

DOSSIER TECHNIQUE ET FINANCIER

**APPUI INSTITUTIONNEL À LA FONCTION DE LUTTE CONTRE LA
MALADIE AU NIVEAU CENTRAL DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ
PUBLIQUE**

RD CONGO

**CODE DGD : NN 3004508
CODE NAVISION : RDC 07 100 11**



TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	2
ABRÉVIATIONS	4
RESUMÉ EXECUTIF	6
FICHE ANALYTIQUE DE L'INTERVENTION	8
1. ANALYSE DE LA SITUATION	9
1.1 Brève description de la RDC.....	9
1.2 Contexte politique et économique.....	9
1.3 Le contexte du secteur de la santé.....	11
2. ORIENTATIONS STRATEGIQUES DE L'INTERVENTION	27
2.1 Nature et axes de l'intervention	27
2.2 Les bénéficiaires	30
2.3 Les organisations partenaires.....	31
2.4 Localisation de l'intervention	31
3. PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE	32
3.1 Objectifs de l'intervention	32
3.2 Résultats attendus et activités à mettre en œuvre.....	33
3.3 Conditions préalables	50
3.4 Risques.....	51
3.5 Hypothèses.....	52
3.6 Mesures d'atténuation proposées	53
3.7 Indicateurs et sources de vérification.....	54
3.8 Acteurs intervenant dans la mise en œuvre.....	55
3.9 Planification financière.....	55
4. RESSOURCES	56
4.1 Ressources financières.....	56
4.2 Ressources humaines.....	59
4.3 Ressources matérielles	61
5. MODALITÉS D'EXÉCUTION	62
5.1 Cadre légal.....	62
5.2 Responsabilités administratives et techniques	62
5.3 Structures d'exécution et de suivi	62
5.4 Modalités financières de mise en œuvre de la contribution des parties	65
5.5 Gestion de la contribution belge.....	67
5.6 Modalités de démarrage	68
5.7 Rapportages financiers	68
5.8 Mécanisme d'approbation des adaptations du DTF.....	70

5.9	Monitoring, évaluation et audit.....	70
5.10	Clôture de la prestation.....	73
6.	THEMES TRANSVERSAUX	74
6.1	Environnement	74
6.2	Genre.....	74
6.3	Economie sociale	74
6.4	Droits de l'enfant	74
6.5	HIV / SIDA	75
7.	ANNEXES	76
7.1	Cadre Logique d'intervention.....	76
7.2	TdR personnel long terme (Conseiller Technique International).....	84
7.3	TdR d'un Administrateur Comptable.....	86
7.4	Feed back de la démarche participative dans le cadre de l'analyse de situation de la D4.....	88
7.5	Note technique sur l'analyse verticale : approche « problèmes de sante ».....	92
7.6	Extrait de la Constitution (promulgué le 18 février 2006) relatif aux compétences des pouvoirs central et provincial.....	97
7.7	Liste des « programmes spécialisés » actuels et autres structures centrales.....	98
7.8	Détails des prix unitaires.....	100
7.9	Topo de financement du PFMT Santé.....	101

ABRÉVIATIONS

AM	Arrêté Ministériel
ASSNIC	Programme d'Appui au Système de Santé aux Niveaux Central
ARAP	Appui à la Réforme de l'Administration Publique
ASSNIP	Programme d'Appui au Système de Santé aux Niveaux Intermédiaire et Périphérique.
BCZS	Bureau Central de la Zone de Santé
CAP/CAF	Cadre d'Assistance Pays/Country Assistance Framework
CDC	Center of Disease Control (Atlanta)
CIPRAP	Commission Interministérielle chargée du Pilotage de la Réforme de l'Administration Publique
CMO	Comité de Mise en Oeuvre
CNP	Comité National de Pilotage de la SRSS
CPP	Comité Provincial de Pilotage de la SRSS
CS	Centre de Santé
CT ou CTI	Conseiller Technique International
CTB	Coopération Technique Belge
DEP	Direction d'Etudes et Planification du Ministère de la Santé
DGCD	Direction Générale de la Coopération au Développement
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DS	District de Santé
DSCR	Document de la Stratégie, de la Croissance et la Réduction de la Pauvreté
DTF	Dossier Technique et Financier
DVD	Disque Vidéo
ECZ	Equipe Cadre de Zone de Santé
EDS-RDC	Enquête Démographie Santé en RDC
FED	Fonds Européen de Développement
FFOM	Analyse Forces/Faiblesses/Opportunités/Menaces
FM	Fonds Mondial
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization
GIBS	Groupe Interbailleurs pour la Santé
GPF	Groupe Projet de la Fonction Publique
GT	Groupe Thématique (Ministère du Plan)
GTZ	Organisme de Coopération allemande
HGR	Hôpital Général de Référence
HP	Hôpital Provincial
IDH	Indice de Développement Humain
IMD	Inspection Médicale de District
IMF	International Monetary Fund
IMP	Inspection Médicale de Province
IMT	Institut de Médecine Tropicale
INRB	Institut National de Recherche Biomédicale
IPS	Inspection Provinciale de la Santé
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
ITM	Institut Technique Médical
MAF	Manager Administratif et Financier (CTB)
MCZ	Médecin Chef de Zone
MICS	Multi Indicator Cluster Survey
MID	Médecin Inspecteur de District

MIP	Médecin Inspecteur Provincial
MNT	Maladies Non Transmissibles
MSP	Ministre ou Ministère de la Santé Publique
OCHA	United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OSAF	Office de Sélection des Agents et Fonctionnaire de l'Etat
PAP	Plan d'Action Prioritaire
PDDS	Plan Directeur de Développement Sanitaire
PFA	Paralysie Flasque Aiguë
PFMT	Portfolio Management (CTB)
PIB	Produit Intérieur Brut
PIC	Programme Indicatif de Coopération
PM	Portfolio Manager
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PCA	Paquet Complémentaire d'Activité (niveau de références)
PNHF	Programme National de l'Hygiène aux Frontières
PNLD	Programme National de lutte contre la Drépanocytose
PNLTHA	Programme National de lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine
PNS	Politique Nationale de Santé
PNSOV	Programme National de la Santé de l'Oeil et de la Vision
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
PTF	Partenaire Technique et Financier
RAF	Responsable Administratif et Financier (CTB)
RDC	République Démocratique du Congo
RH(S)	Ressources Humaines (pour la Santé)
SP	Santé Publique
SG	Secrétaire Général à la Santé
SMCL	Structure Mixte de Concertation Locale
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SVCP	Service Volontaires Coopération au Développement
TDR	Termes De Référence
THA	Trypanosomiase Humaine Africaine
UE	Union Européenne
UNICEF	United Nations Children's Fund
USAID	United States Agency for International Development
USD	Dollar américain
VIH/HIV	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZS	Zone de Santé

RESUMÉ EXECUTIF

La République Démocratique du Congo s'est engagée dans une démarche capitale en élaborant en 2005 et en adoptant au début de 2006 une "Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS)" fondée sur une identification objective des dysfonctionnements qui caractérisaient le système et expliquaient la dégradation continue des services de santé offerts à sa population. Cette stratégie s'inscrit dans un contexte politique et économique qui évolue en bon train.

La République Démocratique du Congo est ainsi en état d'entreprendre des chantiers importants dans de multiples domaines, dont plusieurs sont en relation immédiate avec le secteur de la santé. Nous pensons, en particulier, à l'importante réforme de la fonction publique qui avance à bon train dans le département de la santé.

Active dans le secteur de la santé de façon historique, la Belgique se doit de soutenir la République Démocratique du Congo dans les efforts ainsi entrepris, d'autant qu'ils s'inscrivent parfaitement dans la politique et la stratégie qu'elle poursuit dans ses actions de coopération dans ce secteur.

L'intervention présente consiste en un appui institutionnel à la Direction de la lutte contre la maladie du Ministère de la Santé (4^{ème} direction ou DLM). Elle viendra renforcer l'appui au niveau central, l'appui à la DEP, au programme national de lutte contre la trypanosomiase (THA) et CDR ainsi qu'au niveau décentralisé aux programmes décentralisés ASSNIP.

La stratégie de l'intervention se décline selon les axes suivants :

- Elle concerne 2 des 4 domaines du PIC à savoir :
 - Appuyer le processus de défragmentation et intégration de la lutte contre la maladie au niveau central y inclus l'INRB ;
 - Appuyer la lutte contre la maladie du sommeil.
- Elle est en cohérence et synergie avec les autres volets du programme ASSNIP, ASSNIC et programmes verticaux de la Coopération belgo-congolaise dans le secteur de la santé ;
- Elle constitue un appui à la politique sectorielle et à la mise en place des institutions telles que la réforme nationale du secteur de la santé l'indique.

Cette réforme du Ministère de la Santé Publique sera appliquée très prochainement, de préférence avant la signature de la convention de mise en œuvre de la présente prestation de coopération. Cependant les informations mises à disposition de l'équipe de formulation, nous donnent assez d'éléments sur le design des institutions futures à tous les niveaux et il semble que le mandat et les missions de cette Direction ne seront pas significativement modifiés, si ce n'est que l'actuelle 8^{ème} Direction (sur les Laboratoires) y sera intégrée. D'autre part, la nécessaire « défragmentation » des programmes spécialisés (actuellement au nombre de 52) est bien prise en compte. La validation de cette réforme n'est pas conditionnelle au démarrage de l'intervention.

Le projet d'appui à la DLM s'adresse à toutes ses missions actuelles et futures qui sont de 5 ordres :

- Etablissement d'outils programmatiques basés sur une bonne analyse verticale de chaque maladie (stratégie, directives, normes, outils d'intégration) en alignement de la SRSS et la coordination des programmes spécialisés prioritaires ;
- Un système performant de surveillance épidémiologique et de gestion des catastrophes ;
- Une institutionnalisation du rôle de l'INRB comme laboratoire de santé publique ;
- Le contrôle sanitaire aux frontières, de l'hygiène et salubrité publique ;
- La gestion des ressources et son bon fonctionnement.

Les Cinq résultats attendus couvrent l'objectif spécifique suivant « *Un appui institutionnel est apporté au Ministère de la Santé pour la mise en œuvre de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) en ce qui concerne spécifiquement la fonction de lutte contre la maladie au niveau central* » et se présentent ainsi:

- Les outils programmatiques sont rationalisés en alignement à la SRSS et la coordination des programmes spécialisés prioritaires est significativement améliorée ;
- La surveillance épidémiologique et la gestion des catastrophes sont rationalisées ;
- L'institutionnalisation du rôle de l'INRB comme laboratoire de santé publique et la planification du développement du réseau provincial des laboratoires de santé publique, en lien opérationnel avec la future division 'laboratoire' de la DLM, sont réalisés ;
- Le contrôle sanitaire aux frontières, de l'hygiène et la salubrité publique sont rationalisés ;
- La gestion des ressources et le fonctionnement de la DLM sont rationalisés.

Ces résultats et activités sont directement liés aux constats émanants de l'analyse de situation, présenté en première partie du présent DTF, d'une part et d'autre part, aux leçons apprises par l'expérience du projet d'appui institutionnel à la DEP.

Si l'intervention prétend appuyer le niveau central c'est essentiellement en vue d'accompagner la politique nationale de décentralisation/déconcentration. Son impact se vérifiera à la fois sur le constat d'une meilleure gouvernance et vigilance à tous les niveaux du système de santé en matière de lutte contre la maladie et de gestion performante des épidémies - catastrophes et à la fois sur le constat d'une amélioration significative de la qualité des prestations offertes par les services de santé aux populations.

FICHE ANALYTIQUE DE L'INTERVENTION

DGD Numéro d'intervention	NN 300 45 08
Code navision CTB	RDC 07 100 11
Partenaire Local	Ministère de la Santé
Durée de la convention spécifique	4 années
Date estimative du démarrage du projet	Février 2009
Contribution du Partenaire	
Contribution belge	6.500.000 EUR
Secteur d'intervention	Santé – Politique de Santé et Gestion administrative 12110
Objectif global	L'état de santé de la population est amélioré dans le cadre global de la lutte contre la pauvreté
Objectif spécifique	Un appui institutionnel est apporté au Ministère de la Santé pour la mise en œuvre de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) en ce qui concerne spécifiquement la fonction de lutte contre la maladie au niveau central, compte tenu que l'appui à l'INRB fera l'objet d'un accord convenu par le SMCL élargie impliquant les attachés de coopération ;
Résultats	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les outils programmatiques sont rationalisés en alignement à la SRSS et la coordination des programmes spécialisés prioritaires est significativement améliorée ; 2. La surveillance épidémiologique et la gestion des catastrophes sont rationalisées ; 3. L'institutionnalisation du rôle de l'INRB comme laboratoire de santé publique et la planification du développement du réseau provincial des laboratoires de santé publique, en lien opérationnel avec la future division « laboratoire » de la DLM, sont réalisés, compte tenu que l'appui à l'INRB fera l'objet d'un accord convenu par le SMCL élargie impliquant les attachés de coopération ; 4. Le contrôle sanitaire aux frontières, de l'hygiène et la salubrité publique sont rationalisés ; 5. La gestion des ressources et le fonctionnement de la DLM sont rationalisés.

1. ANALYSE DE LA SITUATION

1.1 BRÈVE DESCRIPTION DE LA RDC

Avec une superficie de 2.345.000 km², la RDC est le troisième pays de l'Afrique subsaharienne de par son étendue après l'Algérie et le Soudan. Sa population est estimée en 2003, d'après les données du PEV à 68 524 444 habitants¹ soit une densité de 29 habitants au km². Cette population (dont la majorité vit en milieu rural ; environ 60 %) est jeune, avec plus de 50 % de personnes âgées de moins de 20 ans².

Le Pays est actuellement divisé en 11 Provinces subdivisées à leur tour en 48 districts et villes et 225 territoires et communes. La nouvelle constitution prévoit une réorganisation spatiale en 26 provinces comme seul niveau intermédiaire. Elle permettra la mise en place d'un Etat unitaire fortement décentralisé.

1.2 CONTEXTE POLITIQUE ET ÉCONOMIQUE

1.2.1 Contexte politique

Le pays traverse, depuis 1990, une crise multiforme marquée par la mauvaise gouvernance qui a été aggravée par des vagues de guerres successives « octobre 1996 et août 1998 » qui ont entraîné de nouvelles destructions et ravagé les derniers ressorts de l'activité économique. Au cours de cette période, le produit intérieur brut (PIB) du pays a baissé de 47,1%, alors que les effectifs des populations continuaient de croître. Le produit intérieur brut réel par habitant est ainsi tombé de 190,1 USD en 1990 à 76,8 USD en 2001³.

Toutefois, certains progrès ont été enregistrés. A titre de rappel, de 1990 à 2000, le taux d'inflation moyen était supérieur à 800% et grâce au programme de stabilisation économique engagé depuis l'année 2001, le gouvernement est arrivé à casser l'hyper inflation qui est passée de 135% en 2001 à 15% en 2002. La décélération du taux d'inflation a entraîné une ré-appréciation du franc congolais. Par ailleurs, après les contre-performances des années 1990 à 2001, l'économie congolaise a enregistré un taux de croissance de 3,5% du PIB en 2002, alors qu'il était de -4,30% en 1999.

Les conditions de vie de la population se sont fortement dégradées. Ainsi, l'indicateur de développement humain (IDH) a connu une régression moyenne de 1,7% l'an depuis 1990. Ainsi, la RD Congo se retrouve parmi les 42 pays (les plus) pauvres très endettés (PPTE) et occupe la 167ème place selon l'indicateur de développement humain (PNUD, 2003). D'après l'enquête EDS-RDC du Ministère du Plan (2007), le taux de mortalité infantile: 92‰ contre 144‰ en 1995. Et 39% des enfants de 6 à 11 ans n'ont pas été scolarisés selon cette étude, contre 44% en 1995. Le niveau d'instruction de la population est en baisse: le congolais ayant terminé l'école primaire et ayant atteint le niveau secondaire représente 32% contre 35% en 1995.

Sur le plan de l'administration publique, le dialogue inter-congolais tenu à Sun City en Afrique du Sud au cours des années 2002 et 2003 a finalement débouché sur la signature d'un Accord Global et

1 PEV 2005

2 Etat des lieux du secteur de la santé, 1998

3 La population de la RDC est estimée à 56.482.762 d'habitants soit une densité de 28 habitants au km². Cette population est actuellement très jeune avec au moins 57% de moins de 20 ans alors que la population adulte âgée de 20 à 59 ans ne représente qu'environ 38,8% et celle âgée de 60 ans et plus compte pour près de 4,1%. (Etat des lieux du secteur de la santé. Direction de la Planification, Ministère de la Santé 1998) ; 60.640.000 habitants = mid-2006; IMF estimate, données de 2007, London UK www.ciu.com

Inclusif, l'adoption d'une Constitution et la formation d'un Gouvernement de Transition regroupant presque toutes les composantes et entités qui ont pris part à ce forum politique. Grâce à la signature de cet accord, la fin de la guerre est intervenue occasionnant ainsi le retour à la paix et la réunification du territoire national.

En décembre 2005 un referendum a approuvé le projet de Constitution préparé par le Parlement qui prévoit l'instauration d'un régime semi-présidentiel où le Premier ministre est chef du gouvernement et responsable devant le parlement, le découpage du territoire national en 26 provinces dont la ville-province de Kinshasa qui assurent l'équilibre des pouvoirs entre l'exécutif et le législatif, ainsi que l'indépendance du judiciaire. Fin 2006, des élections nationales ont porté au pouvoir l'actuel Président de la République Démocratique du Congo qui a procédé à son tour à l'application de la nouvelle constitution.

Actuellement divisée en 11 provinces dont Kinshasa, le pays est en transition géopolitique et l'adoption du projet de loi portant sur la décentralisation territoriale administrative et politique du pays, marquera les débuts de la mise en place du nouveau découpage géopolitique. Le nombre de province passera alors de 11 à 25 provinces en plus de la capitale Kinshasa qui conserve son statut particulier. Chaque province disposera d'un exécutif et il y aura donc à terme 26 Ministres de la Santé.

Carte de la RDC représentant le nouveau découpage territorial



Provinces selon la nouvelle Constitution

1.2.2 Contexte socioéconomique

La crise que connaît le pays depuis les années 70, l'échec des programmes de stabilisation et d'ajustement structurel des années 80, les deux pillages des années 90, les guerres de 1996 et de 1998 et la partition du pays pendant 5 ans et les multiples conflits armés ont plongé le pays dans une grave crise économique et sociale qui explique l'état de pauvreté avancée de sa population dont la majorité pratique l'agriculture. Certains groupes de la population vivent essentiellement de la chasse, de la cueillette, de l'élevage et de la pêche.

Le pays est faiblement industrialisé. En 2001, l'enquête MICS 2 a révélé que 7 % seulement de la population sont des travailleurs salariés. La répartition des revenus se caractérise ainsi par des disparités entre le milieu urbain et la campagne, entre les zones minières et agricoles. Depuis l'indépendance (1960), le PIB est constamment resté inférieur à son niveau de 1958 (350 USD par tête et par an).

En dépit de ses immenses ressources humaines et de sous-sol, la RDC est classée parmi les pays les plus pauvres du monde. Actuellement, le pays se retrouve au 167^{ème} rang mondial de l'Indice de Développement Humain (IDH). Cette paupérisation généralisée se traduit par un PIB/hab./an de 74 USD avec près de 80% de la population qui survivent à la limite de la dignité humaine, soit moins de 0.20 USD par personne et par jour⁴. L'incidence de pauvreté est de 70 % pour le pays suivant l'Enquête 1 2 3 de 2004-2005⁵.

De plus, la RDC bénéficiera peut-être de l'initiative des Pays Pauvres Très Endettés (PPTTE) qui constitue une opportunité unique d'amélioration de la situation sociale. En effet, elle permet la réduction de la dette ainsi que la réduction de la pauvreté. Pour ce faire, le gouvernement congolais a élaboré le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSCR) axé sur la restauration et la consolidation de la paix, la stabilisation économique et la relance de la croissance pro pauvre.

1.3 LE CONTEXTE DU SECTEUR DE LA SANTÉ

1.3.1 La Politique Nationale de Santé

La politique de santé promulguée en 2001 a pour but de promouvoir l'état de Santé de toute la population, en fournissant des soins de Santé Primaires de qualité, globaux, intégrés et continus avec la participation communautaire, dans le contexte global de la lutte contre la pauvreté.

La stratégie des SSP et le développement de services polyvalents de proximité (Zone de Santé) sont clairement spécifiés dans la politique.

Cette politique s'articule autour des 6 axes stratégiques suivant :

1. Restructuration du système de Santé selon les orientations politiques, législatives et administratives ainsi que la mise à jour des normes de prestations des services ;
2. Accroissement de la disponibilité des ressources par l'application d'un processus gestionnaire adéquat;
3. Instauration d'un système de lutte intégrée contre les maladies et de promotion de la Santé des groupes spécifiques;
4. Renforcement des Programmes d'Appui aux Activités de Santé;

⁴ DSRP (2002)

⁵ DSCR (2006)

5. Coordination, promotion de la collaboration intra et intersectorielle et Partenariat pour la Santé;
6. Promotion d'un environnement propice à la Santé.

Outre la politique nationale de santé, le pays dispose d'un plan directeur de développement sanitaire (PDDS) pour la période 2000-2009 dont le coût s'élève à 3,57 milliards de dollars US. Un PDDS 2010-2019 est en cours d'établissement.

1.3.2 L'organisation actuelle du système de santé

1.3.2.1 Au niveau central

Le Cabinet du Ministre de la Santé Publique, le Secrétariat Général, 13 Directions Centrales et 52 programmes verticaux spécialisés. Il a essentiellement un rôle normatif et stratégique.

1.3.2.2 Au niveau intermédiaire

Les **Inspections Provinciales de Santé (IPS)** sont dirigées par un Médecin Inspecteur Provincial (MIP) sont actuellement au nombre de **11**. Elles sont calquées sur les directions du niveau national. Chaque Province est dotée d'un laboratoire et d'un hôpital provincial qui sont placés sous l'autorité du Médecin Inspecteur Provincial.

Le niveau intermédiaire a un rôle technique d'appui aux Zones de Santé (ZS) et **61 Inspections Médicales de District (IMD)** partagent ce rôle avec les IPS et agissent par délégation pour un suivi de proximité. Ces IDS sont dirigées par un Médecin Chef de District (MCD) dénommé aussi Médecin Inspecteur de District (MID). Il est tenu de rendre régulièrement compte au MIP sur sa responsabilité déléguée. Elles comptent habituellement trois cellules: (i) la cellule des services généraux et études, (ii) la cellule de l'inspection des services médicaux et pharmaceutiques et, (iii) la cellule des grandes endémies et du service d'hygiène.

Ces deux structures (IPS et IMD) du niveau intermédiaire ont ainsi des fonctions similaires.

La Constitution promulguée en 2006 spécifie clairement, en ses articles 202, 203 et 204, les compétences des pouvoirs au sein du Ministère de la Santé⁶ : les compétences exclusives du pouvoir central, celles qui sont concurrentes entre les niveaux provinciaux et centraux et celles, exclusives, du niveau provincial.

1.3.2.3 Au niveau périphérique

Les Zones de Santé (ZS) qui comprennent un réseau de Centres de Santé (CS) et un Hôpital Général de Référence (HGR), constituent l'unité opérationnelle du système de santé. Elle est dirigée par l'équipe du **Bureau Central de la Zone de Santé (BCZS)** dirigée par le **Médecin chef de Zone (MCZ)** et est placée sous la supervision du Médecin chef de District. Les Zones de Santé sont passées de 306 en 1985 à **515** en 2003.

1.3.3 Crise institutionnelle du système de santé due à l'histoire récente de la RDC

Le système de santé est actuellement entré dans une crise institutionnelle grave. La situation d'urgence, consécutive aux troubles socio-politiques, a donné lieu à l'introduction d'interventions humanitaires dont l'approche a été essentiellement sélective des problèmes de santé.

⁶ Voir annexe 7.6

Ces interventions qui, avec la normalisation de la situation socio-économique, devraient au fur et à mesure laisser la place aux interventions de développement, passent malheureusement à la chronicité et démasquent au fil de temps leur vrai visage: un outil de déstructuration du système de santé de la RDC.

D'autre part, au niveau mondial, l'approche sélective a atteint son point culminant avec l'adoption en septembre 2000, lors du sommet du millénaire des Nations Unies, des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) par la création au niveau international d'une série de programmes sélectifs et de fonds d'appui aux problèmes spécifiques de santé.

L'organisation actuelle du niveau central du Ministère de la Santé en 13 Directions et 52 programmes spécialisés qui ont tous été hissés au rang d'une direction (chaque programme est dirigé par un directeur) rend très difficile la fonction de coordination intra-sectorielle, assurée formellement par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé. Cela conduit inévitablement à des chevauchements dans les missions et attributions des directions d'une part et des programmes spécialisés d'autre part.

Sur le plan opérationnel, les programmes considèrent un problème de santé spécifique et isolément. Or, un problème de santé ne se présente que rarement d'une façon isolée. Ces programmes recourent à une stratégie 'maximale', ciblée et très balisée pour le résoudre. Des structures parallèles sont édifiées. Elles peuvent être très performantes quand elles abordent le problème en question mais beaucoup moins d'un point de vue 'système de santé' (gestion d'un ensemble de conditions en même temps). Ainsi les priorités deviennent relatives et trop d'attention sera portée sur un seul problème au détriment des autres éléments de 'l'offre' de soins.

Cet état de chose n'est pas sans conséquence sur l'offre de soins au niveau opérationnel.

De plus, les stratégies de survie individuelles et institutionnelles prévalant depuis des décennies ont conduit à une multiplication effrénée des structures aussi bien de formation que de prestation des soins. C'est ainsi qu'on dénombre en 2005 une soixantaine de facultés et autres structures de niveau universitaire offrant une formation dans le domaine de la santé. Depuis 1998, le nombre d'ITM (Instituts de Techniques Médicales) a augmenté d'environ 15% par an. Il y a en 2007, 362 ITM offrant des formations d'infirmiers ou d'autres professions auxiliaires, comparé à moins de 100 au début des années 1990. Parmi celles-ci, 241 ont été officiellement agréées, et 121 en attente d'agrément. Ces chiffres ne prennent en compte que les structures enregistrées au Ministère de la Santé à Kinshasa. Le nombre réel est sans doute encore plus important.

Subsidiairement à ce qui se passe au niveau central, une tendance se dessine pour le niveau intermédiaire: la multiplication des bureaux dans une logique de reproduction des tâches des directions centrales et la création des coordinations et points focaux des programmes spécialisés. Les deux échelons du niveau intermédiaire à savoir, l'inspection médicale provinciale (IMP) et l'inspection de district (IMD), tirent ainsi leurs priorités du niveau central.

Le système de santé est ainsi caractérisé ainsi par une désintégration, se traduisant par une désarticulation de ses éléments, un exercice anarchique des activités de santé, une production de services de santé de qualité douteuse et sa déshumanisation.

Au niveau opérationnel, outre le fait qu'un nouveau découpage des Zones de Santé est intervenu, l'intégration des structures de la Zone de Santé pose problème (l'hôpital évolue à part et fait concurrence aux centres de santé). La plupart des programmes subsidiés par des bailleurs des fonds étendent leurs activités jusqu'au niveau périphérique. Le Paquet Minimum d'Activités (PMA) au lieu

d'être mis en œuvre de façon intégrée par une équipe polyvalente, devient un PMA sélectif mis en œuvre par du personnel spécialisé.

Tout ceci pose un problème structurel de taille pour les Ministère de la Santé et de la Fonction Publique en matière de gestion, de contrôle de la qualité des services et de maîtrise des dépenses en santé (inflation de la masse salariale, coûts de fonctionnement, d'investissements en équipement et de maintenance de bâtiments élevés...).

Ces problèmes ont été bien identifiés. C'est ainsi qu'une dynamique de réforme est en cours. Elle a consisté dans un premier temps à l'adoption d'une stratégie de renforcement du système et totalement partagée par tous les bailleurs de fonds. Dans un second temps, dans le cadre de la réforme de la fonction publique, celle du Ministère de la Santé est en bonne voie d'être promulguée d'ici la fin de cette année (voir ci dessous).

1.3.4 Le Renforcement du Système de Santé

Pour faire face à la situation de crise institutionnelle du système de santé, le Ministère de la santé a élaboré au cours de 2005 et adopté la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) pendant la Revue Annuelle du secteur de santé en février 2006. Elle constitue dorénavant le cadre devant régir les programmes d'appui dans le secteur de la santé. Elle est conforme aux efforts à entreprendre pour la réalisation des engagements internationaux du pays en matière de santé, notamment des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), le DSCRP et le Programme d'Actions Prioritaires juillet 2007 – décembre 2008 du Gouvernement de la RDC.

Cette stratégie vise à créer le cadre référentiel dans lequel seront menées des interventions synergiques visant l'amélioration de l'état de santé de la population. Elle sera un instrument d'intégration pour toute intervention des partenaires qui travaillent en partenariat avec le Ministère de la Santé, surtout au niveau intermédiaire et périphérique. Les critères de classification des Zones selon leurs potentialités pour entrer en renforcement ont été définis.

Les outils pour l'opérationnalisation de la SRSS (normes sanitaires, directives...) sont finalisés et sont considéré dans un premier temps comme hypothèses de travail à tester dans les ZS de démonstration, c'est-à-dire la première série de Zones de Santé qui entrent en renforcement.

