

SPECIFIC TERMS OF REFERENCE

Evaluation finale prospective du projet 2011/266-702 « Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population du district sanitaire d'Aru (Ituri) en assurant la qualité des soins de santé primaires »

**FWC BENEFICIARIES 2013 - LOT 8: Santé
EuropeAid/132633/C/SER/multi**

1. INFORMATIONS GENERALES:

La République Démocratique du Congo est un immense pays (2.34 millions km², plus de la moitié de la superficie des pays de l'Europe-28), avec une population de 64.7 millions d'habitants (Nations Unies 2008), mais un revenu par tête parmi les plus faibles du monde (140 \$US / an en 2007 selon la Banque mondiale). Après des décennies de mauvaise gouvernance et de conflits, le referendum constitutionnel de 2005 et les premières élections libres et démocratiques depuis plus de quarante ans, organisées en 2006, ont permis à la République Démocratique du Congo d'entrer dans une phase de légalité démocratique. Les élections de 2011 qui se sont déroulées qu'au niveau législatif et présidentiel n'ont apporté de sérénité puisque beaucoup de contestations ont été enregistrées par rapport aux résultats finaux. La RD Congo se prépare désormais à organiser de nouvelles élections à tous les échelons (locales, provinciales, législatives présidentielles) pour l'année 2015-2016.

L'économie de la RDC sort dévastée de cette période prolongée d'instabilité. Alors que 80 % de la population vit en milieu rural et que le pays bénéficie de conditions naturelles très favorables, l'agriculture est réduite à des activités de subsistance et sa productivité est parmi les plus faibles d'Afrique. Les déplacements massifs de population dus à l'insécurité permanente et l'absence de voies de communication qui permettraient l'accès aux marchés, notamment urbains, ont sinistré le secteur agricole. Les cultures de rente, qui représentaient 40 % de la valeur des exportations en 1960, ne jouent plus qu'un rôle marginal suite à l'abandon d'une grande partie des plantations. Alors que la RDC est le premier pays d'Afrique pour la surface de ses forêts, son secteur forestier contribue seulement à hauteur de 10 % au PIB.

Depuis la fin des hostilités en 2002-2003, l'activité économique a repris grâce à une meilleure gestion macro-économique, la mise en place d'une série de réformes consacrant la libéralisation des secteurs miniers et pétroliers et la publication d'un nouveau Code des Investissements. Cette stabilité retrouvée a permis la reprise du commerce extérieur. Les exportations de biens et services se sont redressé de façon spectaculaire pour atteindre 45% du PIB en 2007 (contre 21% en 2002) tandis que les importations ont augmenté sensiblement dans les mêmes proportions. Avec la reprise des investissements dans le secteur minier et la forte hausse des activités des secteurs de la construction et des télécommunications, la croissance de l'économie tourne autour de 6% depuis quelques années. Pour 2008 et 2009, les prévisions portaient même sur un taux de croissance autour de 10%. Mais la crise économique et financière mondiale et ses répercussions sur la RDC ont amené une révision drastique à la baisse. Pour 2009, les prévisions de croissance du PIB sont tombées à 2,7 %, alors que l'inflation s'est fortement accélérée (18% en moyenne annuelle pour 2008 et 41,6% projetés pour 2009). L'atteinte du point d'achèvement du programme des Pays très Pauvres très Endettés (PPTE), le 1^{er} juillet 2010, a permis à la RD Congo de bénéficier d'une annulation des dettes de plus de 10 milliards de dollars. Depuis cette période à nos jours les résultats macroéconomiques de la RD Congo n'ont cessé de s'améliorer. Le taux de croissance pour l'année 2014 est ainsi arrêté à 8,7 %. Au niveau de l'indice de développement humain, elle a gagné 13 places en 2015 passant de la 187^{ème} à la 174^{ème} place.

Les bonnes performances économiques de ces dernières années restent cependant largement en deçà de l'immense potentiel du pays. Les exportations sont fortement concentrées sur les produits miniers, sans transformation, ce qui rend l'économie très vulnérable aux variations des cours mondiaux. Le contexte des Accords de Partenariat Economique (APE) renforce la nécessité pour la RDC de s'intégrer davantage dans l'économie régionale et mondiale. Mais ce contexte constitue également une

incitation pour mettre en œuvre une série de réformes afin de rendre l'économie plus compétitive. La RDC a décidé récemment de joindre le groupe de négociations de l'Afrique Centrale et les travaux pour aboutir à un Accord de Partenariat entre l'Union Européenne et cette région sont en cours. Indépendamment du Programme Indicatif Régional (PIR) qui doit accompagner la mise en œuvre du futur APE de l'Afrique Centrale, la RDC a intérêt à initier des réformes, sur le plan national, dans quatre domaines importants pour sa compétitivité. Le climat des affaires évolue en dents de scie, puisque malgré qu'elle soit citée comme l'un des pays les plus réformateurs du monde par le Doing Business 2015, la RD Congo n'a pas évolué dans le classement. Il existe un sérieux gap entre l'adoption de ces réformes et leur application effective.

