qui ont permis le succès du projet de ce Centre de santé.

Un point faible est qu'une stratégie d'entretien des bâtiments et la maintenance/le remplacement de l'équipement biomédical n'a pas été mis en place.

Toutefois, l'implication des populations rassure quant au potentiel de les faire intervenir et contribuer à l'entretien.

Il est recommandable toujours de rechercher l'implication et l'apport des populations.

Il est recommandable, dans les interventions futures, de définir une stratégie de d'entretien des infrastructures et de l'équipement biomédical fournis.

Visite de terrain dans la province du Kasaï Oriental

Pour la province du Kasaï Oriental, la mission est arrivée à Mbuji Mayi le jeudi 21 avril en fin d'après-midi vers 16H30 et a quitté la province le samedi 23 avril dans la matinée.

Introduction sur les activités du FDSS avec GAVI

GAVI a confié au FDSS les tâches de :
-Réhabiliter 142 Centres de santé (10 dans la ville/province de Kinshasa, 10 ans la province du Bas-Congo, 29 dans la province du Kasaï Occidental, 73 dans la province du Kasaï Oriental et 20 dans le Nord Kivu ;
- Fournir des mobiliers aux centres des Structures réhabilitées,

- Réhabiliter le Centre de Distribution Régional de Sankuru à Lodja.

Les travaux se font en régie et en deux phases principalement : (i) Identification des travaux à réaliser (Etat des lieux, Besoins, Cahiers des charges pour les travaux et une liste de mobiliers nécessaires) et (ii) Travaux de réhabilitation (validation, passation des marchés, achat et acheminement de différents matériaux et matériels).

Pour ce qui est de la mise en œuvre, il a été procédé au recrutement de 16 Délégués à Pied d'œuvre (DPO) ayant pour mission :

- d'identifier les besoins des CS par rapport à la réhabilitation et aux mobiliers ;
- de faire valider et prioriser les besoins par les structures du MSP ;
- d'élaborer les devis de réhabilitation de Fosa priorisées ;
- de participer au processus de passation des marchés ;
- de conduire les travaux sur terrain afin qu'ils se réalisent comme prévus suivant les cahiers de charges, les normes et standards du domaine ;
- de participer à la réception des travaux et des mobiliers.

Le budget total était de 1.376.448 USD avec la ventilation suivante : 350.000 USD pour le Centre de Distribution Régional, 912.000 USD pour les travaux de réhabilitation de 142 établissements de soins et 114.448 USD pour les équipements.

Ainsi, un montant de 6.422,5 USD était alloué à chaque établissement de soins pour les travaux de réhabilitation et une somme de 805,9 USD pour l'équipement mobilier.

Sur le budget total de 1.376.448 USD, la somme de 1.344.472 USD a été utilisée soit un taux d'exécution budgétaire de 98 %.

Visite de quelques activités FDSS – GAVI à Mbuji Mayi

Constat et analyse

Dès la sortie de l'aéroport le jeudi 21 avril, la mission de terrain a visité les établissements de soins qui font l'objet d'un soutien du FDSS à travers les fonds GAVI.
Ces établissements de soins sont : (i) le Centre de Santé d'Assistance Fraternelle ONG CSAT, (ii) l'Hôpital du Gouvernement Provincial, (iii) le Centre de santé et Maternité de l'Etat et le Centre Chrétien de Santé et l'Hôpital Presbytérien de Mbuji Mayi, Dibindi.

De façon générale, la mission de terrain a constaté que les travaux de réhabilitation réalisés par le FDSS avec GAVI dans les établissements de soins visités sont la réhabilitation des toitures et des plafonds, l'application de la peinture, la construction des murs de cloisonnement, le pavement des sols, la réhabilitation des bâtiments insalubres, l'achèvement des bâtiments inachevés, la fourniture d'une citerne, la collecte et l'adduction des eaux de pluie, la construction d'incinérateurs, mobiliers, etc.
Il y a eu presque systématiquement la fourniture d'un Kit Solaire suite aux demandes des établissements de soins consécutives aux problèmes systématiques d'électricité dans la province de Kasaï Oriental.

Les travaux réalisés par le FDSS avec les ressources de GAVI sont essentiellement des travaux consécutifs à un cumul de l'entretien.

Pratiquement, dans tous les Centre de santé et Maternités visités, il n'y a pas de provisions propres pour l'entretien. Ainsi par exemple, le Centre de santé et Maternité de l'Etat dans le Quartier Ngoyi Kasaji a des recettes oscillant entre 560 USD à 600 USD avec la clé de répartition suivante : 30 % pour les médicaments, 50 % pour la prime au personnel du centre et 20 % pour le loyer et le fonctionnement.
Comme on peut le voir, la somme réservée pour le fonctionnement est d'environ 120 USD. Et partout où la mission de terrain est passée, le montant réservé à l'entretien n'est jamais mentionné par le personnel des Centres de santé.

Conclusions et recommandations partielles

Les travaux réalisés par le FDSS avec les fonds GAVI sont similaires à ceux mis en œuvre au titre du 10ème FED-Prérequis. Ces travaux sont essentiellement une tentative d'envergure limitée de rattrapage d'un cumul d'entretien souvent aux niveaux des Centres de santé.

Les ressources réservées à l'entretien n'apparaissent pas dans les clés de répartition des recettes des Centres de santé.

Par ailleurs, les travaux de réhabilitation ont été réalisés sans stratégie d'entretien dans le futur. Si cela n'est pas corrigé, les mêmes problèmes se poseront dans un futur proche.

Il est recommandable de toujours avoir une stratégie durable d'entretien lorsque l'on fournit des infrastructures et des équipements.

Il est recommandable que, dans la clé de répartition des recettes des Centres de santé, les ressources réservées à l'entretien apparaissent clairement.

Visite de quelques activités FDSS au titre de 10ième FED-prérequis dans la province du Kasaï Oriental

Centre de santé et Maternité de Bena Bilonda, Zone de santé de Tshilenge

Constat et analyse

Les travaux de réhabilitation ont ciblé:

- La Pharmacie (démolition du placard qui ne parvient pas à contenir tous les produits, remplacement de la porte et de la fenêtre en bois par une porte métallique pleine et une fenêtre métallique vitrée avec antivol,
- Remplacement des tôles usées, remplacement des plaques de plafond par de nouvelles en feuilles d'Unalit, peinture sur murs et faux plafond ;
- La Salle d'accouchement et Salle de travail. Ces services fonctionnaient dans la même salle, il y avait un besoin d'une séparation par mur de cloisonnement. Ainsi, il a fallu un mur de cloisonnement pour la séparation, un évier métallique, la pose de céramique et des faïences murales blanches, l'application en bicouche du latex sur le mur et le plafond.
- La Salles des accouchées. Il a fallu isoler la salle d'observation de la salle des accouchées pour préserver la discrétion des soins par un mur de séparation en bloc de ciment.
- Les mobiliers fournis sont : deux (2) bancs, cinq (5) lits en bois et trois (3) étagères.
- Le matériel médico-sanitaire fourni a été une table pour les soins du bébé, une boite d'accouchement, 5 matelas de 10 cm + toile cirée, une toise et un pèse-bébé

Le coût total des travaux de réhabilitation a été de 6.652,98 € et celui du matériel de 1.849, 27 € pour un investissement total de 8.502,25 €.

Lors de la visite de terrain, la mission s'est rendu compte que les travaux indiqués ont été mis en œuvre et l'équipement dont le Centre de santé avait besoin a été fourni.

En tenant compte que les travaux de réhabilitation mentionnés (ci-dessus ont été la destruction d'un placard pour agrandir la Pharmacie, le cloisonnement des salles pour séparer la Salle d'accouchement de la Salle de travail et la Salle d'observation de la Salle des accouchées avec la pose des céramiques et de la faïence), ont été effectués sur bâtiment construit avant l'Indépendance, les travaux sont acceptables et correspondent au niveau des entreprises locales travaillant dans ces zones.
Le coût du marché de 6.652,98 € dans un appel à compétition, correspond au coût des travaux similaires dans la province du Kasaï Oriental où les prix des matériaux de construction sont élevés. .
Toutefois, un mécanisme d'entretien du Centre de santé n'a pas été défini.

Conclusions et recommandations partielles

Les travaux de réhabilitation indiqués ont été mis en œuvre et l'équipement fourni. La qualité des travaux est acceptable dans les circonstances.

Le Centre de santé de Bena Bilonda ne semble avoir de stratégie d'entretien de ses bâtiments et de remplacement de son équipement.

Il est recommandable que la fourniture d'infrastructure et des équipements soit accompagnée d'une stratégie de maintenance des bâtiments et de l'équipement (et son remplacement).

Hôpital Général de Référence de Lukalaba, Zone de santé de Kasansa

Constat et analyse

A l'Hôpital Général de Référence de Lukalaba, les travaux de réhabilitation ont ciblé :

Le dépôt (menuiserie, élévation de maçonnerie, démolition du mur mitoyen, retouche du pavement, plafonnage, électricité et peinture) ;
La Salle d'accouchement (plomberie, plafonnage, menuiserie et peinture) ;
La Salle de travail (menuiserie, plomberie, électricité et peinture) ;
La Salle de soins des Bébés (élévation de maçonnerie, électricité, retouche du pavement et Peinture);
Postpartum (toiture, menuiserie, électricité et peinture) ;
Peinture (électricité, menuiserie et plafonnage, et peinture) ;
Officine (élévation de maçonnerie, menuiserie et peinture) ;
Incinérateur (jointure, ferronnerie et tuyauterie) ;
Fosse à placenta ;
Les mobiliers fournis sont dix (10) bancs, dix (10) chaises en plastique, trois (3) armoires, 5 palettes et cinq (5) étagères.
Les équipements médicaux fournis sont : un (1) aspirateur de mucosités, trois (3) balances Slater, vingt (20) blouses manches longues, dix (10) blouses manches courtes, deux (2) boites d'accouchement, une (1) boite épisiotomie, deux (2) boites isotherme, une (1) boite pour curetage , un (1) chariot à soins, deux (2) filtres à eau avec robinet, un (1) kit aspirateur manuel intra utérin, deux (2) mètres ruban, deux (2) otoscopes, quatre (4) pèse-bébé plus toise, trois (3) pèse-personne avec toise, cinq (5) potences porte sérum, quatre (4) Sphygmomanomètres portatifs, trois (3) Stéthoscopes LITTMAN CLASSIC II SE, trois (3) Stéthoscopes nouveau-né avec nourrisson, cinq (5) Stéthoscopes obstétricaux, une (1) table de réanimation nouveau-né, deux (2) Tambours linges d'accouchement, deux (2) Tensiomètres enfant avec étui et seize (16) Thermomètres clin-scan pro-normo et hypothermiques.