Les axes et sous-axes stratégiques, détaillés dans le document de la SRSS, sont les suivants:

- Revitalisation des Zones de Santé et correction des distorsions induites au niveau périphérique par :
 - Développement du leadership intégré au niveau de la Zone de Santé
 - Rationalisation du fonctionnement des structures de santé
 - Amélioration de la couverture sanitaire de la Zone de Santé
 - Amélioration de la qualité des soins
 - Participation communautaire
- Réorganisation du niveau central et intermédiaire avec les mesures suivantes à prendre :
 - Regrouper les programmes sous l'autorité de sept directions dont la création satisfait tous les critères administratifs et légaux. Ce regroupement implique un moratoire sur la création de nouveaux programmes; il implique que les directions régulent les supervisions de façon à éviter, progressivement, que les supervisions centrales se substituent au travail du niveau intermédiaire;

- o Décréter un moratoire sur la création de nouveaux bureaux de direction ou de nouvelles coordinations de programmes au niveau provincial, afin de ne pas figer une situation destinée à être changée d'ici peu;
 - o Décréter un moratoire sur l'agrément d'ITM, organiser un audit et un processus de certification des ITM existants;
 - o Subordonner la création de structures sanitaires aux plans de couverture des zones, avec un moratoire immédiat sur la création de « postes de santé », sur la création de « centres de santé de référence », sur la transformation de centres de santé en « hôpitaux de référence », et sur l'installation de nouveaux bureaux centraux de Zone.
- Rationalisation du financement de la santé par :
 - o Décentralisation du lieu de négociation des financements extérieurs du centre vers la province
 - o Shift du type de négociation des financements extérieurs par programme vers le financement des plans intégrés provinciaux
 - o Amélioration du financement de la ZS.
 - Renforcement du partenariat intra et inter sectoriel par :
 - o Collaboration systématique avec les secteurs connexes comme celui de l'eau, des transports et communication, de l'éducation, de l'environnement et de l'agriculture, qui sont tout à fait incontournables pour l'amélioration de la santé des communautés. Cette collaboration/concertation se fera à tous les niveaux où des plans de développement sont élaborés, comme par exemple le plan de développement du territoire.
 - o La collaboration avec les autres secteurs devra également permettre de protéger la population contre les activités de certaines structures de santé qui, par la qualité douteuse de leurs services constituent un danger pour les usagers.
 - Développement des ressources humaines pour la Santé (RHS)

Le processus de réforme de la fonction publique en cours avec la mise en place des cellules thématiques offre une opportunité pour prendre en charge ces différentes actions.

Dans cet axe on peut citer :

 - o L'amélioration des compétences du personnel par (i) la formation initiale de l'équipe cadre et celle des équipes polyvalentes des centres de santé, la formation continue du personnel de santé lors des supervisions formatives, les stages de formation dans les Zones de Santé qui ont un bon niveau de performance (Zone de Santé de démonstration par exemple)
 - o L'amélioration des conditions salariales est un élément non négligeable de réussite de la stratégie.
 - o Une meilleure conception d'un système incitatif peut permettre d'améliorer la fonctionnalité du système de santé. Ce système incitatif ne se fonde pas seulement sur l'amélioration des conditions matérielles mais prend en compte les aspects de perspective de carrière.
 - Renforcement de la recherche sur les systèmes de santé.

Plusieurs études seront entreprises dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie : les normes sanitaires de la Zone de Santé seront testées, la hauteur du financement communautaire, la capacité et la volonté de payer les soins par les usagers seront évaluées. Cette recherche se fera essentiellement dans les Zones de Santé de démonstration qu'il faudra rapidement mettre en place.

1.3.5 Réforme en cours du Ministère de la Santé

La réforme est complexe car elle doit s'attaquer à une situation qui prévaut depuis plusieurs années et dans laquelle les personnels de santé se sont installés. Le facteur humain ne sera pas le plus facile à traiter et la rationalisation indispensable ne fera pas l'économie d'un bon dialogue social pour prévenir le conflit.

Un audit institutionnel du Ministère de la Santé a été commandité et son rapport est disponible depuis avril 2008. Une mission de restructuration du Ministère de la Santé Publique a déjà produit un premier rapport en juin 2008. Une synthèse de ce rapport est présentée ci dessous.

Par son décret n°03/035 du 13 novembre 2003, le Président de la République a mis en place une commission interministérielle chargée du pilotage de la Réforme de l'Administration Publique (CIPRAP). En décembre 2003, le Ministre de la fonction publique a créé la première structure opérationnelle de la réforme qui est le Groupe Projet de la Fonction Publique (GFPF). Les autres structures opérationnelles de la réforme sont les cellules thématiques de la Réforme qui sont spécifiques à chaque secteur. Ces dernières ont pour mission d'impulser la réforme dans leur secteur d'activités. En ce qui concerne le secteur de la santé, « la cellule thématique de la réforme » a été créée par l'arrêté n° CAB/MIN/FP/CTA/TSK/083/2006 du 10 novembre 2006 du Ministre de la Fonction Publique.

En mai 2007, le Président de la République par son ordonnance n°070/018 du 16 mai 2007 a fait de la réforme de l'Administration Publique, une attribution du Ministère de la Fonction Publique mettant ainsi fin au CIPRAP.

En 2005, une première mission d'appui à la réforme du Ministère de la Santé a été réalisée par l'OMS sur demande du Ministre de la Santé. Cette mission a proposé les axes de la réforme ainsi que les mesures conservatoires destinées à éviter la cristallisation d'une situation destinée à être changée. Ces mesures conservatoires n'ont pas connu un début d'application du fait de la transition politique et donc, de la fragilité dans laquelle se trouvait le pouvoir en place du fait de l'absence de légitimité.

Si la mise en œuvre de cette stratégie notamment en ce qui concerne les actions proposées au niveau périphérique et intermédiaire a fait du chemin, il n'en est pas de même du niveau central dont la structure continue de poser des problèmes. En effet, les problèmes du niveau central sont entiers et peuvent être résumés comme suit :

- i. Il existe une inadéquation entre les attributions actuelles du Ministère de la Santé Publique et son cadre organique. Cette inadéquation ne permet pas au Ministère de la Santé Publique de remplir correctement sa mission notamment, l'offre des soins de santé de qualité à l'ensemble de la population vivant sur le territoire national.
- ii. Le cadre organique du Ministère de la santé pose des problèmes que l'on peut résumer comme suit : (i) le cadre organique est élephanterque, il rend la coordination intra sectorielle difficile, (ii) le Secrétariat Général est présenté comme une structure du niveau central au même titre que les directions centrales, (iii) un éclatement des pools de décisions qui rend aléatoire la cohérence, l'efficacité et l'efficience dans l'offre des soins de santé de qualité et rend encore plus difficile la coordination intra sectorielle (iv) l'uniformisation de la forme des structures organiques des niveaux (central et intermédiaire) qui ont des missions pourtant différentes, (v) de nombreux chevauchements entre les attributions de différentes directions centrales du Ministère de la Santé Publique, (vi) certains programmes spécialisés ont été créés pour contrôler des problèmes qui ne sont pas de réels problèmes de santé publique ou des problèmes qui relèvent des attributions d'autres ministères, (vii), les programmes spécialisés

font partie intégrante du cadre organique et n'ont pas de liens structurels ou fonctionnels avec les directions centrales dont ils exécutent une partie de la mission, (viii) il existe une opacité dans les relations fonctionnelles entre les directions ayant certaines matières en commun, cas de la gestion de l'information.

- iii. Selon la constitution, la RDC passe d'un Etat fortement centralisé à un Etat unitaire fortement décentralisé. Ce nouveau paysage politique impose un transfert des compétences et des ressources du niveau central vers le niveau intermédiaire et donc, une modification de la forme et une clarification des missions de ces deux niveaux.
- iv. Les problèmes liés à la fois au cadre organique et à la politique nationale de santé (PNS). La PNS marginalise l'Hôpital Provincial (HP) privant ainsi les Hôpitaux Généraux de Référence (HGR) de l'appui dont ils ont besoin dans l'amélioration de l'offre des soins cliniques. Le cadre organique confie la même mission à l'HGR et à l'HP, créant ainsi une grave distorsion dans les relations entre ces deux niveaux d'offre des soins.
- v. Le niveau et les flux de financement actuel du secteur de la santé sont peu documentés. L'absence ou l'insuffisance de financement des structures du niveau central et/ou le mode de financement d'autres structures de ce niveau a fini par opérationnaliser le niveau central. Plutôt que de normaliser ou de réguler, les programmes spécialisés et les directions centrales deviennent de plus en plus des prestataires pour la mise en œuvre des projets financés par leurs partenaires. Cette situation crée un vide important en matière de régulation et de régulation de l'ensemble du système.
- vi. Le pays ne dispose pas de loi cadre pour le secteur de la santé. Ce vide légal/institutionnel ouvre la porte à toutes sortes de distorsions comme on le constate actuellement dans le système de santé.
- vii. Le plan directeur de développement sanitaire 2000- 2009 (PDDS) qui est le stratégique du Ministère de la santé n'est plus adapté au contexte politique et sanitaire actuel. L'élaboration d'un nouveau plan stratégique est une nécessité voire une urgence.
- viii. Les problèmes des ressources humaines sont de plusieurs ordres. Parmi les principaux, on a noté ceux relatifs à la production en terme de qualité et de quantité, les faibles capacités de certains acteurs des directions centrales et des programmes spécialisés aggravent la situation déjà fragile dans laquelle se trouvent ceux-ci. Les normes, directives et politiques sont élaborées par des cadres qui n'en ont pas l'expertise. Elles ne tiennent pas toujours compte de la réalité du terrain et perdent de plus en plus de leur pertinence. L'actuel cadre organique en est un exemple

La réforme du MSP consistera en (i) l'actualisation de la PNS, (ii) l'élaboration d'un cadre organique rationalisé et pertinent par rapport à la mise en œuvre de la mission telle qu'elle sera définie dans la PNS, (iii) l'actualisation du plan stratégique du MSP, (iv) l'élaboration de la loi cadre du secteur de la santé, (v) l'élaboration de la loi portant réforme hospitalière, (vi) l'élaboration de la loi sur le financement de la santé. La démarche méthodologique pour ce faire met l'accent sur la nécessité de mettre en place un cadre organique plus cohérent et plus pertinent par rapport à la mission du MSP.

La mission des programmes spécialisés doit être clarifiée dans le contexte de la décentralisation. Leur contribution à la réalisation des objectifs sectoriels sera évaluée. Les résultats de cette évaluation donneront des indications sur la nécessité soit de retenir le programme si sa contribution à la réalisation des objectifs sectoriels est élevée (sous réserve d'une restructuration interne), soit de

réviser ou de regrouper ceux dont la contribution à la réalisation des objectifs sectoriels est faible, soit le cas échéant, de les conduire à une terminaison.

Etant donné que la réforme ne peut que s'inscrire dans le temps, il est préconisé de mettre en place des mesures conservatoires et des mesures transitoires. Les premières évitent que ne s'aggrave la situation actuelle, les secondes permettent de mieux gérer le processus de décentralisation dans le secteur avant la loi cadre sectorielle. Une feuille de route du processus de réforme avec des produits attendus à chaque étape est proposée. Le nouveau plan stratégique inclura la mise en œuvre de tout le processus de réforme du secteur de la santé.

La légitimité dont dispose l'actuel Gouvernement lui donne des marges de manœuvre largement suffisantes pour pouvoir conduire une telle réforme. Une feuille de route pour le Ministère de la Santé Publique a été promulguée par la Présidence de la République clarifie ses responsabilités (18 missions lui sont assignées) ainsi que les départements avec lesquels il doit collaborer (comme celui de l'Environnement avec lequel la prise en compte de l'hygiène et salubrité publique est partagée).

Certains membres de la Mission de Restructuration du Ministère de la Santé Publique affirment que les textes définitifs de cette réforme seront publiés avant la fin de l'année 2008. Un premier draft d'organigramme nous a été fourni (il prévoit 5 divisions et 11 bureaux pour la 4^{ème} Direction) à titre indicatif. Les missions de la future DLM ne seront pas modifiées significativement si ce n'est qu'une division 'Laboratoire' (ancienne D8) est ajoutée.

Les 6 axes stratégiques de la SRSS, en particulier la planification par unité fonctionnelle, constitueront le socle du relèvement de la fonctionnalité des structures opérationnelles de l'ensemble du Système de Santé. La mise en place effective et rapide de la décentralisation précise clairement le rôle de chaque niveau sur la base des attributions constitutionnelles des niveaux central et provincial.⁷ C'est dans cette perspective que l'appui sera apporté.

1.3.6 La 4^{ème} Direction de lutte contre la maladie

Depuis son actualisation en 2003, la Direction de la Lutte contre la Maladie (DLM) a pour finalité : « La promotion de la santé de la population par le contrôle des maladies endémo-épidémiques et non transmissibles » et pour attributions principales :

- Contribuer à la promotion de la santé de la population par le contrôle des maladies ;
- Mobiliser les ressources nécessaires à l'accomplissement de la lutte contre la maladie.

Ses missions principales actuelles sont au nombre de 5 :

- définir les stratégies nationales de lutte contre la maladie et s'assurer de leur mise en œuvre par les structures sanitaires (générales et spécifiques) ;
- assurer la surveillance épidémiologique ;
- fournir des appuis techniques relatifs à la gestion des épidémies, des catastrophes et autres urgences ;
- assurer la promotion de la recherche sur l'organisation des soins et la lutte contre la maladie ;
- participer à la prévention et à la gestion des catastrophes naturelles.

Le Cadre organique de la 4^{ème} Direction établi en 2003, cadre actuel, est structuré ainsi :

⁷ Voir annexe 7.6

- La **Direction** avec **2 bureaux**: un Secrétariat et une Banque informatisée de données épidémiologiques ;
- **4 Divisions** et **16 Bureaux** :
 - Division de la Surveillance des Grandes Endémies avec les 7 bureaux suivants : Paludisme, IST/Sida, Trypanosomiase, Onchocercose/Bilharziose/Filariose, Lèpre-Tuberculose, Vaccination et maladies transmissibles de l'enfance, autres endémies ;
 - Division des Endémies, Maladies quaranténaires, Catastrophes et autres Urgences avec les 3 bureaux suivants : Surveillance épidémiologique et Alerte, Interventions, Contrôle médico-sanitaire aux frontières ;
 - Division des Maladies Chroniques et Dégénératives avec 3 bureaux : Cancer, Hypertension et Maladies Cardio-vasculaires et Rhumatismales, Diabète ;
 - Division de la Santé Bucco-Dentaires et des Maladies Nutritionnelles/Carentielles et Oculaires avec 3 bureaux, un par problème de santé.

Ce Cadre prévoit 93 personnes. Cependant la liste déclarative spécifie 107 personnes inscrites et la présentation de la Direction qui a été faite en début de formulation relève 52 personnes qualifiées, dont une dizaine est régulièrement absente ou en âge de retraite. Lors de notre rencontre avec l'ensemble du personnel, 29 personnes étaient présentes (voir annexe).

La première observation à faire est que les problèmes qui ont justifié l'actualisation du Cadre Organique en 2003 demeurent encore aujourd'hui.

Autres partenaires techniques et financiers (PTF) en appui actuellement à la DLM

La DLM est relativement peu appuyée : seuls 3 partenaires offrent des appuis techniques et financiers. Nous les présentons dans le tableau ci dessous :

Partenaire	Type d'activités	Type d'intervention	Montant 2007 en USD	Montant 2008 en USD
Gouvernement de RDC	- Salaires - Prime de risque	- permanent	269.848,24 ⁸	958.292,79 ⁹
OMS/RDC	- Investigation des épidémies - Formation - Connexion Internet - Dotation Véhicule - Elaboration de Politique sur les MNT - Supervision	- selon le besoin - ponctuelle - annuelle - ponctuelle - ponctuelle	564.069	20.000
CDC/Atlanta	- Surveillance grippe aviaire et formations des sites sentinelles	- annuelle	200.000	200.000 ¹⁰
AXxes/USAID	- Supervision et évaluation des programmes de santé	- ponctuelle		82.300 ¹¹

Problématique de l'INRB :

⁸ Taux de décaissement : 0%

⁹ Un découvert budgétaire de 435.021,82 USD a été accordé pour cet exercice pour la gestion des urgences ; d'autre part 36% du budget serait affecté au pré positionnement en médicaments pour les Provinces : Orientales, Nord Kivu, Sud Kivu et Katanga (épidémie de choléra et méningite)

¹⁰ Même montant pour 2009 disponible pour la peste et la méningite

¹¹ Budget 2008-2009: dont 26.700 USD pour les équipements, 30.000 USD pour le développement des politiques et 25.600 USD pour le suivi et la supervision

Une clarification du rôle des institutions est à faire et particulièrement celui de l'INRB, comme laboratoire de :

- Référence de santé publique (investigation des épidémies) ;
- Contrôle de qualité des diagnostics ;
- Formation de base et continue ;
- Recherche opérationnelle et fondamentale.

Il est un outil ***indispensable d'appui pour la 4ème Direction***, tant pour la lutte contre les maladies que pour la surveillance des maladies à haut potentiel épidémique. C'est ainsi qu'un appui à son institutionnalisation a été inscrit par l'identification en tant que résultat, d'autant que dans le nouvel organigramme l'actuelle 8^{ème} Direction est incluse dans la future DLM (voir la note ci dessous sur la D8).

Depuis sa création¹² en 1984, l'INRB a fonctionné de façon continue malgré de nombreux problèmes socio-économiques. Depuis 1998, grâce aux différentes coopérations bilatérales et multilatérales, l'Institut a accru son infrastructure de recherche, de surveillance et a amélioré de manière significative les conditions de travail de ses techniciens et scientifiques.

Sa mission principale est de « contribuer à l'amélioration de la santé de la population congolaise par la mise en œuvre et la promotion sur toute l'étendue du territoire des explorations biomédicales nécessaires à la recherche, au diagnostic, à la surveillance, à la prévention et au traitement des maladies de l'homme ».

Ses 4 missions spécifiques sont :

- Participer à la formation pratique des techniciens de laboratoire et des assistants de recherche de différentes Universités et Instituts Supérieurs de RDC13 ;
- Surveillance des maladies à potentiel épidémique d'origine virale ;
- Surveillance des maladies à potentiel épidémique d'origine bactérienne ;
- Investigation des épidémies.

Ses principaux défis sont :

- Celui de la surveillance intégrée des maladies et de la riposte avec l'appui de l'OMS (SIMR); 14 maladies sont sous surveillance¹⁴ ;
- Celui de la coordination, supervision et contrôle de qualité des laboratoires sur l'ensemble du territoire national (des programmes, des laboratoires centraux, provinciaux et de districts) ;
- Celui de la détection et confirmation d'épidémies à temps¹⁵ ;
- Celui de prélèvements mal faits, mal conservés, avec de sérieuses difficultés d'envoi.

Ses partenaires sont actuellement sont :

¹² Arrêté Ministériel N°CAB/MIN/S/16/2000 portant création et organisation d'un laboratoire national de Santé Publique dénommé « Institut national de recherche biomédicale du Congo ».

¹³ Son staff scientifique est régulièrement recyclé lors des ateliers de formation organisés par des institutions scientifiques de renommée internationale.

¹⁴ Choléra, Coqueluche, Méningite, Paludisme, Rougeole, Tétanos néo-natal, Fièvre Jaune, Monkey Pox, PFA, Fièvre hémorragique Virale, Grippe Aviaire, Salmonellose, Peste, Fièvre Typhoïde.

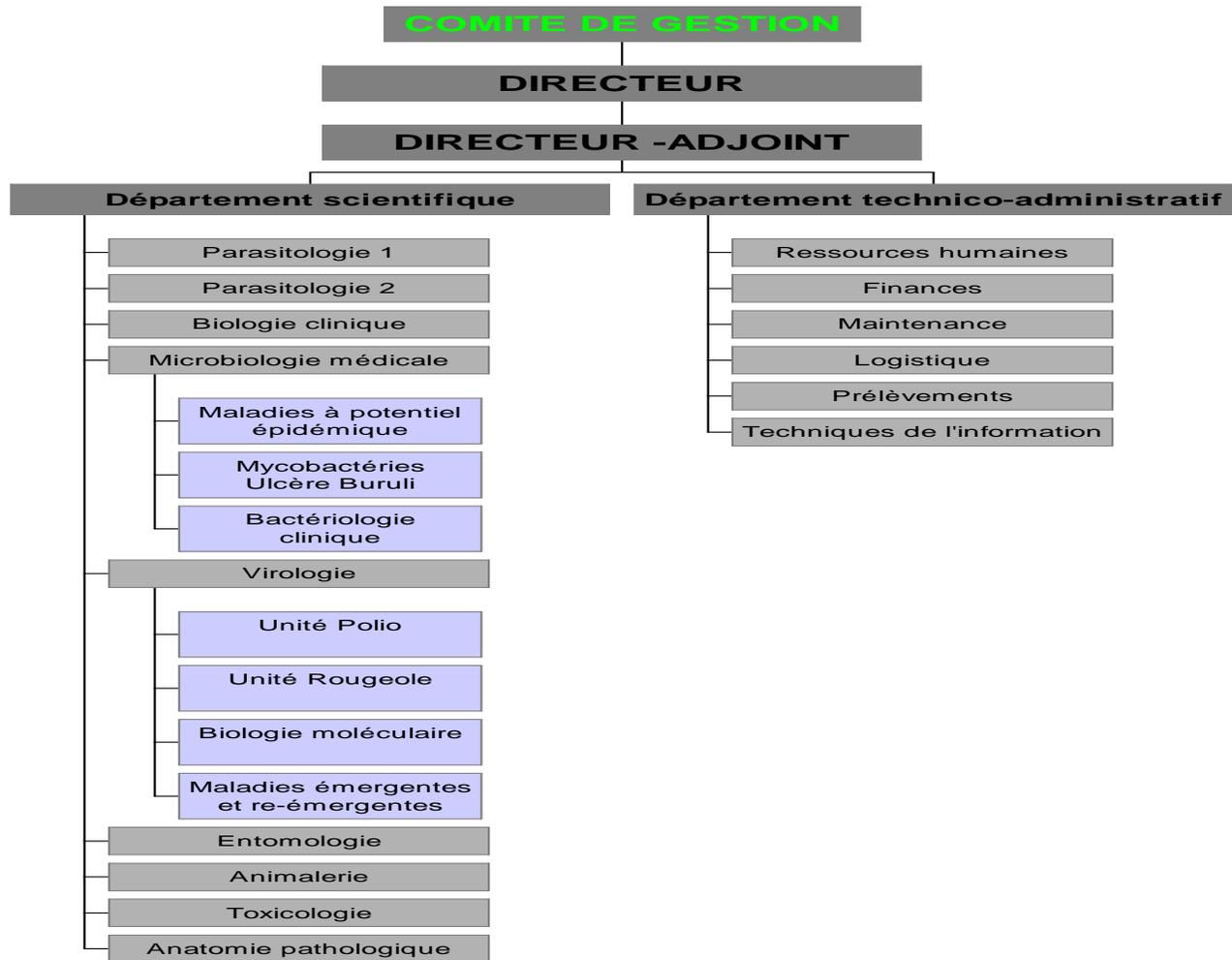
¹⁵ Pour la dernière épidémie à Kikwit d'Ebola : 5 mois de délais de réaction.

- **4ème Direction**¹⁶ : Choléra, Méningite, Dysenterie Bacillaire et Peste ;
- **8ème Direction** : établissement de normes et standards des Laboratoires de Santé Publique et Clinique ;
- **OMS** : surveillance de la Polio, Rougeole, Fièvre Jaune ;
- **PEV** : surveillance de la Polio, Rougeole, et Fièvre Jaune ;
- **PNLTHA**: laboratoire de référence pour la Trypanosomiase ;
- **PNLP**: laboratoire de référence pour le Paludisme ;
- **PROGRAMME NATIONAL ULCERE DE BURULI** : laboratoire de référence pour cet Ulcère ;
- **CDC/ATLANTA** : surveillance EBOLA/MARBURG, et Biologie moléculaire des vecteurs du Paludisme ;
- **NICD/RSA** : surveillance EBOLA/MARBURG ;
- **UNC/UCLA, ESP/KIN** : surveillance MONKEYPOX (financé par NIH/USA) ;
- **USAMRIID** : étude clinique de MONKEYPOX financée HENRI JACKSON FOUNDATION ;
- **ITG/ANTWERPEN** : recherche sur la THA financée par la coopération belgo-congolaise (300.000 euros annuels : contrat 2010) et PUE ;
- **LABORATOIRE NATIONAL DE SANTE (LUXEMBOURG)**: en biologie moléculaire de la rougeole ;
- **FONDATION BELGE DES ROTARY Clubs** : surveillance de la Polio ;
- **INSTITUTE OF MICROBIOLOGY OF GERMANY ARMY**: diagnostic de MONKEY POX ;
- **INSTITUT DE MEDECINE TROPICALE DES SERVICES DE SANTE DES ARMEES, MARSEILLE** : sur les Arboviroses.

Son organigramme actuel est présenté à la page suivante.

¹⁶ Relation avec la D4 : organisation du transport des échantillons en provenance des services périphériques de surveillance épidémiologique (matériel de prélèvement, frais de transport), formation du personnel de surveillance (4ème Direction) en matière de prélèvement, de conservation et d'envoi des échantillons et renforcement d'équipement de la 4ème Direction.

ORGANIGRAMME DE L'INRB.



Les attentes exprimées par la direction de l'Institut sont :

- Une institutionnalisation de l'Institut en tant que Laboratoire National de Santé Publique chargée de la surveillance biologique des maladies en appui à la 4ème Direction doit être faite ;
- Il doit être à même de :
 - Organiser et effectuer des supervisions techniques et administratives des laboratoires provinciaux afin de constituer un réseau de surveillance et de confirmation d'épidémies ;
 - Organiser et effectuer des activités de formation/recyclage en cascade, dans les domaines de bio sécurité de prélèvements de conservation et d'envoi des échantillons ;
- Pour ce faire, un appui est sollicité :
 - Pour un renforcement de la gestion administrative de la gestion de base ;
 - Sur le plan des Ressources Humaines: meilleure motivation, moyens de déplacement, ... ;
 - Pour un renforcement du budget annuel de fonctionnement de base ;

- Sur le plan matériel, en particulier: renforcement de l'outil informatique, équipement en matière de bio sécurité (protection individuelle, destruction centralisée, incinérateur de grande capacité, groupe électrogène de bonne capacité, véhicules...);
- La consolidation de l'appui scientifique actuel de l'IMT/Antwerpen (délai actuel de l'appui: 2010).

Note sur l'actuelle 8ème Direction :

Cette Direction «Laboratoires de Santé» est actuellement composée de 3 Divisions : (i) Laboratoire de Santé Publique et Recherches Biomédicales, (ii) Sécurité Sanguine et dérivés de sang, (iii) Analyse et Orientation Clinique.

Elle a les missions principales suivantes : (i) établir les normes et standards, (ii) superviser les laboratoires, (iii) autoriser l'ouverture et le fonctionnement de laboratoire et accréditer, (iv) standardiser les fournitures et réactifs. Dans le cadre de la réforme, l'actuelle Direction sera incluse dans la future DLM, en tant que Division 'Laboratoire'. Elle sera composée de 2 bureaux : Laboratoire Clinique et Laboratoire de Santé Publique.

Ses principales tâches seraient de :

- Etablir les normes, les standards des méthodes d'analyses, les équipements, les réactifs, y inclus les analyses toxicologiques, la qualité de l'eau et des denrées alimentaires ;
- Etablir une banque de données des recherches biomédicales, diffuser les résultats des recherches bio-médicales et établir un répertoire des chercheurs en bio-médical ;
- Appuyer techniquement les laboratoires de santé publique et clinique (fourniture de guides techniques, approvisionnement en équipements et réactifs, maintenance des équipements...);
- Mettre en place un système de contre-expertise ;
- Elaborer le plan de réhabilitation du réseau national des laboratoires de santé publique ;
- Organiser un système d'assurance qualité ;
- Mettre en place les structures de base pour la sécurité sanguine dans les formations sanitaires.

Deux observations faites dans le cadre de la présente analyse de situation sont intéressantes à prendre en compte dans l'appui à l'INRB :

- Des laboratoires créés par certains programmes spécialisés (VIH, Tuberculose, IST, Trypanosomiase...) auraient tout avantage de s'insérer dans la stratégie intégrée du contrôle de qualité des examens de laboratoire ;
- Le problème du manque de compétences 'critiques' a été évoqué par l'actuel Directeur (beaucoup de techniciens mais peu de licenciés).

1.3.7 Analyse globale « Forces, Faiblesses, Opportunités, et Menaces » (FFOM¹⁷)

Les résultats de l'analyse FFOM présentés ci dessous, ont été validés lors de la formulation. Ils confirment l'essentiel de l'analyse de la problématique de la lutte contre la maladie faite lors de l'identification de ce projet et les précisent.

¹⁷ Force, Faiblesse, Opportunités, Menaces, - SWOT en anglais

FORCES

- L'intérêt des cadres et du personnel de la Direction pour une amélioration de leur performance ;
- Le rapport d'audit institutionnel est disponible depuis avril 2008 ;
- Un Guide Technique pour la Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte est disponible depuis février 2003 (34 maladies transmissibles ou non) ;
- Un Document de "Politique Nationale de Surveillance Intégrée est disponible depuis mars 2002 ;
- Un système de sites sentinelles est fonctionnel pour le VIH/Sida (27 sites) et pour la grippe saisonnière et grippe aviaire, (50 sites, appelés à être réduits) ;
- Des réunions de coordination avec quelques programmes sont organisées. 14 programmes ont présenté leurs bilans d'activités en avril 2008. A cette occasion des pistes de solutions aux problèmes de ces programmes ont été relevées. Des fiches signalétiques pour 16 (31%) des 52 programmes ont été établies récemment, mais l'exercice n'est pas terminé ;
- Une base de données partielles en matière de surveillance épidémiologique (14 maladies) fonctionne.