Sur le plan sanitaire, le système de santé est organisé autour de trois niveaux. (i) Le niveau central qui définit les stratégies, les normes et les directives et assure le suivi et la mise en œuvre des politiques des politiques à travers un encadrement et contrôle de conformité. Ce niveau comprend le cabinet du ministre, le secrétariat général à la santé avec 13 directions et 52 programmes. (ii) Le niveau intermédiaire qui assure un rôle d'encadrement technique, le suivi et la traduction des directives, stratégies et des politiques sous forme d'instructions et de fiches techniques pour faciliter la mise en œuvre des activités au niveau des Zones de Santé. Actuellement, Il compte 11 Divisions Provinciales de la Santé (DPS) et 65 Districts Sanitaires. Avec la réforme administrative en cours, le nombre des Divisions Provinciales de la Santé devrait passer de 11 à 26 prenant en compte les bureaux de coordination provinciale de la lutte contre le VIH et de la Tuberculose. (iii) Le niveau périphérique est chargé de la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé les directives des programmes nationaux, y compris les activités communautaires, sous la supervision et l'encadrement technique et logistique du niveau intermédiaire. Ce niveau comprend :

- 516 ZS dont 424 disposent d'hôpitaux généraux de référence (HGR) ;
- 8.505 aires de santé planifiées dont 8.266 disposent d'au moins un centre de santé (CS). Au total, il y a 8266 CS, dont 7.520 disposent d'une maternité ;
- Parmi les HGR et les CS, 1.522 ont intégré le paquet minimum d'activité (PMA) de la Tuberculose (TB); ces derniers sont appelés centre de diagnostic et de traitement de la TB (CSDT) et sont présents dans 516 ZS. Pour le VIH, 1791 Formations sanitaires (FOSA) ont intégré le paquet de Prévention de la Transmission de Mère à l'Enfant (PTME) ; 844 d'entre eux assurent des prestations de TARV dans 353 ZS sur le 516.

Il est important de noter que le système de santé décrit ci-dessus intègre également des formations sanitaires du secteur privé à but non lucratif (services de santé d'organisations non gouvernementales et d'organisations confessionnelles religieuses). Ces FOSA sont assujetties aux mêmes obligations de prestations de services, de suivi et d'évaluation. Selon le plan national de développement sanitaire (PNDS) 2011-2014, le nombre de médecins pour 10.000 habitants varie d'une province à une autre avec une moyenne de 0.2 médecins.

En 2006, le ministère de la santé a adopté une nouvelle stratégie de renforcement du système de santé. En termes de stratégie de mise en œuvre, le PNDS est une déclinaison de la stratégie de renforcement du système de santé (SRSS) dont il reprend l'ensemble des principes. Le PNDS mais aussi la SRSS nouvelle version indiquent que la période des 10 ans à venir doit se focaliser sur un certain nombre de points techniques :

- Le renforcement de la gouvernance locale notamment à travers un pilotage provincial plus efficient (mise en place des DPS ; réorganisation administrative, etc.) ;
- Le développement des Ressources Humaines à tous les niveaux ;
- La rationalisation du sous-secteur du Médicament, en particulier la régulation et l'approvisionnement
- Le développement de la fonction financement : création de SWAP et de basket funding provinciaux ;
- L'introduction de mécanismes d'accès universel aux soins : il s'agit en particulier de poursuivre l'expérimentation des financements innovants, notamment ceux basés sur l'offre (financements en output ou à la performance : voir les expériences des projets de l'UE - PS/9FED et PAPNDS-, de la CTB (Kisantu), de la BM (Katanga) et des ONG (Katana), ou de la demande -mutuelles, Fonds d'équités).

- La capitalisation du secteur

Les principales contraintes liées au système de santé :

Les principales contraintes liées au système de santé empêchant la mise en œuvre effective du PNDS et des programmes nationaux concernent les thématiques suivantes:

(i) la gouvernance, la faible coordination et collaboration entre différentes directions du ministère de la santé publique y compris les programmes spécialisés concernés se traduit par des délais longs dans l'adoption et la mise en œuvre des stratégies et politiques sectorielles, ce que se traduit par la multitude des instructions parfois contradictoires au niveau des structures de mise en œuvre et une multiplicité des outils ainsi que données à produire ;

(ii) les ressources humaines pour la santé : insuffisance des effectifs du personnel de santé (en moyenne, on compte 0,2 médecin pour 10 000 habitants et 9 infirmiers pour 10 000 habitants (PNDS 2011-2015, page 36) et une mauvaise répartition des personnels de santé en général entre le milieu urbain et rural consécutive à l'insuffisance dans la mise en œuvre de la politique de gestion et du plan de développement des ressources humaines (instabilité du personnel) ;

(iii) le financement de la santé : le budget de l'Etat consacré au secteur santé (7,82%, rapport Programme des Comptes nationaux de la santé 2012) reste inférieur aux recommandations des dites assises d'Abuja (15%), bien que signataire de la « Déclaration », aussi le financement du secteur demeure fortement dépendant de l'extérieur. Le financement du système de santé est assuré par l'Etat, les entreprises privées et publiques, les ménages et les partenaires techniques et financiers. Comme le montrent ces chiffres, la contribution des ménages au financement du système de santé est importante. Ils payent directement les frais des services et des soins vu qu'il n'existe pas de système d'assurance-maladie et de mutuelles de santé. Toutefois certaines prestations notamment la vaccination, le TARV, la prise en charge de la TB, le traitement de la trypanosomiase et l'onchocercose, sont gratuites.

