DOSSIER TECHNIQUE ET FINANCIER

« Programme d'appui au systeme de Sante aux niveaux intermediaire et peripherique (ASSNIP) : Volet 3 : Bas-Congo, District de la Lukaya : Zones de Sante Kisantu, Nselo, Ngidinga »

RD CONGO

Code DGD : NN 3004381
Code navision : RDC 07 087 11

La coopération belge au développement .be

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIÈRES **2**
ABRÉVIATIONS **4**
RESUMÉ **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 **19**
2.1 Nature et axes de l'intervention 19
2.2 Les beneficiaires 23
2.3 Les organisations partenaires 24
2.4 Localisation de l'intervention 26
3. PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE **27**
3.1 Objectifs de l'intervention 27
3.2 Résultats attendus 28
3.3 Activités à mettre en œuvre 37
3.4 Indicateurs et sources de vérification 40
3.5 Acteurs intervenant dans la mise en œuvre 42
4. PLANIFICATION FINANCIERE **45**
4.1 Ressources financières 45
4.2 Ressources humaines 50
4.3 Ressources matérielles 54
5. MODALITÉS D'EXÉCUTION **57**
5.1 Cadre légal 57
5.2 Responsabilités administratives et techniques 57
5.3 Structures d'exécution et de suivi 58
5.4 Modalités financières de mise en œuvre de la contribution des parties 62
5.5 Gestion de la contribution belge 64
5.6 Rapportage 66
5.7 Mécanisme d'approbation des adaptations du DTF 67
5.8 Monitoring, évaluation et audit 68
5.9 Clôture de la prestation 70
6. THEMES TRANSVERSAUX **71**
6.1 Environnement 71
6.2 Genre 71
6.3 Economie Sociale 72

6.4 Droits de l'enfant 72
6.5 HIV / SIDA 72
7. ANNEXES 73
7.1 Cadre logique 74
7.2 TDR personnel long terme 80
7.3 Cartes des Zones de Santé 82
7.4 Normes pour un HGR 86
7.5 Détails des prix unitaires 88

ABREVIATIONS

ACORD	Agence pour la Coopération et la recherche au Développement
ASSNIP	Programme d'Appui au Système de Santé aux Niveaux Intermédiaire et Périphérique.
ASSNIC	Programme d'Appui au Système de Santé aux Niveaux Central
AT	Assistance Technique ou Assistant Technique
ATC	Assistant Technique Coordinateur (International)
ATRV	Assistant Technique Responsable de Volet (International)
BCZ	Bureau Central de la Zone de Santé
BD	Bureau de District
BDOM	Bureau Diocésain des Œuvres Médicales
BDD	Bureau Diocésain de Développement
BM	Banque Mondiale
BP	Bureau Provincial
CAAMEKI	Centrale d'Achats et d'Approvisionnement en Médicament Essentiels de Kisantu
CCM/RDC	Comité National de Coordination de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme en République Démocratique du Congo
CDR	Centrale de Distribution de Médicaments (Essentiels Génériques)
CDS	Centre de Développement Sanitaire
CIAT	Comité International d'Accompagnement de la Transition
CODESA	Comité de Développement pour la Santé
COSA	Comité de Santé
CS	Centre de Santé
CSI	Centre de Santé Intégré
CT	Conseiller Technique
CTB	Coopération Technique Belge
CRS	Catholic Relief Service
DEP	Direction d'Etudes et Planification du Ministère de la Santé
DGCD	Direction Générale de la Coopération au Développement
DS	District de Santé
DSCRP	Document de la Croissance de la Réduction de la Pauvreté
DSRP	Document de stratégie pour la Réduction de la Pauvreté
DTF	Dossier Technique et Financier
ECZ	Equipe Cadre de Zone de Santé
FED	Fonds Européen de Développement
FEDECAME	Fédération des Centrales d'Approvisionnement en Médicaments
FM	Fonds Mondial
GARSS	Groupe d'Appui au Renforcement du Système de Santé
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization
GIBS	Groupe Interbailleurs pour la Santé
HGR	Hôpital Général de Référence
IDH	Indice de Développement Humain
IMD	Inspection Médicale de District
IMP	Inspection Médicale de Province
INERA	Institut de l'Environnement et de Recherches Agricoles
IPS	Inspection Provinciale de la Santé
ISTM	Institut Supérieur Technique Médical
ITM	Institut Technique Médical
LMS	Leuven Medical Support

MAP	Multi country AIDS Programme
MED	Médecin épidémiologiste de district
MEP	Médecin épidémiologiste provincial
MICS	Multi Indicator Cluster Survey
MID	Médecin Inspecteur de District
MIP	Médecin Inspecteur Provincial
MS	Ministre de la Santé
MUSAKIS	Mutuelle de Santé dans la Zone de Santé de Kisantu
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAIDECO	Programmes d'Appui aux Initiatives de Développement Communautaire
PARSS	Projet d'Appui à la Réhabilitation du Secteur Santé (Projet de Marchés pour Tiers)
PATS	Programme d'Appui Transitoire au Secteur de la Santé
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
PDDS	Plan Directeur de Développement Sanitaire
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PFMT	Portfolio Management
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNLO	Programme National de Lutte contre l'Onchocercose
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNSR	Programme National de la Santé de la Reproduction
PNT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNTHA	Programme National de lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
PS	Poste de Santé
PSN	Politique Sanitaire Nationale
RA	Recherche Action
RDC	République Démocratique du Congo
RH(S)	Ressources Humaines (pour la Santé)
SANRU	Santé Rurale (un programme de partenariat de l'Eglise protestante)
SG	Secrétaire Général à la Santé
SIDA	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SLCD	Service Laïc de Coopération au Développement
SMCL	Structure Mixte de Concertation Locale
SMART	Specific, Measurable, Achievable, Realistic/Relevant and Timely-Bound.
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SSP	Soins de Santé Primaires
SVCP	Service Volontaires Coopération au Développement
UE	Union Européenne
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour les Populations
UNICEF	United Nations Children's Fund
USAID	United States Agency for International Development
USD	Dollar américain
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZS	Zone de Santé
VLIR	Vlaamse Interuniversitaire Raad

RESUME

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 caractérisent le système et qui expliquent la dégradation continue surtout depuis la dernière décennie et demi des services de santé offerts à sa population. Cette stratégie s'inscrit dans un contexte politique et économique encourageant.

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, par exemple, à l'importante réforme de la fonction publique qui avance à bon train.

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'organisation projetée s'inspire en effet de la structure pyramidale construite autour de la Zone de Santé, concept à la base duquel on retrouve incontestablement des institutions belges et que la Coopération belge n'a jamais cessé de soutenir.

Plus encore, ses interventions récentes en République Démocratique du Congo la désignent pour exercer un leadership parmi les bailleurs et autres soutiens extérieurs dont bénéficie le pays ; la DGCD, Kinshasa, assure d'ailleurs la coordination et anime effectivement le Groupe Inter-Bailleurs pour la Santé récemment constitué. Citons, sans être exhaustif :

- l'appui institutionnel au niveau central apporté depuis plusieurs années au Ministère de la Santé par une assistance technique permanente (auprès de la Direction des Études et de la Planification) qui a très activement participé à l'élaboration de la stratégie actuelle ;
- des projets de terrain visant essentiellement à mettre en œuvre la SRSS aux niveaux intermédiaire et périphérique par des Equipes Cadres Provinciales et des Zones de Santé dans leur fonctionnement à Kisangani et dans le Bas Congo (ASSNIP volets 1 de Kisangani et volet 2 Bas-Congo : ZS Lukula et Boma) et qui laissent, à leur achèvement, des structures à potentiel relativement élevé pour l'application de réformes de leur fonctionnement ;

L'intervention présente ASSNIP volet 3 intitulée « Programme d'appui au système de santé aux niveaux intermédiaire et périphérique : volet 3 : Bas-Congo (district de La Lukaya) » ciblant le niveau provincial du Bas-Congo et les trois Zones de Santé, Kisantu, Ngidinga et Nselo dans le district de La Lukaya, s'inscrit dans la même logique. Des synergies seront développées entre ces trois volets.

Ce nouveau terrain offre donc l'opportunité d'organiser la mise en œuvre structurée et pertinente de la nouvelle stratégie de renforcement du système de santé dans un esprit de recherche et de démonstration. La complémentarité entre les trois volets de cette intervention au niveau intermédiaire et périphérique « ASSNIP » et l'appui au niveau central (DEP), nous permet de parler, en intégrant les interventions des intervenants indirects, d'un programme [1] de la coopération belge en RDC.

1 Nous désignons ici par programme :
"An approach which leads a series of separate projects into one programme with common overall objectives or into one programme cutting across themes or geographic areas, using a multi-disciplinary approach, involving more institutions, which may be supported by several different funding sources" http://www.devco.government.bg/LANGen/public/portal/glossary.php?seek=programme

L'appui prévu à la Direction des Maladies du Ministère de la Santé (4ème direction) viendra renforcer l'appui au niveau central notamment en ce qui concerne la lutte contre le SIDA, la tuberculose et la trypanosomiase.

Tout comme les deux volets précédents d'ASSNIP, le présent volet 3 dans le district de Lukaya est envisagé sur le long terme (15 ans) et se déroulera pendant une première phase de 5 ans avec un budget de 5,4 millions d'euros.

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

- Cohérence et synergies avec les autres volets du programme ASSNIP de la Coopération belge dans le secteur de la santé
- Appui à un niveau provincial (niveau intermédiaire) et à 3 Zones de Santé dans le District sanitaire de La Lukaya, à savoir les Zones de Santé de Kisantu, Ngidinga et Nselo (niveau périphérique)
- Appui plus particulier à la Zone de Santé de Kisantu et à son HGR
- Appui à la formation de base et continue du personnel à l'ITM de Kisantu
- Appui à la politique sectorielle et à la stratégie de réforme nationale du secteur de la santé.

Une composante très importante (y compris en termes budgétaires) vise la rationalisation des services de manière à créer un cercle vertueux : augmentation de la qualité, baisse des tarifs de soins, (surtout dans les HGR), augmentation de l'accessibilité financière, accroissement des taux d'utilisation et augmentation des recettes.

L'effet de démonstration et les résultats des recherches qui seront entreprises constituent une autre composante très importante de l'intervention. C'est en cela que l'intervention prétend appuyer le niveau central qui devrait directement bénéficier des réussites et des leçons apprises dans le cadre de la mise en œuvre de cette intervention en vue de pouvoir baser sur des faits documentés les réflexions qui se poursuivront au niveau stratégique pour l'implémentation des recommandations et décisions dans l'ensemble du système de santé.

FICHE ANALYTIQUE DE L'INTERVENTION

FICHE PROJET
Appui au Système de Santé aux Niveaux Intermédiaire et Périphérique (ASSNIP) - volet 3 Bas-Congo (district de la Lukaya)

DGD Numéro d'Intervention	3004381
Code navision CTB	RDC0708701
Partenaire locale	Ministère de la Santé
Durée Convention Spécifique	72 mois (dont 60 effectifs)
Date estimative démarrage du projet	1 avril 2008
Contribution partenaire	
Contribution belge	5.400.000 €
Secteur d'intervention	Santé - Santé de base - Soins et services de santé de base 12220
Objectif global	L'état de santé de la population est amélioré dans les territoires d'intervention du programme
Objectif spécifique	Les soins de santé offerts aux populations des trois Zones de Santé ciblées (Kisantu, Ngidinga et Nselo) sont progressivement améliorés en qualité (soins globaux, continus, intégrés, efficaces, efficients, accessibles) par des processus d'amélioration progressive qui forment un modèle largement productible dans la RDC
Résultats	Résultat 1: Les Zones de Santé du district de La Lukaya sont encadrées par l'Equipe Cadre Provinciale du Bas-Congo Résultat 2: Dans les Zones de Santé ciblées les Equipes Cadres de Zones sont fonctionnelles Résultat 3: L'Hôpital Général de Référence de Kisantu est progressivement rationalisé Résultat 4: Les centres de santé de Kisantu sont progressivement rationalisés Résultat 5: L'Institut Technique Médicalde Kisantu répond progressivement mieux aux besoins de formation de base et pour le personnel en place Résultat 6: Les structures de la zone sanitaire de Ngidinga sont progressivement rationalisées Résultat 7: Les structures de la zone sanitaire de Nselo sont progressivement rationalisées Résultat 8: Le niveau central est alimenté en informations pertinentes pour la planification du secteur résultant de recherches effectuées par le programme

1. ANALYSE DE LA SITUATION

1.1 BREVE 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 habitants2 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 ans3.
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. Les limites de la Province actuelle du Bas-Congo ne seront pas modifiées. Cette Province (2 770 081 habitants) comporte actuellement 5 Districts administratifs dont celui de La Lukaya (565.000 habitants4) divisé en 3 territoires administratifs.

1.2 CONTEXTE POLITIQUE ET ECONOMIQUE

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 2001[5]

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 réappréciation 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 les enquêtes MICS 2 à Kinshasa, le taux de mortalité infantile en 2002 se situait à 126‰ contre 144‰ en 1995. Peu d'enfants vont à l'école : 48% d'enfants de 6 à 11 ans n'étaient pas scolarisés en 2001, contre 44% en 1995. Le niveau d'instruction de la population de la population congolaise est en baisse : seuls 36% des congolais ayant terminé l'école primaire ont atteint le niveau secondaire en 2001 contre 35% en 1995.

---

2 PEV 2005
3 Etat des lieux du secteur de la santé, 1998
4 District sanitaire de La Lukaya, 2006
5 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%. (État 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 United Kingdom. www.eiu.com

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 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.

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 167ème 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 jour6. L'incidence de pauvreté est de 70 % pour le pays suivant l'Enquête 1 2 3 de 2004-20057. La province Bas Congo se situe en 6ème position avec la moyenne de 70%.
De plus, la RDC bénéficiera d'ici peu de l'initiative des Pays Pauvres Très Endettés (PPTE) 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 (DSCRP) 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 SANTE

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

6 DSRP (2002)
7 DSCRP (2006)

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.

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 :

Le niveau intermédiaire a un rôle technique d'appui aux Zones de Santé (ZS) ; il est constitué de 11 Divisions Provinciales dénommées « Inspection Provinciale de Santé » et de 61 Districts Sanitaires dénommées aussi « Inspection de District sanitaire » (IDS).

Les Inspections Provinciales de Santé (IPS) sont dirigées par un Médecin Inspecteur Provincial (MIP) et comprennent 11 bureaux calqués sur les directions du niveau national. Il est prévu que chaque Province soit dotée d'un laboratoire et d'un hôpital provincial qui sont placés sous l'autorité du Médecin Inspecteur Provincial.

Les Districts sanitaires ou IDS comptent habituellement trois cellules qui sont : la cellule des services généraux et études, la cellule de l'inspection des services médicaux et pharmaceutiques et la cellule du service d'hygiène. Ces trois cellules sont supervisées par le Médecin Chef de District (MCD) dénommé aussi Médecin Inspecteur de District (MID).