FAIBLESSES

Sur le plan du fonctionnement de l'actuelle D4:

- Les Fonds alloués sont sporadiques et très peu consistants ;
- Les bâtiments partagés avec la DEP sont exigus (5 pièces) ;
- Le niveau d'équipement et logistique (matériel roulant, informatique et communication, ...) est très faible ;
- Fonctionnement du système de communication insuffisant ;
- Absence de financements de l'Etat.

Sur le plan de son opérationnalité :

- Le leadership de la D4 est peu effectif en matière de coordination des programmes spécialisés, mais souhaité par la plupart des programmes ;
- Il y a peu d'outils programmatiques en cette matière ;
- Le Cadre Légal ne permet pas d'exercer un contrôle/coordination sur les programmes spécialisés (52 programmes dont une trentaine en tant que tel) ¹⁸;
- Il n'y a pas de capacité à produire une information pertinente et continue pour le suivi de la mise en œuvre de la politique nationale en matière de lutte contre la maladie (qui n'existe d'ailleurs pas comme telle: voir la Politique Nationale de la Santé de Février 2001, 4.3.1, 4.3.2, 4.3.3 et 4.4.9) ;
- Absence des stratégies, de textes réglementaires et de procédures sur la coordination des programmes de lutte contre la maladie ;
- Le 'poids' plus élevé de certains programmes tant en volume financier qu'en mode de financement ;
- La détection (alerte) et les réponses sont tardives ;

¹⁸ Voir liste en annexe 7.7

- Faible capacité d'analyse ;
- La base des données est limitée aux maladies à potentiel épidémique ;
- Absence des liens structurés avec les D7, D5, D8, INRB ;
- Les directions des programmes sont au même niveau hiérarchique que la D4.

Sur le plan des Ressources Humaines :

- Le profil du personnel en poste est inadéquat et son professionnalisme est à renforcer ;
- Pléthore de personnels (voir plus haut) ;
- Faible motivation du personnel (voir enquête participative auprès du personnel dont les résultats sont présentés en annexe) en partie due à des conditions de travail peu stimulantes ;
- Une mobilité du personnel préjudiciable à la permanence et continuité des tâches.

<i>OPPORTUNITES</i>

- L'OMS finance certaines activités de la DLM et possède un dispositif de surveillance sur l'ensemble du territoire sur les PFA et la rougeole ;
- La SRSS dont la mise en oeuvre est conduite par le CNP est claire en matière de coordination des programmes spécialisés ;
- La réforme du Ministère de la Santé sera bientôt mise en oeuvre et confiée à la DLM la responsabilité de coordination de la lutte contre la maladie ;
- Dans ce même cadre, la contribution des programmes spécialisés à la réalisation des objectifs sectoriels sera évaluée ;
- Les partenaires, les programmes et les autres directions sont favorables à l'appui de la DLM, principalement en matière de coordination/intégration des programmes spécialisés et de disponibilité de bases de données régulièrement diffusées.

<i>MENACES</i>

- Risque de résistance de la part des intervenants aux changements induits par le renforcement du leadership de la DLM autant en matière de coordination que de l'évaluation de la contribution des programmes spécialisés aux objectifs sectoriels ;
- Acceptabilité des décisions à prendre en matière d'adéquation des RH aux missions de la DLM telles qu'elles seront précisées dans le nouveau Cadre Organique ;
- Résistance des personnels aux changements induits par les attributions exclusives et concurrentes du niveau central et à celui des provinces.

Cette analyse permet d'identifier les éléments à prendre en compte par l'intervention :

Sur le plan des investissements de la DLM :

- Fournir des locaux et des équipements adéquats aux missions ;
- Etablir un cadre légal et réglementaire adéquat à ses missions ainsi qu'à celles de l'INRB ;
- Rendre adéquat sur le plan qualitatif et quantitatif les RH (motivées) à ses missions ainsi qu'à celles de l'INRB ;
- Fournir les moyens budgétaires complémentaires aux financements de l'Etat aux autres partenaires et nécessaires à ses missions ainsi qu'à celles de l'INRB.

Sur le plan de l'opérationnalité de la DLM :

- Evaluer la contribution des programmes spécialisés à la réalisation des objectifs sectoriels ;
- Etablir des outils programmatiques de coordination/intégration des programmes spécialisés ;
- Développer un système d'informations pertinentes de référence pour les autres directions et les organisations partenaires –tant publiques que privés- (surveillance épidémiologique de routine), d'alerte et de réactivité rapide en cas d'épidémie ou catastrophe, en concertation avec les D7, D5 et INRB.

Le prise en compte de ces éléments constitue l'essentiel de la valeur ajoutée de l'intervention et, par conséquent, la base de son évaluation continue et à terme.

2. ORIENTATIONS STRATEGIQUES DE L'INTERVENTION

2.1 NATURE ET AXES DE L'INTERVENTION

2.1.1 Cohérence et synergies avec les autres interventions de la coopération belgo-congolaise

Le projet d'appui institutionnel à la Direction de la lutte contre la maladie du Ministère de la santé de la RDC s'inscrit dans la logique de la mise en œuvre de la stratégie du renforcement du système de santé (SRSS) et cadre bien avec le 2^{ème} axe de cette stratégie, celui de la rationalisation du niveau central et intermédiaire et le 6^{ème} axe, sur le renforcement de la Recherche sur les systèmes de santé.

D'une part la réforme doit « assurer à la population congolaise des soins de santé de qualité, répondant aux besoins fondamentaux de chacun », c'est à dire qu'elle doit partir d'une réforme en périphérie et aidera ainsi le niveau central à mieux définir son rôle normatif et réglementaire »¹⁹. D'autre part, la recherche va permettre une qualité optimale du travail normatif ainsi qu'une meilleure identification des goulots d'étranglement à la mise en œuvre de la stratégie »²⁰.

L'appui proposé est d'introduire des changements durables du point de vue de la lutte contre la maladie.

Il s'inscrit dans le contexte général des autres appuis que la Coopération belgo-congolaise s'est engagée à fournir à la RDC pour l'accompagner dans la mise en œuvre de la SRSS aux trois niveaux de développement des Soins de Santé Primaires à savoir :

- Au niveau central (ASSNIC : appui à la DEP) ;
- Au niveau intermédiaire et périphérique (ASSNIP 1 à 3 et bientôt à 4) ;
- Appui au programme de lutte contre le THA, à tous les niveaux.

La présente intervention devra se nourrir de toutes ces expériences pour être menée avec succès et de manière durable. Le lien avec les ASSNIP constitue une opportunité évidente autant pour suivre ses impacts sur l'offre de soins que pour s'appuyer sur les expériences réussies en matière d'intégration des programmes et de recherche action.

Il est important de souligner ici qu'elle concerne 2 des 4 domaines du PIC à savoir :

- Appuyer le processus de défragmentation et intégration de la lutte contre la maladie au niveau central y inclus l'INRB ;
- Appuyer la lutte contre la maladie du sommeil.

A propos de l'appui à la THA, il est prévu dans ses orientations stratégiques un volet 'intégration des activités de lutte dans les structures de santé fixes'. Des mécanismes d'accompagnement de ce processus sont prévus (un Comité d'Accompagnement piloté par la DLM, une politique de coaching, recherche action études spécifiques...) et des moyens sont budgétisés. Il va sans dire que les appuis de la présente intervention se doivent d'être bien articulés avec ce projet.

¹⁹ SRSS page 32

²⁰ SRSS page 37

2.1.2 Cohérence et synergies avec les autres PTF

Lors d'une rencontre des ambassadeurs de l'Union Européenne en 2001, il a été décidé de confier la coordination des appuis des pays membres de l'Union Européenne au niveau du secteur de la santé (entre autre) à certaines ambassades. Très rapidement, on s'est rendu compte qu'un élargissement à tous les autres bailleurs de fonds et partenaires multilatéraux soit nécessaire.

En 2005, le groupe a élaboré ses premiers termes de référence, une note sur les thèmes génériques stratégiques du secteur, et a redéfini le profil des représentants de ses membres autour de la capacité de contribution à la prise de décision institutionnelle.

En janvier 2006, dans le cadre d'une Présidence tournante, la Belgique a pris la coordination du Groupe Inter-Bailleurs Santé (GIBS), ainsi rebaptisé, pour une période de deux ans, tel que prévu dans les premiers termes de références adoptés le 28/11/2005. En juin 2007, le Canada a été désigné pour assurer la relève à partir de janvier 2008.

Le GIBS est devenu ainsi le cadre de concertation et de réflexion pour ses membres en matière de mise en œuvre de la SRSS. Il vise la synergie et la complémentarité des différents partenaires du Ministère de la Santé en vue d'une bonne coordination de l'assistance qu'on lui apporte et application des politiques et programmes de santé.

Les membres de ce groupe ont convenu d'œuvrer pour :

- Qu'un effort de coordination inclusive soit déployé (mise en place d'outils de travail et des intrants uniformes) en vue d'améliorer en quantité et en qualité les résultats du secteur à travers la mise en œuvre de la SRSS ;
- Que l'effort de coordination au sein du Ministère de la Santé soit renforcé ;
- Que le Comité de Pilotage du secteur, y compris ses commissions, soit rendu opérationnel ;
- Que ce processus puisse aboutir à terme à une approche sectorielle globale véritablement efficace et efficiente sous le leadership du Ministre de la Santé ;
- Que la mise en œuvre des priorités du CAP/PAP se fasse dans un avenir respectant les plans de travail ;
- Que la réforme du secteur de la santé (comme un des secteurs prioritaires dans la réforme globale de la fonction publique) et que la restructuration du niveau central et intermédiaire du Ministère de la santé aboutissent dans un délai raisonnable ;
- Que le cadre légal et stratégique régissant le secteur de la santé soit actualisé avant la fin de l'année 2009 marquant la fin de la période du PDDS actuel (2000-2009).

Les activités du GIBS sont (i) réunions périodiques de concertation, (ii) création des groupes de travail stratégique-technique, (iii) rencontres avec le partenaire, (iv) visites de terrain et (v) support technique au Ministère de la Santé.

D'autre part, dans le cadre du PAP²¹, 15 Groupes Thématiques ont été mis sur pied par le Ministère du Plan. La composition actuelle ²²de ces Groupes Thématiques montre que deux sont affectés à des thèmes qui touchent l'intervention : le 11^{ème} sur la Santé dont la présidence est assumée par le Ministre de la Santé Publique, le secrétariat par la DEP et le co-secrétariat par le Canada. Le 14^{ème} GT sur VIH/Sida est présidé par le Ministre de la Santé Publique, le secrétariat est assumé par le

²¹ Plan d'Action Prioritaire

²² 15 janvier 2008

Programme National Multisectoriel de Lutte contre le VIH/Sida et le co-secrétariat par l'ONUSIDA.

Les appuis qui seront fournis feront l'objet de concertations et de renforcements réciproques entre les PTF intéressés autour de la mise en œuvre de la SRSS et de la réforme du Ministère de la Santé et de l'Administration publique (déconcentration/décentralisation).

2.1.3 Appui à la Direction de la lutte contre la maladie (4^{ème} Direction actuelle)

Cet appui est contingent à la mise en place de la réforme du Ministère de la Santé Publique dans les meilleurs délais. Il semble cependant que le mandat et les missions de cette Direction ne seront pas modifiés significativement si ce n'est que l'actuelle D8 y sera intégrée. Il apparaît que cette réforme donne priorité à la nécessaire défragmentation des programmes spécialisés actuels.

La DLM a pour mandat «la promotion de la santé de la population par le contrôle des maladies endémo-épidémiques et non transmissibles». Quatre missions lui sont actuellement confiées :

1. Coordonner les interventions de lutte contre les maladies et des programmes spécialisés ;
2. Participer à la prévention et à la gestion des catastrophes ;
3. Promouvoir la recherche ;
4. Mobiliser les ressources nécessaires à la lutte contre la maladie.

Sa Direction s'est focalisée jusqu'à ce jour, avec des moyens très limités, principalement sur la surveillance épidémiologique et la riposte en cas d'épidémie.

Elle se verra confié, dans le cadre de la réforme, les mêmes missions mais renforcées sur le plan de son leadership en (i) coordination/intégration des programmes spécialisés de santé, (ii) surveillance épidémiologique, (iii) gestion du contrôle sanitaire aux frontières, des urgences et des catastrophes, (iv) définition des normes en hygiène, en salubrité publique et (v) de celles des techniques de laboratoires cliniques et de santé publique ainsi que leur contrôle de qualité.

La présente intervention prend en compte toutes les missions présentes et futures (voir la réforme), à travers les principales activités décrites ci dessous :

- Etablir des outils programmatiques basés sur une bonne analyse verticale de chaque maladie (stratégie, directives, normes, outils d'intégration) en alignement de la SRSS et la coordination des programmes spécialisés prioritaires ;
- Améliorer la performance du système de surveillance épidémiologique et de gestion des catastrophes ;
- Institutionnaliser du rôle de l'INRB en tant que laboratoire de santé publique de référence et d'animation du réseau national de laboratoires provinciaux;
- Améliorer la performance du contrôle sanitaire aux frontières, de l'hygiène et salubrité publique ;
- Améliorer la gestion des ressources et son bon fonctionnement.

Pour mettre toutes ces interventions en œuvre, la DLM a besoin d'un appui technique en matière de développement d'une vision globale, consensuelle, cohérente et faisant l'objet de réglementation sur la lutte contre la maladie, avec des résultats tangibles dans la durée du projet qui est de 4 années, mais dans une perspective de 10 années. Ainsi un Conseiller Technique expérimenté fera un travail

de proximité avec la Direction technique et administrative pour accroître la compétence du personnel et rendre fonctionnel les structures à mettre en place.

L'intervention prévoit la construction d'un bâtiment pour résoudre le problème d'insuffisance d'espace physique pour la DLM, une adéquation des ressources humaines avec les besoins structurels et opérationnels de la réforme, des indemnités représentant un complément de salaires pour atteindre le barème harmonisé des fonctionnaires de l'Etat et en vigueur en RDC, en attendant que le Gouvernement prenne le relais. Le projet prévoit des moyens financiers pour les personnes qui devront aller à la retraite. Il y aura également des fonds pour le renforcement des capacités des ressources humaines, des expertises ponctuelles et un encadrement scientifiquement continu, des stages ou formations de courte durée, une disponibilité logistique adéquate et durable, un appui budgétaire à son fonctionnement lui permettant d'accomplir ses missions. A propos de ce budget de fonctionnement, dont le montant sera fixé annuellement en complémentarité des ressources publiques et des autres intervenants, accent sera mis sur l'amélioration du taux d'exécution des ressources publiques devant progressivement prendre en charge le fonctionnement ainsi que sur la création d'un 'Common Basket Fund' avec les autres PTF.

2.1.4 Appui à l'institutionnalisation de l'INRB

Un appui sera fourni sur la base des attentes exprimées par le staff actuel de l'INRB, c'est à dire un renforcement institutionnel de l'Institut lui-même sur les plans de :

- Son statut (autonomie) ;
- Son organisation interne ;
- Ses ressources humaines, matérielles, logistiques et techniques ;
- Son appui aux missions de la DLM (l'ensemble de ses divisions futures, y inclus la division « Laboratoire », actuelle 8ème Direction) ;
- Son rôle d'appui aux laboratoires de santé publique sur l'ensemble du territoire permettant un suivi régulier en terme de contrôle de qualité, de renforcement des capacités des ressources humaines et de recherche.

Un plan d'intervention sera établi très rapidement dès le démarrage du Projet avec l'appui de personnes ressources provenant d'institutions d'excellence en cette matière et ayant une bonne connaissance du contexte actuel en RDC en matière de SRSS.

2.2 LES BÉNÉFICIAIRES

2.2.1 Les bénéficiaires directs

Les personnels de la DLM, de l'INRB et des programmes spécialisés bénéficieront, grâce à l'intervention, de l'amélioration des conditions de travail et d'un environnement stimulant en terme de motivation et d'amélioration de leurs compétences.

2.2.2 Les bénéficiaires indirects

Les personnels travaillant dans les réseaux de surveillance et de laboratoires recevront des directives et seront soutenus par des ressources nécessaires à la réalisation des activités qui leur sont dévolues.

L'ensemble de la population bénéficiera ainsi d'une meilleure prise en charge de leurs problèmes de santé en rapport avec la lutte contre la maladie.

2.3 LES ORGANISATIONS PARTENAIRES

Les partenaires importants dans le cadre de cet appui sont :

- **OMS** : appui à la surveillance, aux missions d'investigation des épidémies et pour la riposte ;
- **CDC** : appui à la surveillance de la grippe aviaire ;
- **USAID (ACCESS)** : appui pour le suivi et l'évaluation des programmes de santé ;
- **9^{ème} FED²³** : expérience dans l'utilisation des centrales de distribution des médicaments pour les approvisionnements (expérience qui peut être capitalisée dans le cadre des stocks stratégiques), la révision du cadre légal et régulation (appui au CNP et à 3 sous commissions), le renforcement du niveau provincial, l'appui au SNIS et aux approches innovantes telles que : formation/tutorat, approche contractuelle (contrat d'intégration / progression et de performance) et partenariat public/privé ;
- **GTZ** : appui à la réflexion sur l'intégration et la coordination des programmes spécialisés;
- **IMT** : assure l'appui scientifique sur des thèmes ponctuels et de gestion de l'INRB.

2.4 LOCALISATION DE L'INTERVENTION

Le projet est localisé au niveau central du Ministère de la Santé, à la DLM et s'étend aussi, selon leur fonction dans le système décentralisé et déconcentré, aux niveaux intermédiaires²⁴ et aux structures périphériques du réseau de surveillance, y inclus les laboratoires de santé publique. Les appuis qui seront donnés aux structures des réseaux devront leur permettre de bien fonctionner et d'alimenter la DLM en informations utiles pour une surveillance efficace et de détecter aussi précocement que possible les urgences et intervenir rapidement.

Le ou la Conseiller Technique qui sera recruté(e) sera basé(e) à Kinshasa et aura son bureau dans l'enceinte du bâtiment de la DLM. Le Directeur et l'Administrateur de la DLM et le/la Conseiller Technique constituent l'équipe d'exécution conjointe.

²³ Il se termine en 2010 et sera probablement suivi par un 10^{ème}.

²⁴ Dont le développement géographique sera défini par l'équipe d'exécution du Projet et en priorité dans les zones d'intervention actuelle et future de la CTB

3. PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE

Le projet identifié est conçu comme faisant partie d'un programme cohérent et global visant à soutenir la Stratégie de Renforcement du Système de Santé.

Il s'aligne sur la politique nationale « de déconcentration des services de production de soins et la décentralisation des centres de prise de décision »²⁵. Ainsi les articles 202, 203 et 204 de la Constitution, présentés en annexe de ce document, spécifiant clairement les compétences exclusives et concurrentes des niveaux central et provincial, seront appliqués.

Dès le démarrage l'appui se focalisera en priorité sur :

- Le recrutement d'un personnel provisoire d'assistance technique et en gestion administrative en attendant que le nouveau staff cadre de la DLM soit en place ;
- L'identification de l'encadrement scientifique ;
- La logistique du CT (bureau, véhicule...) ;
- Les constructions ;
- Le recrutement des Ressources Humaines;
- L'identification des besoins en matériel ;
- Le plan d'intervention de l'INRB (3^{ème} résultat) sur la base d'une analyse de situation plus fine que dans le présent DTF avec l'appui d'une institution d'excellence en matière de laboratoire de santé publique et de recherche ;
- Une bonne intégration de l'équipe d'exécution dans la dynamique actuelle tant au niveau du Ministère que des membres du GIBS en matière d'intégration des programmes spécialisés dans l'offre de services.

Le Projet sera piloté par le Comité National de Pilotage (CNP)²⁶ en impliquant les Comités Provinciaux de Pilotage CPP²⁷ comme le veut la SRSS. Le suivi bilatéral (administratif et financier) sera assuré par la Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL). Ce cadre présage une mise en œuvre de l'intervention sans friction entre les partenaires.

3.1 OBJECTIFS DE L'INTERVENTION

3.1.1 Objectif général

L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION EST AMÉLIORÉ DANS LE CADRE GLOBAL DE LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ

L'intitulé de l'objectif général coïncide avec celui du dossier d'identification du projet.

²⁵ Voir Chantier de la Santé et de l'Éducation dont le but est « de promouvoir l'état de santé de toute la population en fournissant des soins de qualité, globaux, intégrés et continus avec la participation communautaire, dans le contexte global de la lutte contre la pauvreté »

²⁶ voir AM N° 1250/CAB/MIN/S/EKA/024/2006 du 05/09/2006

²⁷ voir AM N°1250/CAB/MIN/S/EKA/025/2006 du 05/09/2006

3.1.2 Objectif spécifique

UN APPUI INSTITUTIONNEL EST APPORTÉ AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE DE RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ (SRSS) EN CE QUI CONCERNE SPÉCIFIQUEMENT LA FONCTION DE LUTTE CONTRE LA MALADIE AU NIVEAU CENTRAL

L'intitulé de l'objectif spécifique coïncide avec celui du dossier d'identification du projet.

La progressivité des processus constitue une caractéristique essentielle du programme; elle est conforme à la Stratégie de Renforcement du Système de Santé élaborée par le Ministère de la Santé Publique (SRSS). Les 6 résultats proposés dans la fiche projet ont été maintenus mais aménagés en 5 résultats. Les deux premiers ont été agrégés et le 3^{ème} a été introduit dans un résultat affecté à la gestion des ressources et au fonctionnement de la DLM.

3.2 RÉSULTATS ATTENDUS ET ACTIVITÉS À METTRE EN ŒUVRE

Les cinq résultats sont :

- Les outils programmatiques sont rationalisés en alignement à la SRSS et la coordination des programmes spécialisés prioritaires est significativement améliorée
- La surveillance épidémiologique et la gestion des catastrophes sont rationalisées
- L'institutionnalisation du rôle de l'INRB comme laboratoire de santé publique et la planification du développement du réseau provincial des laboratoires de santé publique, en lien opérationnel avec la future division 'laboratoire' de la DLM, sont réalisés, compte tenu que l'appui à l'INRB fera l'objet d'un accord convenu par le SMCL élargie impliquant les attachés de coopération
- Le contrôle sanitaire aux frontières, de l'hygiène et la salubrité publique sont rationalisés
- La gestion des ressources et le fonctionnement de la DLM sont rationalisés

Les éléments descriptifs et stratégiques des résultats ainsi que de ceux des activités sont présentés dans ce chapitre. Les détails des activités et sous-activités essentielles sont présentés dans le cadre logique. Les moyens nécessaires à leur accomplissement sont détaillés dans les tableaux du budget et leur planification figure dans le chronogramme du projet.

Ces résultats et activités prennent en compte les constats émanant de l'analyse de situation, d'une part et d'autre part, des leçons apprises par l'expérience du projet d'appui à la DEP.

Ces leçons apprises de l'expérience de l'appui à la DEP ainsi qu'aux programmes 'verticaux' sont, pour l'essentiel, les suivants :

- La responsabilité de la gestion administrative de la contribution sera assumée par un staff de la Direction (pas d'équipe CTB en substitution) sous la responsabilité de l'équipe d'exécution du projet ;
- Le ou la CT sera localisé(e) dans le bureau de la DLM ;

- Le projet s’inscrit à 100% dans les activités planifiées par la DLM. Il n’existe donc pas d’activités spécifiques au projet ;
- Le personnel de la Direction est sélectionné dès le départ sur la base d’un cadre organique rationnel (fonctions et profils définis) ;
- Une comptabilité globale en dehors de celle du projet doit s’installer progressivement contribuant ainsi une durabilité optimale de l’intervention ;
- La fonction de la DLM en matière de régulation, normalisation/coordination est bien relevée dans le DTF d’appui au PNLTHA. En effet, un « Comité d’Accompagnement » sera mis en place (voir R6 de ce Projet) dont l’objet est de « positionner la lutte contre le THA dans la routine des activités dans le cadre des SSP... ». Ce Comité sera piloté par la DLM, avec la participation de l’OMS, l’ESP et la CTB ainsi que des partenaires qui appuient globalement ce programme dans les zones de santé endémiques.

3.2.1 Résultat 1

LES OUTILS PROGRAMMATIQUES SONT RATIONALISÉS EN ALIGNEMENT DE LA SRSS ET LA COORDINATION DES PROGRAMMES SPÉCIALISÉS PRIORITAIRES EST SIGNIFICATIVEMENT AMÉLIORÉE

Six activités permettront d’obtenir ce résultat. Elles sont présentées dans le cadre logique. Elles concourent à développer le leadership de la DLM dans ses mandats. Sa valeur ajoutée porte sur :

- (i) La définition de normes, standards et stratégies de la lutte contre la maladie et assurer ainsi «à la population congolaise des soins de santé de qualité, par l’ensemble du système de santé répondant aux besoins fondamentaux de chacun» ;
- (ii) La coordination des programmes spécialisés tels que prévus dans la réforme du Ministère de la Santé.

Ces activités engagent l’ensemble des divisions de la DLM.

Les éléments stratégiques et les activités sont décrits ci-dessous.

3.2.1.1 Stratégie et activités par rapport à la coordination des programmes

La DLM a dans son mandat la coordination des programmes spécialisés. Dans l’analyse de situation, constat a été fait qu’elle n’est pas, actuellement, en mesure de jouer ce rôle, et ceci depuis plusieurs années.

En conséquence, plusieurs programmes ont vu le jour et sont conçus indépendamment de toute réflexion sur le problème de l’intégration dans les services de routine. Ceci cause, sous certains aspects, de l’ingérence dans la routine du système de santé opérationnel. En d’autres mots, les programmes risquent, par manque de concertation avec le Ministère et les responsables des services opérationnels, de promouvoir des activités qui vont à l’encontre de la mise en place de zones de santé fonctionnelles et donc à l’encontre de la SRSS.

Le rôle de la DLM pour remédier à cette situation est crucial. Seule une coordination forte et reconnue, avec une approche systématique d’analyse des programmes existants, pourra donner les éléments de décision nécessaires à leur (re-)définition. En effet, ils doivent renforcer plutôt que déforcer l’opérationnalité du système de santé en périphérie.

D'autre part le rapport de l'audit institutionnel du Ministère de la Santé spécifie que « la mission des programmes spécialisés doit être clarifiée dans le contexte de la décentralisation. Leur contribution à la réalisation des objectifs sectoriels sera évaluée. Les résultats de cette évaluation donneront des indications sur la nécessité soit de retenir le programme si sa contribution à la réalisation des objectifs sectoriels est élevée (sous réserve d'une restructuration interne), soit de réviser ou de regrouper ceux dont la contribution à la réalisation des objectifs sectoriels est faible, soit le cas échéant, de les conduire à une terminaison ».

Deux activités que la DLM devra conduire pour canaliser l'ensemble des financements qui sont disponibles, toutes sources confondues pour le pays, en matière de lutte contre la maladie, sont planifiées en ce domaine :

- Rendre fonctionnelle la Commission d'Intégration des Programmes de Santé du CNP/SRSS et créer une Commission²⁸ sur la Recherche et la rendre fonctionnelle ;
- Elaborer les stratégies, les normes, les directives et les outils de prise en charge intégrée des maladies prioritaires.

RENDRE FONCTIONNELLE LA COMMISSION D'INTÉGRATION DES PROGRAMMES DE SANTÉ (CNP/SRSS) ET EN CRÉER UNE SUR LA RECHERCHE (R1/A1)

La Commission d'Intégration des Programmes Spécialisés du CNP/SRSS seront relancées et ses TDR et modes de fonctionnement (et budgétisation) seront définis. Elle est responsable de la validation des outils programmatiques pour chaque niveau. Ces outils feront l'objet d'un guide opérationnel de coordination et d'intégration pour chaque niveau.

De même, la création d'une Commission adressée à la Recherche²⁹ doit être approuvée par le CNP/SRSS. L'équipe d'exécution du Projet définira, à l'instar de ce qui est évoqué au paragraphe précédent, des TDR et les modes de fonctionnement de cette nouvelle Commission.

ÉLABORER LES STRATÉGIES, LES NORMES, LES DIRECTIVES ET LES OUTILS DE PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE DES MALADIES PRIORITAIRES (R1/A2)

Les paragraphes suivants proposent une approche qui permettra à la DLM de mener cet exercice de satisfaire à la fois son rôle de coordination et à la fois les recommandations de l'audit institutionnel. Il s'agit dans un premier temps de recourir à l'approche « **analyse verticale** » et ensuite produire des **outils programmatiques** (sous la forme de guides opérationnels de coordination et d'intégration).

L'ANALYSE VERTICALE COMME OUTIL POUR ASSUMER CETTE COORDINATION

Typiquement les programmes considèrent un problème de santé isolément et cherchent une stratégie maximale pour le résoudre. Cette démarche néglige le fait qu'un problème de santé se présente rarement isolément. Les stratégies préconisées construisent ainsi des structures parallèles qui peuvent être très performantes quand elles sont appréciées dans leur relation avec le problème en question mais en général beaucoup moins quand elles sont appréciées dans le cadre d'un système de santé, qui doit gérer un ensemble de conditions à la fois. Ainsi, les priorités deviennent relatives et trop d'attention pour un seul problème sera attribuée au détriment des autres problèmes de santé.