(iv) Non fonctionnalité du système national d'approvisionnement en médicaments essentiels (SNAME, PNAM), ce qui entraîne la non maîtrise des besoins nationaux par le système en place, les ruptures de stocks récurrentes dans les services de santé et les coûts élevés des transactions logistiques et administratives ;

(v) les infrastructures, équipements/matériels, laboratoires et nouvelles technologies : la vétusté des infrastructures et des équipements, insuffisance en équipements médicaux et de leur maintenance, la faible couverture des populations en activités de laboratoires avec notamment faible couverture en nouveaux outils de diagnostic, de même que l'absence d'une unité capable d'évaluer la résistance du VIH aux ARV ;

(vi) l'information sanitaire : la faible performance du système national d'information sanitaire a conduit à la fragmentation du système d'information selon le besoin de chaque programme.

Les systèmes spécifiques à chaque programme connaissent eux aussi des dysfonctionnements tels que le manque de supports de collecte, la multiplicité des informations à collecter et l'incoordination au niveau des points de prestations des services ; l'insuffisance d'analyse et de validation des données à tous les niveaux ; l'absence d'outil informatique pour la gestion des données en général et incapacité du système à assurer la gestion de la file active des PVVIH et l'absence d'archivage et d'appropriation des données produites en vue de la planification et de la prise de décision pour action ;

(vii) En ce qui concerne le pilier prestation des services, la plupart des structures sanitaires ne disposent pas d'infrastructures et d'équipements nécessaires pour l'offrir les services de qualité du fait de l'insuffisance des ressources financières dédiée à la santé. En outre, dans les structures sanitaires existantes, l'absence d'intrants utiles à la prise en charge des cas réduit la qualité des services offerts entraînant ainsi une faible utilisation des services existants.

Situation sanitaire de la République Démocratique du Congo :

La situation sanitaire de la RDC reste dramatique, comme le montrent les valeurs des indicateurs de l'état des lieux du secteur de la santé menée en 1998 ou telle qu'indiquée par les données de l'enquête MICS2 en 2001, l'enquête réalisée dans les Zones de Santé SANRU en 2002, celle menée dans les Zones de Santé appuyées par la Banque Mondiale dans le cadre de PMURR/BCECO (2002-

2003), l'Enquête Démographique et de Santé menée en 2007, le MICS 2010 puis et l'Enquête Démographique et de Santé menée en 2013-2014. Le taux de mortalité est extrêmement élevé parmi les populations affectées par les conflits armés : on estime à 3.8 millions le nombre de décès attribuables à la guerre depuis 1997. La mortalité infanto juvénile est passée de 148 à 104 décès/1000 naissances vivantes entre 2007-2014 et la mortalité infantile est passée de 126 p 1000 en 2005, à 62 en 2007 puis à 49 en 2014.

En ce qui concerne la santé maternelle, le ratio de mortalité maternelle est de 850 décès/ 100 000 naissances vivantes (EDS 2013-2014) après avoir atteint un niveau record de 1.289 en 2001 (MICS2). Les CPN ont progressé de 68% en 2001 (enquête MICS2) à 85% en 2013-2014 (EDSRDC) mais avec de grandes disparités selon les provinces et en fonction du niveau de l'instruction de la mère. 80 % des naissances se sont déroulées avec l'assistance de personnel formé alors que ce n'était le cas que de 61 % en 2001 (MICS2). La prévalence du VIH chez les femmes enceintes fréquentant les services de consultation prénatale est de 4,3% (PNLS, 2008).

La population congolaise est exposée au paludisme endémique. La prévalence de la fièvre chez les enfants de moins de 5 ans est de 30% tandis que la couverture en moustiquaires imprégnées d'insecticide est de 70% et la couverture en Traitement Préventif Intermittent est de 48% (EDS 2013-2014). Parmi les maladies transmissibles, l'incidence annuelle des Tuberculoses Pulmonaires à Microscopie Positive (TPM+) en RDC était de 160 cas/100.000 habitants en 2003 (OMS).

Le niveau de prévalence du VIH SIDA reste élevé : la prévalence du VIH chez les femmes enceintes fréquentant les services de consultation prénatale est de 4,3% (PNLS, 2008). L'épidémie se caractérise par une féminisation, juvénilisation et ruralisation progressives.

La RDC est enfin en proie à de multiples et répétitives situations d'urgence. C'est le cas notamment des épidémies - coqueluche, choléra, virus d'Ebola, de poliomyélite, et de rougeole -, des tremblements de terre, des éruptions volcaniques, des conflits armés, la violence sexuelle et sexualisée 'endémique', des accidents de train et d'avions, etc. En fait, l'analyse de toutes ces situations a montré que la santé et la vie des populations ont toujours été mises à risque dans le pays malgré des récents progrès.