Les deux structures du niveau intermédiaire ont des fonctions similaires.

Le District Sanitaire de La Lukaya (565.000 habitants) est l'un des cinq districts de la Province du Bas-Congo qui coordonne les activités de 20% des zones de la dite province. Il compte **6 Zones de Santé** dont 3 sont appuyées par SANRU, à savoir, Kisantu, Kimvula et Ngidinga, tandis que trois autres (Masa, Nselo et Sona Bata) sont restées orphelines après l'arrêt de l'appui de SANRU.

Le DS de La Lukaya compte quatre cellules : (i) secrétariat, personnel, patrimoine, comptabilité, (ii) pharmacie, établissements des soins, laboratoire et médecine traditionnelle, (iii) surveillance épidémiologique, soins de base de qualité, SNIS, Hygiène, participation communautaire et partenariat, (iv) suivi et contrôle des Instituts de Techniques Médicales (ITM).

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.

Les trois Zones de Santé ciblées par l'intervention sont **Kisantu** (140.000 Hbts), **Ngidinga** (125.000 Hbts) et **Nselo** (76.000 Hbts) qui totalisent approximativement **341.000** habitants[8].

[8] NB : Les chiffres varient selon les sources consultées. Le document d'identification cite 136.000 Hbts pour Kisantu, 96.000 pour Ngidinga et 70.000 pour Nselo.

Le DS de La Lukaya compte six HGR dont 2 étatiques et 4 confessionnels (2 catholiques et 2 protestants), 87 CS et 132 Postes de Santé (PS), soit au total 225 structures.

Il y a pour la Zone de santé de Nselo : 1 HGR, 11 CS et 27 PS, dans la Zone de Santé de Ngidinga : 1 HGR, 15 CS et 23 PS et pour Kisantu : 1 HGR, 15 CS et 17 PS.

Au total **pour les trois zones** de l'intervention on compte **111 établissements de soins, 3 ITMs et un ISTM** pour une population approximative de 341.000 habitants.

1.3.3 Une situation paradoxale suite à la crise institutionnelle : la pléthore des structures de soins, des écoles de formations en santé et du personnel

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

Au niveau mondial, l'approche sélective a atteint son point culminant avec l'adoption en septembre 2000, lors du sommet du millenium des Nations Unies, des Objectifs du Millenium pour le Développement (OMD) par la création au niveau international d'une série des 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 Centrales et 52 Programmes Spécialisés qui ont tous été hissé au rang d'une direction (chaque programme est dirigé par un directeur) rend très difficile la fonction de coordination intra-sectorielle qui doit être assurée par le Secrétaire Général à la Santé, et conduit inévitablement aux chevauchements dans les missions et attributions des directions et programmes spécialisés. Cet état de chose n'est pas sans conséquence sur l'offre des soins au niveau opérationnel.

De plus, les stratégies de survie individuelles et institutionnelles prévalentes depuis des décennies, et qui au fil du temps sont devenues des caractéristiques de fonctionnement des institutions (ministères de la santé & éducation notamment) 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.

La province du Bas-Congo et les trois Zones de Santé visées par l'intervention n'échappent pas au phénomène.
Le tableaux ci-dessous montre le nombre de structures et de personnel par Zone de Santé et la population cible.

Structures de santé (HGR, CS et PS) et population pour les Zones de Santé ciblées par le volet 3 de ASSNIP			
	Nbre de structures	Nbre de personnels	Population cible
Zones de Santé de Kisantu	33	196 (182 à HGR)	140.189
Zone de Santé de Nselo	39	177	75.810
Zone de Santé de Ngidinga	38	103	124.137
Total	110	476	340.136

Le tableau ci-dessous montre le nombre et le type de structures par zone ciblée par l'intervention

Répartition des structures de santé et ITM pour les zones de l'intervention					
Zones de Santé	HGR	CS	PS	ITM	HGR+CS+PS
Zones de Santé de Kisantu	1	15	17	1	33
Zone de Santé de Nselo	1	11	27	1	39
Zone de Santé de Ngidinga	1	15	23	1	39
Total	3	41	67	3	111

NB : Ces chiffres ne reprennent que les services publics ou privés de type confessionnel. Le nombre de structures privées qui foisonnent n'est pas disponible.

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.

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.

Le système de santé est caractérisé ainsi par la désintégration qui se traduit par la désarticulation de ses éléments, l'exercice anarchique des activités de santé, la production de services de santé de qualité douteuse et la déshumanisation des services de santé.

Tout ceci pose un problème structurel de taille pour les Ministère de la Santé et de la Fonction Publique en matière de gestion et de contrôle de la qualité des services et de maîtrise des dépenses en santé : inflation de la masse salariale, des coûts de fonctionnement (électricité et eau), d'investissements en équipement et de maintenance de bâtiments. Sans une rationalisation, le système de santé sera incapable d'évoluer vers un système plus efficace et efficient. 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.

1.3.4 La réforme du secteur de la 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 en cours de finalisation et seront considérés dans un premier temps comme hypothèses de travail à tester dans les ZS de démonstration, c-à-d 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;
  - Décréter un moratoire sur la création de nouveaux bureaux de directions ou de nouvelles coordinations de programmes au niveau provincial, afin de ne pas figer une situation destinée à être changée d'ici peu;
  - Décréter un moratoire sur l'agrément d'ITM, organiser un audit et un processus de certification des ITM existants;
  - 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 :

- Décentralisation du lieu de négociation des financements extérieurs du centre vers la province
- Shift du type de négociation des financements extérieurs par programme vers le financement des plans intégrés provinciaux
- Amélioration du financement de la ZS.

- Renforcement du partenariat intra et inter sectoriel par :
  - 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.
  - 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 :
  - 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)
  - l'amélioration des conditions salariales est un élément non négligeable de réussite de la stratégie.
  - 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 Principaux intervenants techniques et financiers dans les zones de Kisantu, Ngidinga et Nselo

Les sources de financement et les intervenants dans le Bas-Congo, et en particulier dans les Zones ciblées par l'intervention, sont nombreux, mis à part le cas de la ZS de Nselo, *orpheline* depuis deux ans. Le rôle de leadership joué par le Diocèse de Kisantu via le BDOM, n'est pas étranger à cette situation. Même s'il est toujours nécessaire de trouver de nouveaux partenaires en raison des besoins, le défi est surtout de trouver des partenaires s'inscrivant dans le long terme et d'arriver à les coordonner sous le leadership des institutions sanitaires provinciales et zonales.

Nous citons dans le tableau ci-dessous la liste des intervenants du passé et actuels dans les trois zones de l'intervention. Une actualisation de ces intervenants s'avère nécessaire pour avoir des

données plus précises, plus à jour et surtout donnant plus de détails sur les domaines d'intervention, le type de financement et la durée prévue afin de pouvoir donner aux autorités sanitaires une vision globale de la situation en la matière dans la perspective d'une plus grande coordination dans l'élaboration des plans de développement de la province et des ZS. Néanmoins, cette liste montre déjà un haut degré de verticalisation d'une part, et l'absence de financements appuyant globalement les Zones de Santé

Liste des principaux intervenants dans les zones ciblées par l'intervention

Nom de l'institution	Domaines d'intervention	Zone ntervention	Période
APEFE	Appui à la réforme de l'enseignement	TM Kisantu	2007 et ?
Christelijke Blinden Missie (CBM)	Appui au service et construction pavillon d'ophtalmologie	IGR Kisantu	?
Communauté Baptiste du Congo Ouest (CBCO)	Propriétaire de l'HGR de Nselo mais autre appui minimal	ZS de Nselo	?
Fédération sœurs Virgo Fidelis	Mobilisation de fonds pour investissements Primes au personnel de l'HGR	IGR Kisantu	Continu Clôturé pour primes personnel HGR
Fonds Mondial/ Medicus Mundi Navarra	Prévention MII, TPI, prise en charge du Paludisme	ZS de Kisantu	1 an renouvelable
Fonds Mondial/ Diocèse de Kisantu	VIH/SIDA : PTME, CDV, Traitement IO et IST, transfusion sanguine	ZS de Kisantu Ngidinga et Kimvula	1 an renouvelable
Fonds Mondial/PNUD/ Œuvre Médicale au Congo (OMECO)	VIH/SIDA Sensibilisation, Promotion Préservatifs	ites dans la ZS de Kisantu	1 an renouvelable
Fonds Mondial/ PNUD/Commission Kimbanguiste (CKLMA)	VIH/SIDA Sensibilisation, Promotion Préservatifs	ites dans la ZS de Kisantu	1 an renouvelable
LUMOS (Leuven Universiteit Medische OS : UZ Gasthuisberg et Faculté de Médecine, KUL et Leuven Medical Support	Formation clinique, apports matériels	IGR Kisantu	continu
Misereor Allemagne	Fonctionnement de la CDS, activités diverses à la demande	ZS de Kisantu e Ngidinga Kimvula	continu
SLCD/DGCD	Appui global ZS et projet agricole avec CEDAF et INERA	ZS de Kisantu	1998 à Fin juillet 2007 Suite ?
USAID/Catholic Relief Service (CRS)	Appui global ZS	ZS de Ngidinga et Kimvula	Fin juillet 2007
Programme santé du IX FED	Appui à la distribution de médicaments essentiels CAAMEKI et FEDECAME	ZS dont elles du District de la LUKAYA	2006-2009

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 belge

Comme indiqué ci-haut, le programme ASSNIP s'inscrit intégralement dans la Stratégie de Renforcement du Système de Santé tel que décrite plus haut. Il est donc logique que les approches pour le volet 3 d'ASSNIP soient calquées sur les autres volets déjà en cours :

- Un appui à la rationalisation des ressources humaines et un appui aux salaires en conséquence après cette rationalisation
- Un appui à la rationalisation de la couverture sanitaire à travers une sélection des CS à appuyer dans la zone
- Une rationalisation de l'offre des soins, respectant les échelons de soins, y compris une amélioration de la qualité de cette offre, respectant les échelons de soins.

Pour renforcer la cohérence des interventions de la coopération belge autour de cette réforme nationale, le projet produira la rétro-information nécessaire des expériences menées au niveau des ZS à fournir au niveau central du Ministère de la Santé et la FEDECAME, afin de renforcer la réflexion sur la stratégie de renforcement du système de santé. Pour ce faire, les résultats des ces expériences seront traités dans l'Observatoire sur le système de santé et les ressources humaines. Cette approche de rétro-information systématisée, force l'intervention logiquement dans une approche de recherche-action.
Les aspects sûrement touchés par cette approche sont, sans être exhaustifs :

- La rationalisation du personnel et la mise à la retraite d'un certain nombre d'agents
- La rationalisation de la prescription et de l'approvisionnement en médicaments
- La tarification par item et le développement de mécanismes de paiement alternatifs qui recherchent l'équité (paiement par épisode de maladie ou de risque, mutuelles de santé)
- La gestion des maladies chroniques
- Le processus d'appui par les provinces aux ZS
- La formation de base et la formation continue du personnel opérationnel, etc.

Puisque l'HGR de Kisantu, par exemple, est un type de structure qui se situe entre un HGR « classique » et un hôpital de type provincial avec quelques services médicaux supplémentaires (interventions orthopédiques, dentisterie, ophtalmologie, par exemple), mais avec un taux d'occupation faible malgré un séjour moyen assez important, nous pouvons estimer les besoins en personnel actuels à 60 personnes au maximum. Vu que le but de l'intervention est d'augmenter ce taux d'occupation, les besoins futurs en personnel seront plus importants. Dans ce projet, le niveau des compléments de salaire de tout le personnel sera plafonné au départ à l'équivalent d'un personnel de 70 membres au début de l'intervention et augmentera en fonction de l'augmentation graduelle du taux d'occupation.

L'ASSNIP volet 3 est donc prête à s'inscrire dans une logique de rationalisation du personnel et d'un appui à travers les compléments de salaire du personnel rationalisé à commencer avec le personnel des HGR de Kisantu, Ngidinga et Nselo, l'ITM de Kisantu et les ECZ/ ECD concernées par l'intervention. Un fonds de mise à la retraite est également prévu dans le même sens. Mais ceci implique évidemment que les Zones et leurs institutions respectent un moratoire absolu sur le recrutement de nouveau personnel, sur une restriction du nombre d'étudiants pour l'ITM et des stagiaires à l'HGR de Kisantu et sur l'installation des nouveaux postes de santé et centres de santé de référence en périphérie.
Se basant sur les normes du ministère, l'intervention budgétisera un appui à 3 cadres par CS rationalisé et retenu dans le plan de couverture et 70 personnes au niveau de l'HGR de Kisantu, nombre qui pourra évoluer vers 100 ou plus de personnes au fur et à mesure que le taux d'utilisation augmentera.

2.1.2 Appui à un niveau provincial et à 3 Zones de Santé dans le district sanitaire de La Lukaya

La SRSS prévoit le développement graduel des Zones de Santé avec comme priorité les Zones de Santé à haut potentiel. Dans le district de la Lukaya existent des Zones de Santé qui peuvent être groupées sous le vocable « Zone à haute potentialité de développement ». Le choix dans l'identification des 3 Zones de Santé, en l'occurrence la ZS de Kisantu, ZS de Ngidinga et la ZS de Nselo répond à cette logique de rationalisation progressive. Parmi les 3, Kisantu a clairement le potentiel le plus important. Un accent particulier sera alors mis sur cette zone dans la présente intervention.

Selon la SRSS, l'encadrement technique des 3 ZS dans le District sanitaire de la Lukaya doit être assuré par l'ECP à travers son membre qui aura sous sa responsabilité la totalité des ZS de ce district. L'intervention prévoit d'y ajouter un Conseiller Technique. Cette équipe, appelée 'pool de supervision' aura comme support logistique un secrétaire et un chauffeur. Pour éviter le plus que possible des interférences provenant du système de régie de la CTB, et pour assurer un encadrement en gestion des ressources du pool de supervision et des 3 ZS ciblées (surtout les HGR), un staff administratif et financier sera prévu dans l'intervention. Il fera partie de ce 'pool de supervision' pour les aspects administratifs et financiers.

Le CT prévu dans cette intervention appuiera autant le district sanitaire dans le cadre de son appui que les 3 ZS retenues dans cette intervention. L'objectif de l'appui n'est donc pas seulement de rendre une ECP fonctionnelle mais aussi de rendre fonctionnelles les 3 ECZ concernées.

Le Bureau de District actuel de la Lukaya n'a pas la capacité suffisante pour remplir la mission d'encadrement des ZS et assure trop de tâches par rapport à ce qui est décrit dans la SRSS. C'est pour cette raison qu'il a été convenu que le poste de médecin responsable du pool de supervision sera attribué par sélection, et cette personne sera affectée à Kisantu. Mais le 'pool de supervision' gardera des relations assez intenses avec la future ECP (actuellement Inspection Médicale Provinciale). Le CT s'intègrera dans la future ECP

Le BDOM fournit déjà un appui technique (2 médecins de santé publique nationaux) aux ZS et collabore avec le Bureau de District actuel. Une collaboration étroite et coordonnée s'impose, dans une optique d'harmonisation des appuis et de renforcement mutuel.