²⁸ en suggérant un amendement à l'Arrêté Ministériel N°1250/CAB/MIN/S/EKA/024/2006 du 05/09/2006

²⁹ conformément à l'article 26 du règlement intérieur de la CNP/SRSS

Dans ce cadre une « méthodologie d'approche » est définie comme une démarche analytique structurée, appliquée à un problème (de santé) relativement complexe. Cette activité ne doit pas être menée 'en vase clos' au niveau central mais en bonne combinaison avec les actions menées à tous les autres niveaux (en particulier celles menées dans le cadre des ASSNIP).

Deux axes doivent être maîtrisés pour arriver à une réponse optimale (de l'offre) :

- (i) Les concepts de santé, problème de santé, de soins... résultant en une identification des principes d'organisation des services et structures de santé. Les questions principales dans ce domaine pourraient être formulées autour du mot COMMENT (conceptualiser, planifier, organiser, structurer, gérer... l'interaction entre la population et les institutions ou structures - formelles ou informelles - de prestation de soins). Généralement on résume cet axe par l'expression approche « **horizontale** » ;
- (ii) Les méthodologies d'approche des problèmes de santé. L'approche par problème est appelée une approche « **verticale** ». La méthodologie doit d'abord aboutir à répondre à la question QUOI (quels soins, dans le sens large du mot- ou quelles activités pertinentes sont à organiser ?). Tout faire pour contrôler le problème de santé en question, avant de se poser la question du comment.

La méthode d'approche 'verticale' essaye de trouver une réponse aux questions suivantes :

- Y a-t-il un problème ?
- Quel est ce problème ?
- Où est le problème ?
- Quels en sont les déterminants ?
- Quels sont les éléments du problème que nous voulons influencer (et pourquoi) ?
- Comment pouvons-nous influencer ces éléments au mieux ?

Le modèle d'analyse est un modèle essentiellement (mais pas exclusivement) épidémiologique (voire même épidémiométrique dans la mesure du nécessaire). La compréhension épidémiologique du problème de santé est le principal outil utilisé. On essaye de quantifier dans la mesure du nécessaire. Souvent le point de départ est une entité nosologique, médicale (le nom d'une maladie), mais ceci n'est pas vraiment nécessaire.

On peut distinguer 3 domaines du « vertical », conceptuellement différents. Il est utile de ne pas confondre :

- une **analyse verticale**, qui est une méthodologie analytique d'un problème de santé ;
- un **programme vertical**, qui est un ensemble d'activités, de préférence utiles et nécessaires, destinées à réduire ou résoudre un problème de santé (ou un nombre restreint de problèmes apparentés entre eux) ;
- une **structure verticale**, qui est un service, spécialisé dans l'exécution d'un programme (vertical).

Ainsi, un programme devrait être le résultat d'une analyse verticale, mais ne doit pas nécessairement résulter en la mise en place d'une structure verticale. Cette dernière décision doit logiquement dépendre de la décision d'intégrer ou de ne pas intégrer les activités d'un programme dans des services polyvalents existants.

Comme décrit précédemment, 52 « Programmes Spécialisés » sont à coordonner par l'actuelle 4ème Direction. La responsabilité de la DLM dans le cadre de cette intervention sera :

- d'intégrer progressivement 25 de ces Programmes dans le cadre du nouvel organigramme en tant que service central ou périphérique, en fonction de leurs mandats actuels, soit dans la DLM elle-même (comme pour le « programme national de contrôle médico-sanitaire aux frontières » soit d'autres Directions (comme pour le « programme de médecin sportive » au niveau central ou le « laboratoire antipesteux de Blukwa » au niveau périphérique). Ces 25 programmes sont présentés en annexe³⁰ ;
- d'organiser l'exercice d'analyse verticale pour une trentaine de 'maladies/problème de santé'³¹, et pendant toute la durée du projet, soit entre 7 et 8 maladies par an. Les détails méthodologiques sont présentés en annexe du présent DTF³².

Pour mener à bien cet exercice d'analyse verticale, une expertise internationale est requise pour initier et former par la pratique de cet outil des experts nationaux pour les 2 premiers exercices. D'autre part, différentes compétences doivent être réunies et une équipe polyvalente de 4 à 8 personnes par problème de santé sera constituée de :

- Spécialistes en la matière du Programme : ils sont en général les mieux placés pour quantifier le modèle épidémiologique, proposer des alternatives de traitement ou de prise en charge, estimer les coûts et les prévalences/incidences. Ils connaissent également l'efficacité des interventions possibles. On peut les recruter en général dans les Universités (hôpitaux universitaires) ou dans les programmes ;
- Spécialistes en santé publique : ils sont les mieux placés pour contribuer à la définition d'un modèle épidémiologique, estimer la charge de travail et définir les priorités relatives aux autres activités. On peut les recruter par exemple parmi les institutions de santé publique ;
- Représentants de services de santé opérationnels (MCZ, MCP³³, D5 ...) : ils sont par contre les mieux placés pour estimer la faisabilité, les besoins en formation, et les difficultés d'intégration ;
- Représentants de DLM : ils doivent coordonner l'exercice et regrouper les opinions et résultats de réflexion dans un document décrivant le programmes dans tous ses aspects de conception et mise en œuvre.

Cette équipe peut à tout moment faire appel à d'autres compétences si elle l'estime nécessaire. Ses travaux sont de différents types: répartition individuelle des tâches, sessions de travail régulier en équipe, ateliers de validation, ... Le suivi scientifique du projet encadre l'ensemble du processus et aidera à identifier les expertises nécessaires.

ANALYSE VERTICALE : PRINCIPAUX RÉSULTATS

- Cet exercice aura comme résultat la production de documents de consensus entre différentes disciplines sur le mandat et la mise en œuvre pratique d'un programme. Le contenu essentiel de ces documents est :
 - Définition du 'problème' (gravité, coût économique, coût social...);
 - Son descriptif épidémiologique représenté par un modèle ;

³⁰ voir annexe 7.7 : les 25 programmes présentés dans cette annexe en rouge

³¹ voir annexe 7.7: entre 28 et 30 programmes/problèmes de santé/maladies transmissibles ou non, devraient faire l'objet de cet exercice d'analyse verticale. La nécessité d'inclure l'ulcère de Buruli dans cet exercice est discutable.

³² Voir annex 7.5

³³ cfr le lien avec les interventions ASSNIP

- Un inventaire des interventions retenues sur bas de critères (pertinence, faisabilité, impact positif sur la maladie, avec examen de l'efficacité technique et opérationnelle, le coût et l'acceptabilité) ;
- Quels services ? ;
- Quel personnel ? ;
- Quelle sera le profil de l'opérationnalisation en activités de ces interventions (qui fait quoi, où, comment, quand, pour qui et avec quoi...) par niveau du système et donc leur intégration dans les paquets d'activités ;
- L'évaluation (impact, output, processus, inputs) des activités ;
- La nécessité de maintenir un programme pour certains problèmes de santé.

Les normes de soins préventifs ou curatifs sont ainsi établies. Le coût pour la mise en œuvre du programme sera explicité. Le programme sera ainsi défini en tant que « renfort » au système de santé à travers une intégration réaliste de ces activités ;

- Ces documents se présenteront sous la forme de publications de la DLM à un rythme à fixer par la Commission d'Intégration des Programmes spécialisés du CNP ;
- Une répartition optimale des différentes tâches entre les différents acteurs en développant la complémentarité plutôt que les chevauchements. Cela permettra à la DLM d'assumer sa place de coordinateur des programmes et d'initiateur en recherches ainsi qu'en estimation de leur pertinence ;
- Grâce aux indicateurs définis communément, la DLM sera en mesure de mettre en œuvre un système de suivi, de supervision et d'évaluation des programmes (en lien avec le SNIS de la D5) ;
- La DLM sera en mesure d'orienter et de coordonner les bailleurs (potentiels) qui veulent appuyer le programme (lien avec la DEP et la D5) ;
- Les documents pourront être utilement utilisés par les enseignants des Ecoles de formation de personnel de santé (ITM et autres). Ce qui évitera une éternelle formation des nouveaux cadres ;
- Les documents permettront aux services pharmaceutiques de mieux organiser l'approvisionnement en médicaments et consommables ;
- Le travail en commun avec des spécialistes nationaux et internationaux tissera une relation structurée entre les services de santé, les programmes et les universités (nationales – internationales) ;
- La DLM contribuera à la rationalisation d'un réseau de laboratoires et à la définition des attributions des laboratoires à chaque niveau de la pyramide sanitaire (relation avec INRB) ;
- La maîtrise de l'analyse verticale comme méthodologie ou approche pour adresser un problème de santé de manière systématique et systémique pourra servir d'autres directions qui sont en charge d'autres programmes spécialisés.

Cet exercice pourrait se faire au démarrage du projet avec l'équipe du programme d'appui à la lutte contre la THA.

D'autre part, proposition sera faite d'intégrer progressivement 25 des 52 « programmes spécialisés » en services dans la DLM et dans d'autres Directions, en fonction de leurs mandats actuels³⁴.

³⁴ voir annexe 7.8 explicitant qu'entre 28 et 30 programmes/problème de santé, sont éligibles à l'exercice d'analyse verticale La nécessité d'inclure l'ulcère de Buruli dans cet exercice est discutable. Les 25 programmes présentés dans cette même annexe sont à intégrer dans l'organigramme d'un direction ou division.

OUTILS PROGRAMMATIQUES DE COORDINATION

La Commission d'Intégration des Programmes Spécialisés du CNP/SRSS seront relancées et ses TDR et modes de fonctionnement (et budgétisation) seront définis. Elle est responsable de la validation des outils programmatiques pour chaque niveau. Ces outils feront l'objet d'un guide opérationnel de coordination et d'intégration pour chaque niveau et sera intégré dans le processus de supervision/formation continue.

L'ancrage opérationnel de cette coordination sera les Plans de Développement Sanitaires à tous les niveaux. Des mesures transitoires seront prises en attendant que ce processus de planification soit étendu effectivement sur l'ensemble du territoire et que les programmes actuels soient défragmentés. Des indicateurs d'intégration basés (en partie sur la qualité des soins) seront établis. Les Commissions de Contractualisation et de Financement du CNP/SRSS seront également saisies.

Ces outils seront transmis lors d'une session nationale à tous les responsables des bureaux de lutte contre la maladie du niveau intermédiaire conformément au futur organigramme en cours de définition.

Actuellement, il y a une forte dynamique en cours en cette matière tant du côté du Ministère de la Santé que du GIBS. Dès le démarrage du projet l'équipe d'exécution du projet s'attachera à s'insérer dans cette dynamique.

3.2.1.2 Etablir une base intégrée de données

Une base de données pour toutes les maladies transmissibles et les non-transmissibles seront établies et revues régulièrement (rythme à définir) en lien avec celle établie par la 5^{ème} Direction (division SNIS) et la DEP.

Améliorer le système de notification actuel en vue de le rendre plus fluide et rapide, sur les épidémies, en particulier sur les maladies à haut potentiel épidémique, et harmoniser les données collectées quelles que soient les sources sont des actions cruciales de réactivité optimale de chaque niveau.

Conformément aux consignes actuelles³⁵ de notifications, il y a 4 types de notification :

Notification immédiate

Notifier des renseignements cas par cas lorsqu'on soupçonne une maladie à potentiel épidémique élevé et celles faisant l'objet d'un programme d'élimination ou d'éradication.

Neuf maladies y sont actuellement inscrites.

Notification hebdomadaire

Les maladies à notification immédiate et les autres maladies à potentiel épidémique sont rapportées pour la période allant de lundi à dimanche.

Quatorze maladies y sont actuellement inscrites.

Notification mensuelle

Les autres maladies ou états de santé sous surveillance (notification des cas et décès).

Vingt maladies y sont actuellement inscrites.

³⁵ Références : Guide Technique pour la Surveillance intégrée de la maladie et de la riposte en RDC (février 2003) avec l'appui de l'OMS

Notification trimestrielle

C'est le cas des maladies telles que la lèpre et la tuberculose.

Deux maladies y sont actuellement inscrites.

Concrètement il s'agit :

- De renforcer le dispositif actuel de collecte de données, en particulier les aspects de communication (améliorer leur 'circulation') par Internet à chaque niveau (les aspects des équipements de communication sont pris en compte dans le 5ème Résultat). Des guides opérationnels seront établis et diffusés. Leur application sera suivie par la DLM ;
- Former les agents en périphérie, établir une stratégie et un plan de formation et financer les formations au niveau des provinces (voir 3.2.1.5) ;
- D'établir la base de données elle-même, l'actualiser et mettre en forme cartographique les données stratégiques (maladies à haut potentiel épidémique ou prioritaires) ;
- De mettre à disposition activement et passivement ces données aux autorités, partenaires et autres intervenants (un appui au développement d'une seule bibliothèque au Ministère de la Santé est prévu).

L'architecture de sa confection et de son actualisation sera définie par l'équipe d'exécution du Projet et les responsables de gestion des bases de données sur la base d'une expertise internationale ponctuelle itérative. Cette expertise aura pour principaux TDR: identifier les besoins en amélioration du système de collecte et de traitement des données, proposer des solutions, faire valider le dispositif en concertation avec l'actuelle 5^{ème} Direction et la DEP, former les personnels concernés de la DLM ainsi que les personnels concernés en périphérie (formation initiale et continue), confectionner la base de données et en assurer la maintenance annuelle, installer éventuellement un logiciel de gestion de bibliothèque adéquat, si nécessaire.

3.2.1.3 Définir une Stratégie en recherche opérationnelle et en appuyer certaines

Une stratégie de recherche opérationnelle sera définie en Commission sur la Recherche (qui n'est formellement pas prévue dans le document AM N° 1250/CAB/MIN/S/EKA/024/2006 du 05/09/2006, et qui devrait être créée – voir R1/A1) en collaboration avec la D5, D7, l'INRB, les Programmes et l'ESP avec l'appui de l'encadrement scientifique.

Une fois le design de cette stratégie formulé et adopté, certaines recherches clé seront appuyées financièrement, par le projet sur la base de critères établis par la Commission et à raison de 5 projets pour la durée du projet. Elles seront suivies par le Comité et leurs résultats seront diffusés par la DLM.

3.2.1.4 Revoir et/ou faire adopter de nouveaux textes réglementaires

Un inventaire des textes existants sera fait. Les besoins en textes seront identifiés et des propositions de textes seront faites, avec l'appui éventuel d'une expertise spécifique ponctuelle. Un processus de concertation avec la DEP et d'approbation par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé est prévu.

3.2.1.5 Renforcer les capacités des RH de la DLM ainsi qu'au niveau intermédiaire

Une fois le personnel retenu en fonction, une identification des besoins en formation sur la base d'un descriptif consensuel de tâches pour chaque agent, sera faite en recourant éventuellement à une expertise spécifique ponctuelle nationale. Un plan de formation sera établi (thèmes, méthodologie de formation, formateurs/facilitateurs, chronogramme, suivi/évaluation post-formation et à terme, ...). L'équipe d'exécution de la DLM, avec l'appui de l'encadrement scientifique, organisera les formations dans les formes les plus appropriées. Le recours au processus de supervision en tant qu'outil de formation continue est un élément stratégique de formation à développer sur la base de fiches techniques

3.2.2 Résultat 2

La surveillance épidémiologique et la gestion des catastrophes sont rationalisées

Quatre activités permettront d'obtenir ce résultat. Elles sont présentées dans le cadre logique. Elles concourent à développer le leadership de la DLM dans ses rôles. Sa valeur ajoutée porte sur :

- (i) La définition de normes, standards et stratégies en matière de surveillance et gestion des épidémies et des catastrophes
- (ii) La mise en place d'un système d'alerte et de réactivité optimale en cas d'urgence en identifiant bien les compétences transférées au niveau intermédiaire.

La rationalisation de la surveillance sera menée par les divisions des « Grandes Endémies » et celle des « Maladies non-Transmissibles (MNT) ». La gestion des catastrophes et des épidémies sera menée par la division « Epidémie, Urgence et Catastrophes ».

Les attributions de la DLM en matière de surveillance épidémiologique, sont les suivantes :

- Mettre sur pied une stratégie efficace et adaptée dans la riposte contre les endémies et les épidémies, conformément aux orientations internationales en matière de lutte contre les maladies transmissibles ou non transmissibles, dont les maladies bucco-dentaires ;
- Fournir les outils de surveillance épidémiologique à tous les niveaux ;
- Contribuer à développer à renforcer les capacités des équipes à tous les niveaux par la mise à disposition d'outils intégrés de formation et de supervision en matière de surveillance épidémiologique ;
- Mettre sur pied de kits pour la riposte aux épidémies ;
- Mettre en place un mécanisme de suivi et d'évaluation des interventions sur terrain ;
- Organiser et appuyer la recherche pour la promotion de la lutte contre les endémies.

Concrètement il s'agit :

- D'effectuer un travail de révision et/ou d'élaboration de la Politique Nationale en matière de Surveillance Intégrée (qui date de mars 2002) de la faire adopter ;
- D'effectuer un travail de révision et/ou d'élaboration Guide Technique pour la Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte (février 2003, à propos de 34 maladies transmissibles ou

- non transmissibles³⁶) : des normes, directives et outils de prise en charge en collaboration de l’OMS/RDC ;
- De rédiger des modules de formation et des outils de supervision intégrée sur la base de fiches techniques (extraites du Guide Technique) ;
- Une activité de planification annuelle intégrée de la lutte contre la maladie en concertation avec les autres partenaires sera menée.

3.2.2.1 Actualiser la Politique Nationale en matière de Surveillance Intégrée et la mettre en œuvre

La Politique en matière de surveillance intégrée date de mars 2002, et doit être actualisée au nouveau contexte de la réforme du département et à la dynamique de décentralisation. Elle intègre les orientations internationales en cette matière. Ce document sera validé en atelier, soumis au CNP/SRSS et, enfin, au Ministre de la Santé Publique pour adoption. Il sera diffusé ensuite aux autorités techniques et aux partenaires.

Dans le cadre de sa mise en œuvre, un travail de révision du Guide Technique pour la Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte (février 2003, sur 34 maladies transmissibles ou non transmissibles) avec l’appui de l’OMS/RDC sera ensuite mené. Les normes, directives et outils de prise en charge en matière de surveillance épidémiologique seront ainsi disponibles. L’analyse verticale des maladies prioritaires menée dans le cadre du premier résultat fournira l’information stratégique nécessaire. Un atelier de validation de ces documents sera organisé par la DLM et un plan national d’action sera établi en concertation avec les directions et partenaires concernés.

3.2.2.2 Organiser la riposte en cas d’épidémies et des catastrophes

Pour assurer une riposte de qualité, rapide et efficace aux épidémies et catastrophes, il faut garantir une promptitude optimale d’alerte, d’investigation et d’intervention. L’établissement d’un plan de contingence national de prévention et de gestion des catastrophes naturelles, technologiques et épidémiques et la création d’un Fonds d’Urgence financé constituera une action prioritaire. Le rôle du niveau provincial et des Zones de Santé qui en constitue le premier front) est crucial à chacune des étapes de la riposte (de l’alerte à l’intervention) et des appuis sur le plan organisationnel seront mobilisables.

Concrètement il s’agit :

- D’actualiser le Plan National de Contingence établi en 2000³⁷, avec les pouvoirs publics à tous les niveaux, la société civile, les ONG et les partenaires au développement dont le PNUD et le Bureau des Nations Unies pour la Coordination des Affaires Humanitaires (OCHA) sans oublier le secteur privé lucratif. Il s’agit d’organiser deux ateliers en vue d’identifier les risques actuels et les catastrophes nécessitant une action de prévention et d’intervention, d’élaborer une cartographie des risques, de proposer des textes réglementaires, de prévoir et mobiliser le financement des interventions, de structurer la coordination de la riposte, ... Il est important de souligner ici que deux facteurs constituent le socle de la réussite de la démarche: (i) la volonté des pouvoirs publics, (ii) l’adhésion des populations à un comportement citoyen et (ii) l’adhésion des agences des Nations Unies (OCHA, PNUD, OMS, ...) et des ONG qui ont mis en place les institutions nationales (Pool Fund, CRM, ...). Ce plan sera adopté par le Gouvernement et un nouveau Fonds

³⁶ Voir 3.2.1.2

³⁷ d’un montant de \$15,3 m et 120 projets et géré par des organismes humanitaires avec l’appui de l’OMS

- d'Urgence sera mis en place. La DLM devra mener des actions de plaidoyer auprès des autorités et des partenaires pour mener à terme ce processus.
- De mettre en place des stratégies et mécanismes, en attendant la disponibilité du Plan National de Contingence :
 - (i) En matière d'alerte: mettre en place des mécanismes d'alerte au niveau des Provinces, lister les épidémies et les catastrophes probables, procéder à la mise en place d'un système de notification fluide et rapide sur les épidémies, en particulier sur les maladies à haut potentiel épidémique, harmoniser des données collectées par les différentes sources,
 - (ii) En matière d'investigation: s'assurer de bonnes capacités des laboratoires pour la confirmation du diagnostic, tester la sensibilité des germes en vue d'améliorer la prise en charge au niveau opérationnel -voir R3-, organiser la mobilité et la sécurité des échantillons, proposer des textes réglementaires en matière de confirmation, ...
 - (iii) En matière d'intervention: organiser en concertation avec la DPM un pré positionnement des intrants -stocks stratégiques-, quantifier les besoins essentiels, déterminer les coûts, concevoir des instruments de contractualisation rapide -TDR standards- avec des organismes humanitaires, concevoir la mise en place d'équipes d'intervention compétentes et des mécanismes de coordination aux différents niveaux, mettre en place un réseau de communication performant, proposer des modalités pratiques et crédibles de gestion du Fonds (voir plus haut), développer une stratégie de communication en cas d'urgence. La DLM veillera à une coordination harmonisée des interventions et une meilleure maîtrise des stocks stratégiques en cas d'épidémies.

La première activité sera appuyée en terme de facilitation par OCHA, le PNUD et l'OMS (assurant actuellement le secrétariat et la coordination dans les urgences et la gestion des catastrophes) pour autant que ces organismes marquent leur accord. Pour la deuxième, la DLM aura recours à une expertise nationale ponctuelle.

3.2.2.3 Publier régulièrement un bulletin épidémiologique

Un bulletin épidémiologique sera publié mensuellement, selon les normes de l'OMS et avec son appui. Une équipe de rédaction sera mise en place à la DLM et la diffusion sera assurée. Le nombre estimé d'exemplaires est de 1.500.

Cet outil devra renseigner sur les problèmes cruciaux et les actions entreprises pour les infléchir non seulement pour les maladies à potentiel épidémique mais aussi pour les maladies endémiques et non transmissibles. Ce bulletin épidémiologique va aider les animateurs du système de santé et les populations cibles à développer les comportements positifs vis- à- vis de la lutte contre les maladies.

3.2.2.4 Renforcer les capacités des personnels impliqués

La DLM s'attellera ensuite à la rédaction de modules de formation sur la base d'une identification des besoins et à la confection d'outils de supervision intégrée sur la base de fiches techniques à confectionner sur la base du guide technique actualisé. Ces modules s'adressent aux points focaux 'surveillance épidémiologique' aux niveaux des provinces, des districts et des zones de santé (voir 3.2.1.2). La DLM va recourir à une expertise ponctuelle pour cette activité et, dans le cas où c'est l'option stratégique, peut assumer une formation de formateurs, dans le cadre d'une formation en cascade. Le recours au processus de supervision en tant qu'outil de formation continue est un élément stratégique de formation à développer sur la base de fiches techniques

Au niveau de la DLM, une fois le personnel retenu en fonction, une identification des besoins en formation sera faite par l'équipe d'exécution du projet et en concertation avec l'encadrement scientifique et un programme de renforcement de capacités pour les agents impliqués (formations ponctuelles, stages, et participation à des foras internationaux (voir R5).

3.2.3 Résultat 3

L'institutionnalisation du rôle de l'INRB comme laboratoire de santé publique et la planification du développement du réseau provincial des laboratoires de santé publique, en lien opérationnel avec la future division 'laboratoire' de la DLM, sont réalisés, compte tenu que l'appui à l'INRB fera l'objet d'un accord convenu par le SMCL élargi impliquant les attachés de coopération

Les activités à mener seront précisées lors du démarrage du projet. Cela se justifie pour les raisons suivantes: (i) la mission de formulation ne possédait pas l'expertise pointue nécessaire à l'identification des activités à prévoir et (ii) la décentralisation/déconcentration des laboratoires provinciaux pose le problème d'une bonne estimation des besoins (équipements, en RH...) à budgétiser, ainsi que de la définition d'une stratégie de développement d'appui autant sur le plan technique que géographique.

Ainsi l'activité clé inscrite dans le Cadre Logique est l'élaboration d'un plan d'intervention sur la base d'une validation de l'analyse de situation actuellement disponible, en mieux la précisant, avec l'appui de personnes ressources d'une institution d'excellence en cette matière.

Ce plan précisera les activités, les intrants à prévoir au niveau de l'INRB et des Laboratoires Provinciaux (dans les provinces où les projets ASSNIP sont en cours d'exécution ou en cours de formulation) et les actions en matière de renforcement des capacités après avoir abordé les aspects de l'adéquation des RH avec les fonctions et tâches au niveau central. Ce plan sera adopté par le SMCL élargi aux attachés de coopération.

Elles doivent concourir à développer le leadership de l'INRB dans ses rôles institutionnels. Sa valeur ajoutée porte sur :

- (i) La révision de son statut en légalisant son caractère autonome, tant par rapport à son appui aux missions de la DLM qu'à son rôle de référence nationale en matière de laboratoires et recherche
- (ii) La mise en place d'un réseau fonctionnel avec les laboratoires provinciaux et ceux des programmes spécialisés d'appui technique et d'amélioration de qualité des prestations

Cette activité sera organisée conjointement avec la DLM, en particulier sa division 'Laboratoire', actuelle 8^{ème} Direction. Cette future division s'appuiera sur l'INRB pour assumer certaines de ses missions, dont quelques-unes pourraient interférer avec celles de l'Institut et elle sera appuyée dans le cadre de ce plan d'intervention.

3.2.4 Résultat 4

Le contrôle sanitaire aux frontières et de l'hygiène et salubrité publique est rationalisé

La DLM a pour mandat de fournir aux services compétents toutes les normes et directives en matière de contrôle médico-sanitaire aux frontières en vue de prévenir la propagation internationale des maladies et de tout autre événement ayant un impact sur la santé de la population congolaise.

Elle doit également fournir les normes et directives aux services compétents pour contrôler les activités d'hygiène et de salubrité publique.

Quatre activités permettront d'obtenir ce résultat. Elles sont présentées dans le cadre logique. Elles concourent à développer le leadership de la DLM dans ses rôles Sa valeur ajoutée porte sur :

(i) La mise à disposition des agents de contrôle aux frontières, de textes réglementaires et de directives précises dont l'application est régulièrement vérifiée ;

(ii) La mise à disposition des agents responsables de l'hygiène et de la salubrité publique, de normes à respecter pour l'ensemble de la population, de textes réglementaires (en particulier en matière d'amendement en cas de non-respect de ces normes tant pour les individus que pour les collectivités et entreprises) et de directives précises dont l'application par les agents du département du Ministère de l'Environnement est appuyée techniquement

Ces activités seront menées par la division de « Contrôle Sanitaire ».

3.2.4.1 Mettre à disposition des agents impliqués des textes réglementaires et directives en matière de contrôle sanitaire aux frontières

Cette activité de contrôle sanitaire est actuellement assurée par le programme national de contrôle médico-sanitaire aux frontières (voir annexe 7.8, 11^{ème} programme). Il est suggéré que ce programme se mue en division de la DLM, comme prévu dans le nouvel organigramme.

Pour arriver à réaliser cette activité, il faut faire un état des lieux en matière de contrôle sanitaire aux frontières. En suite de quoi, les actions prioritaires à mener seront identifiées.

Concrètement il s'agit de :

- D'élaborer les normes, textes et directives en la matière (vaccination, contrôle aux frontières des passagers, des denrées alimentaires, des friperies, de même que le contrôle des embarcations avions, véhicules, bateau, contrôle des maladies quaranténaires...) sur la base d'un état des lieux. Etant donné qu'il s'agit d'une matière spéciale, une expertise ponctuelle sera mobilisée et un atelier avec les principaux acteurs sera organisé pour validation des documents ;
- D'identifier les besoins en logistique et mettre en place des dispositifs pour un contrôle approprié et efficace aux frontières et en assurer le suivi et la supervision.

3.2.4.2 Mettre à disposition des agents impliqués de stratégies, normes et directives en matière de l'hygiène et salubrité publique

L'hygiène et la salubrité publique est un domaine qui touche à plusieurs Ministères notamment l'Industrie, les Transports, le Développement Rural, l'Environnement et l'Urbanisme et Habitat. Il faut envisager une collaboration intersectorielle pour harmoniser les interventions en cette matière et garantir ainsi l'atteinte du résultat.