Problèmes du système de santé en République Démocratique du Congo :

Problématique du système de santé en RDC au niveau opérationnel:

Les plans de développement et d'action des ZS quand ils sont élaborés, sont régulièrement perturbés voire supplantés par ceux des programmes spécialisés et des projets qui répondent à leur propre planification, faute d'harmonisation avec celle de la Zone de Santé.

L'offre en soins de qualité reste toujours aléatoire et précaire comme en témoignent les faibles taux d'utilisation des services. Cette situation est liée aux difficultés des Equipes Cadres de Zones de Santé à faire prévaloir leur plan de développement et à entreprendre et mener à bien l'incontournable processus de rationalisation des services.

La couverture sanitaire se caractérise de plus en plus par une multiplication incontrôlée de structures de soins dont l'autorisation d'ouverture échappe entièrement aux Equipes Cadre des Zones de santé. Ce phénomène est accentué par l'absence de planification de la formation des professionnels de la santé qui, faute de tenir compte des besoins, amène sur le marché un nombre pléthorique de personnels de santé. Ce sont très souvent les services de santé gérés par le réseau privé associatif (confessionnel, ONG) ou d'entreprises qui sont en mesure d'assurer une offre de soins les plus proches des normes de qualité. Ceci est principalement dû à une meilleure observance à leur niveau des bonnes pratiques de gestion et d'organisation des services.

Problématique du système de santé en RDC au niveau intermédiaire :

Le niveau intermédiaire est en cours de restructuration pour donner lieu à des Divisions Provinciales de la Santé rationalisées, telle que proposées par la SRSS. Les actions menées en ce sens sont confrontés à une inertie face aux changements, notamment en ce qui concerne la rationalisation d'effectifs largement excédentaires et l'intégration des fonctions de coordination des programmes de lutte contre des problèmes de santé spécifiques. C'est ainsi que les activités menées par les

coordinations provinciales des programmes spécialisés sont toujours prédominantes et se font au détriment des fonctions d'encadrement global et d'appui méthodologique que le personnel des DPS devrait apporter au développement des Zones de Santé.

Problématique du système de santé en RDC au niveau central :

La réforme administrative visant entre autres la restructuration du cadre organique du MSP, entamée en 2007, semble encore loin aboutir aux changements attendus. Malgré les importants investissements consentis par les PTF pour soutenir ce processus, ce constat d'immobilisme institutionnel est le reflet d'un déficit organisationnel se manifestant par une incapacité à traduire les intentions de changement en décisions et à en assurer ensuite l'application.

Les réformes encouragées par le programme d'appui de l'UE contribuent à adresser des réponses aux contraintes relatives notamment au pilotage d'un système de santé et d'approvisionnement des provinces d'un si grand pays. Ces réformes sont nécessaires pour aider à moderniser le système, assurer une plus grande couverture de soins et poser les premiers jalons pour le développement d'une assurance maladie universelle (AMU).

Le projet:

Le projet « Contribuer à l'amélioration l'état de santé de la population du district sanitaire d'Aru (Ituri) en assurant les soins de santé primaires de qualité » devait apporter une réponse aux problèmes du système de santé dans le district sanitaire d'Aru en Ituri qui compte une population de 1.832.000 hab. (selon données SNIS 2010).

Ces zones de santé sont issues du PS 9^{ième} FED santé (2006-2010). Par la suite, elles n'ont pas été prises en charge par l'enveloppe A du 10^{ième} FED (PAPNDS) suite à l'évaluation du PS 9^{ième} FED santé qui a estimé qu'un travail de développement ne pouvait pas se faire dans une zone d'insécurité. Pour ne pas perdre les acquis, elles ont été financées par l'enveloppe B du 10^{ième} FED (Programme d'appui au plan national de développement sanitaire) à travers un contrat de subvention avec l'ONG Malteser présente sur le terrain depuis longtemps malgré la situation d'insécurité.

Signé en juin 2011 pour une durée de 36 mois, ce projet avait comme objectifs spécifiques :

- OS1 : Le système d'approvisionnement en médicaments essentiels génériques à travers la Centrale de Distribution Régionale, assisté par le Fond d'Achat des Services de Santé et les Equipes Cadre des Zones de santé est renforcé.
- OS2 : La fonctionnalité des Hôpitaux Généraux de Référence d'Adi, Aru, Logo, Nyarambe et Ngote/Rimba selon leurs attributions dans la Stratégie de Renforcement du Système de Santé est rehaussée.
- OS3 : Les Equipes Cadre des Zones de santé d'Aru, Adi, Logo, Nyarambe et Ngote sont rendus fonctionnelles et performantes.
- OS4 : La participation communautaire dans l'amélioration des services est rehaussée.

Pour atteindre ces objectifs, les résultats suivants étaient attendus:

- OS1R1: L'approvisionnement sans ruptures en médicaments essentiels génériques des Formations Sanitaires du District Sanitaire d'Aru à prix abordable par un service de qualité est assuré.
- OS1 R2: La modération du flux financier des médicaments essentiels génériques par l'Etablissement d'Utilité Publique nommé le Fond d'Achat des Services de Santé est assumée.
- OS1 R3: Le contrôle technique du circuit des médicaments essentiels génériques par les Equipes Cadre des Zones de santé est assuré.
- OS2 R1: 5 Hôpitaux Généraux de Référence sont performants en autogestion et en services de qualité.
- OS2 R2: Les infrastructures des Hôpitaux Généraux de Référence de Logo, Adi, Aru, Nyarambe et Ngote sont complétés par des bâtiments manquants à présent, avec des équipements complémentaires, pour le renfort des parcours de soins.