Les travaux de réhabilitation ont coûté 24.353,90 € et l'équipement 12.178,97 €. Ainsi l'investissement total est de 36.532,7 €.

Lors de la visite de terrain, la mission s'est rendue compte que les travaux indiqués ont été mis en œuvre et l'équipement indiqué fourni à Hôpital Général de Référence (HGR) de Lukalaba.

Le HGR de Lukalaba, qui appartient et est géré par l'Eglise Catholique, donne l'impression générale d'être entretenu, bien géré et bien organisé. Le HGR de Lukalaba prend aussi des initiatives de commencer des constructions avec des ressources propres.

Tout ceci permet d'espérer une durabilité de l'investissement consenti par l'entretien des bâtiments réhabilité et la maintenance et le remplacement de l'équipement.

Conclusions et recommandations partielles

Au HGR de Lukalaba, les travaux de réhabilitation indiqués ont été mis en œuvre et l'équipement fourni. La qualité des travaux est acceptable.

Il existe un potentiel de durabilité de l'investissement consenti comme le HGR de Lukalaba semble être bien organisé.

Centre de santé et Maternité de Lukalaba Ouest, Zone de santé de Kasansa

Constat et analyse

Le centre de santé et Maternité de Lukalaba Ouest construit à l'époque coloniale. Au Centre de Santé et Maternité de Lukalaba-ouest, les travaux de réhabilitation ont ciblé seulement la maternité. Ces travaux ont été : l'élévation de la maçonnerie, le carrelage, la menuiserie, l'électricité, la charpente et toiture, le plafonnage et la peinture.

Les mobiliers fournis sont deux (2) bancs, trois (3) chaises en plastique, trois (3) armoires, et deux (2) palettes.

Les équipements médicaux fournis sont : quatre (4) blouses manches courtes, une (1) boite d'accouchement, une (1) boite épisiotomie, deux (2) boites isotherme, une (1) boite pour curetage , un (1) filtre à eau avec robinet, deux (2) mètres ruban, deux (2) otoscopes, un (1) pèse-bébé plus toise, un (1) pèse-personne avec toise, une (1) table d'accouchement métallique.

Les travaux de réhabilitation ont coûté 16.686,47 € et l'équipement 7901,90 €. Ainsi l'investissement total est de 18 588, 37 €.

En tenant compte que les travaux de réhabilitation ont été effectués sur bâtiment construit avant l'Indépendance en 1930 de cette qualité, les travaux sont acceptables et correspondent au niveau des entreprises locales travaillant dans ces zones.

Le coût du marché de 16 686, 47 € dans un appel à compétition, correspond au coût des travaux similaires dans la province du Kasaï Oriental où les prix des matériaux de construction sont supérieurs. Toutefois, un mécanisme d'entretien du Centre de santé n'a pas été défini. Par exemple, le filtre à eau qui a été fourni n'est plus fonctionnel parce que le petit robinet de ½' s'est cassé. Le personnel du Centre de santé ne savait pas que le robinet pouvait être remplacé. Les 2 des 3 filtres qui se sont cassés peuvent être remplacés.

L'appui technique d'un technicien est nécessaire pour aider les Centres de santé, surtout en milieu rural, dans l'entretien des équipements (et aussi des bâtiments).

Conclusions et recommandations partielles

Les travaux de réhabilitation indiqués ont été mis en œuvre et l'équipement fourni. La qualité des travaux est acceptable dans les circonstances.

Le Centre de santé de Lukalaba Ouest ne semble pas avoir de stratégie d'entretien de ses bâtiments et de remplacement de son équipement.

Il est recommandable que la fourniture d'infrastructure et des équipements soit accompagnée d'une stratégie de maintenance des bâtiments et de l'équipement (et son remplacement).

Il est recommandable d'avoir un technicien en équipement pour apporter une assistance technique aux Centres de santé, surtout en milieu rural, pour l'entretien des équipements.

Centre de santé et Maternité de Luamuela, Zone de santé de Tshilenge

Constat et analyse

Le Centre de santé de Luamuela a été construit en 1982. Au Centre de santé et Maternité de Luamuela, les travaux de réhabilitation ont ciblé le Centre de santé et la Maternité.

Pour le Centre de santé, les travaux étaient à la Pharmacie avec la démolition du placard existant qui ne parvient pas à contenir tous les produits, la pose de fenêtres métalliques, la pose de la porte métallique d'entrée, l'installation du plafond et la peinture sur murs et faux plafond.

Les travaux à la maternité ont été centrés sur la Salle d'accouchement (placer un évier et le raccorder au circuit de récupération des eaux de pluie, carrelage mural et du sol, placer une fenêtre et une porte sur

le mur de cloisonnement et une autre en remplacement avec l'ancienne usagée, remplacer le plafond et application de peinture).

Pour la Salle des accouchées, il s'agissait de retoucher la toiture par le remplacement de 20 tôles BG 28 et de 6 fenêtres.

Les mobiliers fournis sont trois (3) bancs, quatre (4) lits en bois, une (1) armoire, et une (1) étagère.

Le matériel médical fourni a été: deux (2) boites d'accouchements, (1) table d'accouchement métallique, cinq (5) matelas de 10 cm+ toile cirée.

Les travaux de réhabilitation avec le mobilier ont coûté 8 747,54 € et le matériel médical 2.212, 94 €.

Le coût total d'investissement pour le Centre de santé de Luamuela est de 10.960,48 €.

Lors de la visite de terrain, la mission s'est rendue compte que les travaux indiqués ont été mis en œuvre et l'équipement a été fourni.

Toutefois, le Centre de santé et Maternité de Luamuela nécessite un entretien. En effet, il y a des tôles à remplacer, des trous au plafond, etc.

En tenant compte que les travaux de réhabilitation mentionnés et la qualité initiale du bâtiment, les travaux sont acceptables et correspondent au niveau des entreprises locales travaillant dans ces zones. Mais les bâtiments sont vétustes
Le coût du marché de 10 960,48 € dans un appel à compétition, correspond au coût des travaux similaires dans la province du Kasaï Oriental où les prix des matériaux de construction sont élevés. .
Toutefois, un mécanisme d'entretien du Centre de santé n'a pas été défini.

Conclusions et recommandations partielles

Les travaux de réhabilitation indiqués ont été mis en œuvre et l'équipement fourni. La qualité des travaux est acceptable dans les circonstances sur des bâtiments vétustes

Le Centre de santé de Luamuela n'a pas de stratégie d'entretien de ses bâtiments et de remplacement de son équipement.

Il est recommandable que la fourniture d'infrastructure et des équipements soit accompagnée d'une stratégie de maintenance des bâtiments et de l'équipement (et son remplacement).

Différences entre les provinces du Kasaï Oriental et du Nord Kivu dans cadre du 10ème FED - Prérequis

Constat et analyse

Les visites de terrain et l'analyse des travaux dans les deux provinces du Kasaï Oriental et du Nord Kivu font ressortir des différences majeures qui influent sur les résultats du projet « Prérequis » au titre du 10ème FED.

Ces différences fondamentales sont:

L'approche communautaire et la contribution majeure des populations. Comme indiqué pour les Centres de santé visités dans la province du Nord Kivu, le projet est venu achever des bâtiments des maternités commencés par les populations avec la coordination du Médecin Chef de Zone Santé.

En effet, à part à l'Hôpital Général de Référence de Lukalaba géré par les religieuses de l'Eglise Catholique où il y a des initiatives sur fonds propres, la mission de terrain n'a pas vue de contribution des populations dans les Centres de santé visités dans la province du Kasaï Oriental.

En fait, la maitrise de l'approche communautaire au Nord Kivu (comme dans l'Ituri par exemple) est le résultat de plusieurs projets de développement communautaires et des Organisations Non Gouvernementales qui ont appris aux populations à se prendre en charge et à contribuer aux efforts de développement, y compris dans le secteur de santé public.

La province du Kasaï Oriental n'a pas joui de projets significatifs de développement communautaire.

L'une des conséquences de ce déficit en approche communautaire dans le Kasaï Oriental est que lorsque le projet commence dans une zone, les commerçants ont tendance à augmenter le prix des biens et des matériaux de construction.

A cause de l'enclavement intérieur du Kasaï Oriental (mauvaises voies des transports), les prix des matériaux de construction sont très élevés (par rapport au Nord Kivu par exemple qui a accès à l'Uganda et au Rwanda).

Et souvent, les matériaux de construction sur le marché dans la province du Kasaï Oriental sont de moins bonne qualité.

La solution à l'isolement du Kasaï Oriental viendra des politiques et stratégies de développement et des transports du pays.

Toutefois, en ce qui concerne l'introduction de l'approche communautaire, visant la participation et la contribution des populations aux travaux de réhabilitation et de construction dans les Centres de santé, nécessite un effort particulier (animation, sensibilisation et communication) qui aurait dû être conduit avant les travaux dans le Kasaï Oriental.

Conclusions et recommandations partielles

Il y a des différences fondamentales dans la maîtrise de l'approche communautaire entre les provinces.

Ce qui a été fait correspond à l'application de la même approche dans toutes les provinces (« One size fit all ») alors qu'elles ne sont pas toutes au même niveau dans l'approche communautaires.

Dans le Kasaï Oriental, il aurait fallu commencer par des actions d'animation, de sensibilisation et de communication en vue d'arriver à une contribution des populations et à la stratégie de se prendre en charge comme dans le Nord Kivu.

Une pareille orientation réduirait les effets pervers notamment la tendance des commerçants à augmenter le prix des matériaux de construction lorsqu'un projet commence.

Par ailleurs, il aurait fallu tenir compte des coûts supérieurs des matériaux de construction dans la province du Kasaï Oriental

Il est recommandable, pour les actions futures de santé dans la province du Kasaï Oriental, de commencer par des actions d'animation, de sensibilisation et de communication en vue de la participation et de la contribution aux coûts des travaux.

Il est recommandable, pour les actions futures de santé dans la province du Kasaï Oriental de tenir compte du coût élevé des matériaux de construction dans les budgets.