Concrètement il s'agit, en collaboration intersectorielle :

- D'élaborer des stratégies, normes et directives sur la salubrité et l'hygiène du milieu, avec le concours des autres secteurs concernés. Ces normes devront concerner la production, la conservation et la distribution des aliments, des boissons alcoolisées et non alcoolisées et aussi tous les aspects de la lutte anti-vectorielle et contre la nuisance dont la surveillance entomologique. Les besoins en matériels et équipements nécessaires seront identifiés. Un atelier de validation de ces éléments sera organisé, sans oublier les prestataires du privé lucratif ;
- Participer à la mise en place des mécanismes de contrôle de la qualité de l'environnement et aux activités de suivi de la mise en œuvre des différents outils élaborés.

3.2.4.3 Renforcer les capacités des agents et animateurs

Une fois le personnel retenu en fonction, une identification des besoins en formation sur la base d'un descriptif consensuel de tâches de chaque agent de la division, sera faite. D'autre part l'identification des besoins en formation des agents et animateurs prestant sur le terrain sera également fait. D'autre part, tenant compte de l'aspect particulier de la mobilité des populations dans la sous région, il est nécessaire de prévoir des moyens pour permettre à cette division de représenter la RDC dans des foras internationaux sur ces matières.

Concrètement il s'agit en collaboration intersectorielle :

- D'organiser les formations des agents de la division responsable avec l'appui de l'encadrement scientifique, dans les formes les plus appropriées ;
- D'organiser la participation à des fora internationaux et sous régionaux (voir R5) ;
- D'identifier les besoins en formation pour les agents des secteurs impliqués (au contrôle des frontières et ceux intervenant dans les actions de sensibilisation, mobilisation sociale et contrôle de l'hygiène et de la salubrité publique. Deux modules nationaux de formation (contrôle aux frontières et hygiène/salubrité publique) seront rédigés, évalués et suivis. (Thèmes, méthodologie de formation, chronogramme, suivi/évaluation post-formation et à terme...). Une expertise ponctuelle sera mobilisée pour ce faire ;
- Sur cette base, une session de formation de formateurs sur les deux modules sera organisée et les formations seront financées.

3.2.4.4 Constituer une base des données sur l'hygiène et la salubrité publique et sur le contrôle aux frontières

Une banque des données sur l'hygiène et salubrité sera constituée et alimentée régulièrement par des sources harmonisées de différents secteurs concernés. Cet instrument servira à détecter les problèmes et ainsi à produire des directives sur les interventions appropriées à mener.

Concrètement il s'agit en collaboration intersectorielle :

- D'élaborer les outils de collecte des données par niveau (central et périphérique) et aux postes frontières;
- De renforcer le dispositif actuel de collecte d'informations par Internet (voir R5);
- De constituer une base de données dont le rythme d'actualisation sera convenu par l'ensemble des intervenants.

3.2.5 Résultat 5

La gestion des ressources et le fonctionnement de la DLM sont rationalisés

La fourniture des ressources pour soutenir les missions de la DLM et l'amélioration du processus de gestion, font l'objet d'un résultat spécifique transversal. L'identification de ces ressources sera menée par l'équipe d'exécution du projet.

Les neuf activités à mener devront permettre d'obtenir le résultat. Elles sont présentées dans le cadre logique. Sa valeur ajoutée : concourir à une appropriation durable de la partie partenaire d'une gestion rationnelle et efficace de ressources pertinentes et adéquates.

3.2.5.1 Rendre adéquat les ressources humaines de la DLM et maintenir leurs performances

La liste déclarative actualisée a spécifié 107 agents actuellement inscrits à la DLM. L'adoption de la réforme étant probable au moment où le projet va démarrer, la première action à mener dans le cadre de ce projet est de rendre adéquat les ressources humaines aux missions et de définir leurs fonctions et tâches à assumer.

L'équipe d'exécution procédera à un travail d'identification de tâches pour tous les personnels de la DLM. Le processus de sélection intégrera les avancées du Projet ARAP volet OSAF et un Comité de Sélection ponctuel³⁸ sera mis en place par le Secrétariat technique du CNP et la SMCL, qui validera ce travail. Sur cette base un appel d'offre élargi à tous sera publié dans les voies habituelles. Le Ministère de la Fonction Publique sera tenu informé de cette démarche et participera au Comité de Sélection.

Des primes seront attribuées au personnel de la DLM du cadre de référence harmonisé conformément aux directives appliquées par la CTB en RDC. D'autre part un plan social pour la mise à la retraite doit être établi et exécuté.

Il est proposé de retenir au démarrage du projet 27 personnel toute qualification confondue et couvrant toutes les missions statutaires. La stratégie proposée est d'aller numériquement progressivement en fonction d'une évaluation régulière des charges de travail. Les prévisions budgétaires ont été calculées sur une base maximale de 40 personnes, mais ne constitue en aucun cas un objectif à atteindre en fin d'intervention. D'autre part, une attention toute particulière doit être portée au fonctionnement des équipes et, pour l'ensemble du personnel, à la stimulation de la motivation (bonne connaissance de ses tâches et de celles qui s'articulent avec les tâches de collègues, coordination d'une équipe, établissement d'un plan personnel de performance, supervision interne et évaluation constructive, prise en compte du transport, réunions hebdomadaires...). Dès le début du projet une formation en 'team building' sera menée de préférence par des compétences nationales.

³⁸ Sa composition à soumettre au CNP et SMCL pourrait être : le Directeur de la DLM, la direction des RH du MSP, le ministère de la Fonction Publique (du Projet ARAP volet OSAF?), le secrétariat du Comité National de Pilotage du SRSS, un PTF (comme l'OMS, un membre du SMCL, l'AT du Projet d'Appui à la DEP et celui du Projet PNLTHA, un Professeur de la Faculté de Médecine (département de la Santé Publique ?)...

3.2.5.2 Fournir un appui budgétaire au fonctionnement de la DLM

Cet appui au fonctionnement de la DLM et de l'INRB pour l'ensemble de leurs missions que ce soit au niveau central qu'au niveau périphérique sera budgétisé tenant compte de toutes les contributions publiques et des PTF.

Les postes budgétaires seront précisés, un plan comptable sera établi annuellement et la contribution du budget du Ministère de la Santé sera insérée dans le budget annuel. L'équipe d'exécution du Projet planifiera ce budget annuel sur la base d'un plan annuel d'action et suivra son utilisation avec l'aide des services comptables de la DLM et de l'Institut. L'intervention se chargera de tout faire pour améliorer le taux d'exécution des budgets publics de façon en créant une dynamique d'appropriation qui sera évaluée en fin de projet.

Une comptabilité globale de tous les appuis (des autres bailleurs intervenants sur la DLM) sera installée progressivement. Ainsi un 'basket fund' devra être opérationnel dans la dernière période de l'intervention et assurera ainsi sa durabilité. Cela contribuera également à harmoniser les primes, les frais de mission et de fonctionnement, les équipements...

Ce budget comprend 5 rubriques :

1. Approvisionnement en carburant et lubrifiants pour les véhicules et le groupe électrogène ;
2. Entretien et réparations des véhicules ;
3. Acquisition des consommables de bureaux, de communication et en informatique ;
4. Entretien du matériel de reprographie et informatique ;
5. Activités de communication, édition et diffusion.

3.2.5.3 Identifier les besoins en matériel, les acquérir et organiser leur maintenance

Pour l'ensemble de la Direction une activité d'identification du matériel suivant à acquérir sera faite par l'équipe d'exécution: le matériel roulant (2 véhicules, un 4X4 et un 2X4 pour la ville), le matériel de bureautique et informatique, de communication, de reprographie (dont un plotter) et d'édition, et d'animation pour les formations, d'abonnements à des revues internationales, d'acquisition de livres scientifiques...

Une bibliothèque peut être mise à disposition des responsables en interne et externe (acteurs, staff des Programmes, partenaires...).

A propos du matériel de communication, pour la transmission des informations en provenance de sites sentinelles actuels et futurs et de surveillance de maladies à haut potentiel épidémique, une dotation en téléphones satellitaires est nécessaire, à la condition que son utilisation soit bien cadrée.

Une activité spécifique de mise en place d'un système de maintenance des équipements (en informatique et communication) est menée. En effet, le système d'alerte mis en place se doit d'être permanent et ne peut tolérer une déficience si l'on veut une réactivité rapide.

3.2.5.4 Identifier les besoins en locaux et les acquérir

Avant de se lancer dans la construction d'un nouveau bâtiment, une étude préalable des opportunités d'acquisition de locaux existants à réhabiliter sera menée.

Au cas ou cette formule, une première estimation des besoins en constructions se présente ainsi :

- 20 bureaux d'en moyenne 15 m^2 : 300 m^2
- 1 salle de réunion $8 \times 5 = 40 \text{ m}^2$
- 1 salle de réunion $5 \times 5 = 25 \text{ m}^2$
- 2 salles de réunion $4 \times 4 = 32 \text{ m}^2$

Soit 400 m^2 et la superficie utile totale est de $400 \text{ m}^2 \times 1,3$ pour les couloirs, cuisine et sanitaire, soit : **520 m^2**

Le Coût total estimé :

- le prix unitaire par m^2 de construction $1000 \$$. Le prix d'un nouveau bâtiment est de: $520 \times 1000 \$ = \mathbf{520.000\$}$;
- pour la conception du bâtiment (avant-projet), les plans définitifs et le cahier d'appel d'offre : + 10 % de l'estimation du bâtiment et 5 % de plus pour l'inflation considérable par rapport au prix de ciment et autres: $520.000\$ \times 1,15 = \mathbf{598.000\$}$ soit **443.000 euros**.

Un bâtiment utile pour la D4 sera construit sur un terrain appartenant au Ministère de la Santé à identifier. En l'absence d'un plan directeur, une négociation est à mener avec les responsables du patrimoine du Ministère de la Santé.

Un budget pour la maintenance du bâtiment sera établi et pris en charge par le projet.

En attendant que les locaux définitifs soient disponibles, la prise en charge de la maintenance des locaux actuels sera assurée.

3.2.5.5 Constituer un mécanisme de fonds au niveau provincial

Des fonds seront constitués tant au niveau central qu'intermédiaire pour appuyer les activités de coordination et l'utilisation des outils programmatiques d'intégration (session de travail, établissement de mécanismes de suivi évaluation de l'intégration, supervision, formation, ...). Ils seront alimentés par les programmes eux-mêmes. Leurs mécanismes de fonctionnement seront définis par les programmes sous la conduite de la DLM et approuvés par la Commission d'Intégration des Programmes. Le suivi sera assuré par les CPP à travers leurs commissions d'Intégration des Programmes.

3.2.5.6 Organiser la participation à des Fora Internationaux

La participation de personnels de la Direction, des programmes et du niveau périphérique à des Fora Internationaux à raison de 5 personnes par an, sera financée par le projet, avec l'approbation du Secrétaire Général sur proposition de l'équipe d'exécution du projet (qui est responsable de l'identification des candidats sur la base de critères précis et dans la transparence).

Une restitution sera organisée après le retour des bénéficiaires.

3.2.5.7 Organiser des stages et des formations ponctuelles à l'étranger

L'organisation de stages pour le personnel impliqué dans la lutte contre la maladie tant celui du niveau central que celui du niveau intermédiaire, sera financée par le projet avec l'approbation du Secrétaire Général sur proposition de l'équipe d'exécution du projet. L'OMS pourra identifier les

sites et les pays pour ces stages. Eu égard aux thèmes de formation, des opportunités de stage en Europe sont à prendre en compte dans la mesure où l'on ne trouve pas de lieux de stage sur le continent.

Ces stages et formations ponctuelles seront approuvés par la SMCL.

Une restitution sera organisée après le retour des bénéficiaires.

3.2.5.8 Offrir des stages pour des étudiants congolais

L'équipe du projet pourra offrir aux institutions de formations de RDC, l'organisation de stage pour des étudiants de l'ESP ou d'ITM au sein de sa Direction. Les termes de références de ces stages ainsi que le montant de la rémunération sera fixé de commun accord avec l'institution. Un stagiaire par division est par an envisageable.

3.2.5.9 Mener des activités de communication sur les actions de la DLM

L'équipe du projet sera amenée à organiser des activités de communication sur ce que la Direction et l'INRB produit tant au niveau de la communauté nationale qu'internationale. Il s'agit d'activités de production de documents informatifs et de DVD, de conférence de presse (par exemple en cas d'épidémies ou catastrophes), d'organisation éventuelle d'une cérémonie de lancement du projet, de recours aux médias audio-visuels et écrits... Un plan annuel budgétisé de communication sera établi et financé par le projet.

Cela permettra également l'occasion de mettre en avant les éléments innovateurs du projet.

3.3 CONDITIONS PRÉALABLES

Les préalables à la mise en oeuvre sont les suivants :

- Le Ministère de la SP s'engage à valider rapidement le nouveau cadre organique issu du processus de réforme du département, sans toutefois que sa promulgation ne conditionne le démarrage de l'intervention. Cependant, si l'esprit de cette réforme est bien connu, un processus de concertation régulière avec les membres du Comité créé dans la cadre de la réforme du département doit être mis en place en attendant cette promulgation ;
- Le Ministère de la SP s'engage à lier officiellement les programmes spécialisés actuels à la DLM ;
- Le Ministère s'engage à adhérer au processus d'adéquation du personnel prévu dans le futur organigramme et d'appuyer ainsi toute initiative pour établir un rapport optimal entre le mandat de la DLM et les besoins en qualité et en quantité de personnel ;
- Le Ministère de la SP s'engage à réduire au minimum la mobilité des personnels de la DLM ainsi que celle de tous les agents qui auront bénéficié d'une formation ponctuelle dans le cadre de cette intervention ;
- Le Ministère s'engage à augmenter progressivement le budget de fonctionnement et à permettre à ce que ces fonds puissent être libérés et que le taux de leur exécution soit significativement amélioré ;
- Le Ministère doit attribuer pour la construction un terrain proche de l'INRB et de certains programmes ;
- Le Ministère s'engage à faciliter la création d'un 'basket fund' pour une gestion transparente et durable de la DLM ;

3.4 RISQUES

D'une façon générale, pour garantir l'amélioration des capacités d'intervention de la DLM, il faut tenir compte de certains facteurs externes de risque qui peuvent influencer le système. Il s'agit entre autres de :

- La stabilité socioéconomique et politique du pays ;
- La collaboration extra et intra sectorielle ;
- La stabilité du personnel retenu de la DLM ;
- La régularité dans la transmission des données ;
- La disponibilité de ressources nationales nécessaires.

3.4.1 Les risques liés à la gestion

Vu le dispositif prévu (régie avec processus de décisions partagées) il y a peu de risques liés à la gestion, d'autant plus qu'un staff administratif et financier sera recruté par le DLM et formé aux procédures de gestion de la CTB.

3.4.2 Les risques liés à l'efficacité

Eu égard à l'efficacité de l'intervention :

- Le processus de réforme du Ministère de la SP doit aboutir dans les meilleurs délais: l'absence d'un cadre légal handicaperait l'exécution des missions de la DLM ;
- Les enjeux sont importants et il faut prévoir des résistances au changement de la part des responsables des programmes spécialisés ;
- Certains bailleurs pourraient éprouver des résistances par rapport à la réorientation nécessaire des programmes qu'ils appuient actuellement. La concertation entre les bailleurs et l'alignement sur une même politique, celle de la SRSS, au niveau national va contribuer à surmonter ce risque (voir 3.6). La réussite de l'intervention sera liée en grande partie au transfert qui devra être opéré par les partenaires d'appui aux programmes spécialisés en matière de leur mode de financement (passage du mode de financement programme à un mode de financement système de santé) ;
- La collaboration intra (avec les autres directions et les programmes) et extra sectorielle (en matière d'hygiène et salubrité publique) doit être institutionnalisée: sinon l'atteinte des résultats (surtout les R1, R2 et R4) serait compromis ;
- La CNP-SRSS doit être fonctionnelle conformément à son règlement intérieur. Il y a un risque majeur, si cela n'est pas le cas, pour l'opérationnalisation des missions de coordination et d'intégration des programmes spécialisés dans l'offre de soins ;
- Des délais importants dans les réalisations du projet pourraient surgir si le Ministère tarde à nommer à la DLM les cadres avec les compétences requises qui auront été sélectionnés au préalable par appel d'offre (voir processus d'adéquation des RH : le processus de nomination de ces cadres devra passer par celui du recrutement par appel à candidature ouverte) ;
- Une stratégie claire en matière de renforcement des RH (formations et meilleure organisation de l'équipe) doit être définie dès le début de l'intervention : en effet il ressort de l'analyse situationnelle que ces ressources sont les plus vulnérables et donc les plus cruciales dans l'atteinte des résultats ;

- L'absence d'application au niveau opérationnel (intermédiaire et périphérique) des dispositions portant sur l'intégration effective des ressources et des activités des programmes spécialisés ;
- Le processus de décentralisation est incontournable en RDC, mais la vitesse avec laquelle il se déroulera est difficile à estimer. Les Directions et les Programmes Spécialisés au niveau central devront accepter de déléguer une partie de leurs attributions traditionnelles au niveau provincial, définir et établir des relations fonctionnelles. Il est préconisé de mettre en place des mesures conservatoires et transitoires. Les premières évitent que ne s'aggrave la situation actuelle, les secondes permettent de mieux gérer le processus de décentralisation dans le secteur avant la loi cadre sectorielle. Une feuille de route du processus de réforme avec des produits attendus à chaque étape est proposée. Des résistances au changement sont également à craindre à ce niveau ;
- En ce qui concerne l'efficacité d'un système d'alerte en cas d'épidémie, et sa promptitude à réagir, la DLM devra disposer de moyens d'intervention, comme indiqué dans le présent DTF, tant au niveau central que provincial. L'intervention ne pourra intervenir que partiellement en cette matière. Un fond commun des bailleurs avec une contribution publique congolaise devrait être mis en place dans le cadre d'un plan national de contingence. La DLM devra établir les outils de gestion pour ce fonds et devra gagner la confiance des bailleurs par rapport à la gestion transparente des fonds alloués. Les bailleurs de leur côté devraient davantage appuyer financièrement les interventions en cas d'épidémies avec des fonds qui sont rapidement disponibles. La mobilisation de tels fonds au moment où une épidémie surgit ne peut que mener à une intervention tardive ;
- Le non-octroi par le MSP de locaux à réhabiliter ou, si nécessaire, d'un terrain destiné à la construction des installations de la DLM. Cela devra constituer un préalable au démarrage du projet.

3.4.3 Le risque fiduciaire

Le risque fiduciaire lié à la gestion de l'intervention est très réduit vu sa modalité de gestion en régie, le principe de la double signature et l'appui et contrôle que pourra exercer le PFM de la RR CTB à Kinshasa.

3.4.4 Les risques liés à la durabilité

- Le contexte politique devrait demeurer stable et ne provoquer aucun changement de nature à induire une interruption de la coopération ;
- L'appui aux RH de la DLM en terme de primes peut constituer une menace en terme de durabilité, mais ce problème est général et dépasse la présente intervention. La perspective d'une extension du projet après 4 ans atténue ce risque ;
- La mise en place des Fonds provinciaux d'intégration et de coordination seront constitués.

3.5 HYPOTHÈSES

- La subvention au fonctionnement et à la rationalisation de la DLM et l'INRB, va produire une amélioration significative de la performance de la direction eu égard à ses missions régaliennes d'une part et d'autre part eu égard à l'amélioration de la qualité de l'offre de soins préventifs et curatifs et de la réactivité en matière d'épidémies des catastrophes ;
- Les institutions intermédiaires et périphériques devront être à même (en terme de compétences et performance) d'assurer leurs rôles stratégiques et opérationnels. Sans cela

L'application des normes et standards édictés par le niveau central n'apporteront pas une amélioration de l'offre.

3.6 MESURES D'ATTÉNUATION PROPOSÉES

Risques liés à l'efficacité vulnérables	Mesures
1. La fonctionnalité du CNP-SRSSS et ses structures provinciales	L'appui à la DEP devrait permettre une opérationnalisation de ces comités, conformément aux règlements intérieurs existants
2. Résistances aux changements des responsables des programmes spécialisés et de certains bailleurs	<p>Une bonne communication continue sur les activités conduites (voir résultat 1) par la DLM en amont, pendant et en aval de l'exécution des analyses verticales peut prévenir des résistances majeures.</p> <p>Les cibles de ces activités de communication sont : (i) en intra sectoriel, au sein des structures de suivi de la mise en place de la réforme, (ii) avec les PTF au sein des mécanismes de concertation (GIBS et GT) et, (iii) enfin à la communauté nationale (la presse audio- visuelle et écrite)</p>
3. Nomination des RH sélectionnée de la DLM : - retard administratif - nomination sans passer par le processus de recrutement par appel d'offre	Pour le premier type de risque : l'équipe d'exécution devra rédiger un plan d'action qui sera adopté par le CNP et entériné par le Secrétaire Général du MSP
4. Absence d'application des dispositions portant sur l'intégration effective des ressources et activités des PS au niveau opérationnel	L'application de ces dispositions devra faire partie de la grille d'évaluation de performance des décideurs à ces niveaux
5. Octroi d'un terrain par le MSP si une construction est nécessaire	On peut estimer que le partenaire est largement intéressé par accorder un terrain, et d'adopter un plan directeur
6. Les mesures conservatoires et transitoires en matière de décentralisation ne sont pas prises	<p>Le processus de décentralisation/ déconcentration est un chantier crucial au plus haut niveau de l'Etat. Voir également le 2 premiers risques du présent tableau. L'application de la feuille de route devrait faire également l'objet d'une évaluation de performance.</p> <p>Enfin une identification des besoins à satisfaire en renforcement des compétences des décideurs aux niveaux opérationnels suivi d'un plan d'action peut être mené par le niveau central en concertation et avec la collaboration des PTF (GIBS)</p>
7. La DLM n'acquière pas la confiance des Bailleurs de Fonds dans les situations d'alerte épidémiologique et/ou catastrophes	Voir également les 2 premiers risques du présent tableau. D'autre part si la DLM obtient les résultats attendus dès la première année de l'intervention, il est évident qu'un niveau de confiance suffisant sera obtenu

3.7 INDICATEURS ET SOURCES DE VÉRIFICATION

3.7.1 Liste des indicateurs figurant au cadre logique (à titre indicatif)

Objectif spécifique

- Nombre de programmes défragmentés sur le nombre de programmes à coordonner
- Nombre de programmes effectivement intégrés développés dans les plans d'action des Zones de Santé et les PCA/PMA
- Le nombre de provinces appliquant les guides produits sur le nombre de provinces cible
- Nombre de Laboratoires Provinciaux intégrés effectivement dans le réseau piloté par l'INRB
- Taux de diminution en temps, d'alerte et de réaction en cas d'épidémie

Résultat 1

- % de guides opérationnels par maladie prioritaire produits et diffusés sur le nombre de guides planifiés ;
- % de rapports de réunions tenues de la Commission d'intégration sur le nombre planifié ;
- Nombre de maladies incluses dans la base de données sur celles planifiées ;
- % de textes réglementaires adoptés sur le nombre attendu.

Résultat 2

- Un plan national de contingence actualisé est disponible et le Fonds National disponible et fonctionnel ;
- Nombre d'épidémies détectées, investiguées à temps et gérées correctement (selon les normes) sur le total des épidémies enregistrées;
- % de bulletins épidémiologiques publiés et diffusés sur le nombre attendu.

Résultat 3

A fixer lors du plan d'intervention.

Résultat 4

- Normes/directives utilisées par les agents concernés en matière de contrôle aux frontières ;
- Les personnels formés sur les techniques de contrôle déployés aux frontières sur le nombre de personnel à former ;
- Les normes et standards en matière d'hygiène et salubrité publique sont disponibles et utilisés.

Résultat 5

- Les ressources humaines recrutées par appel à candidature ouverte à tous sont en fonction ;
- Les ressources identifiées sont disponibles ainsi que les locaux prévus ;
- Le fonctionnement de la DLM est assuré conformément au plan ;
- Les fonds centraux et périphériques fonctionnent conformément au plan.

3.7.2 Sources de vérifications

- Rapports annuels statutaires d'activités ;

- Rapports de suivi et d'évaluation (à mi-parcours et final) ;
- Comptes-rendus des commissions du CNP et CPP du SRSS.

3.8 ACTEURS INTERVENANT DANS LA MISE EN ŒUVRE

3.8.1 La direction de l'intervention

La direction de l'intervention sera assurée conjointement par les Directeurs de la DLM et le/la CT.

Le/la Conseiller Technique (CT) sera ancré institutionnellement au niveau de la DLM.

Cette équipe d'exécution sera responsabilisée pour veiller à la mise en œuvre des activités prévues pour l'atteinte de tous les résultats attendus (ceux qui sont adressés à la DLM autant que celui adressé l'appui à l'INRB).

3.8.2 Les services étatiques de santé appuyés

- Toutes les autres Directions du MSP prévues dans la réforme du Ministère ;
- Le Ministère de l'Environnement et de l'Intérieur ;
- Le Ministère des Affaires Humanitaires ;
- Le Ministère de l'Enseignement Supérieur et Recherche.

3.8.3 La population bénéficiaire

L'ensemble de la population résidente en RDC ainsi que les populations mobiles nationales et internationales.

3.9 PLANIFICATION FINANCIÈRE

Le tableau ci-dessous reprend les montants inscrits au budget respectivement pour les ressources humaines, les ressources financières destinées au fonctionnement et les ressources financières destinées à l'investissement. Le budget est présenté à titre indicatif. Il appartiendra à la première SMCL de le valider et de le modifier à tout moment durant l'intervention si la direction de l'intervention l'estime nécessaire et sur base d'une argumentation qui sera présentée à la SMCL pour les modifications importantes. Toute modification importante du budget peut être acceptée par la SMCL pour autant qu'elle ne modifie pas l'objectif spécifique et le montant total de l'intervention.

4. RESSOURCES

4.1 RESSOURCES FINANCIÈRES

Les ressources financières affectées à l'atteinte des 5 résultats représentent 79,74 % (5.183.100 euros) du budget de l'intervention.

Détails sur les montants par type de coût :

Le montant global des investissements est de :		779.900
	<i>soit (pour 4 résultats)</i>	16,6%
➤ En construction et aménagements de bureau :	444.900	
➤ En matériels et équipements :	335.000	
Le montant en ressources humaines est de :		2.863.600
	<i>soit (pour 4 résultats)</i>	60,9%
➤ Suivi scientifique :	221.500	
➤ Assistance technique :	600.000	
➤ Primes au personnel de la DLM :	807.000	
➤ Formations :	271.400	
➤ Participation à des Foras :	65.000	
➤ Fonctionnement des structures de pilotage (central/provincial)	47.000	
➤ Expertises nationales :	574.200	
➤ Suivi/supervision :	35.000	
➤ Constitution de fonds provinciaux :	31.500	
➤ Communication et publications :	186.000	
➤ Projets de recherche :	25.000	
Le montant de l'appui financier au fonctionnement de la DLM et du CTI est de :		626.000
	<i>soit (% de l'intervention)</i>	9,6%
Le montant des frais divers (PFM, Suivi/audit, frais financiers, de représentation) est de :		215.500
	<i>soit (% de l'intervention)</i>	2,7%
Le montant de réserve est de :		215.000
	<i>soit (% de l'intervention)</i>	3,3%
Soit un total (hors résultat 3) de :		4.700.000

Le montant attribué au résultat 3 sera détaillé lors de l'établissement du plan d'intervention.