OS2 R3: Au niveau des Zone de Santé d'Aru et Logo l'intégration des Equipes Cadre des Zones de santé dans les Hôpitaux Généraux de Référence est achevée.

OS2 R4: À Aru et Logo, la pharmacie des Hôpitaux Généraux de Référence est renforcée et préparée pour assumer le rôle futur de pharmacie zonale.

OS3 R1 : Les ECZ maîtrisent la planification et gestion de leurs zones.

OS4 R1: Les structures de la participation communautaire des zones cibles s'impliquent dans la planification et dans la réalisation du développement de leurs aires de santé.

Les objectifs et résultats du contrat de subvention contribuent à la réalisation des objectifs et résultats de la convention de financement qui sont :

L'objectif spécifique est d'améliorer l'accessibilité et la qualité de l'offre des services curatifs-préventifs-promotionnels dans les 13 zones de santé ciblées du district sanitaire de Aru.

Les Résultats escomptés sont

Les résultats du Programme National de Développement Sanitaire auxquels le projet contribuera principalement sont :

Dans le cadre de l'axe 1 : Développement des zones de santé

1) La couverture de la population par les soins et les services de santé de qualité est augmentée de 30%.

2) Le taux d'utilisation des services curatifs est augmenté de 25%.

Dans le cadre de l'axe 2 : renforcement des piliers du système de santé

3) La disponibilité du médicament est assurée dans l'ensemble des ZS

4) 80% de la population ont accès financièrement aux médicaments essentiels et génériques en 2015.

Les groupes cibles de ce projet incluent les bénéficiaires finaux et intermédiaires ainsi que les partenaires administratifs qui concourent à son exécution. Le bénéficiaire final est constitué par la population du district sanitaire d'Aru, surtout les groupes cibles tels que les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes ainsi que les enfants de moins de 5 ans. Les bénéficiaires intermédiaires sont les acteurs des formations sanitaires, les équipes cadre des zones de santé, le fonds d'achat des services, les Comités de Santé, les acteurs de l'inspection du district sanitaire ainsi que la Centrale de Distribution Régionale des médicaments.

Pendant la phase de mise en œuvre, le projet a connu deux avenants ayant entraîné une prolongation de durée (du 30/06/2014 au 31/12/2014 puis du 1/01/2015 au 15/02/2015). La Convention de Financement prévoit une évaluation finale pendant la phase de clôture. Le bénéficiaire et la Commission analyseront les conclusions et les recommandations de l'évaluation et décideront d'un commun accord de l'action à mener à la suite de celles-ci.

2. DESCRIPTION DE LA PRESTATION

➤ Objectif général

Les objectifs auxquels les prestations contribueront, correspondent aux engagements du gouvernement de la RDC soutenus par ses partenaires au développement. Il s'agit de :

- au niveau global: "lutter contre la pauvreté en favorisant une croissance inclusive et durable, bénéficiant à la population et préservant les ressources naturelles renouvelables" de la RDC, selon le Document de Stratégie de la Croissance et de la Réduction de la Pauvreté 2 (DSCR2) de la RDC.
- au niveau sectoriel: «contribuer à l'amélioration de la santé de la population congolaise dans le contexte de lutte contre la pauvreté". L'objectif principal du Plan National de Développement Sanitaire 2011 - 2015¹ (PNDS), s'inscrit dans ce cadre.

➤ Objectifs particuliers:

L'objectif spécifique est :

-Evaluer la performance du projet et son impact sur les résultats et objectifs attendus ainsi que proposer une stratégie d'intervention pour le 11 FED dans les 7 zones de santé retenues dans le cadre de l'appui "bridging" 11 FED (Adi, Aru, Logo, Ariwara, Ngote, Aba et Faradje).

Plus particulièrement:

- Déterminer les points forts, les points faibles, les opportunités ainsi que les contraintes du projet.
- Formuler les recommandations pour améliorer la prise en charge sanitaire des DPS dans un contexte de transition entre urgence, réhabilitation et développement.

Cette évaluation a une visée prospective: elle devra recueillir des éléments pertinents pouvant alimenter les réflexions pour le 11^{ème} FED et notamment l'opportunité d'intégrer ou non ce programme dans l'appui structurel au secteur de la santé.

➤ Prestations requises et livrables attendus

Le résultat attendu est un rapport d'évaluation contenant une analyse et une conclusion sur les acquis, les points forts, les points faibles de la mise en œuvre du projet. Une recommandation opérationnelle devra accompagner chaque conclusion. Il est aussi attendu de fournir une stratégie pour le 11 FED dans les 7 ZS couvertes par l'appui actuel de la facilité "bridging" 11 FED (Adi, Aru, Logo, Ariwara, Ngote, Aba et Faradje) en étroite collaboration avec l'équipe de formulation du 11 FED (contrat avec Evaplan, chef d'équipe Dr Remo Meloni).