2.1.3 Appui à la Zone de Santé de Kisantu et à l'HGR en particulier

La ZS de Kisantu montre le plus grand potentiel de développement parmi les zones retenues dans cette intervention. La présente intervention appuiera donc cette ZS en priorité.

Un appui technique à l'ECZ s'organisera via le pool de supervion susmentionné.

Un appui financier et technique important portera sur le renforcement de l'hôpital de la ZS de Kisantu. Plusieurs bailleurs, tous relativement petits (ONGs), interviennent déjà de façon ponctuelle et non-coordonnée à travers plusieurs intervenants dans l'hôpital de zone. Ceci a amené à une situation actuelle d'infrastructures qui n'est plus cohérente sur le plan architectural et à une organisation parcellée sans vision concrète et partagée de développement et d'organisation de l'hôpital pour les années à venir.
Ainsi, l'hôpital ne semble pas avoir réfléchi, par exemple, sur (i) la tarification qui semble être un déterminant important pour le faible taux d'utilisation, (ii) la gestion du personnel et son nombre pléthorique actuel, (iii) la fonctionnalité des bâtiments, (iv)et le biais que crée le développement important de la chirurgie au détriment de la médecine interne (y compris la prise en charge des maladies chroniques) et d'autres soins tels que par exemple l'ophtalmologie, la psychiatrie, l'organisation des stages pour une pléthore de différents types d'élèves et étudiants, etc.

Dans la même tendance, l'hôpital a opté pour travailler avec des spécialistes sans avoir fait l'analyse nécessaire de ce que cela comporte comme charge supplémentaire en termes monétaire comme sous forme d'organisation, besoin en personnel, etc.

L'hôpital a donc véritablement besoin d'un appui technique de la part du pool de supervision qui portera essentiellement sur le développement d'une vision globale, cohérente et réaliste (notion de faisabilité) sur différents plans de son mandat et organisation interne.

Le pool de supervision appuiera l'hôpital dans ces réflexions et la mise en œuvre d'une stratégie cohérente, y compris comme lieu de travail de l'ECZ. Cette approche permettra à l'hôpital de prendre le devant dans les concertations avec les autres intervenants et leurs bailleurs pour le développement d'un plan de développement de son institution. Cela évitera les interventions non-coordonnées actuelles, où l'offre de l'aide semble prendre le devant sur la demande.

Un appui financier général au fonctionnement de l'hôpital devrait permettre une baisse des tarifs stimulant ainsi l'utilisation des services. Des analyses financières basées sur le monitorage existant des coûts devraient permettre de développer des scénarios pour les baisses de tarifs et de contenir le risque de pertes. Elles devraient également permettre de modifier/simplifier le mode de paiement actuel à l'acte et ainsi de simplifier et réduire les frais de gestion de l'hôpital. Le budget d'appui au fonctionnement permettra de combler les pertes financières qu'une baisse des tarifs pour le patient engendrerait. En outre, les pertes causées par cette baisse de tarifs devraient également être compensées au moins partiellement après quelque temps par une hausse de l'utilisation des services. Une diversification de l'offre pourrait attirer d'autres types de patients (pathologies) à l'hôpital.

Malgré certains efforts de rationalisation du personnel, avec une légère baisse des effectifs à travers une mise à la retraite de certains cadres, le nombre de personnel (182) vis-à-vis de la charge de travail actuel reste très élevé, même si on prend en considération une augmentation du taux d'utilisation dans le futur. Chaque nouveau bâtiment semble d'ailleurs pousser les gestionnaires de l'hôpital à de nouveaux recrutements au lieu de considérer un redéploiement à l'intérieur de ses

effectifs, démontrant une gestion répondant à des besoins ad hoc, basée sur une analyse et une planification globale pour l'hôpital. Une étude approfondie de l'utilisation/emploi de temps des ressources humaines à l'hôpital doit permettre à l'hôpital de prendre les mesures nécessaires pour mieux maîtriser la gestion du personnel de l'hôpital.

2.1.4 Appui à la formation de base et continue du personnel à l'ITM de Kisantu

L'ITM de Kisantu a une réputation historique et actuelle importante de sa grande qualité d'enseignement. C'est ainsi que vu la pléthore énorme d'ITMs dans la province, avec ses effets pervers connus, il a été décidé d'appuyer cet ITM pour la formation des infirmiers(ières) niveau A2. Dans le cadre d'une zone de démonstration à Kisantu pour les zones sanitaires voisines, l'ITM fait partie intégrante du système de santé local. En plus, l'ITM de Kisantu est choisie parmi d'autres comme une ITM où la réforme du curriculum de la formation pour infirmier (ière) a commencé il y a 3 ans appuyée par l'APEFE.

Comme suite aux initiatives déjà prises dans le cadre de cette réforme, le projet permettra de réaliser un atelier avec les responsables de la 6e Direction du Ministère de la Sangté (Direction de l'enseignement en sciences infirmières niveau A2) pour l'élaboration du programme de la 4e année en continuité de ce qui se fait pour les trois premières années.

Cet appui ne peut avoir lieu que si en même temps, l'école arrive à restreindre le nombre d'élèves à un maximum de 25 (comme initialement retenu) dans la première année largement en dessous du nombre actuel ce qui nécessitera des négociations avec la 6ème Direction du Ministère de la Santé, non seulement dans un souci de remédier à la formation pléthorique mais aussi dans un souci de l'organisation de lieux de stages de qualité au niveau de l'hôpital et des CS.

Dans le souci d'améliorer la qualité des accouchements assistés, l'année terminale sera renforcée dans les aspects pratiques de techniques d'accouchement.
Le (faible) taux d'utilisation de l'hôpital, actuellement inondé par un très grand nombre de stagiaires (Université de Congo, ISTM, ITM), ne permet pas d'assurer des lieux de stage de qualité pour plus de stagiaires. L'appui consistera donc également à la réflexion autour d'une restriction du nombre de stagiaires permis dans l'enceinte de l'hôpital. L'intervention devrait par ailleurs permettre de débattre au sein de l'ECP la pertinence de garder l'ISTM à Kisantu qui a récemment vu le jour et même du nombre (croissant) des médecins formés par l'Université du Kongo (52 en 2007, ce qui représente en moyenne au moins un par ZS pour les 31 ZS que compte la province).

Dans le cadre d'une réforme de l'ITM et un recadrage de son mandat, un appui à une formation continue du personnel existant en périphérie pour la maternité sans risque et plus particulièrement l'obstétrique est envisagé.

2.1.5 Appui à la politique sectorielle et à la Stratégie de renforcement du système de santé

Le programme ASSNIP a intrinsèquement dans son mandat, une contribution à la réflexion sur la politique nationale et le renforcement du secteur de la santé. Comme pour tout programme d'autres bailleurs appuyant ces deux niveaux, cette contribution sera faite au sein de l'Observatoire sur le système de santé et les ressources humaines en santé. Ils forment ainsi un complément

logique et complémentaire avec les projets d'appui institutionnel au niveau de la DEP et dans un futur proche au niveau de la 4ième direction du MSP. Leur mandat et impact dépassent ainsi le niveau local.

Pour réaliser ce mandat ambitieux, le projet s'inscrit obligatoirement dans une approche de recherche-action, où les expériences du terrain puissent remonter au niveau des discussions de politique sectorielle et de réforme.

Le coordinateur d'ASSNIP créera les opportunités de réflexion et de présentation à différents niveaux du Ministère de la Santé. Tous les CT du programme ASSNIP interviennent en appui aux structures du MS et renforcent la communication entre elles.

2.2 LES BENEFICIAIRES

2.2.1 Les bénéficiaires directs

Trois catégories d'acteurs sont directement visées par le programme.

Les populations de Kisantu, Ngidinga et Nselo

Les populations des Zones de Santé de Kisantu, Ngidinga et Nselo devraient bénéficier grâce à l'intervention de l'amélioration attendue de la qualité des soins et de leur accessibilité. Toutefois la diffusion des effets bénéfiques ne pourra se faire que progressivement durant les cinq années et l'impact à long terme ne pourra se consolider que si cette intervention s'inscrit dans une perspective à 15 ans

Les personnels de santé des structures rationalisées des Zones de Santé de Kisantu, Ngidinga et Nselo et du District de Santé de la Lukaya

Les diverses catégories de personnel de santé rationalisé au sein des Centres de Santé, au sein des Hôpitaux Généraux de Référence de Kisantu, Nselo et Ngidinga, au sein de l'Institut de Techniques Médicales de Kisantu, au sein de l'Equipe Cadre Provinciale et au sein des Equipes Cadre de Zones, bénéficieront directement de l'intervention via des conditions de travail améliorées, un meilleur encadrement, des formations et des indemnités en compléments de salaire, en attendant l'ajustement des salaires par l'Etat.

Il convient de remarquer ici que ces bénéfices s'étendront à toutes les formations sanitaires du plan de couverture de l'une ou l'autre des Zones de Santé, qu'elles soient publiques ou confessionnelles (avec une mission publique). Tout comme le premier volet (dans la ville de Kisangani), ce troisème volet d'ASSNIP sera un accompagnement substantiel et concret des efforts d'intégration entre secteur public et secteur privé à but non lucratif entrepris ailleurs.

Le niveau central du Ministère de la Santé Publique

Le fait que l'intervention fera de la Zone de Kisantu une zone de démonstration et de recherches, (en relation avec les Zones de Nselo et Ngidinga et faisant partie du district de la Lukaya), constitue une contribution déterminante aux travaux des commissions du Comité National de Pilotage de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé, du Secrétariat Général du Ministère de la Santé et de toutes les directions du Ministère. En effet, le programme ASSNIP leur offre un champ tout à fait privilégié de validation de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé et de l'applicabilité, de l'efficacité et de l'efficience des normes et directives qu'ils ont élaborées.

2.2.2 Les bénéficiaires indirects

Bien entendu, une telle intervention, par son ampleur et sa durée, se répercutera sur les populations et les personnels des Zones de Santé directement environnantes, par simple effet de proximité, et plus particulièrement sur les populations et personnels de santé des Zones de Santé du district de la Lukaya.

Le programme bénéficiera aussi indirectement aux partenaires techniques et financiers intervenant dans les zones appuyées, qui seront considérés comme des partenaires, comme la CDS, le SLCD, la CAAMEKI, LMS, les programmes verticaux, etc.

2.3 LES ORGANISATIONS PARTENAIRES

Les partenaires intervenant sont nombreux[9] dans la Zone de Santé de Kisantu, moins nombreux pour la Zone de Santé de Ngidinga et pratiquement absents pour la Zone de Santé de Nselo. En appuyant la Zone de Santé de Nselo, l'intervention pallie l'absence de partenaires pour cette zone depuis 2 années.

Les partenaires les plus importants pour cette intervention sont :

2.3.1 La Caritas Développement Santé (CDS)

La CDS regroupe 3 structures de coordination de l'ASBL Diocèse de Kisantu qui s'étend sur l'ensemble du District de la Lukaya:

- Le BDOM (Bureau Diocésain des Œuvres Médicales): développement et gestion des structures sanitaires
- Le Bureau Diocésain de Développement : animation agricole, développement communautaire
- Le Bureau Diocésain de Caritas: actions d'urgence, activités de nature caritative (aide aux plus vulnérables); encadrement/alphabétisation de la jeunesse désœuvrée.

La CDS favorise l'interaction, la synergie (p.ex. agriculture et nutrition; alphabétisation et développement des jeunes), l'efficacité et la recherche d'efficience dans la gestion des ressources qui sont coordonnées et unifiées entre les 3 structures.

De plus le BDOM a un rôle important dans la mobilisation et la coordination des apports extérieurs pour les ZS du District. C'est ainsi que le BDOM est gestionnaire des appuis de :

- L'ONG belge SLCD pour la Zone de Santé de Kisantu
- Medicus Mundi Navarra/ UE pour l'appui au District et auparavant de la Zone de Santé de Kisantu
- l'USAID/CRS
- Misereor Allemagne pour les appuis aux Zones de Santé,
- du PNUD pour le Fonds Mondial.

[9] Voir tableau des intervenants au chapitre 1.3.5.

2.3.2 L'ONG Service Laïc de Coopération au Développement (SLCD)

La SLCD fait partie d'un consortium (A-CORD) en cofinancement avec la coopération belge. Il est présent depuis 1998 via le BDOM qu'il appuie. Le dernier projet couvrait la période de juin 2003 à juin 2007. Ce projet appuyait le fonctionnement (véhicule, bureau) du BCZ de Kisantu , les primes pour une partie du personnel (9 du BCZ et 3 cadres de l'HGR) et du BDOM en investissement (HGR et BCZ 74 860 € pour l'année 2006-2007, dont la partie majeure est allée au BCZS).

De plus, le SLCD appuie un projet agricole visant l'amélioration des revenus pour permettre la mise en place d'une mutuelle de santé avec le Bureau Diocésain de Développement (BDD) en collaboration avec l'INERA et le CEDEF. Ce projet a permis de lancer sur une petite échelle une mutuelle de santé (MUSAKIS) dans la ZS de Kisantu.

SLCD va soumettre un nouveau programme de 3 ans à la DGCD. Il est important qu'une bonne synergie et complémentarité se fasse entre le SLCD et l'intervention, d'autant plus que le SLCD prévoit de travailler plus particulièrement sur le concept de « maternités sans risque », ce qui rejoint une des préoccupations de cette intervention et de LUMOS de mettre un accent particulier dans sa stratégie sur le développement des accouchements assistés par du personnel bien formés à l'ITM de Kisantu.

Enfin, le SLCD finance la formation complémentaire en santé publique à l'ULB en Belgique pour des médecins de la Zone de Kisantu.

2.3.3 La CAAMEKI

En tant que Centrale de Distribution Régionale (CDR) de médicaments essentiels et génériques, implantée à Kisantu, la Centrale d'Achat et d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels de Kisantu (CAAMEKI), qui fait partie de la FEDECAME, sera considérée comme un des partenaires à associer dans les réflexions qui seront menées dans le cadre de cette intervention en matière de gestion et approvisionnement de médicaments et dispositifs médicaux pour les services des zones appuyées. L'intervention pourrait, par exemple, étudier la faisabilité d'appuyer l'ouverture de lignes de crédit pour les trois Zones de Santé à la CAAMEKI pour l'achat de MEG de la liste nationale de MEG pour les CS et les HGR. Ce montage permettrait à la CAAMEKI de garantir la disponibilité permanente de ces items.