Constat d'ensemble

Nature d'activités

La revue des activités menées par le FDSS au titre du 9ème FED, 10ème FED et avec GAVI et les visites de terrain font ressortir qu'il s'agissait :

- des travaux de réhabilitation consécutifs à un cumul d'entretien (peintures et vernis, toitures, plafonds, portes et fenêtres, etc.) ;
- de construction des maternités et fourniture d'équipement pour les soins de la femme et de l'enfant ;
- des travaux d'assainissement (toilettes, douches, incinérateur, fosse à placentas, recueil des eaux de pluie, etc.) ;
- de fourniture d'équipement biomédical de base ;
- de fourniture d'un générateur, de kits solaires et mini-barrage.

Stratégie de maintenance

Les travaux ont été réalisés sans aucune stratégie d'entretien et les équipements sans cadre de maintenance et de remplacement.

FDSS

Dans le Programme Santé au titre du 9ème FED, le FDSS a assuré le contrôle des travaux pour le compte des DPS dans les quatre provinces.

Pour le projet Prérequis du 10ème FED, le FDSS a géré la mise en œuvre des travaux à l'entreprise et assurer le contrôle des travaux.

Pour le projet avec GAVI, le FDSS a assuré la mise en œuvre en régie des travaux.

Ainsi, le FDSS a complètement fourni les services demandés au titre du 9ème et 10ème FED.

La province du Nord Kivu

Les populations, avec le soutien du Médecin Chef de zone, avaient déjà commencé la construction des maternités. Le projet est venu terminer ce que les populations avaient débuté. C'était donc des constructions de maternités. En plus, les populations ont apporté des matériaux de construction (moellons, caillasse, sable, eau, etc.). Ceci n'a pas été le cas pour les centres de santé dans le Kasaï Oriental.

La province du Kasaï Oriental

L'approche communautaire n'est pas développée dans la province du Kasaï Oriental et les matériaux de construction y coûtent plus chers.

Conclusions et recommandations générales

Conclusions générales

Le FDSS a fourni complètement et de manière acceptable, les services qui lui ont été diligentés dans le cadre du projet « Prérequis » au titre du 10ème FED.
Les travaux de réhabilitation des Centres de santé n'étaient pas une réhabilitation générale des bâtiments mais plutôt des réparations ou des mises à niveau, un « spot improvement » où on remplaçait des tôles, des plafonds, on peignait un bâtiment, etc.

Comme on a pu le constater, ces travaux sont une tentative de rattrapage d'un cumul d'entretien. La technique « spot improvement » a des limites.

En fait, les Centres de santé n'ont pas des ressources allouées à l'entretien de leurs infrastructures.

Il aurait fallu mettre en place un système pérenne pour l'entretien des infrastructures réhabilitées. Sans ce mécanisme, la même situation va se reposer d'ici 1 à 3 ans étant donné les limites de la technique « spot improvement ».

Dans plusieurs Centres de santé, dans la zone de Butembo dans la province du Nord Kivu, la réhabilitation des maternités a été, en fait, une construction des maternités. Les populations avaient pris l'initiative et grandement contribué aux travaux.

Lors de la visite de terrain, l'inspection de l'état des bâtiments réhabilités au regard des travaux spécifiquement effectués par le projet « Prérequis » montre que les bâtiments sont dans l'état qu'on s'attendait les trouver.

Etant donné le déficit énorme dans l'approche communautaire dans la province du Kasaï Oriental, il aurait fallu commencer par des activités de communication et de sensibilisation des populations à participer, à s'impliquer, se prendre en charge et à contribuer d'une manière ou d'une autre aux travaux de réhabilitation des Centres de santé. Cela passe, parmi d'autres alternatives, par un Contrat de Subvention avec une ONG locale et des visites dans le Nord Kivu ou l'Ituri où l'approche communautaire est plus encrée dans les projets de développement.

Recommandations générales

Recommandations spécifiques au Gouvernement	**Entité responsable**	**Timing**
5.2.1 Mettre en place un mécanisme fonctionnel et pérenne d'entretien des établissements de soins (avec le soutien du FDSS dans le cadre de l'offre des services de santé).	Ministère de la santé/DPS	Immédiatement
5.2.2 Entreprendre les activités de sensibilisation et de communication en vue de la participation et de la contribution des populations dans les provinces comme le Kasaï Oriental où l'approche communautaire n'est pas développée.	Directions Provinciales de la Santé Zones de santé	Immédiatement et surtout en début des projets
Recommandations spécifiques au FDSS	**Entité responsable**	**Timing**
5.2.3 Dans le cadre de l'offre de services de santé, contribuer à la réflexion et à la formulation	FDSS	Immédiatement

Recommandations spécifiques au Gouvernement	**Entité responsable**	**Timing**
d'un mécanisme d'entretien des établissements des soins réhabilités ou construits.		
Recommandations spécifiques à la DUE	**Entité responsable**	**Timing**
5.2.4 Continuer le soutien au FDSS	DUE, COFED, Ministère de la Santé	**2016**
5.2.5 Considérer les limites de réhabilitation comme dans le projet « prérequis » et la construction des nouveaux Centres de santé selon les plans –types.	DUE, COFED, Ministère de la Santé	Immédiatement et surtout lors de la formulation des projets

9. Annexe 3. : Personnes rencontrées

9.1. Rencontres à Kinshasa et mission de terrain Nord Kivu – par Dr. Jacques Myaux

Kinshasa	Dr Stéphanie Stasse	DUE	Stephanie.STASSE@eeas.europa.eu
Kinshasa	Dr Anja Bauer	DUE - Attachée de Programmes Santé	Anja.BAUER@eeas.europa.eu
Kinshasa	Dr Michel Mulohwe	DUE	Michel.MULOHWE-MWANA-KASONGO@eeas.europa.eu
Kinshasa	Dr Jack Kokolomami,	Directeur FDSS	
Kinshasa	Dr Mukengeshay Kupa	MSP – Secrétaire Général	
Kinshasa	Dr Simbi	AT	
Kinshasa	Dr Alain Forest	AT Coordination PAP OMD	
Kinshasa	Mr Gérard Motkin	AT appui au CAG / DEP	
Kinshasa	Dr Salomon Salumu Siyangoli	Chef Division SNIS/ 5ème Direction	salomonsiyangoli@yahoo.fr
Kinshasa	Dr Jacques Katele	Consultant SNIS	katelejacques@yahoo.com
Kinshasa	Dr Yakim Kabangu	SNIS - technicien	yakim2000@yahoo.fr
Butembo	Dr Mundama Witende Jean Paul	Encadreur polyvalent antenne – DPS du Nord Kivu	0998 38 60 73 0819 611 376 wmsirim@gmail.com
Goma	Rodrigue Madirisha	Gestionnaire comptable	0998623180 Gcpfdss.pnkv@gmail.com
Goma	Dr Modeste Ngongo	Coordonnateur FDSS	0816870577 modestemed@gmail.com
Goma	Dr Alain Alingi	Médecin Inspecteur Provincial (MIP)	
Butembo	Dr Célestin Kambake Ndaliko	SNIS - DPS	0997315136
Muhove	Dr Katembo Kasinaminya		0994108803 marykasinaminya@gmail.com
Butembo	Jean Bosco Kahindo	AT – Goma	0998165779 jbhahindom@gmail.com
Butembo	Prosper Mirindi	AT – démarche qualité	0829298622 pmirindim@gmail.com
Butembo	Simon Ngulu	Ing. FDSS / Goma	simonngulu@gmail.com

9.2. Mission de terrain Nord Kivu – par le Dr. Ing. Mpoyi Lukusa

1. M. Laurent Katembo, Chef de Division, Division Provinciale de la Santé ;
2. Dr. Modeste Ngongo, FDSS, Nord Kivu ;
3. M. Rodrigue Madirisha, Gestionnaire Comptable, FDSS/Nord Kivu ;
4. M. Simon Simweray Ngulu, Ingénieur (APP) Nord Kivu EUP-FDSS 10ème FED (Prérequis) ;
5. Mr. John Mulohwe Kitenge, Ingénieur en charge du contrôle des travaux 9ème FED et Ingénieur consultant Nord Kivu EUP-FDSS 10ème FED (Prérequis);
6. Dr. Lucien Bindu, Médecin Chef de Zone, Zone de santé de Kirotshe.
7. M. Simon Simweray Ngulu, Ingénieur (APP) FDSS au Nord Kivu EUP-FDSS 10ème FED (Prérequis)
8. Mr. Jean Baptiste Kayenga Assistant Comptable du FDSS à Butembo.
9. Dr. John Kanyamanda, Coordonnateur du Pool Nord (et ancien Médecin chef de zone de Musienene),
10. M. Kambale Isemughole, Nutritionniste ;
11. M. Mbakanduli Kasavuli, Infirmier superviseur;
12. M. Mumbere Bukaya Dany, TDR.
13. Mr Ngilo Zagbali, Directeur Chef de Service, D13, Direction de l'Equipement et Matériel Médico-Sanitaire
14. M. Raphael Kambulu, Coordonnateur du Bureau Unique, D3
15. M. Vincent Kitenge IS/ECZ
16. M. Corneille Mulawu, Zone de santé de Lukulaba
17. M. Alidor Mbuyi Tshiamala, Infirmier Titulaire, CS de Lukalaba Ouest
18. M. Hervé Keba Tshieba, Infirmier Titulaire, CS de Lamuela
19. Dr. Adonis, Hôpital Général de Lukalaba
20. M. Michel Kalombo, Comptable FDSS Mbuji Mayi