En termes spécifiques, l'évaluation devra se concentrer sur les points suivants (liste non-exhaustive):

La pertinence du programme

L'étude évaluera dans quelle mesure les objectifs envisagés par le programme lors de sa conception répondaient correctement aux problèmes identifiés et/ou aux besoins réels des institutions bénéficiaires. Les faiblesses et points forts au niveau de la conception du programme seront ainsi relevés.

Dans ce cadre, l'étude analysera également la pertinence du montage institutionnel du programme (l'ancrage et les parties prenantes chargées de la mise en œuvre). L'évolution du contexte (politique, économique, social, institutionnel) et ses conséquences sur le déroulement du programme devront également être passées en revue. L'évaluation devra analyser aussi dans quelle mesure le programme s'harmonise avec les autres interventions de l'Union européenne et des autres partenaires au développement.

L'efficience du programme

L'étude évaluera la relation entre les différentes activités menées dans le cadre du programme, les ressources disponibles et les résultats déjà atteints et prévus. La question centrale qui se pose est: "le programme a été réalisé de manière optimale?" Les méthodes choisies pour la mise en œuvre, ont permis d'atteindre les résultats voulus ? Les moyens mis à disposition ont été en adéquation avec les résultats atteints à cette étape ?

L'étude apportera une appréciation sur le coût des moyens mis à disposition et les activités à mettre en œuvre. Elle analysera l'organisation spécifique du programme, la qualité de la gestion quotidienne, les actions menées par les différents acteurs, la capacité de gestion et d'adaptation des gestionnaires par rapport aux activités, aux résultats attendus et atteints.

L'efficacité du programme

Cette analyse doit estimer dans quelle mesure le programme a obtenu les résultats escomptés et dans quelle mesure les objectifs du programme sont atteints. L'évaluation doit déterminer dans quelle mesure les résultats contribuent à la réalisation des objectifs. Entre autre, l'analyse devra répondre aux questions suivantes:

- le programme a-t-il contribué à:
 - i) renforcer le système d'approvisionnement en médicaments?
 - ii) renforcer le système de financement de la Province orientale?
 - iii) l'amélioration de la qualité des soins des formations sanitaires ciblées?
 - iv) la rationalisation des services de santé ciblés ?
 - v) renforcer le pilotage des zones de santé par les équipes cadre des zones de santé ?
 - iv) renforcer l'encadrement des équipes des zones de santé par le district provincial ?

L'impact du programme

Cette analyse devrait donner une appréciation sur l'impact possible des actions menées, ainsi que sur les actions à entreprendre afin d'établir une base adéquate pour que les bénéfices se poursuivent à long terme (après la fin du programme). L'analyse doit être qualitative et, si possible, quantitative.

La viabilité du programme

Ce critère permet de déterminer si les résultats positifs du programme sont susceptibles de perdurer après que les financements externes aient pris fin. Les dispositifs mis en place pour atteindre les objectifs du programme et les stratégies de pérennisation envisagées sont-ils viables au regard des résultats actuels et des résultats prévisibles avec la poursuite des activités prévues? Quid du niveau d'implication des parties prenantes et des groupes cibles du programme?

Organisation et fonctionnement

L'évaluation donnera un avis détaillé sur la qualité de l'organisation et fonctionnement:

- Évaluer l'efficacité de l'organisation mise en place (assistance technique du projet par l'ONG, suivi du projet, communication du programme, etc.),

- Analyser la coordination avec d'autres projets ainsi que le partenariat avec le gouvernement.
- Formuler des recommandations spécifiques pour chacune des principales entités concernées: Ordonnateur National, Délégation de l'Union européenne, assistance technique, les bénéficiaires.

Stratégie à suivre après la fin de l'appui "bridging" 11 FED

L'évaluation prospective fournira la mission de formulation 11 FED (qui est en cours) dans le secteur "Santé en lien avec LRRD" les éléments pertinents concernant la stratégie d'appui futur pour les 7 ZS de Aru et Haut Uélé (pertinence de continuer l'appui après le "bridging" et sous quelle formule et modalité, pertinence de continuer avec le même partenaire dans un esprit LRRD.

➤ Langue de travail

La langue de travail est le français

➤ Sous-traitance (à prévoir ou pas)

N/A

3. PROFIL DES EXPERTS

➤ Nombre d'experts requis par catégorie et homme-jours par expert

Pour cette mission, il est envisagé deux (2) experts pour une durée totale de 45 hommes/jours:

- un chef de mission, médecin spécialiste en santé publique avec une expérience avérée en Afrique francophone;
- un expert économiste de la santé de préférence, ou spécialiste en santé publique à défaut.

➤ Profil requis (éducation, expérience, références et catégorie):

Expert 1. Expert en santé publique Cat I (> 12 ans), (28 h/j dont 11 au siège du consultant).