2.3.4 La Fédération des Soeurs Virgo Fidelis de Kisantu

La fédération est présente à Kisantu depuis 50 ans et active dans la gestion et la mobilisation de fonds, équipement et matériel aussi bien pour l'HGR que pour l'ITM de Kisantu et dont certaines sœurs travaillent dans les différents départements de l'HGR.

2.3.5 LUMOS et Leuven Medical Support

La Faculté de Médecine et l'Hôpital Universitaire Gasthuisberg de la KUL, réunis dans LUMOS commencent à intervenir dans l'hôpital de Kisantu. L'intérêt de LUMOS pour les services tant du niveau 'HGR' que spécialisés, pour la formation infirmière, et pour la recherche clinique et autres, fera d'elle dans un proche avenir un partenaire important dans tout ce qui concene l'organisation actuelle et future de l'hôpital de Kisantu. La KUL permet par ailleurs aussi à des médecins de l'HGR de Kisantu d'effectuer des stages de perfectionnement en Belgique.

L'association LMS, affiliée au VLIR des médecins spécialistes de la KUL, notamment diabétologues, urologues et orthopédistes effectuent des séjours régulièrement à l'HGR de Kisantu.

2.4 LOCALISATION DE L'INTERVENTION

Le projet est à cheval sur différents niveaux et différentes structures de la pyramide sanitaire : le niveau provincial et le niveau des Zones de Santé, les HGR et les ITM.

Dans cette intervention *ASSNIP volet 3*, un accent tout particulier, en moyens et en appui technique, est mis sur la Zone de Santé de Kisantu dans laquelle l'HGR et l'ITM occupent une place centrale, mais les Zones de Santé de Nselo et Ngidinga sont également prises en compte et bénéficieront d'un appui technique et financier, en tant qu'éléments d'un système appelé à se développer et à se transformer. Le choix prépondérant porté sur Kisantu est développé dans le chapitre « *Stratégie de l'intervention* ». Comme il est proposé dans l'identification d'inscrire cette intervention dans une perspective à 15 ans, les phases futures pourraient mettre d'avantage l'accent sur les Zones de Nselo et Ngidinga, une fois que l'effet de démonstration dans la Zone de Kisantu aura été probant et qu'elle aura atteint un degré de fonctionnalité et de performance plus grand, ce qui est une des hypothèses.

Vu l'importance capitale d'un appui technique de proximité et les priorités définies dans son cahier de charge pour les trois Zones de Santé, l'assistance technique sera basée là où le pool de supervision est basé, c-à-d à Kisantu. Pour ce qui est de l'appui qui sera apporté par cette intervention (et par son CT) au niveau provincial, il faut tenir compte de la situation particulière actuelle et peut-être future du district de la Lukaya. En effet, s'il semble très clair qu'une future Equipe Cadre Provinciale remplacera sous peu l'actuelle IPS à Matadi, et suivant le rationnel de la SRSS qui prône la gestion de toutes les Zones de Santé de la province par une Equipe Cadre de province qui fera que le Bureau de District de la Lukaya, dans sa forme actuelle, est appelé à disparaître dans le cadre de la mise en œuvre de la SRRS, il n'a pas été décidé au moment de la rédaction de ce DTF si une antenne de l'ECP (appelé dans ce document 'pool de supervision'), membres à part entière de l'ECP de Matadi, sera ou non gardée à Kisantu. Dans l'expectative, le MS a accepté de baser à Kisantu, un médecin de santé publique qui sera membre de l'ECP basée à Matadi, mais qui sera responsabilisé plus particulièrement pour les Zones de Santé de la Lukaya, y compris celles ciblées par l'intervention. Ce membre de l'ECP *délocalisé* pour la plus grande partie de son temps à Kisantu, assurera d'ailleurs, comme indiqué plus haut, la responsabilité de cette intervention appuyé par le CT. Ce montage ne doit en aucune manière exclure l'appui technique que le CT devra apporter au niveau de l'ECP à travers son appui technique dans le pool de supervision pour les Zones de Santé de la Lukaya .

Vu l'inexistence de locaux disponibles à Kisantu, un bureau sera soit cherché soit construit à Kisantu sur le budget de l'intervention pour loger le médecin de santé publique de l'ECP, le CT, le staff administratif et financier et le secrétariat du pool de supervision qui sera pris en charge par l'intervention.

3. PLANIFICATION OPERATIONNELLE

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 aux niveaux intermédiaire et périphérique en cohérence et synergie avec les deux premiers volets du même programme à Kisangani et Bas-Congo.

3.1 OBJECTIFS DE L'INTERVENTION

3.1.1 Objectif général

L'état de santé de la population est amélioré dans les territoires d'intervention du programme.

L'intitulé de l'objectif général coïncide parfaitement avec celui du dossier d'identification du projet[10].

3.1.2 Objectif spécifique

Les soins de santé offerts aux populations des trois zones de santé ciblées (Kisantu, Ngidinga et Nselo) sont progressivement améliorés en qualité (soins globaux, continus, intégrés, efficaces et efficients) et en accessibilité
et
les processus d'amélioration progressive développés forment un modèle largement reproductible dans la République Démocratique du Congo.

Dans la Province du Bas-Congo, cet objectif spécifique sera poursuivi dans les Zones de Santé de Kisantu, Nselo et Ngidinga.

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[11].

[10] « Programme d'Appui au Système de Santé aux Niveaux Intermédiaire et Périphérique ASSNIP: Zones de Santé de Kisantu, Ngidinga et Nselo, District de la Lukaya, Province du Bas Congo » : Document d'identification, page 20 .
[11] Stratégie de Renforcement du Système de Santé, …..

3.2 RESULTATS ATTENDUS

3.2.1 Résultat 1

Les Zones de Santé du district de la Lukaya et ciblées par l'intervention sont encadrées par l'Equipe Cadre Provinciale du Bas-Congo

Dans le cadre de cette intervention, l'encadrement des Zones de Santé sera faite par le pool de supervision animé par le membre de l'ECP et le CT qui sera délocalisé (à partir de l'ECP à Matadi) pour l'encadrement de proximité des Zones de Santé et leurs structures de santé.

Le membre de l'ECP, médecin de santé publique et basé à Kisantu sera choisi sur base de TDR avec critères de compétence et d'expérience établis de manière conjointe (Ministère-Coopération Belge). Il sera nommé et affecté par le Ministre de la Santé.

Ce médecin de l'Equipe cadre de province désigné pour ce projet sera basé à Kisantu tout comme le CT avec lequel il sera responsable de la direction des opérations. Ensemble ils assureront l'encadrement technique des ZS. Ils feront des missions régulières à Matadi partager l'expérience avec les autres membres de l'ECP, y compris le MIP.

Le pool de supervision aura pour tâches, entre autres, de :

- Contribuer à l'élaboration du plan de développement provincial et sa mise en œuvre
- Elaborer les plans de développement des Zones de Santé du district actuel
- Coordonner les intervenants, y compris la contribution prévue dans la présente intervention.

Le pool devra en priorité mettre en œuvre des mécanismes de rationalisation des structures et des ressources humaines. Un important travail de coordination de tous les intervenants et partenaires au développement sera nécessaire, entre autre en les impliquant dans la création des plans annuels et des plans de développement des HGR.

Les points suivants devront donc être détaillés durant l'intervention : (i) les mécanismes de sélection et de formation des Equipes Cadres, (ii) les appuis dont elles bénéficieront de la part du programme, (iii) la chronologie de mise en place des différentes équipes cadres visées.

Les Equipes Cadres de Zone et de Province ont en charge la mise en œuvre du programme. Leur création effective, surtout l'ECP et l'ECZ de la ZS de Kisantu est donc la première tâche à exécuter dans le déroulement du projet. Elle sera aussi l'occasion de mettre en place un certain nombre de structures et de procédures immédiatement utiles dans la rationalisation ultérieure des formations sanitaires, notamment en ce qui concerne la gestion des ressources humaines.

Les mécanismes de sélection des membres des équipes cadres et leur composition

Suite à la définition de la SRSS, le MS a créé un comité de pilotage provincial de la SRSS qui doit veiller à la mise en œuvre effective de la SRSS. Ce comité dans lequel les intervenants sont représentés et donc aussi la CTB assurera les recrutements à faire au sein des EC.

A titre indicatif, nous reprenons ci-dessous ce qui a été inscrit dans le DTF des ASSNIP Volet 1 et 2 concernant les ECP et ECZ

L'Equipe Cadre Provinciale

Fonctions

Rappelons d'abord que, conformément à la Stratégie de Renforcement du Système de Santé, il n'y aura plus qu'un seul niveau intermédiaire : la province. Les anciens districts, pléthoriques, deviendront soit des provinces dans le cadre de la nouvelle constitution, soit seront résorbés dans les structures provinciales existantes.

L'analyse de la situation dans le document de SRSS montre un niveau provincial fragmenté et la disparition d'une fonction capitale du niveau intermédiaire : l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de développement provincial.

Une première étape d'élaboration du plan provincial, la classification des zones selon leurs potentialités, a déjà été effectuée. Un ré-examen pourra s'avérer indiqué pour vérifier l'utilisation correcte des critères de potentialité décrits dans la SRSS. Il sera alors question de développer les zones à fortes potentialités (dans le cadre de projets notamment) et de poursuivre les activités essentielles dans les zones qui ne seront pas encore entreprises.

La responsabilité du développement de ces zones est une fonction qu'il faut pratiquement créer au sein de l'Inspection Provinciale de la Santé.

La stratégie que le programme propose est la suivante :

- l'inspection continue à fonctionner comme elle le fait maintenant pour assurer les prestations qui doivent se faire sur l'ensemble du territoire provincial, et notamment dans les zones non retenues immédiatement pour le développement : vaccinations, lutte contre certaines maladies, approvisionnement, supervisions.
- pour les zones qui entrent en développement, il est nécessaire que l'Inspection Provinciale de la Santé apporte le soutien nécessaire à ce développement : appui technique, financier (à travers des projets éventuellement, mais aussi à travers le budget de l'état,…) politique…etc.

L'équipe cadre provinciale, telle qu'elle existera à la fin de la réforme, remplira les différentes fonctions dévolues au niveau intermédiaire. Nous proposons d'arriver à cette réforme en plusieurs étapes, en laissant coexister pendant un certain temps l'IPS telle qu'elle existe pour le moment mais en ajoutant progressivement des fonctions importantes à l'équipe cadre. L'équipe cadre qui va se constituer remplira en priorité les fonctions d'élaboration du plan provincial et sa mise en œuvre.

Organisation du travail de l'équipe cadre provinciale

Les différents médecins responsabilisés pour le suivi de projets (ASSNIP par exemple) par le Médecin Inspecteur Provincial renforceront l'ECP et l'amèneront à faire la coordination de toutes les interventions dans la province de manière efficace et à construire ces diverses interventions autour de la stratégie.

Le fait de travailler en équipe tout en ayant des responsabilités analogues à des endroits différents mais aussi parfois identiques, permettra un échange d'informations utiles pour la planification, la diffusion d'informations pertinentes notamment vers le comité de pilotage provincial…etc.

Les assistants techniques liés aux projets ASSNIP au niveau intermédiaire apporteront à cette équipe l'appui technique nécessaire. Cette équipe cadre sera à travers le MIP l'interlocuteur privilégié du niveau central du Ministère de la Santé et de l'Observatoire sur le système de santé et

les ressources humaines en santé. Elle bénéficiera en outre de l'accompagnement de l'équipe externe de suivi du programme.

Composition et mécanismes de sélection de l'Equipe Cadre Provinciale

L'intervention devra contribuer à la mise en place effective d'une équipe cadre de province en s'inspirant des critères repris dans la SRSS mais en tenant compte du contexte prévalant. Les différents responsables et les différents experts qui interviennent dans des interventions de renforcement du système de santé de la province devront faire partie intégrante de l'ECP. Elle devra aussi comprendre un responsable des confessionnels présents dans la province.

Le cadre congolais qui sera choisi pour superviser les zones de santé de la Lukaya, fera partie de l'équipe cadre provinciale.

C'est au sein du Comité Provincial de Pilotage que devrait se mettre en place un comité de sélection et de suivi des ressources humaines pour tous les postes clés à pourvoir au niveau de l'inspection provinciale de la santé. La composition de ce comité de sélection est laissée à l'appréciation de chaque CPP. Mais ce CPP doit veiller à y intégrer un représentant de la Fonction Publique et des représentants des principaux partenaires présents dans province.

Lors de la sélection du personnel qui sera appuyé par cette intervention, un représentant de la CTB fera partie du comité de sélection.

Les appuis du programme à l'équipe cadre provinciale

Les appuis techniques

L'assistance technique de la CTB appuiera l'Equipe Cadre, tant au niveau provincial qu'au niveau de chaque Zone de Santé soutenue. Le Médecin membre de l'ECP détaché à Kisantu sera, localisé à Kisantu mais avec de fréquents déplacements au chef lieu de province (Matadi).

Des moyens techniques pourront être mis à disposition par l'intervention comme : bibliothèque, connexions Internet, etc.…

Les appuis matériels

Les appuis en investissement

Bien que le programme soit fortement orienté vers l'assistance technique et la couverture temporaire de coûts de fonctionnement des formations sanitaires soutenues, il prévoit le financement de réhabilitations, voire de constructions, de locaux destinés à abriter les équipes cadres lorsque ces locaux ne sont pas directement disponibles. On n'écarte pas d'avance une solution tel que louer un bâtiment existant mais il est clair que le pool de supervision ne peut pas rester dans le bâtiment actuel.

Des équipements bureautiques seront fournis par le programme.

Le membre de l'Equipe Cadre Provinciale détaché à Kisantu pourra être doté d'une voiture 4x4 via l'intervention. Toutefois, il existe actuellement en province plusieurs 'coordinations de programmes techniques' qui devront être rationalisées selon la SRSS; en principe ce processus de rationalisation devrait aussi concerner les moyens de locomotion dont certains pourraient être redistribués selon les nouvelles dispositions de travail de l'ECP : par cette démarche on devrait

logiquement parlant pouvoir éviter l'achat de cette voiture 4x4 et destiner les fonds à d'autres rubriques de dépenses.

Les appuis en fonctionnement

Le programme contribuera aux coûts de fonctionnement de l'équipe cadre provinciale, notamment les coûts des véhicules.

3.2.2 Résultat 2

Dans les Zones de Santé ciblées les équipes cadres de zones sont fonctionnelles

A titre indicatif, nous reprenons ci-dessous ce qui a été inscrit dans le DTF des ASSNIP Volet 1 et 2 concernant les ECZ, adapté à cet ASSNIP volet3.

Les Equipes Cadres de Zones

Les équipes actuelles des BCZS et des HGR seront rationalisées pour avoir des ECZ intégrées (de l'HGR et du BCZ). Ces ECZ auront la responsabilité de la mise en œuvre de la SRSS.