4.1.1 Budget par activités et chronogramme

BUDGET TOTAL			Mode d'exéc.	Budget total	%	ANNEE 1	ANNEE 2	ANNEE 3	ANNEE 4	
A	Objectif spécifique: Un appui institutionnel est apporté au Ministère de la Santé pour la mise en œuvre de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) en ce qui concerne spécifiquement la fonction de lutte contre la maladie au niveau central				5,183,400	79.7%	2,010,950	1,094,050	1,056,450	1,021,950
A	01	<i>Les outils programmatiques sont rationalisés et la coordination des programmes spécialisés assumée</i>			530,000	8.2%	193,550	121,150	121,150	94,150
A	01	01	Relancer la Commission d'Intégration des programmes spécialisés et créer une Commission sur la Recherche	Régie	45,000		11,250	11,250	11,250	11,250
A	01	02	Elaborer les stratégies, directives et outils de prise en charge intégrée des maladies prioritaires	Régie	273,000		68,250	68,250	68,250	68,250
A	01	03	Etablir une base de données pour toutes les maladies transmissibles et les non transmissibles et l'actualiser	Régie	100,000		74,800	8,400	8,400	8,400
A	01	04	Définir et appliquer une stratégie de recherche en matière de lutte contre la maladie	Régie	27,000		8,250	6,250	6,250	6,250
A	01	05	Revoir les textes réglementaires ou en rédiger de nouveaux et les faire adopter	Régie	4,000		4,000			
A	01	06	Renforcer les capacités des RH de la DLM et des personnes concernées	Régie	81,000		27,000	27,000	27,000	
A	02	<i>La surveillance épidémiologique et la gestion des catastrophes sont rationalisées</i>			211,500	3.3%	74,500	59,000	41,500	36,500
A	02	01	Actualiser le Politique Nationale en matière de surveillance intégrée et la mettre en oeuvre	Régie	5,500		5,500			
A	02	02	Organiser la riposte en cas d'épidémies et catastrophes	Régie	35,000		17,500	17,500		
A	02	03	Publier régulièrement un bulletin épidémiologique	Régie	86,000		21,500	21,500	21,500	21,500
A	02	04	Renforcer les capacités des personnels impliqués	Régie	85,000		30,000	20,000	20,000	15,000
A	03	<i>Institutionnaliser l'INRB et planifier un réseau provincial de laboratoires de santé publique</i>			1,800,000	27.7%	468,750	443,750	443,750	443,750
A	03	01	Elaborer un plan d'intervention	Régie	25,000		25,000			
A	03	02	Mettre en œuvre ce plan	Régie	1,775,000		443,750	443,750	443,750	443,750
A	04	<i>Le contrôle sanitaire aux frontières et de l'hygiène et salubrité publique est rationalisée</i>			199,500	3.1%	103,000	33,000	33,000	30,500
A	04	01	Mettre à disposition des agents concernés des textes réglementaires/directives en matière de contrôle aux frontières	Régie	50,000		40,000	3,500	3,500	3,000
A	04	02	Mettre à disposition des agents concernés stratégies/normes/directives en matière d'hygiène/salubrité publique	Régie	26,000		20,000	2,000	2,000	2,000
A	04	03	Renforcer les capacités des agents en collaboration intersectorielle	Régie	90,500		23,000	22,500	22,500	22,500
A	04	04	Constituer une base de données sur l'hygiène/salubrité publique/contrôle aux frontières	Régie	33,000		20,000	5,000	5,000	3,000

A	05	La gestion des ressources et le fonctionnement de la DLM sont rationalisés		2,442,400	37.6%	1,171,150	437,150	417,050	417,050
A	05 01	Rendre adéquates les RH de la DLM et maintenir leurs compétences	Régie	820,000		214,750	201,750	201,750	201,750
A	05 02	Appuyer le budget de fonctionnement de la DLM	Régie	618,000		154,500	154,500	154,500	154,500
A	05 03	Identifier les besoins en matériel, les acquérir et développer des mécanismes de maintenance	Régie	303,000		284,250	6,250	6,250	6,250
A	05 04	Identifier les besoins en infrastructures et les rendre opérationnels	Régie	443,000		443,000			
A	05 05	Constituer et rendre fonctionnels des Fonds d'Intégration au niveau provincial	Régie	31,500		12,925	12,925	2,825	2,825
A	05 06	Organiser la participation des agents à des Fora Internationaux	Régie	25,000		6,250	6,250	6,250	6,250
A	05 07	Organiser des stages et/ou des formations ponctuelles à l'étranger	Régie	100,000		25,000	25,000	25,000	25,000
A	05 08	Offrir des stages pour des étudiants congolais ou en thèse de SP (1 stagiaire par an)	Régie	1,900		475	475	475	475
A	05 09	Mener des activités de communication sur les actions de la DLM	Régie	100,000		30,000	30,000	20,000	20,000
X		Réserve budgétaire (max 5% * total activités)		215,000	3.3%	36,250	36,250	36,250	36,250
X	01	Réserve budgétaire		215,000	3.3%	36,250	36,250	36,250	36,250
X	01 02	Réserve budgétaire REGIE		215,000		53,750	53,750	53,750	53,750
Z		Moyens généraux		1,101,600	16.9%	272,100	286,500	256,500	286,500
Z	01	Frais de personnel		762,500	11.7%	190,625	190,625	190,625	190,625
Z	01 01	Assistant technique		600,000		150,000	150,000	150,000	150,000
Z	01 02	Ressources financières et procurement (PFM)		162,500		40,625	40,625	40,625	40,625
Z	02	Investissements		15,600	0.2%	15,600			
Z	02 01	Véhicules		voir A0503					
Z	02 02	Equipement bureau et IT		13,000		13,000			
Z	02 03	Aménagements du bureau		2,600		2,600			
Z	03	Frais de fonctionnement		263,500	4.1%	65,875	65,875	65,875	65,875
Z	03 01	Loyer du bureau		voir A0502					
Z	03 02	Services et frais de maintenance		voir A0502					
Z	03 03	Frais de fonctionnement des véhicules		voir A0502					
Z	03 04	Télécommunications		8,000		2,000	2,000	2,000	2,000
Z	03 05	Fouritures de bureau		6,000		1,500	1,500	1,500	1,500
Z	03 06	Missions		20,000		5,000	5,000	5,000	5,000
Z	03 07	Frais de représentation et de communication externe		4,000		1,000	1,000	1,000	1,000
Z	03 08	Formation		0					
Z	03 09	Frais de suivi scientifique		221,500		55,375	55,375	55,375	55,375
Z	03 10	Frais financiers		4,000		1,000	1,000	1,000	1,000
Z	04	Audit et Suivi et Evaluation		60,000	0.9%	0	30,000	0	30,000
Z	04 01	Frais de suivi et évaluation		40,000			20,000		20,000
Z	04 02	Audit		20,000			10,000		10,000
				6,500,000		2,319,300	1,416,800	1,349,200	1,344,700

4.2 RESSOURCES HUMAINES

4.2.1 Les primes du personnel de la DLM

Pour le calcul des primes, l'équipe de formulation s'est basée sur une quarantaine de personnes (à confirmer par la réforme du Ministère de la Santé Publique) et sur les pratiques actuelles en cette matière entre la CTB et le gouvernement du Congo. Nous rappelons qu'une approche progressive sur le plan du nombre du personnel est prônée : le nombre initial de personnel en dehors du Directeur est de 27.

4.2.2 Direction de l'intervention

La direction de l'intervention sera assurée conjointement par le Directeur de la DLM, l'Administrateur et le ou la CT, en équipe d'exécution.

Le Conseiller Technique (CT) sera ancré institutionnellement et physiquement au niveau de la Direction. Un bureau y sera aménagé pour elle ou lui et il ou elle pourra bénéficier d'un Administrateur comptable, d'un chauffeur et du secrétariat de la DLM.

L'équipe d'exécution du Projet participera aux réunions techniques de coordination entre les différentes divisions de la DLM, les différents Programmes Spécialisés (dont le Programme de lutte contre la THA), et les Projets de Santé bilatéraux en cours (ASSNIP et appui à la DEP).

Cette équipe est responsabilisée pour veiller à la mise en œuvre des activités prévues pour l'atteinte des 5 résultats attendus.

4.2.3 Expertise technique

4.2.3.1 Assistance technique continue

Un (ou une) conseiller technique international est prévu pour l'accompagnement de l'ensemble du projet. Vu l'ampleur et la diversité des tâches, un médecin santé publique expérimenté plein temps est prévu pour les quatre années de l'intervention. Des Termes de Références sont proposés en annexe du DTF. Cette assistance technique, explicitement sollicitée par le partenaire, se justifie par les deux éléments suivants :

- la nécessité d'une expertise continue, en particulier dans l'exercice d'analyse verticale ;
- la nécessité d'un appui présentant un caractère d'externalité dans le cadre de certains aspects sensibles de l'exécution de l'intervention principalement en matière de rationalisation des RH.

Cette assistance disposera de moyens matériels partagés (véhicule, télécommunications, reprographie, réseau Internet...) avec la DLM. Elle disposera également d'un budget (d'un montant de 5.000 euros par an) d'accompagnement de collègues congolais ou internationaux sur le terrain ou à des foras ainsi que d'un budget de représentation (1.000 euros par an).

4.2.3.2 Expertises ponctuelles

Le besoin en expertise ponctuelle (à répartir parmi les activités du projet) est présenté ci dessous et sera suggéré par les responsables des divisions et validé par l'équipe d'exécution. L'organisation de ces expertises sera conduite par le comité de gestion.

1. Pour les analyses verticales

1 Consultant international, médecin spécialisé en médecine interne ou autre discipline, selon les besoins : 15 jours X 4 (au début du projet) = **60 homme-jours**

2. Pour l'appui à l'INRB

Un médecin biomédical : 3 X 10 jours / an X 4 = **120 homme-jours**

3. Pour l'appui à la surveillance épidémiologique, le contrôle sanitaire et l'hygiène et la salubrité publique

Un informaticien de niveau international spécialisé dans la conception informatique de bases de données sanitaires : **20 jrs par an durant 4 ans soit 80 jours homme mois.**

Note : pour des missions de 10 jr ou plus un prix unitaire de 800 Euros par jours couvre les honoraires, les per diem et hôtel, le billet d'avion.

4.2.3.3 Suivi scientifique

Le suivi scientifique est un appui-conseil pour les acteurs principaux de l'intervention fourni par des experts externes, qui ont l'avantage d'avoir un regard critique extérieur sur le processus en cours. Cette équipe d'experts travaille en délégation de l'expertise sectorielle de la CTB à Bruxelles qui n'a pas les moyens suffisants pour assurer cet appui-conseil à elle seule pour tous les aspects sectoriels et techniques de l'ensemble des interventions.

Ce suivi sera assumé par une institution académique contractée. L'équipe d'experts assurera l'appui conseil pour la présente intervention mais aussi pour le volet 3 et 4 l'ASSNIP. Il sera utile également que cette équipe puisse travailler de pair en collaboration étroite avec l'équipe scientifique qui assure l'appui conseil pour les deux premiers volets ASSNIP et l'appui à la DEP, afin de garder l'objectif de cohérence et de synergie. La budgétisation de ce suivi s'est basée sur 150 hommes/jours, soit 30 hommes/mois pour la durée de l'intervention. Les frais de gestion annuels ont été estimés à 25.000 euros par an.

Un budget pour le suivi scientifique de cette intervention sera établi pour sa part dans le cadre d'un budget global sur les 3 interventions.

Le suivi scientifique devra contribuer à garantir la cohérence de ces interventions. Une coordination et une collaboration étroites entre les équipes de suivi scientifique sont indispensables pour la cohérence de l'appui au système de santé et à la SRSS en particulier. La coordination devra se réaliser en RDC comme en Belgique.

4.2.4 Le Conseiller Technique International en Santé Publique

Le CTI, expert en santé publique, aura pour tâches dans le cadre de l'équipe d'exécution³⁹ :

- Contribuer au développement des capacités de l'ensemble du personnel à travers un accompagnement continu du processus de changement de la DLM ;
- Développer les capacités institutionnelles internes à la DLM basé sur le nouvel organigramme, l'identification des besoins en qualité et quantité du personnel qui correspondent au mandat et tâches à exécuter par la DLM;

³⁹ Voir Annexe 7.2

- Contribuer à l'organisation et la coordination des analyses verticales par problème de santé (pris actuellement en compte dans le cadre de programmes spécialisés ;
- Contribuer à la définition des relations externes de la DLM avec les autres directions du MS et les partenaires au développement. Sont visées spécialement, la D7, la D5, (la D8) et l'INRB.

4.2.5 Le staff administratif et financier de l'intervention

Le ou la responsable administratif et financier (RAF) sera l'administrateur comptable recruté par la DLM. Il sera aidé dans sa tâche par un(e) secrétaire comptable⁴⁰. De même le secrétariat de la DLM assurera la fonction de secrétaire de l'assistance technique de l'intervention. Ils seront placés sous l'autorité de l'équipe d'exécution du projet.

Ce staff administratif et financier du projet sera aussi chargé de libérer les fonds en espèces aux différents services appuyés selon les modalités de gestion définie (planifications trimestrielles, double signature...).

4.3 RESSOURCES MATÉRIELLES

Il est prévu l'achat de deux véhicules Toyota Land Cruiser (dont un sera affecté en priorité au ou à la CT), d'un type adapté aux conditions particulièrement difficiles des routes rurales destinés aux déplacements sur le terrain et d'un véhicule 2X4 de 5 personnes destiné à la fois aux déplacements en ville et sur le terrain pour autant que la nature de la route le permette.

En cas de sinistre total d'un véhicule durant l'intervention, la réserve budgétaire prévue pourrait permettre de le remplacer.

Il est prévu également d'équiper l'ensemble du staff de la DLM et du ou de la CT en informatique, bureautique et communication (en cette matière l'acquisition de matériel performant et solide pour les agents périphériques à est prévu y inclus leur maintenance).

La construction d'un bâtiment pour la DLM est également prévue. Des aménagements de locaux de l'INRB sont à envisager mais le montant dépendra de l'établissement du plan d'intervention.

⁴⁰ Voir Annexe 7.3

5. MODALITÉS D'EXÉCUTION

5.1 CADRE LÉGAL

Le cadre légal sera fixé par la Convention Spécifique relative au projet d'«Appui institutionnel à la fonction de lutte contre la maladie au niveau Central du Ministère de la Santé Publique » signer entre le Royaume de Belgique et la République Démocratique du Congo à l'issu du processus de formulation du projet.

Le Dossier Technique et Financier, établi lors de la formulation, sera annexé à cette Convention.

5.2 RESPONSABILITÉS ADMINISTRATIVES ET TECHNIQUES

Conformément aux procédures de la coopération belgo-congolaise en vigueur en République Démocratique du Congo, le projet sera mis en œuvre en régie par la CTB en concertation avec l'ensemble des partenaires concernés et plus particulièrement avec le Ministère de la Santé Publique.

5.3 STRUCTURES D'EXÉCUTION ET DE SUIVI

5.3.1 La Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL)

Les parties conviennent de créer, dès la signature de la convention spécifique, une Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL).

La Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL) assurera une supervision générale de l'exécution de la prestation de coopération et prendra, sur la base des différents rapports et recommandations, toutes les mesures nécessaires à une adaptation du dossier technique et financier (DTF) sans toutefois modifier l'objectif spécifique, la durée et le budget global de la prestation.

Compétences et attributions

La SMCL aura comme attributions de :

- Mettre en place les structures d'exécution du projet ;
- Superviser l'exécution des engagements pris par les Parties ;
- Apprécier l'état d'avancement du projet et de l'atteinte de ses résultats sur base des rapports d'exécution du projet ;
- Approuver les plans d'activités du projet ;
- Approuver les ajustements ou les modifications éventuelles du dossier technique et financier, tout en respectant l'objectif spécifique, la durée et l'enveloppe budgétaire fixés par la Convention Spécifique et en veillant à la faisabilité de l'ensemble des actions ;
- Faire des recommandations aux autorités compétentes des deux Parties ;
- Résoudre, tout problème de gestion des ressources humaines, évaluer conjointement la compétence et les prestations des différents personnels mis à disposition du projet et prendre toute mesure d'encouragement ou de corrections nécessaires ;
- Résoudre, pour le bon déroulement du projet, tout problème de gestion qui se poserait, relatif aux ressources financières ou matérielles ;

- Superviser la clôture du projet et approuver le rapport final.

Composition

La composition de SMCL sera la suivante :

- Le représentant du Ministère de la Coopération Internationale et Régionale, Président ;
- Le représentant du Ministère de la Santé Publique ;
- Le représentant du Ministère du Plan ;
- Le représentant résident de la CTB ou son délégué.

Selon l'agenda de la réunion de la SMCL, toute autre personne qui apporte une contribution au projet peut être invitée en qualité d'observateur ou d'expert.

Mode de fonctionnement

- La SMCL établit son règlement d'ordre intérieur dans le respect des autres dispositions de la Convention Spécifique. Il est officiellement approuvé lors de la première SMCL du projet ;
- La SMCL est convoquée et présidée par le représentant du Ministère des Affaires Etrangères et de la Coopération Internationale ;
- La SMCL se réunit ordinairement chaque semestre sur invitation de son président ou de façon extraordinaire à la demande d'un membre ;
- Elle prend ses décisions selon la règle du consensus ;
- Chaque réunion fait l'objet d'un procès-verbal signé par tous les membres présents ;
- La SMCL tient également une réunion au plus tard trois mois avant la fin des activités du projet afin d'examiner la proposition de rapport final rédigé selon les normes de la CTB et d'assurer les formalités de clôture.

5.3.2 Le secrétariat de la SMCL est assuré par la direction du projet. Equipe d'exécution du Projet

L'instance de gestion quotidienne du projet est l'équipe d'exécution. Elle assure la mise en œuvre des activités dès l'approbation du programme semestrielle par la SMCL. Elle est composée du Directeur et de l'Administrateur Comptable de la DLM et du ou de la CT.

5.3.3 PortFolio Management Team - PFMT

Afin de faire face à la croissance importante des activités de la CTB en RDC et d'atteindre une plus grande efficacité dans la mise en œuvre des prestations, la CTB a redéfini depuis début 2008 ses processus de gestion et d'intervention en RDC.

Ainsi, au niveau de la RDC, un ensemble de projets en exécution et/ou en préparation, ont été regroupés par « portefeuille » sur base d'une logique d'ensemble. Cette logique est axée sur le contenu des projets et est dans la plupart des cas une logique sectorielle ou thématique.

Cette approche permet de dégager les avantages suivants :

- Elle optimise la gestion d'un ensemble de projets, afin que celui-ci s'inscrive mieux dans la stratégie de l'organisation que la somme des projets individuels et favorise en conséquence les synergies entre projets appartenant au même portefeuille ;

- Elle génère des économies d'échelles pour certaines fonctions d'appui aux projets ;
- Elle permet à l'équipe d'exécution du projet de se concentrer en première instance sur la responsabilité première d'atteinte des résultats prévus par le projet ;
- Elle donne à chacun une spécialisation dans son domaine de compétence ;
- Elle peut aider à ce que les projets s'inscrivent dans la logique de la Déclaration de Paris ;
- Il sera possible de déjà démarrer des activités dans un portefeuille avant que l'équipe de projet soit mise en place.

Le projet fera partie du PFMT « Santé ».

Au sein de ce portefeuille, une équipe, dénommée « **Portfolio Management Team** » a les responsabilités suivantes pour l'ensemble des projets appartenant au Portfolio et est composé d'une équipe regroupant :

1/ Un **Portfolio Manager (PM)**. Le PM est responsable de la coordination du portefeuille.

Il/elle a principalement les responsabilités suivantes :

- Responsable principal pour la gestion de la coordination⁴¹ de tous les aspects des projets ;
- Initiateur pour la préparation et la tenue des réunions des SMCL ;
- Garant que le contenu⁴², la qualité, le timing et le coût répondent aux objectifs initialement définis ;
- Gestion globale des risques ;
- Responsable de l'organisation des cercles de développement des AT et du MAF ;
- Responsable de la préparation, de la coordination des contributions locales et des modalités opérationnelles des formulations au sein de son portefeuille ;
- Donner un input en ce qui concerne le suivi du portefeuille dans le cadre du PIC (programme indicatif de coopération).

2/ Un **Manager Administratif et Financier (MAF)**. Le MAF, assisté par une équipe, est responsable de garantir une gestion optimale des processus administratifs et financiers des projets au sein du portefeuille dont il/elle a la responsabilité dans les domaines suivants :

- Démarrage et clôture administrative et financière des projets ;
- Gestion budgétaire et programmation financière ;
- Comptabilité ;
- Trésorerie et paiements ;
- Administration du personnel ;
- Logistique ;
- Gestion de l'équipe administrative et financière.

Le portfolio management team se pose donc en support et soutien aux projets, en exécutant une série d'activités qui étaient auparavant exécutées par l'UGP. Les cadres de l'UGP, sans se décharger

⁴¹ Gestion de la coordination : comprend les activités nécessaires pour la coordination des divers processus et activités de gestion de projet et de portefeuille. Cette coordination consiste à faire les choix nécessaires en matière de concentration des ressources, à anticiper les problèmes potentiels, à traiter ces problèmes avant qu'ils atteignent un seuil critique et à coordonner le travail pour le bénéfice des projets et du portefeuille. L'effort de coordination consiste également à faire des compromis entre des objectifs et des alternatives en concurrence.

⁴² Contenu : les résultats du projet et tout le travail nécessaire pour les atteindre.

pour autant de leur responsabilité de gestion, se concentrent sur leur rôle prioritaire, à savoir l'atteinte des résultats prévus par le projet.

Financement :

Parce que l'équipe qui s'occupe des aspects administratifs et financiers travaille sur différents projets, les frais de ces activités (personnel, fonctionnement) seront partagés entre ces projets. Le montant de cette participation dépendra entre autre du budget total de chaque projet.

Le coût des portfolio managers ainsi que leurs frais généraux seront pris en charge par la CTB, étant donné qu'il s'agit d'une fonction plus de coordination et moins d'exécution. Le coût émanera donc des frais de gestion.

Ainsi, pour tout nouveau projet, la participation à une partie du financement des coûts du Portfolio sera prévue lors de l'élaboration du budget du projet.

Une vue globale du financement du PFMT par les projets est résumée dans le document « Topo de financement PFMT « Santé » repris en annexe du DTF. Ce document résume la participation de chaque projet au financement du PFMT en question.

En raison du caractère variable de la composition du portfolio, le document « Topo de financement PFMT « Santé » sera mis à jour annuellement afin de prendre en compte l'évolution du portefeuille.

5.3.4 Cellule 'Procurement' et Marchés publics

Dans la même logique, une partie de l'exécution des processus marchés publics des projets au-delà de 20.000 € sera pris en charge par la Cellule Marchés Publics RDC. Cette cellule se compose d'un responsable international, entouré d'une équipe de collaborateurs locaux. Cette cellule devrait nous amener à exécuter des marchés publics au Congo de manière plus qualitative et plus rapidement.

Les projets participeront également aux coûts de la cellule marchés publics puisqu'il s'agit d'une activité directement liée à l'exécution d'un projet. La participation dépendra du nombre de dossiers de passation de marchés traités chaque année.

5.4 MODALITÉS FINANCIÈRES DE MISE EN ŒUVRE DE LA CONTRIBUTION DES PARTIES

5.4.1 Contribution de la Partie congolaise

Les obligations et participations financières de la Partie congolaise, telles que prévues par la Convention Spécifique (CS) et le Dossier Technique et Financier (DTF) qui fait partie intégrante de la Convention, sont essentielles pour la réalisation des objectifs (global et spécifique) du projet. Leur inexécution, même partielle, pourra entraîner, après notification officielle, la suspension partielle ou totale des apports belges.

La Partie congolaise s'engage dès lors à tout mettre en œuvre pour assurer le succès du projet de coopération et notamment :

concernant l'exécution et le financement du projet :

- à prendre les dispositions institutionnelles, administratives et budgétaires requises afin de garantir le bon déroulement du projet ;
- à n'utiliser en aucun cas la contribution belge au paiement d'impôts ou autres charges publiques, ni à l'apurement des droits d'entrée prévus par la législation de la République Démocratique du Congo.

Ceci implique entre autres :

- l'exonération de tout impôt, droits de douanes, taxes d'entrée et autres charges fiscales ou administratives sur les fournitures, travaux et projets de service faisant l'objet de la contribution belge au projet ;
- l'autorisation par la direction des douanes d'utiliser la procédure « d'enlèvement d'urgence » ;
- à assurer la libre circulation des membres de l'assistance technique belge et du personnel mandaté par celle-ci sur l'ensemble du territoire national, à leur faciliter l'obtention des visas et permis nécessaires à leur entrée, séjour et sortie de la République démocratique du Congo ;
- à accorder aux organismes et personnes congolais et expatriés oeuvrant dans le cadre du Projet toutes les facilités nécessaires à l'accomplissement des tâches qui leur sont confiées ;
- à assurer la maintenance des bâtiments des structures soutenues et les salaires du personnel au sein de ces structures ;
- à maintenir le matériel acquis avec les moyens du projet au sein de celui-ci ;
- à faciliter l'accès à toute documentation utile ou nécessaire pour l'exécution des activités ;
- à faciliter auprès de tous les services concernés les démarches nécessaires pour le bon déroulement du projet ;

concernant le personnel national :

- à laisser ou à mettre à la disposition du projet le personnel nécessaire à sa réalisation au sein de chaque structure soutenue, étant entendu que ce personnel continuera à être rétribué par la République Démocratique du Congo qui en assumera en outre les obligations découlant de leur statut ;
- à prendre toutes les dispositions utiles pour que la qualification professionnelle du personnel nécessaire à la réalisation du projet au sein de chaque structure puisse être évaluées conjointement par les deux parties et à prendre, le cas échéant toute mesure d'encouragement ou de correction jugée indispensable en la matière ;
- à ne déplacer ou muter du personnel au sein des structures retenues qu'après concertation avec la SMCL ;
- à remplacer le personnel au sein des structures retenues en respectant les qualifications requises en fonction des responsabilités au sein du projet.

concernant l'après projet :

- à prendre les dispositions institutionnelles, administratives et budgétaires nécessaires pour garantir la poursuite des activités au sein des structures retenues après la cessation de l'intervention belge ;
- à veiller à ce que les équipements et matériels acquis dans le cadre du présent projet deviennent propriété de l'Etat congolais après cessation de l'intervention belge et restent affectés aux structures pour lesquelles ils sont prévus.

5.4.2 Contribution de la Partie belge

Les obligations et participations financières de la Partie belge, telles que prévues par la Convention Spécifique (CS) et le Dossier Technique et Financier (DTF) qui fait partie intégrante de la Convention, sont essentielles pour la réalisation des objectifs (global et spécifique) du projet.

La contribution de la Partie belge sera mise en œuvre selon le guide de la CTB de la gestion financière des projets en régie. Elle couvrira essentiellement les activités inhérentes à l'atteinte de l'objectif spécifique et sera mise à la disposition du projet sous forme de contribution financière pour le financement des fournitures, travaux et services du projet.

Le budget détaillé et le chronogramme d'exécution de la contribution belge sont repris au point 4.2 du présent DTF.

5.5 GESTION DE LA CONTRIBUTION BELGE

La gestion de la contribution belge au projet sera assurée par la CTB en exécution d'une «Convention de Mise en Oeuvre (CMO) » conclue entre l'Etat belge et la CTB. La gestion de la contribution financière belge en régie et la mise à disposition des fonds se feront suivant les procédures internes de la CTB.

S'agissant d'un projet en régie, la réglementation belge relative aux marchés publics sera d'application.

5.5.1 Comptes et pouvoir de signature

Dès la signature de la Convention Spécifique, la CTB ouvrira les comptes dans les institutions bancaires appropriées.

5.5.2 Comptes et mise à disposition des fonds

Premier transfert

Dès la notification de la Convention de Mise en Oeuvre entre l'état belge et la CTB, un appel de fonds peut être introduit. Le montant demandé doit correspondre aux besoins des trois premiers mois.

Transferts suivants

Afin de recevoir des fonds, le projet doit introduire auprès de la CTB un appel de fonds au début du mois précédant le trimestre suivant. Le montant de l'appel de fonds est égal aux besoins estimés en trésorerie pour le trimestre suivant avec une réserve.

Le transfert de fonds par la CTB se fait au début du trimestre. La CTB peut aussi appliquer un schéma de financement spécifique (paiements en plusieurs tranches ou paiement à la demande).

Le transfert des fonds se fait uniquement à condition que :

- La comptabilité du trimestre précédant l'introduction de l'appel ait été transmise auprès du PFMT (Portfolio Management Team) du projet ;
- La mise à jour de la programmation financière ait été transmise auprès du PFMT du projet ;
- Le montant de l'appel de fonds ne soit pas plus élevé que le solde budgétaire.

En cas d'urgence, le projet peut introduire un appel de fonds anticipé en justifiant le besoin.

5.6 MODALITÉS DE DÉMARRAGE

Dès la signature de la CMO, la CTB se charge :

- d'appuyer l'intervention, en attendant la prise de fonction du ou de la CTI et l'Administrateur retenu, sur les activités suivantes: (i) lancement du processus de la construction des bâtiments, (ii) lancer les premières commandes de matériel essentiel pour la DLM (iii) mener le processus de l'adéquation des RH de la DLM aux structures et fonctions spécifiées dans la réforme du MSP et (iv) contribuer aux préparatifs du plan d'intervention prévu comme première activité à l'atteinte du 3ème résultat ;
- de commander les équipements et matériel roulant qui sera mis à disposition du ou de la CTI et de procéder à l'engagement d'un chauffeur ;
- de lancer les appels d'offre en matière de suivi scientifique.

Un rapport de démarrage sera rédigé après 6 mois, approuvé par le CNP et présenté au SMCL par le PFMT Santé de la CTB.

5.7 RAPPORTAGES FINANCIERS

5.7.1 Comptabilité

Mensuellement, la comptabilité doit être élaborée et approuvée selon les procédures de la CTB. La comptabilité doit être signée pour accord par la direction du projet. La comptabilité à envoyer au PFMT du projet, comprend un fichier électronique, les pièces justificatives ainsi que les extraits bancaires et états de caisse.

5.7.2 Programmation

Trimestriellement, la direction du projet doit élaborer une programmation financière pour les trimestres suivants et pour le trimestre en cours et les années suivantes. La programmation financière doit être faite selon les procédures de la CTB et doit être envoyée au PFMT du projet.

5.7.3 Gestion budgétaire

Le budget total ne peut pas être dépassé. Au cas où une augmentation budgétaire serait nécessaire, les mécanismes d'appropriation des adaptations au DTF (cfr ci-dessous) doit être suivi.

Le budget du projet donne les contraintes budgétaires dans lesquelles le projet doit être exécuté. Chaque changement de budget doit être approuvé par la SMCL sur base d'une proposition élaborée par la direction du projet et validé par le PFMT.

Les changements budgétaires possibles sont :

- Changement de la structure du budget (par exemple ajout d'une ligne budgétaire) ;
- Ré allocation des montants entre lignes budgétaires ;
- Utilisation de la réserve budgétaire.

La gestion de changement budgétaire doit être faite selon les procédures de la CTB. La réserve budgétaire peut uniquement être utilisée pour des activités de projet et après accord de la SMCL. Son utilisation doit toujours être accompagnée d'un changement du budget.

Les engagements doivent respecter les mandats. La direction du projet doit assurer un bon suivi des engagements. Il n'est pas autorisé de prendre des engagements sur base d'un budget non approuvé officiellement.