- Qualifications et compétences: Licence en médecine avec master (ou équivalent) en santé publique

- Expérience

- Expérience dans la coopération au développement et notamment dans la mise en œuvre de programmes santé et l'implémentation de réformes systémiques ainsi qu'en suivi/évaluation de programmes et projets de santé dans les pays d'Afrique Subsaharienne;
- Expérience avérée en organisation des systèmes de santé, fonctionnement des districts, politique des soins de santé primaire, et systèmes d'informations sanitaires
- Expérience avérée dans la consultation internationale (au moins 3 évaluations de projets / programmes dont au moins une en tant que chef de mission).
- Expérience et de bonne maîtrise des méthodes du cycle des projets, ainsi qu'une connaissance de modalités de mise en œuvre du FED.

Une expérience avérée dans la région d'Afrique centrale et/ou en RDC dans le domaine de la santé sera un atout.

Connaissances linguistiques

Très bonne connaissance du français.

Expert 2. Expert économiste et spécialisé dans le domaine du financement de la santé /ou spécialiste en santé publique Cat I (> 12 ans), (26 h/j dont 9 au siège du consultant).

- Qualifications et compétences : Licence en sciences économiques ou équivalent avec master en financement de la santé et/ou équivalent. A défaut, master en santé publique.

- Expérience

- Expérience en appui institutionnel et dans le domaine des réformes et politiques de financement de la santé en Afrique subsaharienne
- Expérience dans le domaine de l'achat de services, dans les mécanismes alternatifs de financement de la santé et du médicament, harmonisation des financements des bailleurs, etc., et de préférence sur la mise en place de la tarification forfaitaire.
- Expérience dans le domaine de la santé publique en Afrique subsaharienne
- Expérience avérée en consultance internationale (au moins 5 consultances sur les 2 dernières années. Seules les consultations de plus de 15 jours seront prises en compte) dans le domaine du financement de la santé
- Bonne connaissance des méthodes et de préparation des projets et programmes, ainsi qu'une connaissance de modalités de l'aide et de mise en œuvre / procédures du FED

Une expérience avérée dans la région d'Afrique centrale et/ou en République démocratique du Congo dans le domaine de la santé sera un atout.

Connaissances linguistiques : Très bonne connaissance du français (une connaissance de l'anglais sera considéré un avantage)

N.B. s'il n'y a pas une disponibilité d'un expert senior économiste avec spécialité dans le financement dans le domaine de la santé, un deuxième expert santé publique catégorie I (profil du premier expert) peut le remplacer.

4. LIEU et DUREE

➤ Démarrage

Le démarrage du contrat est prévu pour début juin 2015 sur le terrain à Aru, en Ituri (voir Province Orientale)

➤ Durée et fin prévues

La durée effective des prestations (jours ouvrables) est:

- pour l'expert chef de mission: de vingt-huit (28) jours dont dix-sept (17) jours pour la mission en RDC et onze (11) jours à domicile pour la préparation de l'évaluation, la rédaction des rapports et l'incorporation des commentaires pour le rapport final.

-pour le deuxième expert : de vingt-six (26) jours dont dix-sept (17) jours pour la mission sur le terrain en RDC et neuf (9) jours à domicile pour la préparation de l'évaluation et la rédaction des rapports.

La durée totale de la mission est prévue à 8 semaines calendaires.

La mission en RDC se terminera par un débriefing à Kinshasa basé sur un aide-mémoire qui sera soumis au plus tard 24 heures avant le débriefing.

Le rapport provisoire devra être soumis au plus tard 2 semaines après la fin de la mission en RDC. Les commentaires au rapport provisoire seront soumis au plus tard par la Délégation de l'Union européenne 2 semaines après la réception du rapport provisoire.

La rédaction du rapport final intégrant les observations devra être soumise au plus tard une semaine après la réception des observations.

➤ **Calendrier comprenant la période de notification pour la mise en place de l'équipe comme prévu par l'article 16.4 a)**

Phase 1 : étude documentaire :

D'une manière indicative, la première phase de l'évaluation débutera par une étude des documents existants au siège des consultants.

Phase 2 : Mission sur le terrain et rencontre des stakeholders :

La suite de la mission se déroulera donc en République Démocratique du Congo, d'une part dans le Province Orientale (Aru et Haut Uélé, ainsi que Bunia) et d'autre part, à Kinshasa.

Dans le district sanitaire d'Aru et Haut Uélé, l'équipe devra rencontrer tous les acteurs concernés, ainsi que toutes les autorités de la Division Provinciale de la Santé à Bunia, l'EUP FASS, la CADIMEBU, etc. La méthodologie proposée exprimera la stratégie de visites à suivre².

Le contractant sera responsable de l'organisation pratique de ses missions et vols à l'intérieur de la RDC. En relation avec les aspects sécuritaires, il appartient aux soumissionnaires de s'informer sur les précautions à prendre sur le terrain.

La méthodologie proposée par le contractant servira à affiner et à expliciter le chronogramme et le plan de travail proposé. Le plan pourra être adapté pendant la mission sur proposition ou après accord de la Délégation de l'UE (voir point 2 pour dates indicatives).

Une réunion de débriefing sera organisée par le contractant à Kinshasa.