Elles assument la responsabilité globale de tracer et de mettre en œuvre le plan de couverture de leur Zone de Santé par la rationalisation progressive des formations sanitaires qui la composent. Elles identifieront et développeront aussi directement les thèmes de recherche sur la zone.

Elles sont localisées dans les Hôpitaux Généraux de Référence de chaque zone ; le Médecin Chef de Zone et le Médecin Directeur de l'HGR collaboreront à la solution des problèmes posés dans la Zone de Santé. Rapidement, les fonctions de médecin chef de zone et de directeur de l'hôpital seront fondues dans les fonctions de l'équipe-cadre et deviendront des fonctions de porte-parole vers le monde extérieur de ce qui se décide en équipe.

La SRSS donne des indications sur leur composition :

- trois ou quatre médecins (selon la taille de la zone et son niveau de rationalisation) actifs dans l'Hôpital Général de Référence
- l'infirmier responsable du nursing à l'Hôpital Général de Référence
- un administrateur gestionnaire (idéalement, l'AG de l'hôpital)

Leurs membres seront désignés par le Médecin Inspecteur Provincial parmi une liste de candidats présélectionnés par un comité de sélection/suivi [12] composé de :

- Pool de supervision
- le Médecin Chef de la Zone concernée
- un délégué du BDOM
- un délégué des partenaires importants dans la province,
- un délégué du Ministère de la Fonction Publique

[12] Ce comité pourra intervenir dans d'autres tâches relatives à la gestion du personnel. Notamment, son avis sera sollicité lors de demande de renvoi d'un agent déjà en poste.

et ce, après appel à candidature lancé sur base d'une description de poste fine et évaluation sur base de critères objectifs.

L'intervention devra assister l'ECP dans le processus de rationalisation des ECZ (états des lieux, normes, définition des postes et des profils,…)

Les appuis aux ECZ par le programme

- l'intervention mettra à disposition la logistique pour l'encadrement des ECZ et son fonctionnement ainsi que des compléments de salaires sur base de la rationalisation
- les ECZ devront bénéficier de l'encadrement technique du pool de supervision pour la mise en œuvre de la SRSS.

Les appuis financiers :

Les appuis financiers consistent au subventionnement temporaire des salaires

Cette rémunération sera servie temporairement par le programme d'appui de la Belgique en anticipation de la mise en œuvre effective du relèvement des barèmes publics. Des modalités devront être arrêtées pour la reprise progressive par l'Etat Congolais de ses obligations.

Au niveau de chaque Zone de Santé, l'équipe cadre aura à élaborer un plan de développement de la zone et entamer son exécution

La constitution des équipes cadres de Zones de Santé est décrite ci-dessus parmi les tâches de la responsabilité de l'Equipe Cadre Provinciale.

Les appuis techniques

L'assistance technique de la CTB appuie les Equipes Cadres, tant au niveau provincial qu'au niveau de chaque Zone de Santé soutenue.

Les appuis en investissement

Bien que le programme soit fortement orienté vers l'assistance technique et la couverture temporaire de coûts de fonctionnement des formations sanitaires soutenues, il prévoit le financement de réhabilitations, voire de constructions, de locaux destinés à abriter les équipes cadres lorsque ces locaux ne sont pas directement disponibles. L'intervention d'autres bailleurs, déjà actifs sur ce site, sera sollicitée.

Des équipements bureautiques pourront être fournis par le programme si besoin.

Les appuis au fonctionnement

Le programme participera aux coûts de fonctionnement des équipes cadres, notamment les frais de déplacements.

3.2.3 Résultat 3

L'Hôpital Général de Référence de Kisantu est progressivement rationalisé

Voir commentaires au-dessous du résultat 7

3.2.4 Résultat 4

Les centres et les postes de santé de Kisantu sont progressivement rationalisés

Voir commentaires au-dessous du résultat 7

3.2.5 Résultat 5

L'Institut Technique Médical de Kisantu répond progressivement mieux aux besoins de formation de base et pour le personnel en place

Voir commentaires au-dessous du résultat 7

3.2.6 Résultat 6

Les structures opérationnelles de la zone sanitaire de Ngidinga sont progressivement rationalisées

Voir commentaires au-dessous du résultat 7

3.2.7 Résultat 7

Les structures opérationnelles de la zone sanitaire de Nselo sont progressivement rationalisées

Les commentaires ci-dessous concernent les résultats 3, 4, 5, 6 et 7.

La rationalisation des Ressources humaines

C'est entre autre la rationalisation du fonctionnement des formations sanitaires qui conduira à l'objectif spécifique d'amélioration des soins de santé offerts à la population. La place absolument centrale de cette tâche dans le programme justifie qu'elle soit détaillée ici.

La mise à la retraite des agents en âge d'être retraités

De nombreux fonctionnaires en âge de retraite demeurent en fonction devant l'impossibilité dans laquelle se trouve l'Etat Congolais de les indemniser correctement. Cette conjoncture entraîne des effets pervers en renforçant la pléthore de personnels constatée dans la plupart des formations sanitaires publiques et rend extrêmement aléatoire tout effort de rationalisation.

Comme mesure initiale de rationalisation de chaque formation, le programme paiera à ces agents, dans les formations en cours de rationalisation, des primes de départ sur base d'une concertation sociale avec tous les concernés et selon les dispositions prises par le Gouvernement en concertation avec la Banque Mondiale qui détient pour cette activité un fonds spécial en attendant les modalités qui devront être arrêtées pour la reprise progressive par l'Etat Congolais de ses obligations en cette matière.

La première année, cela concernera le personnel des Hôpitaux Généraux de Référence ainsi que d'un petit nombre de Centres de Santé qui entreront en renforcement dans le cadre de cette intervention. A partir de la deuxième année, le personnel à l'âge de la retraite dans les formations sanitaires ciblées par l'intervention bénéficiera de cette mesure.

La détermination du cadre organique de chaque structure

Dans l'attente de normes de fonctionnement définitives (dont il faut rappeler que le programme a pour ambition d'aider à les établir) et rendues officielles, le cadre organique peut être retenu, à titre indicatif comme suit :

L'Hôpital Général de Référence

- Médecins : 1 médecin pour 30 lits avec un minimum de 2 médecins
- Infirmiers et autres personnels techniques de santé : 1 infirmier pour 3 lits, dont 20 % d'infirmiers A1
- Autres personnels : 1 agent pour 12 lits

Le Centre de Santé Intégré

- Infirmiers : 3 ou 4 infirmiers

La sélection des agents appelés à remplir ce cadre

Les membres du personnel des formations sanitaires en voie de rationalisation seront désignés par le Médecin Inspecteur Provincial parmi une liste de candidats présélectionnés par un comité de sélection/suivi [13] composé de :

- Pool de supervision
- le Médecin Chef de la Zone concernée
- un délégué du BDOM
- un délégué des partenaires importants dans la province,
- un délégué du Ministère de la Fonction Publique

[13] Ce comité pourra intervenir dans d'autres tâches relatives à la gestion du personnel. Notamment, son avis sera sollicité lors de demande de renvoi d'un agent déjà en poste.

et ce, après appel à candidature lancé sur base d'une description de poste fine et évaluation sur base de critères objectifs.

Leur rémunération : l'anticipation du relèvement des barèmes de la Fonction Publique

Tous les membres du personnel des formations sanitaires nommés selon les procédures de sélection décrite plus haut bénéficieront d'une rémunération fixée en cohérence avec les perspectives ouvertes par la réforme de la Fonction Publique.

Cette rémunération sera servie temporairement par le programme ASSNIP en anticipation de la mise en œuvre effective du relèvement des barèmes publics. Rappelons que ces dispositions ne concernent que les formations en cours de rationalisation. Des modalités devront être arrêtées pour la reprise progressive par l'Etat Congolais de ses obligations.

Les appuis du programme aux formations sanitaires soutenues

Les appuis techniques

L'assistance technique de la CTB est directement orientée vers les formations sanitaires.

Les appuis en investissement

L'essentiel des appuis en investissement est repris au chapitre ressources financières.

En principe, le programme n'investira pas dans la réhabilitation des hôpitaux de Nselo et Ngidinga. Pour l'HGR de Kisantu un montant important est prévu pour la réhabilitation de l'hôpital y compris les travaux de lutte anti-érosive.

Des véhicules seront fournis pour permettre le déroulement des activités des formations sanitaires, notamment la prise en charge des urgences (1 ambulance Toyota 4x4 pour l'HGR de Kisantu, 1 Toyota 4x4 pour ECZ de Kisantu et 1 pour Nselo)

Des équipements bureautiques seront fournis par le programme selon les besoins jugés prioritaires.

Les appuis en fonctionnement

Le programme ASSNIP pourra prendre en charge certains coûts de fonctionnement des structures soutenues.

Les appuis financiers : le subventionnement temporaire des salaires

Tous les agents congolais membres des équipes cadres bénéficieront d'une rémunération fixée en cohérence avec les perspectives ouvertes par la réforme de la Fonction Publique, telles qu'elles sont aujourd'hui connues.

Cette rémunération sera servie temporairement par le programme d'appui de la Belgique en anticipation de la mise en œuvre effective du relèvement des barèmes publics. Des modalités devront être arrêtées pour la reprise progressive par l'Etat Congolais de ses obligations.

La chronologie de la prise en charge des différentes formations

La stratégie de mise en œuvre du programme ASSNIP expose les principes de la planification de l'intervention ; la planification fine sera déterminée par les équipes cadres au cours de l'exécution du programme.

Une remarque sur les institutions privées de type confessionnel visées par le programme

Un des points forts du Programme d'Appui à la Mise en œuvre de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé réside dans sa flexibilité à répondre à des situations diversifiées et des conjonctures spécifiques existantes dans chaque site entrepris. Des accords de partenariat et de collaboration devront peut-être signés avec, par exemple, le BDOM du Diocèse de Kisantu.

Une remarque sur le régime dérogatoire temporaire sous lequel fonctionneront les formations appuyées par le projet

De nombreuses dispositions seront mises en place, éventuellement à titre d'expériences pilotes, dans différents domaines de la gestion des formations sanitaires et des structures des niveaux intermédiaires du Ministère de la Santé Publique.

Elles pourront concerner des domaines aussi différents que :

- Les attributions et les missions des structures actuelles (Bureaux centraux de Zones de Santé, Inspections Provinciales de la Santé,…
- la gestion des ressources humaines, y compris
  - leur sélection
  - leur rémunération
- les mécanismes de facturation et de recouvrement des services rendus à la population, y compris
- les modes de tarification
- la planification des formations des personnels de santé
- …

Mener à bien ces démarches ne sera possible que si les sites où elles s'exercent bénéficient d'une relative autonomie par rapport aux organes et aux procédures courantes de tutelles. La Convention Spécifique à conclure entre les gouvernements congolais et belge devra définir explicitement cette autonomie. Les médecins inspecteurs provinciaux devront assurer la protection des sites couverts par le programme.

3.2.8 Résultat 8

Le niveau central est alimenté en informations pertinentes pour la planification du secteur résultant de recherches effectuées par le programme

Il s'agit d'un résultat essentiel pour la pérennisation des activités de renforcement du système mises en place sur les sites d'intervention du Programme d'ASSNIP. Sa réalisation sera une préoccupation centrale de l'ECP en ceci assisté comme pour toute autre activité par le Conseiller Technique dont la sélection sera fondée sur l'adéquation maximum avec des Termes de Référence précis et exigeants.

Mais ce résultat mobilisera aussi tous les acteurs du programme. En particulier, les structures de suivis (suivi scientifique, suivi technique par la CTB) y seront particulièrement attentives.

3.3 ACTIVITES A METTRE EN ŒUVRE

Des activités sont amplement identifiées dans le cadre logique avec les sous-activités essentielles. Les moyens nécessaires à leur accomplissement sont détaillés dans les tableaux du budget et leur planification figure dans les chronogrammes du projet.

Il faut insister sur le fait que dans un projet qui comporte une très importante dimension de recherche, il est illusoire de vouloir déterminer à priori le détail des tâches qui seront accomplies au cours de son exécution. Une très grande latitude sera laissée aux acteurs qui y seront engagés et qui chercheront des conseils auprès du Ministère de la Santé, du Groupe d'Appui à la stratégie de Renforcement du Système de Santé (GARSS), et de l'équipe de suivi scientifique.

3.3.1 Les plans directeurs des hôpitaux

Pour les 3 zones concernées dans l'intervention, un budget est prévu pour le développement d'un plan directeur de l'hôpital. Ce plan est plus qu'un simple inventaire des bâtiments et un plan architectural des infrastructures.

Un plan directeur d'un hôpital comprend une réflexion profonde sur le mandat de l'hôpital, les services qu'on veut y développer dans une période donnée, la description des profils nécessaires à son fonctionnement, l'engagement ou le redéploiement du personnel en fonction des postes prédéfinis et les besoins en infrastructures, équipement et coûts de fonctionnement que cela implique (maintenance, salaires, etc). A partir de cette réflexion, un chronogramme des réalisations, un plan budgétaire et un plan architectural peuvent être développés.

L'intervention prévoit 2 experts, un ingénieur architecte et un médecin santé publique, qui de façon très participative avec les responsables de l'hôpital et le pool de supervision de l'intervention, développeront le plan. Le résultat attendu est un document qui comporte la description du mandat de l'hôpital actuel et dans le futur, un chronogramme et une estimation de budget. Le plan architectural décrira l'état des lieux du moment des bâtiments existants et un plan directeur qui décrit le développement des anciens et nouveaux bâtiments de façon phasée.

Ces documents constitueront une base de négociation avec tous les bailleurs potentiels pour négocier tout investissement à réaliser. Ainsi les supports ponctuels qui actuellement se réalisent d'une façon non coordonnée, voire anarchique, peuvent être orientés dans un plan cohérent avec une vision réaliste à long terme.

3.3.2 L'importance des plans de développement des ZS quinquennaux et des plans opérationnels annuels

L'intervention belge ne développera pas des plans spécifiques à l'intervention. Le pool de supervision travaillera étroitement ensemble avec respectivement les ECZ, les responsables des formations sanitaires et l'ITM et avec les autres intervenants (programmes spéciaux de façon intégrée et ONG diverses) pour développer des plans de développement sanitaire de zone quinquennaux et des plans d'actions annuels. A cette occasion la partie de financement assurée par le projet ASSNIP sera identifiée, en complément des financements étatiques, diocésains et autres.

En l'absence de ces plans, l'intervention aura beaucoup de difficultés pour engager les fonds.

3.3.3 Appui au fonctionnement

Comme déjà indiqué plus haut, l'appui au fonctionnement des hôpitaux cadre dans la logique d'une baisse de tarifs en conséquence. Ceci explique le budget relativement important consacré à cet exercice. Cet appui ne précise pas un poste budgétaire précis où cet appui doit être inséré. L'équipe de gestion locale ensemble avec le pool de supervision analysera la situation et planifieront ensemble l'utilisation du budget.