5.7.4 Suivis financiers

A chaque réunion de SMCL, la direction du projet doit présenter l'information financière suivante:

- Rapport d'exécution budgétaire ;
- Mise à jour de la programmation financière ;
- Liste des engagements importants ;
- Aperçu des soldes bancaires ;
- Paiements par le siège CTB ;
- Proposition de changement budgétaire si nécessaire ;
- Plan d'action lié aux recommandations d'un audit financier.

5.7.5 Rapportages opérationnels à la SMCL

Afin de permettre une bonne information de tous les partenaires concernés par l'exécution du projet, la direction du projet doit établir des rapports de suivi, à chaque SMCL. Il s'agit d'un rapport sur l'avancement du projet à soumettre pour discussion et approbation à la SMCL. Cette dernière en tirera les conclusions pour l'orientation ultérieure du projet

5.7.6 Rapportage annuel

La direction du projet rédigera annuellement, et conformément aux canevas de la CTB, des rapports annuels qui apprécieront le degré de réalisation des résultats intermédiaires et de l'objectif, en se basant sur les indicateurs identifiés à cette fin et présentés dans le cadre logique.

Le rapport annuel est opérationnel et financier et comprend :

- l'examen de l'exécution correcte de la présente convention ;
- la recherche des causes des éventuels dysfonctionnements et des éventuels éléments nouveaux qui justifieraient la révision de la Convention Spécifique ;
- l'examen de la prestation de coopération au regard de son efficacité, de son efficacité et de sa durabilité ;
- l'examen de la prestation de coopération au regard des indicateurs repris au DTF et notamment, sur la base des suppositions du cadre logique, l'examen de l'évolution du risque au regard de ces mêmes indicateurs.

Le rapport annuel sera remis au plus tard le 31 mars de l'année qui suit celle sur laquelle il porte, à l'Etat partenaire et à l'Etat belge, via la DGD à Bruxelles et l'Attaché de la Coopération internationale dans l'Etat partenaire.

5.7.7 Rapportage final

Le rapport final comprend :

- un résumé de la mise en œuvre et une synthèse opérationnelle de la prestation de coopération ;
- une présentation du contexte et une description de la prestation de coopération suivant le cadre logique ;
- une appréciation des critères de base d'évaluation de la prestation : pertinence, efficacité, efficacité, durabilité et impact ;
- une appréciation des critères d'harmonisation et d'alignement : harmonisation, alignement, gestion orientée vers les résultats, responsabilité mutuelle, appropriation ;
- les résultats du suivi de la prestation de coopération et des éventuels audits ou contrôles, ainsi que le suivi des recommandations émises ;
- les conclusions et les leçons à tirer.

Le rapport final sera remis au plus tard 6 mois après l'échéance de la Convention Spécifique a l'Etat partenaire et à l'Etat belge, via la DGD à Bruxelles et l'Attaché de la Coopération internationale dans l'Etat partenaire.

5.8 MÉCANISME D'APPROBATION DES ADAPTATIONS DU DTF

Le DTF peut être modifié par le pays partenaire et la CTB quand cela s'avère nécessaire à l'exception de l'objectif spécifique, la durée et du budget total du programme pour lesquels une éventuelle modification doit se faire par un échange de lettre entre l'Etat congolais et l'Etat belge. Les adaptations au DTF sont discutées et approuvées en SMCL.

Toutefois, la Partie congolaise et la CTB informent la Partie belge des éventuelles modifications suivantes apportées :

- Les formes de mise à disposition de la contribution de la Partie belge et de la Partie congolaise ;
- Les résultats, y compris leurs budgets respectifs ;
- Les compétences, attributions, composition et mode de fonctionnement de la structure mixte de concertation locale ;
- Le mécanisme d'approbation des adaptations du DTF ;
- Les indicateurs de résultat et d'objectif spécifique ;
- Les modalités financières de mise en œuvre de la contribution des parties.

Un planning financier indicatif adapté est joint le cas échéant. Cette information se fait de deux manières : via le rapport annuel ou via la transmission du PV de la SMCL.

5.9 MONITORING, ÉVALUATION ET AUDIT

Le monitoring, l'évaluation et l'audit ont pour but non seulement de contrôler l'exécution technique et financière des activités du projet, mais surtout d'améliorer l'efficacité et l'efficacités du projet pour qu'il puisse réaliser au mieux ses objectifs.

Les 3 mécanismes de monitoring, d'évaluation et d'audit suivants seront mis en place :

5.9.1 Monitoring du projet

Le suivi et le monitoring interne du projet seront facilités par la mise en oeuvre du système d'information, destiné à mettre à la disposition du projet et de l'ensemble des acteurs, des données sur l'avancement du projet sur base des indicateurs objectivement vérifiables tels que définis dans le cadre logique du projet.

Les études d'exécution décriront la situation existante et feront office de « baseline study ». Les données qui seront ensuite compilées la première année (dans les 6 premiers mois du projet) constitueront les références du projet qui permettront d'évaluer au terme du projet la performance et de mesurer objectivement l'impact du projet.

Gestion et suivi quotidien du projet

La gestion et le suivi quotidien du projet sont confiés à la direction du projet (Direction de la DLM et Le CTI).

La Direction est spécifiquement chargé de mobiliser les partenaires et les bénéficiaires du projet au moment du démarrage de chaque activité, de s'assurer des collaborations nécessaires au sein de l'administration nationale et provinciale, et de tenir informé le Secrétaire Général et les Directeurs au sujet des activités entreprises.

Le Conseiller Technique International est spécifiquement chargé de la programmation des activités et des budgets correspondants, des relations internes de la CTB, de la gestion du personnel d'appui, et de la préparation des rapports périodiques. Il a l'initiative de la mise en œuvre concrète et quotidienne des actions, une fois les programmes semestriels approuvés par la SMCL. Il s'assure du bon déroulement des actions une fois démarrées, et du respect par les intervenants des termes de référence. Il gère les finances du projet et en rend compte à la CTB et à la SMCL.

5.9.2 Evaluation du projet

Evaluation mi-parcours (EMP)

Le EMP se situe à un moment spécifique durant lequel une équipe externe évalue la performance et l'avancement d'un projet sur base de critères prédéfinis dans les termes de références. Elle devra se dérouler au courant du dernier trimestre de la deuxième année. Cette évaluation permet aux acteurs impliqués – en particulier la SMCL – d'être en mesure de prendre la meilleure décision par rapport à l'exécution future du projet.

Le EMP est initié par la SMCL, suivant les dispositions des termes de références (TdR). Le EMP doit être compris en tant qu'exercice stimulant auprès du projet. Cela peut aussi être l'occasion d'une action conjointe où sont également impliqués les ministères et/ou autres donateurs (tel que décrits dans les TdR).

L'EMP suit les exigences de la SMCL et des bailleurs de fonds et répond aux objectifs suivants :

- Nécessité d'une validation externe du rapportage vers la SMCL et le bailleur de fonds ;
- Nécessité d'une maîtrise des risques pour la SMCL et le bailleur de fonds ;

- Nécessité pour la SMCL et le bailleur de fonds d'un suivi et d'une exécution axée vers les résultats.
- Nécessité de disposer d'un système de contrôle de qualité vis-à-vis du bailleur de fonds.

Le rapport d'évaluation mi-parcours doit être présenté en SMCL afin de juger et déterminer quelles recommandations sont retenues, qui est responsable et qui va les suivre (ces décisions sont intégralement reprises dans le PV de la SMCL). L'EMP se fait suivant les procédures internes de la CTB. Les moyens financiers seront prévus dans le budget du projet.

Evaluation finale

Comme pour l'évaluation mi-parcours, à la fin du projet, une évaluation finale sera exécutée par une équipe externe afin d'évaluer les résultats du projet sur base de critères prédéfinis dans les termes de références. Cette évaluation permet aux acteurs impliqués – en particulier la SMCL – d'être en mesure de prendre la meilleure décision par rapport à l'exécution future du projet. Elle se déroulera au courant du 2^{ème} trimestre de la quatrième année.

L'évaluation finale se fait suivant les procédures internes de la CTB. Les moyens financiers seront prévus dans le budget du projet.

Evaluation DGCD

Dans le cadre du contrat gestion entre la CTB et le gouvernement belge, le Service public fédéral « Affaires étrangères, Commerce extérieur et Coopération au Développement » peut demander, sur un budget séparé, de faire une évaluation des projets en exécution ou d'accompagner une évaluation mi-parcours ou finale.

5.9.3 Audit

Audit Projet

Des audits financiers relatifs à la contribution belge se feront régulièrement selon le règlement interne de la CTB. L'audit portera sur la vérification des comptes du projet et sur le contrôle et le respect des procédures. Les moyens financiers seront prévus dans le budget du projet.

La SMCL peut demander des audits complémentaires si elle les juge nécessaire.

La SMCL chargera le PFMT de l'élaboration des termes de référence et de la sélection du bureau d'audit. Ce bureau devra être certifié selon les standards internationaux et faire preuve d'une totale indépendance.

Le rapport d'audit doit être présenté en SMCL. Si nécessaire, la direction du projet doit élaborer un plan d'action afin d'améliorer les procédures et prouver que les mesures correctives ont été prises.

La cellule audit interne du Ministère concerné peut être associée aux audits. De par ses fonctions, elle sera chargée de veiller à la conformité des procédures internes du Ministère.

Audit CTB

Chaque année, les comptes de la CTB sont audités par un collège de commissaires. Dans ce cadre, ils réalisent également des audits de projets. Le comité d'audit de la CTB peut aussi demander qu'un projet soit audité par l'auditeur interne de la CTB.

5.10 CLÔTURE DE LA PRESTATION

Le délai d'exécution des différentes activités du projet est de 6 mois à compter de la date de signature de la Convention Spécifique. La durée de validité de la Convention Spécifique est de 18 mois.

Six mois avant la fin du projet, un bilan financier doit être élaboré par la direction du projet selon les procédures de la CTB. Le bilan financier présenté à la SMCL de clôture devra d'abord être vérifié par la CTB.

Après la fin de la Convention Spécifique il n'est plus autorisé de faire des dépenses sauf si elles sont liées à des engagements pris avant la fin de la Convention Spécifique et qui sont actés dans le PV de la SMCL.

A la fin de la prestation de coopération, les sommes restées éventuellement disponibles sur les comptes du projet tomberont en annulation.

6. THEMES TRANSVERSAUX

Etant donné la proximité du Programme d'Appui à la Mise en œuvre de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé et de la Direction de la Lutte contre la Maladie, les considérations sur les dimensions thématiques transversales sont identiques que pour l'appui à la DEP.

6.1 ENVIRONNEMENT

L'intervention n'aura pas, en elle-même, des répercussions directes positives ou négatives sur l'environnement. Cependant, le fait d'appuyer techniquement et financièrement le respect des normes en matière d'hygiène et de salubrité publique, le projet contribuera à mieux prendre en compte cette problématique.

Par ailleurs, dans la perspective d'améliorer l'efficacité dans le fonctionnement des services, un accent particulier sera mis sur la recherche d'énergies alternatives dans le système de communication (recours à l'énergie solaire pour les communications entre le niveau périphérique et central).

Enfin, en matière de construction, si elle est indiquée, il est important de prendre en considération les aspects environnementaux en intégrant les groupes de travail mis en place dans la CTB.

6.2 GENRE

Les femmes et les enfants sont les plus vulnérables et ils constituent un groupe prioritaire dans la plupart des programmes des organisations internationales.

Les femmes sont ainsi de grandes utilisatrices de services de soins. L'impact de cette intervention est bien d'améliorer la qualité des soins préventifs et curatifs. En ce sens, le projet devrait contribuer indirectement à l'amélioration de leur bien-être.

Dans le cadre de la valorisation de ressources humaines adéquates de la DLM et de l'INRB, un des critères de sélection sera de choisir à compétences égales des candidats de sexe féminin.

6.3 ECONOMIE SOCIALE

Ayant pour objectif l'appui au renforcement du système de santé, le projet vise à terme à contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population à travers une meilleure accessibilité aux soins de santé de qualité. La rationalisation des soins produite par une intégration optimale des programmes spécialisés, peut diminuer les coûts liés à la maladie aux bénéficiaires des ménages.

6.4 DROITS DE L'ENFANT

De même l'impact de cette intervention sur l'amélioration et l'efficacité des soins produits sur l'ensemble du territoire touchera les enfants et, en particulier en matière de la malnutrition, des IRA et des diarrhées (qui font actuellement l'objet de programmes spécialisés). En outre une meilleure réactivité de la DLM en cas d'épidémies et catastrophes aura également un bon impact sur les enfants, groupe le plus vulnérable dans ces situations.

6.5 HIV / SIDA

La prise en compte d'une intégration et d'une meilleure coordination de tous les programmes spécialisés aura un impact évident sur la prise en charge des activités préventives, curatives et de réduction d'impacts en matière de lutte contre le VIH/Sida sur l'ensemble du territoire national.

L'intervention inscrira en priorité la lutte contre le VIH/Sida dans son agenda de coordination/intégration de tous programmes spécialisés dans les PMA et PCA. En effet les actions à mener ne peuvent se faire que dans un système de santé performant qui offre des soins intégrés au niveau primaire comme au niveau secondaire. A l'instar des projets ASSNIP et ASSNIC (DEP) ce projet vise à intégrer la prise en charge des malades chroniques dans le PMA, ce qui aura aussi une répercussion sur l'offre des soins aux personnes infectés par le HIV.

7. ANNEXES

7.1 CADRE LOGIQUE D'INTERVENTION

Objectif général			
L'état de santé de la population congolaise est amélioré dans le cadre global de lutte contre la pauvreté			
Objectif spécifique	Indicateurs de l'objectif spécifique	Sources de vérification	Risques et hypothèses
Un appui institutionnel est apporté au ministère de la santé pour la mise en œuvre de la SRSS en ce qui concerne spécifiquement la fonction de lutte contre la maladie au niveau central	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de programmes défragmentés sur le nombre de programmes à coordonner - Indicateurs de qualité des soins dans les zones test couverts pas la CTB et la GTZ - Le nombre de provinces appliquant les guides et outils programmatiques sur le nombre de provinces cibles - taux de diminution en temps pour l'alerte et la réaction en cas d'épidémie 	<p>Rapports annuels d'activités</p> <p>Rapport d'évaluation (à mi-parcours et final)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -La situation socio-politique et économique est favorable -Les éléments actuels, en terme de contenu, de la réforme du MSP seront confirmés dès que possible, sans que sa validation ne conditionne pas le démarrage de l'intervention -Les ressources nationales sont disponibles et accessibles

Résultats	Indicateurs de Résultats	Sources de vérification	Risques et hypothèses
Résultat 1 : les outils programmatiques sont rationalisés en alignement de la SRSS et la coordination des programmes spécialisés prioritaires est structurée et significativement améliorée	<ul style="list-style-type: none"> - % de guides opérationnels par maladie prioritaire produits et diffusés pour toutes les maladies prioritaires - % de rapports de réunions de commissions du CNP de lutte contre la maladie et d'intégration tenues sur le nombre de réunions planifiées - % de bases de données actualisées sur le nombre de bases de données attendues - % de textes réglementaires adoptés sur le nombre de textes attendus 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports annuels et final d'activités Compte rendu des commissions du CNP et CPP du SRSS Rapports de suivi 	<ul style="list-style-type: none"> -Les programmes adoptent le processus de coordination et d'intégration -Les bailleurs adoptent le processus de coordination et à l'intégration des ressources - Les CPP sont fonctionnels
Activités par Résultat	Moyens	Coûts en Euros Contribution belge	Risques et hypothèses
R1/A1: Relancer la Commission d'Intégration des programmes spécialisés et créer une commission sur la recherche	Appui financier au fonctionnement des Commissions du CNP et des CPP	50.000	Accord de la CNP pour la création de la Commission sur la Recherche
R1/A2: Elaborer les stratégies, directives et outils de prise en charge intégrée des maladies prioritaires	<ul style="list-style-type: none"> - Expertise internationale ponctuelle pour les 2 premiers exercices d'analyse verticale y inclus des visites de terrain -Expertises nationales ponctuelles pour les 30 exercices à mener sur les 4 ans y inclus les visites de terrain - Edition des guides opérationnels - Ateliers nationaux de validation dès qu'un ou plusieurs guides opérationnels sont disponibles - Diffusion des guides opérationnels - Suivi/supervision des activités des actions conduites par les commissions des CPP 	273.000	Les compétences nationales disponibles pour l'exercice d'analyse verticale

R1/A3: Etablir une base de données pour toutes les maladies transmissibles et les non transmissibles et l'actualiser	<ul style="list-style-type: none"> - Expertises ponctuelles internationales sur la durée du projet : confection de guides de collecte de données, les diffuser, établissement de la base de données revue annuellement, mise en forme cartographique pour les maladies prioritaires - Mise à disposition des décideurs et acteurs 	100.000	Les compétences nécessaires sont en place et tous les services collaborent
R1/A4: Définir et appliquer une stratégie de recherche en matière de lutte contre la maladie	<ul style="list-style-type: none"> - Financer 5 Recherches (5000 USD/recherche) 	27.000	Accompagnement des RH académiques
R1/A5: Revoir les textes réglementaires ou en rédiger de nouveaux et les faire adopter	<ul style="list-style-type: none"> - Expertise ponctuelle nationale - Atelier de validation - Adoption des textes 	4.000	Nécessité de révision des textes acceptée
R1/A6: Renforcer les capacités des RH de la DLM et des agents au niveau intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> - Expertise nationale ponctuelle pour l'identification et la rédaction des modules - Formations appropriées (dont le recours au processus de supervision formative) - Financement des formations au niveau intermédiaire 	81.000	Les RH au niveau intermédiaire selon la réforme et la décentralisation sont en poste

Résultats	Indicateurs de Résultats	Sources de vérification	Risques et hypothèses
Résultat 2 : la surveillance épidémiologique et la gestion des catastrophes sont rationalisées	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un plan de contingence - Nombre d'épidémies détectées à temps et gérées correctement/ total des épidémies - Existence d'une base des données actualisée et de la cartographie - % de bulletins épidémiologiques publiés et diffusés sur le nombre attendu 	Rapports annuels et final d'activités Rapports de suivi	<ul style="list-style-type: none"> -Transmission régulière des données sera renforcée par toutes les Directions -Stabilité du personnel en périphérie -Les ressources nécessaires sont disponibles
Activités par Résultat	Moyens	Coûts en Euros Contribution belge	Risques et hypothèses
R2/A1: Actualiser la politique Nationale en matière de surveillance intégrée et la mettre en oeuvre	<ul style="list-style-type: none"> - Atelier de validation de la politique - Sa diffusion - Atelier de validation des guides techniques - Sa diffusion 	5.200	
R2/A2 : Organiser la riposte en cas d'épidémies et catastrophes	<ul style="list-style-type: none"> - Pour le plan de contingence: expertise nationale et 2 ateliers - Lancement du plan de contingence - Expertise nationale ponctuelle pour la mise en place des mécanismes d'alerte, d'investigation et d'intervention - Atelier de validation avec les responsables provinciaux 	35.000	<ul style="list-style-type: none"> - Collaboration acquise d'OCHA et de tous PTF concernés - Les compétences au niveau provincial sont en poste
R2/A3: Publier régulièrement (mensuellement) un bulletin épidémiologique	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'une équipe de rédaction au sein de la DLM - Diffusion mensuelle (1500 exemplaires) 	86.000	<ul style="list-style-type: none"> - Expertise en cette matière est disponible (OMS, SNIS...)
R2/A4: Renforcer les capacités des personnels	-Expertise nationale ponctuelle : établissement	85.000	<ul style="list-style-type: none"> - Les RH nécessaires sont

impliqués	de fiches techniques, rédaction de modules - Formations appropriées (dont le recours au processus de supervision formative) - Financement des formations au niveau intermédiaire		en poste et stables
-----------	--	--	---------------------

Résultats	Indicateurs de Résultats	Sources de vérification	Risques et hypothèses
Résultat 3 : L'institutionnalisation du rôle de l'INRB comme laboratoire de santé publique et la planification du développement du réseau provincial des laboratoires de santé publique, en lien opérationnel avec la future division 'laboratoire' de la DLM, sont réalisés, compte tenu que l'appui à l'INRB fera l'objet d'un accord convenu par le SMCL élargie impliquant les attachés de coopération	A fixer lors de l'établissement du plan d'intervention	Rapport de l'expertise	Vision partagée du réseau de laboratoires de SP par les responsables MSP
Activités par Résultat	Moyens	Coûts en Euros Contribution belge	Risques et hypothèses
R3/A1: Etablir le plan d'intervention	- Expertise internationale : analyse de la situation et établissement d'un plan d'intervention - Atelier de validation de plan	25.000	Collaboration division 'Laboratoire' et staff de l'INRB
R3/A2: Mettre en œuvre ce plan	/	1.775.000	

Résultats	Indicateurs de Résultats	Sources de vérification	Risques et hypothèses
Résultat 4 : le contrôle sanitaire aux frontières et de l'hygiène et salubrité est rationalisé	<ul style="list-style-type: none"> - Les outils standards utilisés par les agents concernés disponibles - Les personnels formés sur les techniques de contrôle déployés aux frontières sur le nombre de personnel à former - Les normes et standards en matière d'hygiène et salubrité publique sont disponibles et utilisés 	Rapports annuels et finals d'activités Rapports de suivi	<ul style="list-style-type: none"> -La réforme du secteur de la santé se poursuit et aboutit -Disponibilité de RH stables
Activités par Résultat	Moyens	Coûts en Euros Contribution belge	Risques et hypothèses
R4/A1: Mettre à disposition des agents concernés de textes réglementaires/directives en matière de contrôle sanitaire aux frontières	<ul style="list-style-type: none"> - Expertise nationale ponctuelle (y inclus les déplacements) - Atelier de validation 	50.000	Expertise en cette matière est disponible (OMS...)
R4/A2: Mettre à disposition des agents concernés des stratégies/normes/directives en matière d'hygiène et de salubrité publique	<ul style="list-style-type: none"> - Expertise nationale ponctuelle (y inclus les déplacements) - Atelier de validation 	26.000	
R4/A3: Renforcer les capacités de ces agents en collaboration intersectorielle	<ul style="list-style-type: none"> -Expertise nationale ponctuelle : établissements de fiches techniques, rédaction de modules - Formation de formateurs provinciaux 	90.500	
R4/A4: Constituer une base de données sur l'hygiène/salubrité publique et sur le contrôle aux frontières	<ul style="list-style-type: none"> - Expertise ponctuelle nationale : rédaction guides de collecte (voir R4/A3) et le valider en atelier national - Etablir la base de données revue annuellement - Diffuser annuellement cette base 	33.000	Disponibilité des compétences à la périphérie

Résultats	Indicateurs de Résultats	Sources de vérification	Risques et hypothèses
Résultat 5 : La gestion des ressources et le fonctionnement de la DLM sont rationalisés	<ul style="list-style-type: none"> - Les ressources humaines retenues sont en fonction sont en poste - Les ressources identifiées sont disponibles ainsi que les locaux prévus - Le fonctionnement de la D4 est assuré - Les expertises ponctuelles et le suivi scientifique sont exécutées conformément au plan - Les fonds centraux et périphériques fonctionnent conformément au plan 	Rapport annuels et final d'activités Rapports de suivi	<ul style="list-style-type: none"> -Disponibilité des compétences nationales -Le MSP et le Ministère de la FP appuient le processus d'adéquation entre le poste et la quantité et la qualité de personnels - Adhésion à la création d'un « basket fund » à la DLM par le MSP et les autres PTF
Activités par Résultat	Moyens	Coûts en Euros Contribution belge	Risques et hypothèses
R5/A1: Rendre adéquates les RH sur la base d'un appel ouvert à candidature et maintenir leurs compétences	<ul style="list-style-type: none"> - Attribution de primes mensuelles - Formation en « Team Building » 	820.000	Le Ministère de la santé appuie le processus d'adéquation
R5/A2 : Appuyer le budget de fonctionnement de la DLM	- Mobilisation des ressources financières sur la base d'un plan comptable et d'une programmation financière	618.000	Disponibilité des RH bien formées en matière de gestion financières
R5/A3 : Identifier les besoins en matériels, les acquérir et mettre en place des mécanismes de leur maintenance	<ul style="list-style-type: none"> - Identification des besoins, (inventaire..., y inclus les déplacements) - Les acquérir selon les normes (marchés conformes à la régie) - Mise en place un système de maintenance 	303.000	-Respect des normes de marché publique de la CTB
R5/A4 : Identifier les besoins en locaux et les rendre opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> - Etablissement de plans et appel d'offre - Suivi des travaux - Installation des équipements 	443.000	-Le Ministère dispose des concessions libres pour la construction

	- Pour la maintenance : voir appui au budget de fonctionnement, PM		
R5/A5 : Constituer et rendre fonctionnel des Fonds d'Intégration au niveau provincial	- Constitution des fonds (règlement intérieur, textes légaux, mode fonctionnement...) - Suivi en collaboration avec les CPP	31.500	- Commissions d'intégration des CPP mis en place (gestion des Fonds) - Adhésion des bailleurs des programmes spécialisés
R5/A6 : Organiser la participation à des Fora Internationaux	- Identification des candidats dans un processus transparent - Organisation de leur participation - Organisation de la restitution	25.000	Etre bien renseigné sur les Fora qui présentent un intérêt évident et pour le personnel de la DLM et pour d'autres de la périphérie
R5/A7: Organiser des stages et/ou des formations ponctuelles à l'étranger	- Identification des candidats dans un processus transparent - Organisation de leur participation - Organisation de la restitution	100.000	La sélection des candidats se fera par l'équipe d'exécution du projet en accord avec le suivi scientifique
R5/A8: Offrir des stages pour des étudiants congolais ou en thèse de SP	- Sensibilisation des institutions - Identification des candidats - Indemnisation de leurs transports	1.900	Adhésion des institutions de formation académique
R5/A9: Mener des activités de communication sur les actions de la DLM	Organisation d'actions de communication médiatiques, production, de fascicules et de DVD...	100.000	Disposer d'un plan annuel de communication approuvé par le SG

7.2 TDR PERSONNEL LONG TERME (CONSEILLER TECHNIQUE INTERNATIONAL)

Un CTI sera recruté pour la durée de l'intervention, c'est à dire 4 ans.

7.2.1 Objectif de l'expertise

L'objectif principal est un transfert de compétences et de savoir-faire. L'expertise vise à renforcer les capacités de l'équipe du DLM.

L'objectif est aussi de prendre le leadership pour identifier et mettre en œuvre des recherches actions et/ou opérationnelles avec les acteurs concernés.

7.2.2 Lieu d'intervention

Le Conseiller Technique (CT) sera basé à Kinshasa à DLM dans un bureau qui sera aménagé dans la nouvelle construction et dans des locaux provisoires en début de projet. Il sera cependant amené à se déplacer régulièrement à Kinshasa et en Province en fonction des besoins d'appuis identifiés.

7.2.3 Tâches

Les tâches principales qu'il devra mener sont :

- Contribuer au développement des capacités de l'ensemble du personnel à travers un accompagnement continu du processus de changement de la DLM, à travers des expertises ponctuelles engagées par le projet et à travers des formations ciblées selon les besoins en formation formelle identifiés ;
- Développer les capacités institutionnelles internes à la DLM basé sur le nouvel organigramme, l'identification des besoins en qualité et quantité du personnel qui correspondent au mandat et tâches à exécuter par la DLM. ;
- Contribuer à l'organisation et la coordination des analyses par programme afin de construire une relation fonctionnelle et hiérarchique entre la DLM et les programmes spéciaux, l'INRB et les autres institutions étatiques engagées dans les missions de la DLM (Ministère de l'Environnement, ESP...);
- Contribuer à la définition des relations externes de la DLM avec les autres direction du ministère de la santé et les partenaires au développement. Sont visées spécialement, la D7, la D5, (la D8) et l'INRB.

7.2.4 Profil

- Un médecin spécialisé en santé publique ou épidémiologie, avec au moins 10 années d'expérience dans le système de santé aux pays en développement, de préférence en Afrique ;
- Des connaissances ou expériences spécifiques par rapport au contrôle des maladies et/ou fonctionnement de laboratoire seront considérées comme un atout ;
- Des connaissances ou expériences par rapport aux épidémies et les stratégies d'intervention y afférentes sont également considérées comme un atout ;
- Avoir fonctionné comme médecin dans un système de santé au niveau opérationnel est un atout ;

- Faire preuve d'une capacité de négociation, d'organisation de réunions et de pédagogie des adultes ;
- Pouvoir présenter synthétiquement une méthodologie de travail, de stratégies d'une action programmée ou conclusions d'une réunion ;
- Faire preuve d'une grande capacité de travail en groupe et de médiation.

7.3 TDR D'UN ADMINISTRATEUR COMPTABLE

7.3.1 Objectif de l'expertise

L'objectif principal est d'assurer la fonction d'Administrateur Comptable à la DLM et pour l'intervention d'appui à cette Direction de la CTB.

L'objectif est aussi de participer avec le Directeur de la DLM et le ou la CTI, à la gestion de l'intervention, en tant que membre de l'Equipe de Gestion.

7.3.2 Lieu d'intervention

A la Direction de la Lutte contre la Maladie et sera sous la supervision du Directeur de la DLM en ce qui concerne l'administration de la direction et de la ou du CTI en tout ce qui touche la gestion de l'intervention, conformément aux procédures de la CTB.