Phase 3 : Restitution et présentation sur le terrain des premières conclusions :

Cette phase se déroule à Kinshasa et permet aux consultants de présenter l'aide-mémoire afin de répondre aux interrogations et préoccupations des principaux stakeholders (Ministère de la Santé Publique, Ordonnateur national du FED, partenaires techniques et financiers, etc) et d'intégrer leurs feed backs dans la version provisoire du rapport d'évaluation.

Phase 4 : Préparation et Finalisation du rapport d'évaluation

Cette ultime phase aura lieu au siège des consultants et comprend l'intégration des recommandations formulées par les principaux stakeholders dans la version provisoire du rapport d'évaluation.

Calendrier estimatif:

Jour de travail	Activité	Lieu
-----------------	----------	------

1-2	Voyage vers la Province orientale	
3-14	démarrage de l'évaluation et évaluation proprement dite	Aru, Haut Uélé, Bunia (Province Orientale)
15	Voyage de Bunia à Kinshasa	
16-17	Discussions avec acteurs du niveau central, débriefing, et voyage de retour	Kinshasa
18-33	Préparation rapport provisoire	Domicile des experts
Après feedback de la DUE	Finalisation du rapport	Domicile des experts

Lors du démarrage de l'évaluation, un planning détaillé ainsi que la méthodologie seront présentés par les experts.

➤ **Lieu des prestations**

L'exécution de la mission aura lieu en RDC, en Province Orientale (Aru, Haut Uélé, Bunia) puis à Kinshasa et, et au lieu de domicile des experts pour la préparation et la rédaction du rapport.

5. RAPPORTS

L'équipe d'expert devra présenter les rapports suivants, transmis en version papier (format A4 - 3 copies) et en version électronique (format Word et PDF) en français:

A. Un aide mémoire (10 pages maximum) 24 heures avant le débriefing dans lequel les experts présenteront les activités et entretiens réalisées, les difficultés éventuellement rencontrées et les principales observations et conclusions relevées.

B. Un rapport provisoire de 50 pages maximum hors annexes. Il doit être remis au plus tard 2 semaines après la fin de la mission en RDC par email en format Word. La Délégation de l'Union européenne coordonnera les observations qui seront formulées par les parties prenantes (DUE, ON, DEP, CAG). Ces observations seront transmises aux experts au plus tard 15 jours après réception du rapport provisoire.

C. Un rapport final présentant les conclusions de l'évaluation, dont un résumé de 2 pages, une "synthèse opérationnelle" de 6 pages donnant un aperçu général des résultats déterminants du travail et le rapport final comprenant la méthodologie de travail, un examen de situation, l'évaluation, les leçons à tirer et les recommandations et propositions d'appui pour le 11 FED. Les consultants prendront en compte les commentaires consolidés portant sur le rapport provisoire pour la rédaction du rapport final. Les études et les analyses sous-jacentes seront présentées dans les annexes du rapport d'évaluation. Les annexes devront également comprendre : la liste des acronymes, les termes de référence de l'évaluation, le calendrier du déroulement de la mission, la méthodologie utilisée, la liste des documents consultés, la liste des personnes rencontrées et une description sommaire des types d'interventions effectués. Le rapport définitif doit être remis en 10 *exemplaires* à la Délégation de l'Union européenne ainsi qu'en format PDF, 7 jours après la réception des commentaires et observations sur le rapport provisoire. La DUE le transmettra ensuite aux services intéressés.

Chaque exemplaire du rapport contiendra la formule suivante : « *Le présent rapport financé sur les crédits du Fonds Européen de Développement a été établi par des experts indépendants pour le compte du gouvernement de la RD Congo. Il ne reflète pas nécessairement l'opinion de ce dernier, ni celle de l'Union européenne* ».

➤ **Contenu du rapport complet**

- Table de matière et liste d'acronymes
- Résumé/synthèse
- contexte
- Méthodologie
- Analyse et résultat
- Conclusions
- Recommandations
 - Stratégie à suivre pour le 11 FED
- Annexes

➤ **Language**

La langue de travail est le français

6. DEPENSES ACCESOIRES

- Les postes autorisés sous les "remboursables" seront: un voyage A/R international par expert en plus des per diem applicables en RDC ainsi que les autres coûts remboursables (voyage national, transport local).

7. EVALUATION

L'évaluation sera menée comme prévu par le framework contract beneficiaries 2013 (voir en annexe la fiche d'évaluation standard). Une méthodologie est demandée selon le modèle en annexe.

L'évaluation se basera sur les indicateurs objectivement vérifiables qui sont mentionnés dans le cadre logique du projet.

➤ **Documentation disponible**

- Convention de financement "Projet d'appui au STAREC (programme de stabilisation et de Reconstruction des zones sortants des conflits armés) – Composante Santé".
- Contrat de subvention avec Malteser et avenants.
- Rapport de suivi de la DUE.
- Rapport du ROM.
- Rapports semestriels du projet.
- CF bridging 11 FED "LRRD - Sortie de l'urgence et lien avec le développement: Amélioration l'état de santé de la population de 7 zones de santé de la Province Orientale en assurant des soins de santé primaire de qualité".
- Fiche d'identification 11 FED santé.
- Convention de financement PA PNDS et PAP OMD.