9.3. Réunion de restitution avec le Conseil d'Administration du FDSS et la Délégation européenne

LISTE DES PRESENCE ET ADRESSE E-MAIL
PARTICIPANT REUNION DE RESTITUTION AUDIT INSTITUTIONNEL FDSS

N°	NOM	Fonction /fdss	STRUCTURE	ADRESSE MAIL	TELEPHONE
1	deo KASHONGWE	Pca /fdss	Ministere de la sante publique	mkashongwe@yahoo.fr	812485056
2	felix MOMAT	secretaire /CA FDSS	CP/Ministere de la sante publique	felixmomat20@yahoo.fr	814040205
3	MOTKIN GERARD	MSP/CAG/UE	MSP/CAG/UE	gerard.motkin@gmail.com	819574105
4	SIMBI AHADI		MSP/CAG/ GP FED	s_ahadi2001@yahoo.fr	515022491
5	jean paul PUIRAC	chargé de projet	COFED	jeanpaul.piurac@cofed.cd	810519843
6	john BUPILA	administrateur /CA FDSS	primature	johnssein2000@yahoo.fr	991462756
7	Mayi MUNSADI	chef de projet	FDSS	mayimunsadi@fdss.cd	810918802
8	jean coco STHIBANDA	chef de projet adjoint	FDSS	ciscotshibanda@gmail.com	815444448
9	remy BEYA	comptable Principal	FDSS	remybeya@gmail.com	815076373
10	rose MBANZE	comptable Principal	FDSS	acfdss@gmail.com	823673876
11	jack KOKOLOMAMI	Directeur	FDSS	dirfdss@gmail.com	810695990
12	Stephanie STASSE	gestionnaire sante	UE	stephanie.stasse@eeas.europa.eu	81822714855
13	Alain FOREST		SAS-OMD/DE	alain.p.forest@gmail.com	823496537
14	Anja BAUER		[illegible]	[illegible] pa.eu	817479923
15	jean rocher MUAMBA	responsable financier	Assistant technique	PAPOMD DEP	815013641
16	France TEGAMANI	secretaire	FDSS	francetegamani@yahoo.fr	810774504
17	Nathalie ONYAMBOKO	assistante de Diretion	FDSS	secfdss@gmail.com	816352800

9.4. Autres personnes rencontrées

Dr. Michel Mvuvudi, Chargé de programme Banque mondiale

Dr. Eric Nlendi, Chef de projet GAVI-réhabilitations

Mme. Mayi Munsadi, Chef de projet Fonds mondial/SANRU – FDSS

M. Luc Soulier, Assistant technique CGAT

Dr. Irène Nsadiolanda, Directrice CGAT

10. Annexe 4. : Projets sur financement du Fonds mondial (dont deux en cours d'exécution en 2016)

Volet paludisme

1. Contexte

A la suite de la mise en œuvre des subventions SSF, la République Démocratique du Congo a obtenu, pour la lutte contre le ***paludisme***, le financement du Fonds Mondial pour la mise en œuvre des subventions « Nouveau Modèle de Financement » (NMF). La mise en œuvre de la première phase des subventions Fonds Mondial NMF s'étalera sur une période allant de janvier 2015 à décembre 2017.

Pour ces subventions NMF du fonds Mondial, SANRU est retenu comme Récipiendaire Principal (PR) pour assurer la mise en œuvre des activités de routine avec le Ministère de la santé/CAG, PR publique, dans 308 Zones de Santé (ZS) sur l'ensemble du pays, dont 14 ZS dans le Kasaï Oriental, parmi lesquelles 5 ZS situées dans le district de Lomami.

Au cours de la phase SSF, le Fonds de Développement des Services de Santé (FDSS) , en tant que Sous Récipiendaire (SR) de SANRU (PR), a été responsabilisé pour la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme et le VIH/SIDA dans les 19 Zones de Santé retenues pour la province du Kasaï Occidental et 10 ZS pour la province du Kasaï Oriental. Dix ZS étaient couvertes par le volet paludisme au Kasaï Occidental et 5ZS dans le Kasaï Oriental.
Il convient de noter ici que la responsabilité de la mise en œuvre accordée au FDSS à la phase SSF a fait suite à sa prestation réussie au cours de la phase ayant précédé la phase SSF, c'est-à-dire la phase 1 du round 8 du Fonds Mondial VIH/SIDA et paludisme au niveau de la province du Kasaï Occidental.

La mise en œuvre conjuguée des subventions paludisme et VIH dans les mêmes ZS permet une économie d'échelle quant aux frais de gestion et autres coûts d'exploitation, ce qui permet de mobiliser plus de fonds pour les activités, et garantit également la mise en œuvre harmonieuse des directives et des normes.

2. Axes d'intervention

Les principaux axes de l'intervention seront :

La prévention

- Distribution clinique de MIILD chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans ;
- Distribution de SP chez les femmes enceintes lors de CPN (Traitement préventif et intermittent) ;
- CCC de masse et de proximité, centrée entre autres sur les mesures d'assainissement intra et péri domiciliaire en rapport avec la lutte anti vectorielle, et sur l'utilisation effective de la moustiquaire.

Prise en charge de cas

- Diagnostic de cas de paludisme simple (au travers de l'approvisionnant des structures de soins en TDR, la formation des prestataires en leur utilisation, et l'accompagnement nécessaire pour l'assurance qualité).
- Approvisionnement en médicaments antipaludiques et autre adjuvants, et l'accompagnement des prestataires et des équipes cadres pour une gestion professionnelle de ces intrants.

3. Budget (voir volet VIH)

4. Cartographie

Cluster	ZS
KASAI ORIENTAL (KE)	Bipemba
LULUA (KW)	Bukonde
LULUA (KW)	Demba
KASAI ORIENTAL	Dibindi
KASAI ORIENTAL	Kabeya-Kamuanga
KASAI (KW)	Kalonda-Ouest
LULUA (KW)	Kananga
LOMAMI (LM)	Kanda Kanda
LOMAMI (LM)	Lubao
KASAI (KW)	Luebo
LULUA (KW)	Luiza
LULUA (KW)	Lukonga
LOMAMI (LM)	Makota
LULUA (KW)	Mikalayi
LOMAMI (LM)	Mwene-Ditu
LULUA (KW)	Ndesha
KASAI (KW)	Tshikapa
KASAI ORIENTAL (KE)	Tshilenge
LOMAMI (LM)	Tshofa

Volet VIH

1. Contexte

Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, VIH et tuberculoses, la RDC a obtenu le financement du Fonds Mondial pour la mise en œuvre des subventions Fonds Mondial round 8 phase II, pour les volets VIH/SIDA et paludisme. Pour la composante paludisme, la deuxième phase du Round 8 et la première phase du 10 ont été consolidées pour faire une seule subvention qui a démarré au 1er juillet 2012. Il en est de même de la deuxième phase du round 8 VIH/SIDA et de la 2eme phase du round 7 VIH/SIDA qui ont également été consolidées. Pour mettre en œuvre la subvention SSF, l'Instance de Coordination Nationale (CCM) de la RDC a confirmé SANRU comme Récipiendaire Principal (PR) pour la mise en œuvre des subventions de la deuxième phase du Round 8. SANRU a également été désigné Récipiendaire Principal (PR) pour le 10ème Round du volet paludisme et pour le volet médical de la composante VIH/SIDA (Round 7 et Round 8), en remplacement du PNUD dans 5 provinces à partir de juillet 2012. Depuis le début de la première phase, le Fonds de Développement des Services de Santé (FDSS), en tant que Sous Récipiendaire (SR) d'ECC/SANRU (Principal Récipiendaire), a été responsabilisé pour la mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH/SIDA.

Pour la deuxième phase ainsi que la phase NMF, le FDSS a été obtenu du PR la poursuite de ses services dans les ZS qu'il a gérées en phase I, mais aussi d'étendre ses services dans d'autres ZS retenues dans le cadre des subventions de la phase II telle que consolidée, tant dans le Kasaï Occidental que dans le Kasaï Oriental.

2. Axes d'intervention

Le principe de base qui sous-tend toute action et intervention dans le domaine de la Santé en RDC est la Stratégie de Renforcement du Système de Santé, SRSS en sigle. La SRSS repose entre autres sur la

revitalisation des ZS, et l'exercice du leadership des structures du Ministère de Santé Publique pour toute action en Santé. Le FDSS jouit déjà d'une expérience réussie dans la mise en œuvre des interventions en Santé en conformité avec la SRSS, notamment dans 7 provinces de la RDC dont les deux Kasaï.

Comme pour toutes ses interventions en Santé, le FDSS fera que la pierre angulaire de la présente soumission reste l'implication totale et la responsabilisation des Equipes Cadres, tant Provinciale que des Zones de Santé concernées, en vue de la production et de la pérennisation des résultats.

Ce faisant, le mode d'intervention du FDSS consiste en un appui à l'Equipe cadre de la ZS, appui consistant en un accompagnement de proximité dans la planification, la mise en œuvre, le suivi des activités et l'évaluation des résultats.

Cette vision se démarque nettement de la pratique courante qui n'associe pas suffisamment les responsables de la ZS dans la planification et la mise en œuvre des activités, sachant que cet état de chose est à l'origine de la faible harmonisation et du pauvre alignement des interventions sur les plans d'action des ZS, ce qui ne garantit ni la qualité, ni la pérennité des résultats obtenus.

L'implication de l'équipe cadre des ZS concernées par la proposition soumise par le FDSS a été complète, allant de l'identification des bénéficiaires à l'élaboration des stratégies concrètes et adaptées, et à leur mise en œuvre.