A priori, 3 postes budgétaires semblent importants dans une optique de diminution directe des frais pour le patient : les médicaments, les actes chirurgicaux et le coût journalier d'hospitalisation. Le désavantage du premier est qu'une subvention dans le coût des médicaments n'incite pas les prescripteurs de rationaliser l'utilisation des médicaments, tandis que la mission de formulation a constaté une surconsommation indéniable de vitamines de toute origine chez les patients hospitalisés.

Le coût d'hospitalisation par jour par contre est une barrière importante pour que le patient puisse quitter l'hôpital au moment voulu. Une subvention de ces frais éviterait le phénomène du patient retenu à l'hôpital (augmentant ainsi les frais de séjour davantage) parce qu'il n'arrive pas à payer la dernière facture.

Directement ou indirectement, le budget d'appui au fonctionnement allègera les charges pour le payement des salaires de base du personnel contractuel ou les primes octroyés aux agents de l'état pour les égaliser sur le point salarial avec les cadres contractuels.

3.3.4 Autres activités

En dehors des supervisions qui sont prévues sous les résultats 1 et 2 du projet, des activités spécifiques pour améliorer la situation de l'accessibilité et de la qualité des soins sont prévues.

Sous le résultat 3, est prévu une étude sur les coûts des soins et une introduction graduelle de tarifs forfaitaires qui devraient permettre aux patients d'être soignés à moindre coût, pendant que les services sont motivés d'ajuster leur comportement clinique et de prescription médicamenteuse à cette logique de forfait. Le programme appuiera également toute initiative mutuelliste existante.

Egalement sous le résultat 3, la qualité des soins est concernée à travers un intérêt pour les prises de décisions cliniques et la rationalisation de la prescription. Des protocoles seront élaborés ainsi qu'un guide de prescription. Une attention particulière sera consacrée à la prise en charge des malades chroniques et à une « approche-centrée-sur-le-patient ». Des audits médicaux seront introduits également.

La rationalisation de l'approvisionnement en médicaments et l'achat d'un équipement essentiel viendront en appui pour améliorer davantage la qualité des soins.

3.3.5 Utilisation de l'expertise

Assistance technique continue

Un conseiller technique 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 cinq années de l'intervention. Son appui sera réparti sur l'ECP pour l'appui aux trois Zones de Santé, l'HGR de Kisantu et sur l'ITM de Kisantu.

Les termes de référence du CT se trouvent en annexe 6.4.

Equipe d'expert pour le développement des plans directeurs des HGR

Il est prévu dans les activités d'appuyer et de financer l'établissement de plans directeurs pour les trois HGR. Une équipe d'experts en développement hospitalier composée d'architectes, de spécialistes de l'équipement et de l'organisation hospitalière en Afrique sera recrutée pour réaliser ces plans avec les acteurs concernés.

Expertise ponctuelle ou « perlée » en économie de la santé, gestion hospitalière ou autres domaines plus spécifiques

Le projet intervient à plusieurs endroits au niveau de la gestion financière, particulièrement dans le cadre de la problématique d'une baisse de tarif et dans l'appui technique du développement des mutuelles. La problématique des tarifs est très complexe et une expertise en économie de la santé est nécessaire, au moins au début de l'intervention pour développer une comptabilité analytique pour l'HGR de Kisantu et les scénarios pour différentes initiatives de diminution des tarifs pour les patients. Cette expertise devra être complétée par une expertise en gestion hospitalière.

Dans le cadre de la recherche-action, le projet fera appel à d'autres expertises si nécessaire, par exemple, dans le cadre de l'appui au développement de mutuelles de santé (ex : Mutuelle de Santé de Kisantu (MUSAKIS) soutenue par le SLCD).

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.

Une équipe de suivi scientifique assure déjà l'appui-conseil pour les volets 1 et 2 de l'ASSNIP et pour le projet d'appui à la DEP et au PARSS. Il sera utile que cette équipe puisse travailler de pair et en collaboration étroite avec l'équipe scientifique qui sera identifiée pour cet ASSNIP volet 3 afin de garder l'objectif de cohérence et de synergie, ne fut-ce qu'entre les trois volets ASSNIP.

Il est donc justifié de prévoir au budget de ASSNIP volet 3 un nouveau montant de suivi scientifique global pour deux raisons, en dehors des exigences de la loi sur les marchés publiques. La première raison est que l'équipe actuelle qui appuie et conseille les ASSNIP volets 1 et 2, le projet DEP et le PARSS a déjà un cahier de charge bien rempli et l'équipe devra confirmer dans l'éventualité de sa candidature pour le suivi scientifique de cette intervention sa disponibilité et la deuxième raison est que ASSNIP volet 3 aura besoin aussi d'expertise plus spécifique notamment dans le champ de la gestion hospitalière, de l'études des coûts et du financement des soins, et surtout dans le champ des processus de diagnostic-traitement à l'hôpital. En effet, depuis plusieurs années, des spécialistes cliniciens (diabétologie, médecine interne, orthopédie, etc.) collaborent avec des cliniciens de la RDC à Kinshasa mais aussi à l'HGR de Kisantu via l'association Leuven Medical Support (LMS) et de plus en plus LUMOS. L'intervention profitera de l'appui offert par LUMOS et LMS qui seront d'ailleurs un des partenaires pour cette intervention. Le suivi scientifique devra contribuer à garantir la cohérence de ces interventions avec la vision de développement global de l'hôpital. La collaboration entre le pool de supervision, les acteurs

concernés, LUMOS et LMS et l'équipe de suivi scientifique sera indispensable pour ces aspects d'appui particulier au développement d'une meilleure prise en charge clinique à l'HGR et pour mettre en place des expériences pilotes pour la prise en charge de certaines maladies chroniques comme le diabète, l'hypertension artérielle, les séquelles d'accidents vasculaires cérébraux, la drépanocytose, l'épilepsie et les pathologies psychiatriques.

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 sur le terrain en RDC comme en Belgique.

3.4 INDICATEURS ET SOURCES DE VERIFICATION

Des indicateurs par résultat sont suggérés, à titre indicatif, dans le cadre logique. Ils sont repris ci-dessous. Ils sont également repris avec leurs sources de vérification dans le cadre logique figurant en annexe.

Vu leur nombre très élevé (30), il appartiendra à la direction de l'intervention, en coordination avec les autres ASSNIP, la DEP et le PARSS, de valider leur choix en fonction de critères habituels pour les indicateurs comme le SMART (Specific, Measurable, Achievable/Appropriate, Realistic/Relevant and Timely-Bound). Il faudra veiller à les comparer avec les indicateurs SNIS actuellement collectés en routine dans les services. Il faudra veiller à trouver un équilibre entre le besoin de pouvoir apprécier l'impact de l'intervention et la surcharge de travail des agents de santé en matière de collecte de données. Une priorité sera accordée aux indicateurs de processus lorsque des choix s'imposeront. L'équipe de supervision pourrait éventuellement contribuer à la discussion de simplification du canevas SNIS.

Il sera nécessaire d'avoir des données en début d'intervention sur les indicateurs retenus pour pouvoir apprécier l'évolution sur cinq ans.

Ces indicateurs devront être présentés aux différents acteurs afin que ces derniers se les approprient.

Les indicateurs retenus ne devront pas perturber la collecte actuelle de données SNIS. Au contraire, l'assistance technique fournie dans le cadre de l'intervention devra renforcer les capacités des agents à collecter correctement les indicateurs SNIS et à les analyser en tant qu'outils pour une amélioration de la qualité des services

Le service expertise et thématique de la CTB ainsi que le suivi scientifique contribueront à la réflexion sur le choix des indicateurs.

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

Objectif spécifique

Les soins de santé offerts aux populations de Zones de Santé sélectionnées sont progressivement améliorés en qualité (soins globaux, continus, intégrés, efficaces, efficients, accessibles) par des processus d'amélioration progressive qui forment un modèle largement productible dans la RD Congo.

1. Taux d'utilisation par service de soins
2. Durée moyenne de séjour dans les HGR
3. Taux d'occupation des lits
4. Taux de patients référés des CS vers l'HGR et effectivement arrivés
5. Taux d'accouchements assistés

6. Taux de dépistage de la TBC
7. Taux de traitements anti-TBC achevé

Résultat 1: Les Zones de Santé du district de La Lukaya sont encadrées par l'Equipe Cadre Provinciale du Bas-Congo

1. Nbre de supervisions réalisées
2. Nbre de mesures prises suivies d'exécution
3. Nbre de réunions de coordination réalisées

Résultat 2: Dans les Zones de Santé ciblées les Equipes Cadres de Zones sont fonctionnelles

1. Nbre de supervisions réalisées/Nbre de supervisions prévues
2. Nbre d'initiatives de RA/RO mises en œuvre et abouties
3. Existence de plans de développement intégrant les programmes verticaux et les interventions des partenaires
4. Nbre de plans d'action en exécution
5. Taux de réalisation des activités planifiées

Résultat 3: L'Hôpital Général de Référence de Kisantu est progressivement rationalisé

1. Durée moyenne de séjour
2. Taux d'occupation des lits par service
3. Prix moyen payé par patient et par type de pathologie
4. Coût moyen par patient et par type de pathologie

Résultat 4: Les centres de santé de Kisantu sont progressivement rationalisés

1. Nbre de CS avec personnel rationalisé
2. Nbre de CS avec PMA défini
3. Nbre de cas de maladies chroniques suivis en service de routine
4. Nbre de CS intégrant dans leur PMA les programmes verticaux que la zone aura décidés d'intégrer

Résultat 5: L'Institut Technique Médicalde Kisantu répond progressivement mieux aux besoins de formation de base et pour le personnel en place

1. Nbre d'élèves inscrits par an
2. Nbre de personnel recyclé en techniques d'accouchement
3. Degré de réalisation du programme d'enseignement
4. Nbre de processus « qualité » entrepris /Nbre de processus « qualité » aboutis
5. Taux de réussite des élèves à l'examen publique

Résultat 6: Les structures de la zone sanitaire de Ngidinga sont progressivement rationalisées

Voir résultats R3 et R4

Résultat 7: Les structures de la zone sanitaire de Nselo sont progressivement rationalisées

Voir résultats R3 et R4

Résultat 8: Le niveau central est alimenté en informations pertinentes pour la planification du secteur résultant de recherches effectuées par le programme

1. Nbre d'ateliers de partage d'informations tenus
2. Nbre de RA achevées avec rapport achevé

3.5 ACTEURS INTERVENANT DANS LA MISE EN ŒUVRE

3.5.1 La direction de l'intervention

La direction de l'intervention sera assurée conjointement par le CT et le Médecin, membre de la future ECP.

Le Conseiller Technique (CT) sera ancré institutionnellement au niveau provincial mais basé physiquement à Kisantu au niveau du bureau qui y sera construit. Le pool de supervision pilotera l'ensemble de l'intervention. Il fera partie intégrante de la future Equipe Cadre Provinciale qu'il aidera à mettre en place selon les recommandations de la SRSS. Il appuiera techniquement l'équipe cadre provinciale dans sa mission d'appui au développement du plan de couverture provincial et d'appui au développement des Zones de Santé en se focalisant sur les zones ciblées par l'intervention.

La direction de l'intervention appuiera également les autres services ciblés par l'intervention, à savoir :

- Les ECZS de Kisantu, Nselo et Ngidinga.
- L'HGR de Kisantu
- L'ITM de Kisantu

La direction de l'intervention partagera son temps entre les différents services appuyés selon la répartition suivante (modifiable en fonction des exigences techniques en cours d'intervention) : ECP(30%), l'HGR(30%), les ECZ(30%) et l'ITM (10%).

La direction de l'intervention participera aux réunions techniques de coordination entre les différents projets santé bilatéraux en cours (ASSNIP, appui à la DEP) et à venir.

Cette direction sera responsabilisé pour veiller à la mise en œuvre des activités prévues pour l'atteinte des résultats attendus non seulement pour ce qui concerne directement son service mais également pour ce qui concerne l'ensemble des autres services appuyés dans les trois Zones de Santé ciblée par l'intervention.

Son rôle régalien est attendu notamment pour faire appliquer le processus de rationalisation des services et des ressources humaines dans les zones appuyées et à l'HGR.

3.5.2 Les services étatiques de santé appuyés

Les responsables et les équipes des différents services appuyés (ECP, HGR Kisantu, BCZS, ITM) seront responsabilisés pour la planification de l'ensemble des activités et de la mise en œuvre des plans de leurs services.

Ils seront responsabilisés pour la planification trimestrielle des activités entrant dans le cadre de cette intervention mais devant s'intégrer dans leur plan de développement et plans d'actions globaux de leurs services. Un appui technique et financier est d'ailleurs inscrit au budget de cette intervention pour les y aider.

3.5.3 Le BDOM

Avec les deux médecins de santé publique superviseurs du BDOM et la responsable de Caritas-Développement Santé de Kisantu, le BDOM joue un rôle important dans l'appui technique pour deux des trois zones ciblées par l'intervention (Kisantu et Ngidinga) et pour le BD. Il sera impérieux de trouver avec le BDOM le meilleur moyen de coordonner leur appui technique avec celui qui est inscrit dans l'intervention. Un premier moyen est d'inviter le BDOM à participer activement et systématiquement aux planifications trimestrielles des services pour les activités liées à l'intervention sur les trois Zones de Santé ciblés par l'intervention et sur le BD. En revanche, le CT devrait être invité à participer aux planifications organisées par le BDOM en ce qui concerne Kisantu, Ngidinga et le BD. L'objectif visé est de conjuguer les efforts pour renforcer les équipes du District, des Zones de Santé et de l'ITM, afin que ces dernières puissent être plus à même de maîtriser leur propre planification en y intégrant les différentes interventions des partenaires techniques et financiers et des programmes verticaux.

Un deuxième moyen est de collaborer aussi souvent que possible avec le BDOM pour ce qui touche aux supervisions et formations, par exemple. Il serait souhaitable de pouvoir organiser et réaliser les supervisions et les formations conjointement avec les services appuyés en répartissant les tâches et compétences de manière complémentaire.

3.5.4 La population bénéficiaire

La direction de l'intervention veillera à encourager les services à associer les structures de participation communautaire existantes (COSA) à participer aux processus de planifications-évaluations. Là où elles n'existeraient pas ou ne seraient pas fonctionnelles, l'intervention veillera à encourager les services à tout mettre en oeuvre pour les re-dynamiser ou stimuler leur création.

3.5.5 Le staff administratif et financier de l'intervention

Le responsable administratif et financier (RAF) local sera basé dans le bureau qui sera construit et assurera la gestion administrative et financière de l'intervention. Il sera aidé dans sa tâche par un(e) secrétaire comptable.

Il sera placé sous l'autorité de la direction de l'intervention.

Le 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, etc).

Il appuiera aussi les services administratifs et financiers des différentes structures appuyées par l'intervention.