7.3.3 Tâches

Les tâches principales qu'il devra mener sont :

- Conduire l'exercice d'établissement des budgets trimestriels et annuels et à la rédaction des rapports financiers ;
- Être responsable du contrôle budgétaire : suivi trimestriel du budget poste par poste, justification des écarts ;
- Être responsable du suivi financier : suivi des créances auprès des bailleurs de fonds et des sorties de caisse ;
- Être Responsable du développement d'un 'basket fund' au sein de la direction ;
- Réaliser les dépenses et les transferts de fonds ;
- Assurer la cohérence et la fiabilité des enregistrements comptables et la saisie (y inclus l'encodage) et le suivi des opérations journalières;
- Tenir et organiser le classement des pièces comptables 'caisse' et 'banque' ;
- Suivre la trésorerie et gérer les comptes bancaires ;
- Assister la ou le CTI de la contribution belge après avoir bénéficié d'une formation aux normes et procédures de la CTB ;
- Gérer les commandes, l'approvisionnement et l'acquisition en fournitures et équipements de la DLM, en particulier ceux affectés à la direction par l'intervention. A ce titre, constituer et suivre les dossiers d'appel d'offre/sous-traitance ;
- Elaborer et tenir l'inventaire ;
- Organiser avec le comptable adjoint/logisticien de la DLM la logistique, notamment l'organisation du transport et des voyages des agents de la direction et de la ou du CTI ;
- Travailler en équipe d'exécution du projet et avec tous les collègues pour toute sollicitation nécessaire à l'accomplissement des missions de la direction.

7.3.4 Profil

- Etre congolais ;
- Etre en possession au minimum d'un diplôme d'Etude supérieure en comptabilité ;

- Avoir une expérience d'au moins 5 ans dans la gestion administrative et financière, dans une administration publique ou privée ou dans un projet ou programmes de coopération internationale ;
- Avoir une expérience d'utilisation de programmes informatiques courants (dont WORD, EXCELL et Internet obligatoirement) ;
- Qualités désirées : intégrité, dynamisme, flexibilité, rigueur, bonne organisation personnelle et capable de travailler en équipe ;
- Avoir une maîtrise acceptable de la langue anglaise.

7.4 FEED BACK DE LA DÉMARCHE PARTICIPATIVE DANS LE CADRE DE L'ANALYSE DE SITUATION DE LA D4

Objectif de l'activité

Recueillir les perceptions et suggestions de tous les agents présents le 10 septembre sur leur engagement professionnel au sein de la D4.

Méthodologie

- formulaire (13 items) explicité à 27 personnels de la D4
- rendu 24 hr après à l'équipe de formulation
- analyse et exploitation

Ce que cette démarche apporte à l'exercice de formulation

- **Forte motivation** des agents au renforcement et réforme de leur direction (100% de répondants et bien rempli)
- **Confirmation** des éléments diagnostiques :
 - sur l'engagement personnel
 - sur l'environnement professionnel
 - sur les performances de la D4

Descriptif

- 27 personnes (soit 25% des personnes inscrites sur la liste déclarative) ont répondu au questionnaire soit 100% de réponse ; soit 13 médecins, 8 techniciens, 6 personnels de l'administration, dont 3 chefs de Division et 18 chefs ou membres des 16 Bureaux
- 4 ont moins d'un an de contrat, 10 entre 1 et 3 ans et 13 plus de 3 ans.

Maîtrise de leurs missions

- 18 (66%) ont une bonne maîtrise
- 9 ont une maîtrise partielle ou dépassant à priori

Note :

Contenus identifiés par les répondants :

- coordination,
- recueil et analyse des données,
- standardisation et définition de normes,
- diffusion de l'information stratégique (cartographie...),
- suivi et évaluation,
- enquête et recherche,
- formation des responsables des niveaux périphériques,
- interventions éventuelles (épidémies...)

Evaluation de la performance

22 « non » soit 81%

Etablissement d'un plan personnel annuel de performance

15 « non » soit 55 % et 2 non-répondants

Formation continue

Toute qualification confondue :

- 6 n'en ont pas bénéficié
- 18 ont bénéficié de sessions,
- 8 ont bénéficié de stages
- 7 ont bénéficié de formation spécialisée

Un tableau sur les détails de ces formations est présenté ci-dessous.

Les défis

Les principaux défis identifiés sont :

- la coordination (interne, avec les programmes, les partenaires et les niveaux périphériques) et collaboration effective
- bonne fluidité/rapidité des données
- supervision – évaluation
- formation
- recherche – publications
- classement/archivage (pour le secrétariat)

A propos de l'environnement de travail :

- manque de ressources matérielles, techniques et financières...
- manque de motivation, problème du transport, pas toujours bien informé sur les objectifs poursuivis et les tâches à mener...

Appréciation sur leur implication

Peu ou pas assez impliqué (3 non-répondants) en ce qui concerne les médecins, mais davantage pour les techniciens (1 non-répondant pour lequel un sentiment de pouvoir être plus pro-actif est perceptible).

La perception et la compréhension de la coordination

A propos de la définition de 'coordination' les termes les plus utilisés par ordre décroissant sont présentés ci dessous :

- contrôle, mise en ordre, tutelle, commandement, leadership...
- circulation d'information
- harmonisation, normes, standards, intégration, directives...

- cadre de collaboration, d'échange, de concertation, d'effort collectif, interactions
- éviter les gaspillages, efficacité, mise en commun, complémentarité...
- déterminer qui fait quoi, pourquoi et comment ? (planifier ensemble, mettre en œuvre, organiser, agencer les activités [?])
- suivre et évaluer ensemble.

ANNEXE au précédent document présentant les détails sur les formations dont ont bénéficiés les agents enquêtés de l'actuelle 4^{ème} Direction :

Type de personnel	Pas bénéficié de Formation continue	Sessions	Stages	Formations spécialisées
13 médecins	5	8 (3,5 sessions en moyenne, d'1 mois)	3 (1 stage en moyenne d'un demi-mois)	1 (d'une formation spécialisée d'un an)
8 techniciens	/	6 (3 sessions en moyenne de 21 jrs)	4 (1 stage en moyenne d'un mois et demi)	4 (un peu plus d'1 formation de 10 mois et demi en moyenne)
6 personnels d'administration	1	4 (2,75 sessions en moyenne, de 24 jrs),	1 (6jrs de stage)	2 (durée moyenne de 3 mois)

7.5 NOTE TECHNIQUE SUR L'ANALYSE VERTICALE : APPROCHE « PROBLÈMES DE SANTE »⁴³

1. Introduction

Dans ce cadre une « *méthodologie d'approche* » est définie comme une démarche analytique structurée, appliquée à un problème (de santé) relativement complexe.

Deux axes principaux :

- les concepts de santé, problème de santé, soins..., résultant en l'identification des principes d'organisation des services et structures de santé. Les questions principales dans ce domaine pourraient être formulées autour du mot *COMMENT* (conceptualiser, planifier, organiser, structurer, gérer... l'interaction entre la population et les institutions ou structures - formelles ou informelles - de prestation de soins). Généralement nous résumons cet axe par l'expression *approche "horizontale"*;
- les méthodologies d'approche des *problèmes* de santé. L'approche *par problème* est appelée une approche 'verticale'. La méthodologie doit d'abord aboutir à répondre à la question *QUOI* (quels soins - dans le sens large du mot- ou quelles activités pertinentes sont à organiser) faire pour contrôler le problème de santé en question, avant de se poser la question du *comment*.

L'idée sous-jacente est *qu'il faut maîtriser les deux axes* (ou les deux approches) *pour arriver à une solution optimale*, à travers une articulation (ou synthèse) adéquate.

2. Les méthodologies

Trois méthodes d'approche :

- l'analyse « verticale »
- l'analyse 'causale' (et ses développements)
- l'analyse 'opérationnelle' (définition ad hoc de l'analyse selon le modèle de Piot), qui est à cheval sur
- les problèmes de santé et l'analyse de la démarche de la solution.

- *L'analyse « verticale »*

Cette méthode essaye de trouver une réponse aux questions : *Y a-t-il un problème ? Quel est ce problème ? Où est le problème ? Quels en sont les déterminants ? Quels sont les éléments du problème que nous voulons influencer (et pourquoi) ? Comment pouvons-nous influencer ces éléments au mieux ?* Le modèle d'analyse est un modèle essentiellement (mais pas exclusivement) *épidémiologique* (voire même *épidémiométrique* dans la mesure du nécessaire). La compréhension *épidémiologique* du problème de santé est le principal outil utilisé. On essaye de *quantifier* dans la mesure du nécessaire. Souvent le point de départ est une entité nosologique, médicale (le nom d'une maladie), mais ceci n'est pas vraiment nécessaire.

- *L'analyse « causale »*

⁴³ CIPS d'Antwerpen

Cette méthode essaye de décomposer en ses éléments les *causes* d'un problème. Elle examine également dans quelle mesure interviennent des éléments qui dépassent la logique épidémiologique, et où on peut intervenir de façon pertinente. Dans les techniques utilisées interviennent non seulement l'analyse des connaissances (dites « objectives »), mais également la dynamique de groupe et la notion de multisectorialité. On essaye d'identifier les niveaux d'intervention pour mener des actions pertinentes dans un contexte donné, à travers une analyse essentiellement *qualitative*.

Le modèle d'analyse part d'une analyse *causale*, qualitative. Le problème auquel on applique une analyse causale est typiquement un problème à multiples causes (par exemple la malnutrition), mais elle peut également être appliquée à des maladies transmissibles (par exemple la trypanosomiase ou la tuberculose).

- *L'analyse « opérationnelle »* (Piot)

Avec cette méthode on se pose la question de savoir comment se présente le problème dans sa dimension « diachronique » (évolution à travers le temps) : Quels sont les étapes ou jalons les plus importants et comment influencent-ils le comportement des gens ? Les réponses à ces questions sont fournies partiellement à travers une analyse verticale, mais également à travers des recherches spécifiques. Ensuite, l'analyse porte sur les éléments les plus importants qui vont déterminer le succès de la *prise en charge* du problème et du patient.

Le modèle utilisé est *analytique*, nous l'appelons « modèle de Piot ». Les dimensions principales sont non seulement l'histoire naturelle de la maladie (ou du problème) mais également ce qu'on pourrait appeler « l'histoire (naturelle) de la prise en charge ». La méthode essaye d'être aussi *quantifiée* que possible.

La définition (ad hoc) de l'analyse verticale et l'utilisation du mot « vertical » a pour sens : « *par problème* » (de santé).

On peut distinguer 3 domaines du « vertical », conceptuellement différents, et qu'il est utile de ne pas confondre :

- une *analyse* verticale, qui est une méthodologie analytique d'un problème de santé;
- un *programme* vertical, qui est un ensemble d'activités, de préférence utiles et nécessaires, destinées à réduire ou résoudre un problème de santé (ou un nombre restreint de problèmes apparentés entre eux);
- une *structure* verticale, qui est un service, ou une structure, spécialisé dans l'exécution d'un programme (vertical).

Ainsi, un *programme* devrait être le résultat d'une *analyse* (verticale), mais ne doit pas nécessairement résulter en la mise en place d'une *structure* verticale. Cette dernière décision doit logiquement dépendre de la décision d'intégrer ou de ne pas intégrer les activités d'un programme dans des services polyvalents existants.

2. Les étapes de la démarche de l'analyse verticale

1. Evaluation de l'importance *du problème*
2. Description du "*système*" de la maladie
3. Inventaire des *interventions possibles* et *sélection*
4. Identification du type de *services* nécessaires
5. Identification du type de *personnel* nécessaire

6. Formulation des *stratégies opérationnelles* (opérationnalisation des activités)
7. Formulation des modalités d'*évaluation* des interventions.

Cette description de la démarche peut donner l'impression qu'il s'agit d'un processus assez « linéaire ». C'est en fait plutôt comment on peut *présenter les résultats* de l'analyse. L'analyse elle-même est un processus souvent « cyclique », au cours duquel on peut prendre en compte de nouveaux éléments et remonter aux 'étapes' antérieures pour les compléter (ou simplifier).

CONCEPTS IMPORTANTS

➤ La notion de *problème*

Définition: un « problème » (de santé) est défini par la *souffrance* individuelle et collective causée ou induite par une 'maladie' (ou un ensemble de processus pathologiques), y compris le coût économique et social.

Nous indiquerons souvent le *sujet* d'une analyse verticale par le *nom d'une maladie* (qui est une entité pertinente dans le système nosologique utilisé par des médecins pour mettre de l'ordre dans le monde), mais il est clair que le nom de la maladie (et sa description clinique) ne suffisent pas nécessairement en soi pour décrire le *problème* de santé tel que défini ici. Il s'agit de traduire la « maladie » en termes de souffrance.

Eléments :

a) *La gravité du problème individuel*

Descriptions possibles (et plus ou moins quantifiables) :

- incapacité / invalidité / « déficit de santé »
- létalité (« case fatality »)
- mortalité prématurée

b) *Fréquence*

Descriptions possibles :

- prévalence
- incidence
- mortalité spécifique (due à ce problème)

Attention: la fréquence du « problème » n'est pas nécessairement la même chose que la fréquence de la « maladie » ; pour la description de l'importance du *problème* il s'agit évidemment de l'état de souffrance même, et pas de la cause de la souffrance (la maladie).

c) *Coût économique*

Décrit par :

- coût *direct* (toutes les dépenses, individuelles et collectives, causées par la volonté ou nécessité de trouver une solution au problème);

- coût *indirect* (tout ce qu'on ne peut pas réaliser - exprimé en termes de production - parce que ce problème existe)

d) *Coût social*

Les conséquences moins « tangibles » et plus difficiles à exprimer en termes économiques mais qui dépassent le contexte de la souffrance individuelle initiale (exemple: les conséquences d'une maladie de la mère sur la vie familiale).

➤ **Le système épidémiologique**

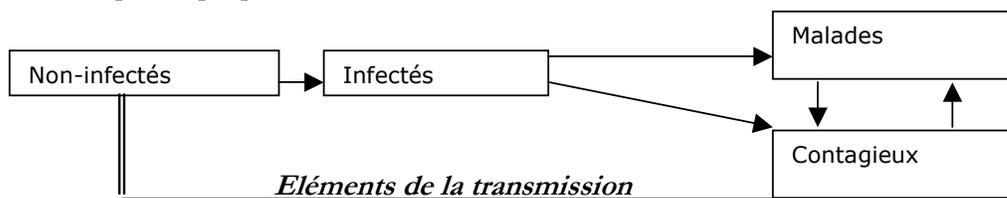
C'est la 'mécanique' ou la dynamique de la maladie.

Elle peut être représentée par un « modèle ». Nous comprenons ici par le mot « modèle » *une représentation schématique de la réalité, aussi complexe ou complète que nécessaire pour la rendre compréhensible (pour nous), interprétable et maniable.*

Eléments du modèle :

- dans la construction du modèle interviennent des éléments de *l'histoire naturelle de la maladie*: les stades pertinents en termes systémiques et/ou d'intervention ;
- à cela s'ajoutent les *probabilités* 'statiques' (en termes de prévalences) et 'dynamiques' (en termes de risques, probabilités de transition d'un état à l'autre) ;
- en plus on peut décrire les *éléments de transmission* de la maladie, si cela est nécessaire et pertinent (évident dans le cas des maladies transmissibles) ;
- enfin, on peut décrire les *facteurs qui peuvent influencer* la dynamique à l'intérieur du système.

Un exemple simple pour une maladie transmissible:



Dans les « cases » : des sous-groupes de la population, « homogènes » pour une caractéristique donnée, quantifiables en termes de *prévalences*. Entre les cases: les probabilités de transition (les 'risques'), quantifiables en termes *d'incidences*.

➤ **Inventaire des interventions – sélection**

Chaque intervention possible mérite d'être examinée à ce stade.

Si la finalité de l'analyse est de développer des *opérations* rationnelles, les interventions 'possibles' seront limitées à ce qui est techniquement possible à l'heure actuelle.

Des interventions sont retenues - ou rejetées - sur base de certains critères. Pour être retenue, une activité doit être « pertinente », ce qui veut dire, dans ce contexte, qu'on peut en attendre un *impact positif* sur le système de la maladie.

Cette « pertinence » peut, pour des raisons pratiques, être décomposée en deux questions :

- l'intervention est-elle *désirable*?
- l'intervention est-elle *faisable*?

Pour répondre à ces questions de façon systématique, on peut examiner, pour chaque intervention :

- l'efficacité - technique
- opérationnelle
- le coût (qui va être l'élément qui co-déterminera l'efficacité)
- l'acceptabilité (qui déterminera l'acceptation ou adhésion par les communautés, et donc en partie la faisabilité)

➤ **Quels services?**

Ici les choix à faire se situent autour des couples :

- centralisés - décentralisés
- périodiques - permanents
- spécialisés - polyvalents

➤ **Quel personnel?**

On peut de nouveau utiliser le couple *spécialisé - polyvalent*, et également le niveau de *formation nécessaire*.

➤ **Opérationnalisation des activités retenues**

Répond aux questions : Qui fait quoi, où, comment, quand, pour qui, avec quoi ?

➤ **Evaluation des activités**

Choisir les niveaux les plus adéquats (impact, output, processus, inputs). Tenir compte également de la faisabilité.

CONDITIONS IMPORTANTES POUR RENTABILISER UNE A.V.

- Accepter que la systématique décrite plus haut ne soit pas uniquement linéaire. Très souvent le parcours est - au moins partiellement - cyclique.
- Le plus important: effectuer l'analyse sans préjugés (ce qui n'est pas facile). Ceci implique :
 - maintenir une rigueur logique aussi objective que possible ;
 - combiner cette rigueur avec le bon sens (notion difficile à circonscrire, mais qu'on peut définir provisoirement comme la capacité de *distinguer ce qui est important*) ;
 - dans la mesure du possible et du faisable, évaluer les bases objectives d'un soit disant 'consensus' apparent dans les programmes déjà formulés ou existants. Ces derniers peuvent être une source de biais important. Ceci revient à maintenir une attitude rigoureusement critique vis-à-vis de ce que disent les experts.

7.6 EXTRAIT DE LA CONSTITUTION (PROMULGUÉ LE 18 FÉVRIER 2006) RELATIF AUX COMPÉTENCES DES POUVOIRS CENTRAL ET PROVINCIAL

Art 202 Compétences exclusives du pouvoir central

- La planification nationale
- La recherche scientifique et technologique
- Les plans directeurs nationaux de développement des infrastructures de base
- La législation médicale et de l'art de guérir, la médecine préventive, notamment l'hygiène, la salubrité publique et la protection maternelle et infantile, la législation sur la profession de pharmacien, sur le commerce pharmaceutique, sur l'immigration et le transit, les règlements sanitaires bilatéraux et internationaux, la législation sur l'hygiène du travail, la coordination technique des laboratoires médicaux et la répartition des médecins
- La législation sur la fécondation artificielle chez l'être humain, sur la manipulation des informations génériques et sur les transplantions d'organes et des tissus humains
- La législation sur l'admission aux professions médicales et aux autres professions et activités.

Art 203 Compétences concurrentes entre le niveau central et les Provinces

- Les statistiques sanitaires
- Les institutions médicales et philanthropiques, l'engagement du personnel médical
- La recherche scientifique et technologique ainsi que les bourses d'études, de perfectionnement et d'encouragement à la recherche
- Les calamités naturelles
- La prévention des épidémies et épizooties dangereuses pour la collectivité
- La réglementation sur les denrées alimentaires d'origine animale et végétale
- Les institutions médicales et philanthropiques

Art 204 Compétences exclusives des provinces

- L'affectation du personnel médical conformément au statut des agents de carrière des services publics de l'Etat, l'élaboration des programmes d'assainissement et de campagne de lutte contre les maladies endémo-épidémiques conformément au plan national, l'organisation des services d'hygiène et de prophylaxie provinciale, l'application et le contrôle de la législation médicale et pharmaceutique nationale ainsi que l'organisation des services de la médecine curative, des services philanthropiques et missionnaires, des laboratoires médicaux et des services pharmaceutiques, l'organisation et la promotion des soins de santé primaires
- La planification provinciale
- Collaboration avec le Ministère de l'agriculture

7.7 LISTE DES « PROGRAMMES SPECIALISÉS » ACTUELS ET AUTRES STRUCTURES CENTRALES

1	<i>Institut national de recherche bio-médicale</i>
2	<i>Laboratoire pharmaceutique de Kinshasa</i>
3	<i>Programme élargi de vaccination (PEV) PEV/LMTE</i>
4	Programme national de lutte contre la filariose lymphatique
5	Programme national de lutte contre la peste
6	<i>Programme national de la médecine sportive</i>
7	Programme national de lutte contre le diabète
8	Programme national de lutte contre les infections respiratoires aiguës (PNIRA)
9	Programme national de lutte contre les maladies respirations chroniques
10	<i>Programme national de communication pour la promotion de la santé</i>
11	Programme national de contrôle médico-sanitaire aux frontières
12	Programme national de nutrition (PRONANUT)
13	<i>Programme national de la santé de l'adolescent</i>
14	Programme national de lutte contre la bilharziose et les parasitoses intestinales
15	Programme national d'éradication de la dracunculose
16	Programme national de lutte contre la drépanocytose
17	Programme national de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine (PNLTHA)
18	Programme national de lutte contre la tuberculose (PNT)
19	Programme national de lutte contre le cancer
20	Programme national de lutte contre les fièvres hémorragiques virales et le monkey pox virus
21	Programme national de lutte contre le noma
22	Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP)
23	Programme national de lutte contre le VIH/SIDA et IST (PNLS)
24	Programme national de lutte contre les hépatites virales
25	Programme national de lutte contre les maladies cardio-vasculaires
26	Programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques
27	Programme national de lutte contre l'onchocercose (pnlo)
28	Programme national de lutte contre l'ulcère de buruli
29	<i>Programme national de promotion des mutuelles de santé</i>
30	<i>Programme national de prévention des accidents</i>

31	<i>Programme national de promotion de la médecine traditionnelle et des plantes médicinales</i>
32	Programme national de santé bucco dentaire (PNSBD)
33	<i>Programme national de santé de la reproduction</i>
34	Programme national de santé mentale
35	Programme national de santé oculaire et vision
36	<i>Programme national de transfusion et sécurité sanguine</i>
37	Programme national d'élimination de la lèpre
38	<i>Programme national des comptes nationaux de la santé</i>
39	<i>Programme national des urgences et catastrophes (PNUCH)</i>
40	<i>Programme national de médecine aéronautique et spatiale</i>
41	<i>Programme national de la santé scolaire et universitaire</i>
42	<i>Programme national de santé au travail</i>
43	<i>Centre pilote de traitement ambulatoire des infections opportunistes du VIH/SIDA de Kabinda</i>
44	<i>Programme national de réadaptation à base communautaire</i>
45	<i>Programme national de lutte contre les toxicomanies</i>
46	<i>Programme national d'approvisionnement en médicaments et consommables médicaux essentiels</i>
47	<i>Conseil national de santé et du bien être</i>
48	<i>Centre national de médecine aéronautique</i>
49	<i>Laboratoire antipesteux de Blukwa</i>
50	<i>Programme national de la gériatrie</i>
51	<i>Centre national de toxicologie</i>
52	<i>Office vaccino-gène de Lubumbashi</i>

Les 25 « programmes » présentés en italique sont éligibles à une intégration dans un 'service'. A propos du programme PEV, présenté en vert, les maladies qu'elles ciblent (tétanos, diphtérie, coqueluche et poliomyélite) feront l'objet d'une analyse verticale, mais le PEV en tant que resterait un programme. Ce qui nous permet d'envisager de procéder à une analyse verticale de 28 à 30 'problèmes de santé'. La nécessité d'inclure l'ulcère de Buruli dans cet exercice est discutable.

7.8 DÉTAILS DES PRIX UNITAIRES

Items des unités	Coût unitaire en euros
RH	
Expertise internationale	800/jour
Expertise nationale sans déplacement à l'intérieur	Moyenne : 73,2/jour sans prise en charge
Mission en province d'un personnel du niveau Central	Moyenne ⁴⁴ 73,2/jour sans prise en charge
Visite de terrain pour un expert national	47,6jour
Participant de province à un atelier national	47,6/jour
Participant du niveau central à un atelier	3,7 /jour
Per diem personnel CTB en mission	25/jour
Transport aérien A/R	Moyenne 550
Logement personnel CTB en mission	Moyenne 37 /jour
Prime pour le personnel, basé sur le personnel de la DLM	Estimé d'après la grille de Mboudi
Salaire RAF local	1004/mois
Salaire chauffeur	333/mois
Salaire secrétaire	387/mois
Carburant et entretien du véhicule	2.500 par an en moyenne
Matériel	
Coût mensuel moyen GSM	110
Équipement informatique de base	1.850
GSM	Entre 55 et 65
Imprimante en réseau	7.000
Location coffre-fort	144/an
Location de salle	366/jour
Pause café	4 /participant/jour
Tél satellite/panneau solaire	4.000 et 2 euros/min
Transport aérien A/R	Moyenne 550
Véhicule 2 x4	13.000
Véhicule 4x4	28.000

⁴⁴ Directeur, chef de division et 75 % du montant pour un chef de bureau

7.9 TOPO DE FINANCEMENT DU PFMT SANTÉ

	SANTE	Stade	Code projet	Solde Budget Global par projet	Contribution totale au PFMT sur la durée du projet	* FP 2008	PFMT	FP 2009	PFMT	FP 2010	PFMT	2011	PFMT	2012	PFMT
I	ASSNIP 4	FOR	RDC 07 101 11	10,000,000	250,000			2,500,000	62,500	2,500,000	62,500	2,500,000	62,500	2,500,000	62,500
II	Jason Sendwe	FOR	RDC 07 113 11	450,000	11,250			450,000	11,250						
III	Trypano phase 4	FOR	RDC 07 102 11 RDC 08 114 11	10,000,000	250,000			2,500,000	62,500	2,500,000	62,500	2,500,000	62,500	2,500,000	62,500
IV	Appui instit.Min. Santé publ.	FOR	RDC 07 100 11	6,500,000	162,500			1,625,000	40,625	1,625,000	40,625	1,625,000	40,625	1,625,000	40,625
V	PMURR II	EXE IS	RDC 08 115 1T	34,797		34,797									
VI	MAP A	EXE IS	RDC 06 080 1T	69,149	1,350	69,149	1,350								
	MAP E	EXE IS	RDC 06 081 1T	67,087		67,087									
VII	PARSS- Mbandaka	EXE IS	RDC 06 069 1T	1,886,800	110,447	584,930	30,000	531,620	30,000	509,310	30,000	260,940	20,447		
	PARSS- Mongala	EXE IS	RDC 06 070 1T	1,545,014	110,447	489,966	30,000	422,322	30,000	428,322	30,000	204,404	20,447		
VIII	PANZI	EXE	RDC 08 123 11	83,000	2,075			83,000	2,075						
IX	ASSNIP 3	EXE	RDC 07 087 11	5,400,000	80,000	230,000	3,484	1,000,000	14,800	1,000,000	14,800	1,000,000	14,800	2,170,000	32,116
X	PNT	EXE	RDC 04 021 11	744,950	8,000	744,950	8,000								
XI	Trypano 3	EXE	RDC 03 002 13	1,244,330		1,244,330									
XII	ASSNIP 2	EXE	RDC 05 052 11	7,378,675	231,642	1,953,000	96,000	2,170,000	54,250	2,170,000	54,250	1,085,675	27,142		
XIII	CDR	EXE	RDC 04 031 11	3,786,530	47,332	1,656,570	47,332	2,129,960	0						
				49,190,332	1,265,043	7,074,779	216,166	13,411,902	308,000	10,732,632	294,675	9,176,019	248,461	8,795,000	197,741

Explications :

I	ASSNIP 4	Contributions au PFMT reprise dans le dossier de formulation (signature prévue fin 2008/début 2009)
II	Jason Sendwe	Contributions au PFMT reprise dans le dossier de formulation (signature prévue fin 2008/début 2009)
III	Trypano phase 4	Contributions au PFMT reprise dans le dossier de formulation (signature prévue fin 2008/début 2009)
IV	Appui instit.Min. Santé publ.	Contributions au PFMT reprise dans le dossier de formulation (signature prévue fin 2008/début 2009)
V	PMURR II	Contributions sur "anciens projets": participation prévue dans le budget du projet.
VI	MAP A	Contributions sur "anciens projets": participation prévue dans le budget du projet.
	MAP E	
VII	PARSS-Mbandaka	Contributions sur "anciens projets": participation prévue dans le budget du projet.
	PARSS- Mongala	
VIII	PANZI	Contributions au PFMT reprise dans le dossier de formulation (signature prévue fin 2008/début 2009)
IX	ASSNIP 3	Contribution au PFMT reprise dans le budget initial (Projets signés en novembre 2007)
X	PNT	Contributions sur "anciens projets": participation prévue uniquement si des économies par rapport au budget des moyens généraux peuvent être réalisées.
XI	Trypano 3	Contributions sur "anciens projets": Projets en clôture, il n'y a plus de moyens disponibles sur ce projet pour une contribution au PFMT. Sera imputé sur le budget des anciens projets.
XII	ASSNIP 2	Contributions sur "anciens projets": participation prévue via des économies réalisées par rapport au budget des frais de fonctionnement.
XIII	CDR	Contributions sur "anciens projets": participation prévue uniquement si des économies par rapport au budget des moyens généraux peuvent être réalisées.

* Pour projet en cours et/ou en dernière année: Selon les programmations financières ou solde du budget.

Pour nouveau projet et/ou en phase de démarrage: calculé en divisant le budget par le nombre d'année nuancé par la date estimée de démarrage des projets.