Les principaux axes de l'intervention seront :

1. **Prévention - Population générale»**
    a. Changement de comportement dans le cadre des programmes destinés à la population générale
    b. Préservatifs dans le cadre des programmes destinés à la population générale
    c. Liens avec la santé génésique, maternelle, néonatale et infantile et violence sexiste
2. **Professionnels du sexe et leurs clients**
    a. Changement de comportement dans le cadre des programmes destinés aux professionnels du sexe et à leurs clients
    b. Préservatifs dans le cadre des programmes destinés aux professionnels du sexe et à leurs clients
    c. Dépistage du VIH et conseil dans le cadre des programmes destinés aux PS à leurs clients
3. **Prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME)**
    a. La prévention primaire du VIH chez les femmes en âge de procréer:
    b. La prévention de la transmission verticale du VIH
    c. Le traitement, les soins et la prise en charge pour les mères vivant avec le VIH, leurs enfants et familles
4. **Traitement, prise en charge et soutien**
    a. Pour le traitement antirétroviral et suivi, les activités critiques ci-dessous seront menées
    b. Pour les soins et appui pour les malades chroniques, les activités ci-dessous seront menées
5. **Renforcement de la coordination multisectoriel**le
    a. Renforcement de compétence pour la prestation des services, plaidoyer et leaderships
    b. Suivi et évaluation, génération d'informations basées sur faits tangibles

3. Budget (palu et VIH)

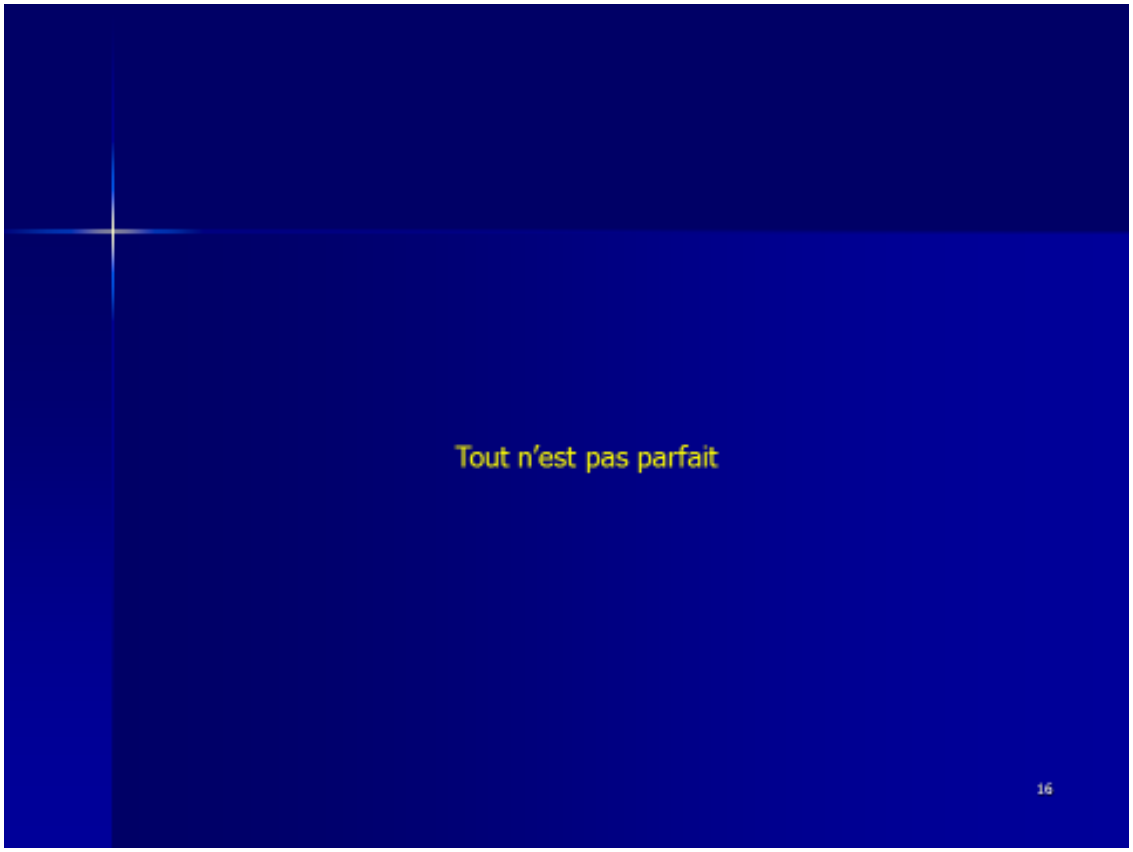
Bailleur	Période	Durée	Montant en M USD	Observation
SANRU/FM R8	Mars 10 - juin 12	28 mois	0,40	Global Fund supporte les coûts réels nécessaires à l'exécution des activités. L'opinion des auditeurs externes a été exprimée sans réserve.
SANRU / FM R8	Mars 10 - juin 12	28 mois	0,46	Global Fund supporte les coûts réels nécessaires à l'exécution des activités. L'opinion des auditeurs externes a été exprimée sans réserve.
SANRU / FM R8&10	juillet 12 – déc. 14	30 mois	1,39	Phase SSF mise en œuvre par FDSS comme SR dans toutes les zones de santé appuyées au Kasaï Occidental et quelques zones de santé du Kasaï Oriental. Le bailleur FM paie les coûts réels nécessaires à la gestion du projet intégrés dans l'Action. A la fin de ce projet, les dépenses ont été déclarées éligibles à 100 % par les auditeurs externes.
SANRU / FM R8&11	juillet 12 – déc. 14	30 mois	1,29	Phase SSF mise en œuvre par le FDSS comme SR dans toutes les zones de santé appuyées au Kasaï Occidental et quelques zones de santé du Kasaï Oriental. Le bailleur FM paie les coûts réels nécessaires à la gestion du projet intégrés dans l'Action. A la fin de ce projet, les dépenses ont été déclarées éligibles à 100 % par les auditeurs externes.
SANRU NMF Palu	**Avr. 205 - 31 déc. 2017**	**32 mois**	**2,45**	**Projet NMF en cours d'exécution depuis le mois d'avril 2015.**
SANRU NMF VIH	**juillet 15- déc. 15**	**30 mois**	**3,09**	**Projet NMF en cours d'exécution depuis le mois de juillet 2015.**
			9,09	

4. Cartographie

Province Occidentale		Province du Kasaï Oriental	
Kasaï LuLua (Kasaï Occ)	**Kasaï (Kasaï Occ)**	**Kasaï Est**	**Lomami**
BENA LEKA	**ILEBO**	**BIPEMBA**	**KABINDA**
BILOMBA	**KALONDA OUEST**	**BONZOLA**	**KALONDA EST**
BUKONDE	**KAMONIA**	**CITENGE**	**LUBAO**
DEMBA	**KAMUESHA**	**DIBINDI**	**LUPUTA**
DIBAYA	**LUEBO**	**DIULU**	**MAKOTA**

KANANGA	**MWEKA**	**KANSELE**	**MULUMBA**
KATOKA	**TSHIKAPA**	**LUBILANJI**	**MWENE DITU**
LUAMBO		**LUKELENGE**	**NGANDAJIKA**
LUBONDAYI		**MIABI**	
LUIZA		**MPOKOLO**	
LUKONGA		**MUYA**	
MASUIKA		**NZABA**	
MIKALAYI		**TSHILENGE**	
NDESHA		**TSHISHIMBI**	
TSHIBALA			
TSHIKAJI			
TSHIKULA			
YANGALA			

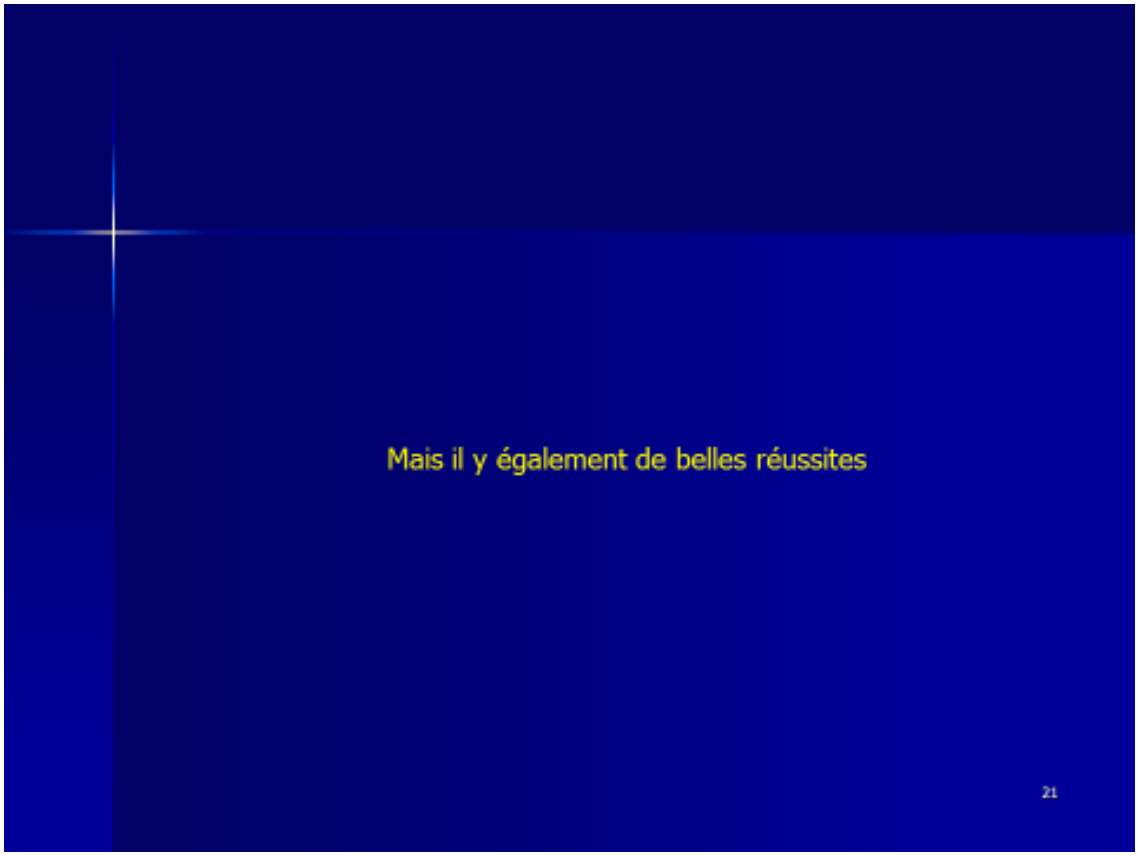
11. Annexe 5. : Quelques photos de réhabilitations moins bien et d'autres très bien réussies



18

19

20


Mais il y également de belles réussites
21

Financement du prérequis par l'UE
- santé maternelle et infantile -
AVANT
APRES
25

Financement du prérequis par l'UE
- santé maternelle et infantile -
AVANT
APRES
26

Financement du prérequis par l'UE
- santé maternelle et infantile -
AVANT
APRES
27

AVANT
APRES
23

AVANT
APRES
22

AVANT
APRES
24

Financement du prérequis par l'UE
- santé maternelle et infantile -
AVANT
APRES
29

Financement du prérequis par l'UE
- santé maternelle et infantile -
AVANT
APRES
32

AVANT
APRES
25

AVANT
APRES
26

12. Annexe 6 : Ebauche de termes de références pour la réalisation d'une étude pour la mise en place d'un mécanisme institutionnel de gestion fiduciaire des appuis financiers et investissements publics et non gouvernementaux destinés au secteur de la Santé en RDC

ANNEXE II: TERMES DE RÉFÉRENCE

1. INFORMATIONS GÉNÉRALES

1.1 Pays partenaire

RDC

1.2 Pouvoir adjudicateur

Commission européenne

1.3 Éléments d'information utiles concernant le pays partenaire

L'appui de l'UE en République démocratique du Congo, y compris dans le secteur de la santé s'inscrit dans une perspective de partenariat à long terme et contribue à la reconstruction d'un pays qui doit affronter d'immenses et multiples défis dans un contexte extrêmement complexe.