3.5.6 Le Manager Administratif et Financier (MAF) santé de la RRCTB à Kinshasa (port-folio)

Le MAF du portfolio management la RRCTB en RDC appuiera et supervisera la gestion administrative et financière du staff administratif et financier de l'intervention. Ce regard permanent du MAF du PFMT sur les dépenses trimestrielles et pièces comptables en provenance de l'intervention offre une garantie supplémentaire pour la bonne gestion et utilisation des fonds.

3.5.7 Les jeunes émanants du programme SVCD

La Coopération Belge a décidé de permettre à de jeunes experts belges de travailler dans le cadre de ses interventions bilatérales et ceci sans frais pour les interventions concernées.

Dans le cadre ASSNIP au niveau de Kisantu plusieurs profils de professionnels pourront valablement contribuer à la réussite de l'intervention :

- Des médecins cliniciens pour le renforcement de la qualité des soins au niveau de l'hôpital de Kisantu
- Des médecins ou des sages-femmes pour un appui à l'enseignement à l'ITM et l'organisation des stages à différents niveaux (Hôpital, CS)
- Des médecins, infirmiers, gestionnaires, économistes ou sociologues dans le cadre de la réorganisation de l'hôpital sur le plan administratif et gestionnaire (études des coûts et politique de tarification), dans le cadre de l'appui au développement de mutuelles de santé, ou encore dans le cadre de l'organisation et l'enseignement à l'ITM.

4. PLANIFICATION FINANCIERE

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.

4.1 RESSOURCES FINANCIERES

Ressources financières				
Répartition des masses budgétaires par nature				
Personnel				60,66%
	Personnel des structures	2060500	38,16%	
	Personnel du projet	880000	16,30%	
	Expertise externe	335000	6,20%	
Fonctionnement				24,43%
	Moyen généraux - frais de fonctionnement	95000	1,78%	
	ECP (R1)	34000	0,64%	
	ECZ (R2)	69000	1,29%	
	HGR de Kisantu (R3)	834000	15,61%	
	ITM de Kisantu (R5)	65250	1,22%	
	ZS Ngidinga (R6)	61000	1,14%	
	ZS Nselo (R7)	41000	0,77%	
	Niveau central (R8)	106480	1,99%	
Investissement				13,23%
	Moyen généraux - investissement	37270	0,70%	
	ECP (R1)	50000	0,94%	
	HGR de Kisantu (R3)	330000	6,18%	
	CS et PS de Kisantu (R4)	125000	2,34%	
	ITM de Kisantu (R5)	40000	0,75%	
	ZS de Ngidinga (R6)	60000	1,12%	
	ZS de Nselo (R7)	65000	1,22%	
Sous- Total		5288500	98,96%	
				98,33%
Réserve Budgétaire activités		55500	1,04%	
Total Général		5344000		

Près de 60 % des ressources financières ont été prévus pour les ressources humaines dont près de 38% pour le personnel des structures appuyées. Cet important apport extérieur se justifie par le fait qu'un des axes stratégiques de l'intervention est de permettre à la zone de démonstration de mettre en œuvre la rationalisation du personnel sans faire perdre au personnel ses acquis en matière de salaire et primes. Comme l'Etat n'est pas encore en mesure de financer les primes au départ à la retraite et la hausse de salaire selon, par exemple, les accords de Mbudi, l'intervention, à titre de démonstration et le temps de l'intervention, financera non seulement les primes de départ à la retraite mais aussi les compléments de salaires sur base d'un nombre de personnel rationalisé par

les autorités sanitaires, en se référant, entre autres, aux normes du « Recueil des Normes de la Zones de Santé » et ce de manière progressive et en préservant un climat social favorable à la bonne marche des services.

Près de 22% sont destinés à l'expertise technique dont les différentes formes et les justifications sont détaillées au chapitre 3.3.4. et au chapitre 3.2. des ressources humaines. Rappelons ici seulement que l'important volume financier consacré à l'expertise est justifié par la volonté de renforcer une ECP et trois Zones de Santé et par l'effet de démonstration attendu au bénéfice, entre autres, du niveau central, ce qui implique un important investissement dans la recherche et l'appui scientifique extérieur.

Près de 30% du volume financier est destiné au fonctionnement des structures appuyées, en particulier les HGR. L'objectif est essentiellement de permettre à ces structures de pouvoir commencer à diminuer leurs tarifs de soins en espérant ainsi augmenter les taux de fréquentations (actuellement très bas) et d'engager un cercle vertueux pour une meilleure destination des fonds recouvrés. Il s'agit en effet de ne plus ponctionner dans les recettes pour autre chose que les frais de fonctionnement de la structure. Les lignes budgétaires prévues sont suffisamment générales pour permette aux structures elles-mêmes en accord avec la direction de l'intervention de décider de l'allocation plus précise des ressources en fonction des besoins et sur base d'un plan de rationalisation.

En matière d'investissement il s'agit essentiellement de :

- la construction d'un bâtiment de 5 à 6 bureaux destiné à abriter le membre de l'ECP détaché à Kisantu, le CT, le staff administratif et financier et un secrétariat.
- La réhabilitation des infrastructures HGR de Kisantu, CS et ITM, selon les priorités qui seront définies, entre autres, dans les plans directeurs et de développement.

Pour une série d'activités aucun budget (PM, pour mémoire) n'est prévu dans la mesure où il s'agit d'activités faisant appel à différentes expertises « intellectuelles » de personnes recevant un salaire par ailleurs.

4.1.1 Budget par activités et chronogramme

							CHRONOGRAMME				
BUDGET TOTAL				Mode d'exéc.	BUDGET TOTAL	%	**ANNEE 1**	**ANNEE 2**	**ANNEE 3**	**ANNEE 4**	**ANNEE 5**
A			**Objectif spécifique: Les soins de santé offerts aux populations de zones de santé sélectionnées sont progressivement améliorés en qualité (soins globaux, continus, intégrés, efficaces, efficients, accessibles) par des processus d'amélioration progressive**		**4.039.230**	**75%**	**993.946**	**935.396**	**762.796**	**701.296**	**645.796**
A	*01*		*Résultat 1: Les zones de santé du district de Lukaya sont encadrées par l'**équipe cadre provinciale** du Bas-Congo*		*153.000*	*4%*	*93.000*	*15.000*	*15.000*	*15.000*	*15.000*
A	01	01	Bureau pour le CT, RAF, ECP, secrétaire		50.000		50.000	0	0	0	0
A	01	02	Formulation d'un plan intégré de développement		1.000		1.000	0	0	0	0
A	01	03	Supervision des ECZ + voiture de supervision		77.000		37.000	10.000	10.000	10.000	10.000
A	01	04	Réunions de coordination entre ZS		25.000		5.000	5.000	5.000	5.000	5.000
A	01	05	Coordination intervenants dans district		PM						
A	01	06	Illustrer les démarches et outils pour fonctionnement ECD (recherche-action)		PM						
A	*02*		*Résultat 2: Dans les zones de santé ciblées les **équipes cadres de zones** sont fonctionnelles*		*69.000*	*2%*	*15.400*	*13.400*	*13.400*	*13.400*	*13.400*
A	02	01	Formulation plans de développement ZS		2.000		2.000	0	0	0	0
A	02	02	Supervision formative y compris analyse des observations et prises de décision		37.000		7.400	7.400	7.400	7.400	7.400
A	02	03	Suivi initiatives sur plan organisationnel et plan offre des soins		30.000		6.000	6.000	6.000	6.000	6.000
A	02	04	Appuyer initiatives intégration programmes verticaux		PM						
A	02	05	Appuyer ECZ et HGR pour analyse indicateurs de performance dans ZS et envisager solutions		PM						
A	*03*		*Résultat 3: L'**hôpital général de référence** de Kisantu est progressivement rationalisé*		*1.851.000*	*46%*	*308.600*	*388.100*	*389.100*	*381.100*	*384.100*
A	03	01	Plan directeur global HGR et annexes et appui réhabilitation et construction		330.000		90.000	80.000	70.000	50.000	40.000
A	03	02	Plans d'action annuels sur base du plan directeur		6.000		2.000	1.000	1.000	1.000	1.000
A	03	03	Nouvelle gestion du personnel avec mise à la retraite et rationalisation des effectifs		660.000		70.000	130.000	141.000	153.000	166.000
A	03	04	Nouvelle gestion financière HGR (subvention au fonctionnement)		750.000		100.000	162.500	162.500	162.500	162.500
A	03	05	Appuyer l'initiative de mutualisation		PM						
A	03	06	Développer standards prise en charge cliniques avec rationalisation prescription + ambulance		100.000		41.600	14.600	14.600	14.600	14.600
A	03	07	Renforcer gestion approvisionnement médicaments		PM						
A	03	08	Organiser lieux de stage pour IMT, encadrement étudiants et développement stratégies restriction nombre de stagiaires		PM						
A	03	09	Appuyer réalisation nouvelle politique malades chroniques et handicapés		5.000		5.000	0	0	0	0

A	*04*		*Résultat 4: Les **centres et les postes de santé** de **Kisantu** sont progressivement rationalisés*		*545.000*	*13%*	*115.000*	*150.000*	*110.000*	*95.000*	*75.000*
A	04	01	Développer carte de couverture ZS y compris rationalisation personnel		420.000		80.000	110.000	90.000	80.000	60.000
A	04	02	Introduire PMA de qualité dans CS (+ fourniture équipement)		100.000		25.000	25.000	20.000	15.000	15.000
A	04	03	Appuyer réhabilitation infrastructures prioritaires		25.000		10.000	15.000	0	0	0
A	04	04	Appuyer intégration programmes verticaux et prise en charge des malades chroniques dans PMA		PM						
A	*05*		*Résultat 5: L **'Institut Technique Médical de Kisantu** répond progressivement mieux aux besoins de formation de base, complémentaire et continue*		*195.750*	*5%*	*77.650*	*53.600*	*20.000*	*21.500*	*23.000*
A	05	01	Appuyer réhabilitation et réfection bâtiment existant		20.000		10.000	10.000	0	0	0
A	05	02	Appuyer rationalisation resources humaines		80.500		13.400	14.600	16.000	17.500	19.000
A	05	03	Fournir complément d'équipement pour ITM		20.000		20.000	0	0	0	0
A	05	04	Appuyer formation initiale, complémentaire + recyclage personnel infirmier en techniques d'accouchement		10.000		2.000	2.000	2.000	2.000	2.000
A	05	05	Appuyer stragégie rationalisation nombre d'élèves (subvention fonctionnement)		55.250		30.250	25.000	0	0	0
A	05	06	Financer les stages		10.000		2.000	2.000	2.000	2.000	2.000
A	*06*		*Résultat 6: Les structures de la **zone sanitaire de Ngidinga** sont progressivement rationalisées*		*621.000*	*15%*	*190.000*	*164.000*	*109.000*	*89.000*	*69.000*
A	06	01	Plan directeur global HGR		15.000		15.000				
A	06	02	Plans d'action annuels sur base du plan développement sanitaire ZS		6.000		2.000	1.000	1.000	1.000	1.000
A	06	03	Plan de couverture sanitaire y compris rationalisation des RH ZS		500.000		140.000	120.000	100.000	80.000	60.000
A	06	04	Appuyer fonctionnement HGR sous condition de rationalisation du personnel et baisse des tarifs		40.000		8.000	8.000	8.000	8.000	8.000
A	06	05	Appuyer réhabilitation infrastructures et équipement		60.000		25.000	35.000	0	0	0
A	*07*		*Résultat 7: Les structures de la **zone sanitaire de Nselo** sont progressivement rationalisées*		*506.000*	*13%*	*181.000*	*130.000*	*85.000*	*65.000*	*45.000*
A	07	01	Plan directeur global HGR		15.000		15.000				
A	07	02	Plans d'action annuels sur base du plan développement sanitaire ZS		6.000		2.000	1.000	1.000	1.000	1.000
A	07	03	Plan de couverture sanitaire y compris rationalisation des RH ZS		400.000		120.000	100.000	80.000	60.000	40.000
A	07	04	Appuyer fonctionnement HGR sous condition de rationalisation du personnel et baisse des tarifs		20.000		4.000	4.000	4.000	4.000	4.000
A	07	05	Appuyer réhabilitation infrastructures et équipement		65.000		40.000	25.000	0	0	0

08		*Résultat 8: Le **niveau central** est alimenté en informations pertinentes pour la planification du secteur résultant de recherches effectuées par le programme*		*98.480*	*2%*	*13.296*	*21.296*	*21.296*	*21.296*	*21.296*
08	01	Appuyer conception recherches opérationnelles et recherches-action		PM						
08	02	Appuyer et financer recherches-actions, recherches opérationnelles, monitorage et analyse données		92.000		12.000	20.000	20.000	20.000	20.000
08	03	Participer à rétro-information au niveau central (participation aux ateliers /réunions)		6.480		1.296	1.296	1.296	1.296	1.296
		Réserve budgétaire en régie (max 5% du total des activités)		**13.500**	**0%**	**2.700**	**2.700**	**2.700**	**2.700**	**2.700**
		Moyens généraux	**régie**	**1.347.270**	**25%**	**285.270**	**258.000**	**248.000**	**258.000**	**298.000**
01		*Frais de personnel*		*880.000*	*65%*	*176.000*	*176.000*	*176.000*	*176.000*	*176.000*
01	01	Assistant technique		720.000		144.000	144.000	144.000	144.000	144.000
01	02	Staff Administratif et logistique du projet		80.000		16.000	16.000	16.000	16.000	16.000
01	03	Ressources financières et procurement (PFMT)		80.000		16.000	16.000	16.000	16.000	16.000
02		*Investissements*		*37.270*	*2%*	*37.270*	*0*	*0*	*0*	*0*
02	01	Véhicules Toyota 4x4		27.000		27.000	0	0	0	0
02	02	Equipement IT et coffre fort		10.270		10.270	0	0	0	0
03		*Frais de fonctionnement*		*160.000*	*12%*	*32.000*	*32.000*	*32.000*	*32.000*	*32.000*
03	01	Expertises ponctuelles		65.000		13.000	13.000	13.000	13.000	13.000
03	02	Autres frais de fonctionnement		20.000		4.000	4.000	4.000	4.000	4.000
03	03	Fonctionnement voiture AT		75.000		15.000	15.000	15.000	15.000	15.000
04		*Suivi et Evaluation*		*270.000*	*20%*	*40.000*	*50.000*	*40.000*	*50.000*	*90.000*
04	01	Suivi scientifique		200.000		40.000	40.000	40.000	40.000	40.000
04	02	Audit locale		20.000			10.000		10.000	
04	03	Evaluation finale		50.000						50.000
TAL en régie				**5.400.000**		**1.281.916**	**1.196.096**	**1.013.496**	**961.996**	**946.496**
			REGIE	**5.400.000**		**1.281.916**	**1.196.096**	**1.013.496**	**961.996**	**946.496**

à titre indicatif :	
année 1 répartie en trimestre	
Q1 année1=	384.575
Q2 année1=	320.479
Q3 année1=	320.479
Q4 année1=	256.383
	1.281.916

Les détails des prix unitaires se trouvent en annexe 7.5.