En l'année 2015 caractérisée par l'échéance des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), les programmes santé mis en œuvre dans le cadre du 10e FED et du budget de PUE ont apporté un appui accru à l'accès aux soins de qualité pour les femmes et les enfants et intégré des programmes spécifiques pour la prise en charge des violences sexuelles (voir rapport d'évaluation à mi-parcours du programme 10e FED). Le relais est aujourd'hui assuré par les Objectifs de Développement Durable (ODD) dont le terme est prévu pour 2030 et dont le 3e prévoit de "permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge". En cohérence et en continuité avec les OMD, les ODD visent plus que jamais la diminution de la mortalité maternelle et infantile et ouvrent la voie au développement de la protection sociale.

Le secteur de la santé en République démocratique du Congo est depuis peu caractérisé par l'introduction de réformes aux niveaux central et provincial. Amorcée depuis 2006, la décentralisation impliquant le transfert de compétences du ministère de la santé publique (MSP) au niveau provincial n'a réellement pris cours que lors du dernier trimestre 2014. Le redécoupage sanitaire avec 26 nouvelles provinces au lieu de 11 et la nomination des cadres des nouvelles divisions provinciales de la santé (DPS) à la suite d'un recrutement compétitif, marquent le début d'une nouvelle ère. Au niveau central, entre autres réformes en cours, le processus d'établissement d'une direction administrative et financière (DAF) au sein du MSP est enclenché et accompagné par différents bailleurs de fonds. La réussite de ces réorganisations aura des répercussions importantes sur l'efficience générale du secteur et sur la consolidation des liens de confiance qui unissent le MSP et ses partenaires.

A l'heure où l'Afrique Subsaharienne cherche les voies et moyens de développer une couverture sanitaire universelle (CSU) qui puisse contrer les dérives d'une commercialisation grandissante des soins et services de santé, la République démocratique du Congo fait face à de multiples défis, notamment en terme de disponibilité et de régulation de son offre de soins. Le gouvernement de la République démocratique du Congo a donné la priorité en 2015 à la mise en œuvre de la nouvelle loi sur la couverture sanitaire universelle et l'UE soutient les initiatives visant à développer celle-ci. Mais un tel appui doit impérativement être accompagné, voire précédé d'un renforcement de l'offre et les questions de bonne gouvernance du secteur doivent être débattues dans le cadre du dialogue sectoriel sur les politiques sanitaires auquel doit participer la société civile.

1.4 Situation actuelle dans le secteur concerné

En 2010, le Ministère de la santé public (MSP) a publié la réforme du financement du secteur. Cette réforme a pour caractéristiques : (i) la séparation entre la gestion programmatique et la gestion fiduciaire, qui sont respectivement assurées au niveau central par la Cellule d'Appui et de Gestion (CAG) d'une part et l'Agence de Gestion Financière (Agefin) d'autre part, (ii) la référence obligatoire pour tout projet et budget au plan national de développement sanitaire, (iii) la référence autant que possible à un manuel de procédures du MSP et (iv) l'arbitrage sectoriel par un seul organe, le comité de pilotage national.

Cette réforme a servi de bonne pratique pour l'élaboration de l'agenda de Kinshasa en 2010 qui est une mise en pratique de la déclaration de Paris en République Démocratique du Congo. Cet agenda a visé la réduction du nombre d'unités de gestion de projet et la fragmentation des lieux de décision.

L'UE a appuyé la mise en place de la CAG et de l'AGEFIN ainsi que la mise sur pieds de deux établissements d'Utilité Publique, le FDSS - Fonds du Développement des Services de Santé et en quatre provinces des FASS qui doivent permettre de catalyser les fonds des partenaires, dont l'UE, et plus particulièrement gérer des devis-programmes et contrats de subventions.

A l'heure du bilan des OMD, la mise en œuvre des objectifs de développement durable (ODD) est basée sur les grands axes stratégiques des soins de santé primaires inscrits dans le document de Stratégie de Renforcement du Système de Santé (2006) et confirmés dans le nouveau Plan National de Développement Sanitaire 2016-20.

- (i) poursuivre le développement des Zones de Santé afin de garantir une meilleure disponibilité des services et soins de santé de qualité et leur accessibilité ainsi que l'utilisation optimales par la population dans le cadre de la triple dimension de la couverture sanitaire universelle ;
- (ii) renforcer les actions d'appui à l'extension de la couverture des services et soins de qualité en travaillant sur les piliers du Système de Santé ;
- (iii) poursuivre l'amélioration de la gouvernance et le pilotage du secteur de la Santé.

La DUE et le MSP sont en phase de préparation de la contractualisation des appuis du 11ème FED. Le nouveau programme d'appui au secteur de la Santé doit se baser sur le développement de la Couverture Médicale Universelle (CMU) et sur la réforme en cours de la stratégie de financement de la Santé.

1.5 Programmes liés et autres activités des bailleurs de fonds

GAVI

Fonds mondial

CTB

UNICEF

France Expertise

CGAT

Autres pays membres de l'UE (Suède, Pays Bas, …)

PSI

Banque mondiale

…

2. OBJECTIFS ET RÉSULTATS ESCOMPTÉS

2.1 Objectif général

L'objectif général du projet dont ce marché fait partie est le suivant:

Renforcement de l'offre et développement de l'accès aux soins de santé en République démocratique du Congo

2.2 Objectifs particuliers

Formuler une stratégie et définir les modalités pour la mise en place d'un mécanisme institutionnalisé pérenne de gestion fiduciaire des appuis financiers et investissements publics gouvernementaux et non gouvernementaux destinés au secteur de la Santé en RDC**.**

2.3 Résultats à atteindre par le contractant

Par ordre séquentiel, chaque résultat constituant l'aboutissement d'une phase dont les grandes lignes ont été, d'abord discutées avec les autorités et ensuite entérinées au niveau du GIBS :

- R1 : Note d'orientation stratégique sur le financement du secteur de la Santé en RDC ;
- R2 : Schéma institutionnel, juridique et organisationnel de la gestion fiduciaire de l'ensemble des financements orientés vers le système de la Santé publique en RDC ;
- R3 : Plan d'action pour la mise en place d'une nouvelle institution nationale de gestion fiduciaire pour la Santé et évaluation des coûts et bénéfices ;
- R4 : Projets de textes réglementaires portant création, missions et attributions de la nouvelle institution de gestion fiduciaire.
- R5 : Termes de référence de l'assistance technique juridique et de gestion financière pour accompagner la mise en place et ensuite les premières 5 années des opérations de l'Institution.

3. HYPOTHÈSES & RISQUES

3.1 Hypothèses qui sous-tendent le projet

3.2 Risques

4. CHAMP D'INTERVENTION

4.1 Généralités

4.1.1 Présentation du projet

Le développement qu'a connu le financement du système de santé depuis les dernières 5 années a amené une diversité (trop) importante de différents modèles et procédures de financement des Fosa et d'achat de services de santé qui risquent de créer des doubles financements (service de santé « acheté » par FASS/PBF/… et le même service « remboursé » par le biais d'une mutuelle).

La superposition de différents systèmes de financement pose déjà aujourd'hui le problème de savoir comment distinguer le service acheté/payé par le biais du paiement basé sur la performance, de celui qui est remboursé et payé par la mutuelle. Comment pourrait-on vérifier si un service a déjà été payé ou remboursé et par le biais de quel système aussi longtemps que les différents mécanismes de financement ne sont pas reliés et intégrés ?

Afin de le rendre soutenable à long terme et de pouvoir assurer une couverture sanitaire nationale, le défi des années à venir sera de développer et de consolider un nouveau modèle « intégré » de financement du système de la Santé. Ce nouveau modèle devra permettre d'institutionnaliser et donc pérenniser et d'aligner sous un modèle commun, unique et généralisé pour l'ensemble du territoire, les différents mécanismes existants déjà d'appui financier et technique au niveau national et intermédiaire ; ces mécanismes sont, entre autres, l'achat de services de santé initié sous les 9è et 10é FED dans 4 provinces, le financement basé sur la performance (PBF – Performance Based Financing) mis en place avec l'appui de la Banque mondiale dans 11 provinces et le paiement de services et soins de santé par des mutuelles de Santé qui sont de deux types, locales, comme c'est le cas dans certaines villes déjà (Boma, Goma, Kinshasa, Equateur et Beni – année de référence 2015) et institutionnelles telles que celui de la Police nationale congolaise, les enseignants, chacune appuyée par un partenariat avec une ONG telle que Medicus Mundi, WSM (World Solidarity / Solidarité mondiale), Limbourg, Namur, Rotary club, …) ; l'achat et l'approvisionnement en médicaments appuyé par plusieurs donateurs et mis en œuvre par plusieurs intervenants ; l'appui technique et financier aux DPS ; les grands investissements en infrastructures hospitalières et d'autres services de santé et les petits investissements pour la fourniture en matériel médical et pour la réhabilitation des hôpitaux et des centres de santé ; les campagnes de vaccination et de protection contre les maladies endémiques tels que le paludisme, le TBC, la lèpre, le VIH et des campagnes pour agir en cas d'épidémies contagieuses (variole, ..) et très contagieuses (EBOLA, ZIKA, …).

Le volume total des financements intérieurs et extérieurs qui est actuellement déjà très important et qui est grandissant (voir le nouveau plan quinquennal) implique également une forte augmentation des frais de gestion dont le financement n'est pas garanti sur le long terme ; par exemple, le contrat avec la GIZ (AGEFIN/CAG) se terminerait en février 2018[16]. La restructuration de la CAG est en cours mais la DAF n'a pas encore été créée. Le FDSS risque ne pas avoir les ressources propres nécessaires pour assurer sa pérennité s'il ne perçoit pas un nouvel appui financier au titre de subvention de fonctionnement. Cette évolution amène également une multiplication des intervenants dans le système de financement (FDSS, AGEFIN, différents FASS, autres partenaires qui seront contractés pour soutenir le mécanisme PBF (dans 11 provinces avec au moins un partenaire par province), des mutuelles de santé, des polycliniques et hôpitaux privés, une multitude d'ONG locales, nationales et internationales qui interviennent directement, etc.

Afin de pouvoir gérer au tant de ressources financières, celles actuellement mobilisées et celles qui sont prévues l'être dans les années à venir pour réaliser la stratégie décennale de construction d'infrastructures hospitalières modernes, et, à terme, pouvoir générer éventuellement d'autres ressources additionnelles sur les marchés financiers, par les mécanismes classiques de financement de l'investissement, la gestion fiduciaire devra nécessairement se professionnaliser et s'inspirer des mécanismes (process) et procédures des institutions financières de développement.

Les audits institutionnels et organisationnels de la CAG et du FDSS menés depuis 2013 jusqu'en 2016, ainsi que les différentes missions de monitoring et d'évaluation, ont conduit à proposer de créer une nouvelle institution de gestion fiduciaire qui regrouperait tous les initiatives et mécanismes de financement, sous une seule institution, pour devenir en quelque sorte une « Banque de développement des services de Santé ». Cette nouvelle institution regrouperait les mécanismes qui existent actuellement dans le but de les aligner et de les rendre compatible avec la législation nationale et les stratégies sectorielles nationales en matière de Santé publique et de réforme des Finances publiques. Elle devra disposer également d'une dimension d'expertise-conseil en matière de santé publique et en matière de développement des infrastructures sanitaires ; elle devra pouvoir agir encore plus indépendamment en matière de gestion financière que ceci est le cas actuellement par les intervenants présents actuellement, le FDSS, les FASS, la CAG et l'AGEFIN, les partenaires du PBF et inclure également la prise en compte des flux financiers générés par l'Etat congolais l'appui budgétaire et financier éventuel de l'Union européenne et d'autres organisations régionales et internationales (Banque mondiale, BAD, UNICEF, …) et d'aide bilatérale (CTB, Expertise France, AFD, Suèdes, Pays Bas, USAID, …), les mutuelles, les ONG nationales et internationales comme le Fonds Mondial, GAVI, PSI, MSF, l'Institut tropical d'Anvers, etc.

La présente étude aura comme objectif de formuler un plan d'action triennal, et, le cas échéant, après concertation avec le ministère de la Santé publique et toutes les parties prenantes et les PTF actif dans le domaine du développement du secteur de la Santé, des propositions d'ordre légal et réglementaire et d'ordre institutionnel et organisationnel pour répondre au besoin de créer un mécanisme pérenne de gestion fiduciaire pour le secteur de la Santé.

4.1.2 Zone géographique à couvrir

République démocratique du Congo.

4.1.3 Groupes cibles

L'ensemble des parties prenantes gouvernementales, non gouvernementales nationales et internationales et institutionnelles qui contribuent financièrement au développement du secteur de la Santé en RDC.

4.2 Activités spécifiques

Le projet sera réalisé en deux phases. Chaque phase faisant l'objet d'un atelier de restitution intérimaire au niveau supérieur gouvernemental et de l'administration incluant les représentants du Premier Ministre, du Ministre de la Santé publique et du Ministère des Finances et d'une procédure d'approbation par le GIBS après réception et intégration des commentaires.

[16] Ce qui reste à être confirmé car cela dépend d'une éventuelle extension de ce contrat de gestion

Phase 1

- Etude préalable documentaire, contacts avec les PTF et présentation du plan de travail (rapport préliminaire – une semaine après le démarrage de la mission) ;
- Rédaction et présentation de la Note d'Orientation stratégique (à présenter au GIBS – workshop d'une journée entière – présence requise des représentants gouvernementaux de niveau de direction politique et stratégique et des principaux bailleurs au niveau des décideurs) ;
- Développement et présentation du schéma institutionnel, juridique et organisationnel de la nouvelle institution de gestion fiduciaire ;
- Description détaillée de la gestion des flux financiers, du rapportage financier, de la gestion des risques fiduciaires et des procédures d'audit interne et externe, de la gestion documentaire ;
- Développement d'un modèle de coordination financière entre les différents mécanismes de financements des soins de santé au niveau des Fosa (hôpitaux et CS) y compris les mutuelles et tous les donateurs présents, nationaux, internationaux, publics et privés ;
- Atelier de concertation GIBS ;
- Approbation par le GIBS.

Phase 2

- Elaboration du Plan d'action opérationnel de la mise en place de la nouvelle institution de gestion fiduciaire ;
- Rédaction des projets de textes juridiques et réglementaires portant création, missions et attributions de la nouvelle institution de gestion fiduciaire
- Conception de l'organigramme fonctionnel et du cadre organique des postes ; description de tous les postes de travail
- Ebauche d'un manuel de procédures inspiré du manuel de procédures de la CAG, AGEFIN et FDSS ;
- Élaboration des indicateurs et mécanismes de suivi de la mise en œuvre ;
- Atelier de concertation et procédure d'approbation (GIBS)
- Rédaction des Termes de Référence de l'AT long terme (3 années au minimum)
- Rédaction du projet de Rapport final et du Rapport final
- Atelier de restitution et procédure d'approbation (GIBS)

Une attention particulière sera dédiée à la concertation régulière, si possible hebdomadaire, avec le Secrétaire général du MSP, en présence du Cabinet et des conseillers techniques principaux du Ministre de la Santé publique, et des hauts représentants et Conseillers techniques du Premier Ministre et du Ministre des Finances, qui constitueront une « task force ad-hoc » pour mener à bien le montage de la nouvelle institution fiduciaire.

4.3 Gestion du projet

4.3.1 Organe chargé de la gestion du projet

Secrétariat général du MSP/RDC

4.3.2 Structure de gestion

Comité technique du GIBS chargé du suivi de la gestion fiduciaire déléguée et de l'appui budgétaire

4.3.3 Moyens à mettre à disposition par le pouvoir adjudicateur et/ou d'autres intervenants

Un bureau pour 3 experts internationaux durant une période de 12 mois (janvier - décembre 2017) – minimum 10m²/expert.

5. LOGISTIQUE ET CALENDRIER

5.1 Lieu du projet

Kinshasa

5.2 Date de début et période mise en œuvre

La date prévue pour le début du projet est fixée au 1/1/17, pour une durée de 4 à 5 mois à partir de cette date. Se reporter aux articles 19.1 et 19.2 des conditions particulières pour la date de début réelle et la période de mise en œuvre.

6. BESOINS

6.1 Ressources humaines

Veuillez noter que les fonctionnaires et autres membres du personnel de l'administration publique du pays partenaire ou d'organisations internationales ou régionales basées dans ce pays, ne seront acceptés aux fonctions d'experts que si cela est dûment justifié. La justification doit figurer dans l'offre. Elle doit comporter une explication relative à la valeur ajoutée apportée par l'expert concerné ainsi que la preuve de son détachement ou de son congé pour raisons personnel.

6.1.1 Experts principaux

Le rôle des experts principaux dans l'exécution du contrat est crucial. Ces termes de référence définissent les profils requis pour les experts principaux. Le soumissionnaire doit fournir une déclaration d'exclusivité et de disponibilité pour les experts principaux suivants.

Expert principal 1: Expert en développement institutionnel (80hj en deux missions, dont 60 jours en RDC et 20 jours en résidence) ; Chef d'équipe – Catégorie 1

<u>Qualifications et compétences</u>
Exigence minimale: diplôme d'enseignement supérieur de niveau Master (bac +5) en sciences politiques ou administration publique ou tout autre domaine pertinent, ou en cas d'absence de diplôme une expérience professionnelle de minimum 17 années

<u>Expérience professionnelle générale</u>
Exigence minimale: au moins 12 années d'expérience en Management des organisations publiques et qualités des services publics

<u>Expérience professionnelle spécifique</u>
Exigence minimale: au moins 5 années d'expérience dans le domaine de la réforme de l'administration publique avec au moins deux expériences dans le secteur de la santé.

Atout: Expérience en conseil / assistance technique au secteur public ;

Atout: Expérience dans un pays présentant un contexte de développement similaire à celui de la RDC (selon le référentiel IDH).

<u>Compétence linguistique</u>
Exigence minimale : Très bonne maîtrise de la langue française parlée et écrite

Expert principal 2 : Expert en gestion fiduciaire, spécialisé dans la gestion de fonds institutionnels publics et institutions financières paraétatiques (80hj en deux missions dont 60 jours en RDC et 20 jours en résidence) – Catégorie 2

<u>Qualifications et compétences</u>
Exigence minimale: diplôme d'enseignement supérieur de niveau Master (bac +5) en économie, finances ou banque

Atout : une spécialisation dans le domaine de l'économie de la santé ou tout autre domaine pertinent, ou en cas d'absence de diplôme une expérience professionnelle de minimum 10 années dans le domaine de l'économie et le financement du secteur de la santé

<u>Expérience professionnelle générale</u>
Exigence minimale: au moins 12 années d'expérience dans le domaine des finances publiques

Atout : expérience dans le secteur bancaire privé ou public

<u>Expérience professionnelle spécifique</u>

Exigence minimale: une expérience dans le montage des systèmes de financement dans le secteur de la santé, par exemple dans une mutuelle de santé, un fonds pour le développement de service public (commune, éducation, santé …)

Atout: Expérience en conseil / assistance technique au secteur public ;

Atout: Expérience dans un pays présentant un contexte de développement similaire à celui de la RDC (selon le référentiel IDH).

Compétence linguistique
Exigence minimale : Très bonne maîtrise de la langue française parlée et écrite

Expert principal 3 : Expert en santé publique (33hj en une mission dont 30 jours en RDC et 5 jours en résidence) – Catégorie 2

Qualifications et compétences
Exigence minimale: doctorat en médecine

Atout : spécialisation en santé publique ou économie de la santé ou au moins 10 années d'expérience en santé publique

Expérience professionnelle générale
Exigence minimale: au moins 12 années d'expérience dans le domaine de la santé publique

Expérience professionnelle spécifique

Exigence minimale: au moins 5 années d'expérience en appui institutionnel et dans le domaine de l'économie de la Santé

Atout: Expérience avérée en planification, organisation et gestion des systèmes de Santé ;

Atout: Expérience dans un pays présentant un contexte de développement similaire à celui de la RDC (selon le référentiel IDH).

Compétence linguistique
Exigence minimale : Très bonne maîtrise de la langue française parlée et écrite

Expert principal 4 : Expert en droit public (33hj en une mission dont 30 jours en RDC et 5 jours en résidence) – Catégorie 2

Qualifications et compétences
Exigence minimale: diplôme d'enseignement supérieur de niveau Master (bac +5) en droit public ou administration publique ou tout autre domaine pertinent, ou en cas d'absence de diplôme une expérience professionnelle de minimum 17 années

Expérience professionnelle générale
Exigence minimale: au moins 12 années d'expérience en droit public

Expérience professionnelle spécifique
Exigence minimale: au moins 5 années d'expérience dans une administration financière publique ou une banque publique

Atout: Expérience en conseil / assistance technique au secteur public ;

Atout: Expérience dans un pays présentant un contexte de développement similaire à celui de la RDC (selon le référentiel IDH).

Compétence linguistique
Exigence minimale : Très bonne maîtrise de la langue française parlée et écrite

6.2 Bureaux

Le contractant doit mettre à la disposition de chaque expert engagé dans le cadre du contrat un bureau de 10 mètres carrés environ, d'un niveau correct.

Les frais de location des bureaux sont couverts par la provision pour dépenses accessoires. Le prix au mètre carré doit être conforme à celui demandé sur le marché local pour des bureaux d'un niveau correct.

6.3 Installations et équipement mis à disposition par le contractant

Le contractant doit veiller à ce que les experts disposent du matériel nécessaire et de ressources satisfaisantes, notamment en matière d'administration, de secrétariat et d'interprétation, pour pouvoir se consacrer pleinement à leur mission. Il doit également transférer les fonds nécessaires au financement des activités prévues au titre du contrat et s'assurer que le personnel est rémunéré régulièrement et en temps voulu.

6.4 Matériel

Aucun bien d'équipement ne sera acheté pour le compte du pouvoir adjudicateur/du pays partenaire au titre du présent marché de services ni transféré au pouvoir adjudicateur/au pays partenaire à la fin du contrat. Tout bien d'équipement qui devra être acheté par le pays partenaire pour les besoins du marché fera l'objet d'une procédure d'appel d'offres de fournitures distincte.

6.5 Dépenses accessoires

La provision pour dépenses accessoires couvre les dépenses secondaires et exceptionnelles éligibles encourues dans le cadre du marché. Elle ne peut pas être utilisée pour couvrir les coûts incombant au contractant au titre de ses honoraires, tels que définis ci-dessus. Son utilisation est régie par les conditions générales et les notes de l'annexe V du contrat. Elle couvre:

- les frais de déplacement et les indemnités de séjour versés pour des missions effectuées, en dehors du lieu d'affectation, dans le cadre du présent marché. Si cela est applicable, indiquer si la disposition comprend des mesures environnementales, par exemple, la compensation CO2 ;
- location de bureaux ;
- organisation des ateliers de concertation.

La provision pour dépenses accessoires s'élève à 85.000 euros pour le présent marché. Ce montant doit être inclus sans modification dans le budget ventilé.

Des indemnités de séjour peuvent être payées pour des missions effectuées par les experts autorisés du contractant en dehors de leur lieu d'affectation, lorsque ces missions ont été prévues dans les présents termes de référence ou approuvées par le pouvoir adjudicateur.

L'indemnité journalière est une somme forfaitaire maximum couvrant les frais quotidiens de séjour. Ces derniers comprennent l'hébergement, les repas, les pourboires et les déplacements locaux, y compris les déplacements de et vers l'aéroport. Les frais de taxi sont, par conséquent, inclus dans l'indemnité journalière. Les indemnités journalières sont payables en fonction du nombre d'heures passées en mission par les experts autorisés du contractant au cours des missions effectuées par les experts en dehors de leur lieu d'affectation. L'indemnité journalière est payable si la mission dure au moins 12 heures. L'indemnité journalière est payable à hauteur de 50 % du montant forfaitaire pour une mission de 12 heures, ou à hauteur de 100% pour une mission de 24 heures. Toute indemnité de séjour versée pour des missions effectuées dans le cadre du présent marché ne doit pas dépasser les taux des indemnités journalières en vigueur au début de chaque mission tels que publiés sur le site Internet :

http://ec.europa.eu/europeaid/perdiem_en

Le pouvoir adjudicateur se réserve le droit de refuser de payer l'indemnité journalière si le temps de transport si l'expert n'a pas emprunté la route la plus directe et le tarif le plus économique.

L'autorisation préalable du pouvoir adjudicateur n'est pas nécessaire pour l'utilisation de la provision pour dépenses accessoires.

Le contrat ne prévoit aucun coût forfaitaire.

6.6 Vérification des dépenses

n/a

7. RAPPORTS

7.1 Rapports obligatoires

Intitulé du rapport	Contenu	Délai de soumission
Rapport préliminaire	Analyse de la situation existante et plan de travail du projet	Au plus tard une semaine après le début de la mise-en-œuvre
Cinq (5) livrables ▪ Note d'orientation ▪ Schéma organisationnel ▪ Plan d'Action de mise en œuvre ▪ Projets de textes ▪ Termes de référence de l'Assistance technique		A la fin de chaque phase
Projet de rapport d'activités final	Brève description des réalisations en ce-compris les problèmes rencontrés et les recommandations	Au plus tard un mois avant la fin de la période de mise-en-œuvre
Rapport d'activités final	Les problèmes rencontrés, les recommandations, une facture finale et le rapport final.	Endéans le mois de la réception des commentaires du gestionnaire du projet identifié dans le contrat, sur le projet de rapport d'activités final.

7.2 Présentation et approbation des rapports

Un exemplaire au gestionnaire du projet indiqué dans le contrat. Ils devront être rédigés en français. L'approbation de ces rapports d'activité incombe au gestionnaire du projet identifié dans le contrat.

En gestion directe, selon la pratique standard, le pays partenaire doit être impliqué dans les commentaires et l'approbation des rapports. En l'absence de commentaires ou d'approbation par le pays partenaire dans le délai imposé, les rapports sont censés être approuvés.

8. SUIVI ET ÉVALUATION

8.1 Définition d'indicateurs

L'approbation par le GIBS de chacun des cinq livrables et du Rapport final constituera l'indicateur de performance et d'atteinte des objectifs du projet.

- Note d'orientation stratégique sur le financement du secteur de la Santé en RDC ;

- Schéma institutionnel, juridique et organisationnel de la gestion fiduciaire de l'ensemble des financements orientés vers le système de la Santé publique en RDC ;
- Plan d'action pour la mise en place d'une nouvelle institution nationale de gestion fiduciaire pour la Santé et évaluation des coûts et bénéfices ;
- Projets de textes réglementaires portant création, missions et attributions de la nouvelle institution de gestion fiduciaire ;
- Termes de référence de l'assistance technique juridique et de gestion financière pour accompagner la mise en place et ensuite les premières 5 années des opérations de l'Institution.

L'approbation des livrables ne nécessité pas que le GIBS dans son ensemble ou chaque membre du GIBS individuellement doit absolument être d'accord sur et approuver chacune des recommandations ou propositions formulées. La mise sur pieds de la nouvelle institution de gestion fiduciaire incombera sans équivoque et uniquement de la responsabilité gouvernementale.

8.2 Exigences particulières

n/a

9. Budget indicatif

	To the attention of		Request …
	European Union Delegation to …		dated: …

OFFER OF …

To be implemented by <name(s) of consortium member(s)>

Lot n° 7, 11 or 8

FRAMEWORK CONTRACT BENEFICIARIES 2013 - EuropeAid/132633/C/SER/Multi

1. FEES IN €

	Name of the expert	Position	Availability	Category	Fee rate	Number of working days	TOTAL PRICE
1,1		Expert en développement institutionnel - chef de mission	09-01-2017	I	920,00	80	73.600,00
1,1		Expert en gestion fiduciaire	09-01-2017	I	920,00	80	73.600,00
1,1		Expert en santé publique	09-01-2017	I	920,00	35	32.200,00
1,1		Expert en droit public	09-01-2017	I	920,00	35	32.200,00
						230	**211.600,00**

2. LUMP SUMS IN €

	TOTAL OF LUMP SUMS	**0,00**

3. INCIDENTAL EXPENDITURE IN €

		Unit Price	Quantity	TOTAL PRICE
3,1	**Travel costs**			
	International travel costs	2.000,00	6	12.000,00
	Visa costs	200,00	8	1.600,00
3,2	**Per diems**			
	Per diems key expert	263,00	252	66.276,00
3,3	**Other limitatively identified reimbursable costs**			
	Workshop costs	1.200,00	1	1.200,00
	Local travel	4.000,00	1	4.000,00
	(maximum 85.000€) TOTAL OF INCIDENTAL EXPENDITURE			**85.076,00**

4. EXPENDITURE VERIFICATION PROVISION IN €

4,1	**Expenditure verification**			**0,00**
	(maximum 299.999€) GRAND TOTAL			**296.600,00**

PLACE, DATE & SIGNATURE:

ANNEXES:

Annex 1 - Methodology and Organisation

Annex 2 - CVs & Statements of experts

FOOTNOTES:

1	The definitions of **FEES, WORKING DAYS, INCIDENTAL EXPENDITURE, TRAVEL COSTS** and **PER DIEMS** are laid down in the Global Financial Offer.
2	**LUMP SUMS**: a fee based Specific Contract may include activities paid on the basis of lump sums. If activities paid under lump sums are required, these are identified in the Specific ToR and detailed in the budget breakdown.
3	**OTHER REIMBURSABLE COSTS:** Other reimbursable costs identified in the Specific ToR may cover services such as interpretation or translation services, or other items such as rental of (equipped) training facilities, documentation, wrap-up meeting organisation, adhoc legal advice, laboratory tests etc. In case they cannot be identified upfront (e.g. laboratory tests which have to be identified and executed during an audit mission), they may be defined as a provisional sum in the Specific ToR, so that it is identical for the 3 framework contractors.
4	**EXPENDITURE VERIFICATION PROVISION**: If an expenditure verification is required under the Specific Contract, a provision will be determined in the Specific ToR.
5	CONTINGENCIES: AI+A1:K46l items proposed by the Framework Contractor and accepted by the Contracting authority must be specified in the financial offer. The latter cannot contain any contingency for undefined items.

Nos remerciements à toute l'équipe du FDSS pour son accueil chaleureux et l'excellente coopération !

La réunion de restitution avec le Conseil d'Administration du FDSS et la DUE