4.2 RESSOURCES HUMAINES

Ressources humaines					
Ressources humaines liées à l'exécution du projet					
Poste Budgétaire				Nature	Budget
Z	01	01	Moyen généraux - frais de personnel	Conseiller Technique	720000
Z	01	02	Moyen généraux - frais de personnel	Staf administratif et logistique	80000
Z	01	03	Moyen généraux - frais de personnel	Ressources financières et procurem	80000
Z	03	01	Moyen généraux - frais de fonctionnement	Expertises ponctuelles	65000
Z	04	01	Moyen généraux - suivi et évaluation	Suivi scientifique	200000
Z	04	02	Moyen généraux - suivi et évaluation	Audit	20000
Z	04	03	Moyen généraux - suivi et évaluation	Evaluation finale	50000
TOTAL					**1215000**
Pourcentage du budget total					**22,50%**

Ressources humaines					
Coûts des RH pris en charge par le projet					
Poste Budgétaire				Nature	Budget
A	01	03	L'ECP	Appuyer le pool de supervision	42000
A	03	03	L'HGR de Kisantu (R3)	Appuyer une nouvelle gestion du personnel avec mise à la retraite et	660000
A	04	01	CS et PS de Kisantu (R4)	Développer une carte de couverture pour la zone de santé y compris une rationalisation du personnel	420000
A	05	02	ITM de Kisantu (R5)	Appuyer la rationalisation des resources humaines	80500
A	06	03	ZS Ngidinga (R6)	Développer un plan de couverture sanitaire y compris une rationalisation des RH de la zone de santé	500000
A	07	03	ZS Nselo (R7)	Appui à la formulation d'un plan de couverture sanitaire y compris une rationalisation des RH de la zone de	400000
TOTAL					**2102500**

4.2.1 Direction de l'intervention

La direction de l'intervention sera assurée conjointement par le CT et le Médecin, membre de la future ECP.

Le Conseiller Technique (CT) sera ancré institutionnellement au niveau provincial mais basé physiquement à Kisantu au niveau du bureau qui y sera construit. Le pool de supervision pilotera l'ensemble de l'intervention. Il fera partie intégrante de la future Equipe Cadre Provinciale qu'il aidera à mettre en place selon les recommandations de la SRSS. Il appuiera techniquement l'équipe cadre provinciale dans sa mission d'appui au développement du plan de couverture provincial et d'appui au développement des Zones de Santé en se focalisant sur les zones ciblées par l'intervention.

La direction de l'intervention appuiera également les autres services ciblés par l'intervention, à savoir :

- Les ECZS de Kisantu, Nselo et Ngidinga.
- L'HGR de Kisantu
- L'ITM de Kisantu

La direction de l'intervention partagera son temps entre les différents services appuyés selon la répartition suivante (modifiable en fonction des exigences techniques en cours d'intervention) : ECP(30%), l'HGR(30%), les ECZ(30%) et l'ITM (10%).

La direction de l'intervention participera aux réunions techniques de coordination entre les différents projets santé bilatéraux en cours (ASSNIP, appui à la DEP) et à venir.

Cette direction sera responsabilisé pour veiller à la mise en œuvre des activités prévues pour l'atteinte des résultats attendus non seulement pour ce qui concerne directement son service mais également pour ce qui concerne l'ensemble des autres services appuyés dans les trois Zones de Santé ciblée par l'intervention.

Son rôle régalien est attendu notamment pour faire appliquer le processus de rationalisation des services et des ressources humaines dans les zones appuyées et à l'HGR.

4.2.2 Expertise technique

4.2.2.1 Assistance technique continue

Un conseiller technique 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 cinq années de l'intervention. Son appui sera réparti sur l'ECP pour l'appui aux trois Zones de Santé, l'HGR de Kisantu et sur l'ITM de Kisantu.

4.2.2.2 Equipe d'expert pour le développement des plans directeurs des HGR

Il est prévu dans les activités d'appuyer et de financer l'établissement de plans directeurs pour les trois HGR. Une équipe d'experts en développement hospitalier composée d'architectes, de spécialistes de l'équipement et de l'organisation hospitalière en Afrique sera recrutée pour réaliser ces plans avec les acteurs concernés.

4.2.2.3 Expertise ponctuelle ou « perlée » en économie de la santé et autres domaines plus spécifiques

Le projet intervient à plusieurs endroits au niveau de la gestion financière, particulièrement dans le cadre de la problématique d'une baisse de tarif et dans l'appui technique du développement des mutuelles. La problématique des tarifs est très complexe et une expertise en économie de santé est nécessaire, au moins au début de l'intervention pour développer une comptabilité analytique pour l'HGR de Kisantu et les scénarios pour différentes initiatives de diminution des tarifs pour les patients.

Dans le cadre de la recherche-action, le projet fera appel à d'autres expertises si nécessaire, par exemple, dans le cadre de l'appui au développement de mutuelles de santé (ex : Mutuelle de Santé de Kisantu (MUSAKIS) soutenue par le SLCD)

4.2.2.4 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.

Une équipe de suivi scientifique assure déjà l'appui-conseil pour les volets 1 et 2 de l'ASSNIP et pour le projet d'appui à la DEP et au PARSS. Il sera utile que cette équipe puisse travailler de pair et en collaboration étroite avec l'équipe scientifique qui sera identifiée pour cet ASSNIP volet 3 afin de garder l'objectif de cohérence et de synergie, ne fut-ce qu'entre les trois volets ASSNIP.

Il est donc justifié de prévoir au budget de ASSNIP volet 3 un nouveau montant de suivi scientifique global pour deux raisons, en dehors des exigences de la loi sur les marchés publiques. La première raison est que l'équipe actuelle qui appuie et conseille les ASSNIP volets 1 et 2, le projet DEP et le PARRS a déjà un cahier de charge bien rempli et l'équipe devra confirmer dans l'éventualité de sa candidature pour le suivi scientifique de cette intervention sa disponibilité et la deuxième raison est que ASSNIP volet 3 aura besoin aussi d'expertise plus spécifique notamment dans le champ de la gestion hospitalière, de l'études des coûts et du financement des soins, et surtout dans le champ des processus de diagnostic-traitement à l'hôpital. En effet, depuis plusieurs années, des spécialistes cliniciens (diabétologie, médecine interne, orthopédie, etc.) collaborent avec des cliniciens de la RDC à Kinshasa mais aussi à l'HGR de Kisantu via l'association Leuven Medical Support (LMS). L'intervention profitera de l'appui offert par LMS qui sera d'ailleurs un des partenaires pour cette intervention. Le suivi scientifique devra contribuer à garantir la cohérence de ces interventions avec la vision de développement global de l'hôpital. La collaboration entre le pool de supervision, les acteurs concernés, LMS et l'équipe de suivi scientifique sera indispensable pour ces aspects d'appui particulier au développement d'une meilleure prise en charge clinique à l'HGR et pour mettre en place des expériences pilotes pour la prise en charge de certaines maladies chroniques comme le diabète, l'hypertension artérielle, les séquelles d'accidents vasculaires cérébraux, la drépanocytose, l'épilepsie et les pathologies psychiatriques.

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 sur le terrain en RDC comme en Belgique.

4.2.3 Le staff administratif et financier de l'intervention

Le responsable administratif et financier (RAF) local sera basé dans le bureau de la cellule de gestion du projet comprenant le membre de l'ECP détaché à Kisantu, le CT et un secrétariat et assureront la gestion administrative et financière de l'intervention. Il sera aidé dans sa tâche par un(e) secrétaire comptable.

Il sera placé sous l'autorité de la direction de l'intervention.

Le 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, etc).

Il appuiera aussi les services administratifs et financiers des différentes structures appuyées par l'intervention.

4.2.4 Le Manager Administratif et Financier (MAF) santé de la RRCTB à Kinshasa (port-folio)

L'intervention, comme toute intervention bilatérale gérée par la CTB s'inscrit dans le principe du portfolio management (PFMT).

Dans le passé les CT dans les projets de coopération étaient absorbés par un travail administratif et financier important qui leur empêchait de se concentrer sur leur vrai mandat de conseiller technique. Suite à cette observation, du personnel de support dans ses domaines était classiquement engagé dans les projets. Mais vu le volume de travail important au Congo, la CTB a décidé de créer des avantages d'échelle en engageant des managers internationaux pour un ensemble de projets dans ce qu'on appel un portfolio. Certains salaires de personnel administratif et financier sont donc partagés entre différents projets ce qui revient moins cher pour les projets que de contracter individuellement.

Le MAF du portfolio management de la RRCTB en RDC appuiera et supervisera la gestion administrative et financière du staff administratif et financier de l'intervention. Ce regard permanent du MAF du PFMT sur les dépenses trimestrielles et pièces comptables en provenance de l'intervention offre une garantie supplémentaire pour la bonne gestion et utilisation des fonds.

4.2.5 Le conseiller technique en santé publique de l'unité de coordination ASSNIP

Le conseiller technique expert en santé publique de l'unité de coordination des ASSNIP, n'exercera pas de supervision régulière ni d'appui spécifique pour l'assistance technique de cette intervention puisque le type d'assistance technique dont cette intervention sera dotée sera d'un niveau d'expertise internationale et avec expérience avérée en santé publique et renforcement des systèmes de santé. En revanche, il assurera l'organisation de la coordination technique entre les différents assistants techniques et l'échange d'informations en vue de garantir le partage d'expertise et des résultats de recherches menées dans les ASSNIP et en vue d'harmoniser les approches et les stratégies développées en rapport avec la SRSS.

4.2.6 Jeunes experts belges

La Coopération Belge a décidé de permettre à de jeunes experts belges de travailler dans le cadre de ses interventions bilatérales et ceci sans frais pour les interventions concernées.

Dans le cadre ASSNIP au niveau de Kisantu plusieurs profils de professionnels pourront valablement contribuer à la réussite de l'intervention :

- Des médecins cliniciens pour le renforcement de la qualité des soins au niveau de l'hôpital de Kisantu
- Des médecins ou des sages-femmes pour un appui à l'enseignement à l'ITM et l'organisation des stages à différents niveaux (Hôpital, CS)
- Des médecins, infirmiers, gestionnaires, économistes ou sociologues dans le cadre de la réorganisation de l'hôpital sur le plan administratif et gestionnaire (études des coûts et politique de tarification), dans le cadre de l'appui au développement de mutuelles de santé, ou encore dans le cadre de l'organisation et l'enseignement à l'ITM.

4.3 RESSOURCES MATERIELLES

Ressources matérielles					
Investissement					
Poste Budgétaire				Nature	Budget
Z	02	01	Moyen généraux - investissement	Véhicules	27000
Z	02	02	Moyen généraux - investissement	Equipement IT + coffre fort	10270
A	01	01	ECP (R1)	Appuyer la construction d'un bureau pour une équipe cadre de district rationnalisée	50000
A	01	03	Supervision	Voiture de supervision	27000
A	03	01	HGR de Kisantu (R3)	Développer un plan directeur global de l'hôpital et ses annexes et fournir un appui à la réhabilitation et la construction y compris les travaux anti-érosives	330000
A	03	06	standards de prise en charge	Véhicule ambulance	27000
A	04	02	CS et PS de Kisantu (R4)	Introduire progressivement le PMA de qualité dans les centres de santé selectionnées (+ fourniture d'équipement)	100000
A	04	03	CS et PS de Kisantu (R4)	Appuyer la réhabilitation des infrastructures prioritaires	25000
A	05	01	ITM de Kisantu (R5)	Appuyer la réhabilitation et la réfection du bâtiment existant	20000
A	05	03	ITM de Kisantu (R5)	Fournir un complément d'équipement pour ITM	20000
A	06	05	ZS de Ngidinga (R6)	Appui à la réhabilitation des infrastructures et à l'équipement selon les priorités pré-établies	60000
A	07	05	ZS de Nselo (R7)	Appui à la réhabilitation des infrastructures et à l'équipement selon les priorités pré-établies	65000

TOTAL	**761270**
Pourcentage du budget total	**14,10%**

Ressources matérielles					
Fonctionnement					
			Moyen généraux - frais de fonctionnement	Location salle coffre BDOM	
Z	03	02	Moyen généraux - frais de fonctionnement	Autres frais de fonctionnement	20000
Z	03	03	Moyen généraux - frais de fonctionnement	Fonctionnement voiture AT	75000
A	01	02	ECP (R1)	Appuyer la formulation d'un plan intégré de développement de district	1000
A	01	03	ECP (R1)	Appuyer le processus de supervision des équipes cadres de zones	8000
A	01	04	ECP (R1)	Appuyer les réunions de coordination entre les zones de santé	25000
A	02	01	ECZ (R2)	Appuyer la formulation des plans de développement des zones de santé	2000
A	02	02	ECZ (R2)	Appuyer une supervision formative y compris l'analyse des observations et les prises de décision	37000
A	02	03	ECZ (R2)	Appuyer le suivi de nouvelles initiatives sur le plan organisationnel comme sur le plan de l'offre des soins	30000
A	03	02	HGR de Kisantu (R3)	Etablir des plans d'action annuels sur base du plan directeur	6000
A	03	04	HGR de Kisantu (R3)	Appuyer une nouvelle gestion financière de l'hôpital avec une baisse des tarifs et une évolution vers des tarifs forfaitaires et une contractualisation avec une mutuelle de santé	750000
A	03	06	HGR de Kisantu (R3)	Développer et appliquer des standards de prise en charge cliniques avec une rationalisation de la prescription	73000
A	03	09	HGR de Kisantu (R3)	Appuyer la réalisation d'une nouvelle politique autour de la prise en charge des malades chroniques (diabètes, HTA, ACV, épilepsie, pathologies psychotiques)	5000
A	05	04	Formation de base des infirmières	Frais de formation	10000
A	05	05	ITM de Kisantu (R5)	Appuyer une stragégie de rationalisation du nombre d'élèves (subvention fonctionnement)	55250
A	05	06	ITM de Kisantu (R5)	Financer les stages	10000
A	06	01	ZS Ngidinga (R6)	Développer un plan directeur global de l'hôpital de l'HGR Ngidinga	15000
A	06	02	ZS Ngidinga (R6)	Etablir des Plans d'action annuels sur base du plan de développement sanitaire de la zone de santé	6000

A	06	04	ZS Ngidinga (R6)	Appui au fonctionnement de l'HGR sous condition d'une rationalisation du personnel et une baisse des tarifs basée sur une étude de faisabilité	40000
A	07	01	ZS Nselo (R7)	Développer un plan directeur global de l'hôpital de l'HGR Nselo	15000
A	07	02	ZS Nselo (R7)	Etablir des Plans d'action annuels sur base du plan de développement sanitaire de la zone de santé	6000
A	07	04	ZS Nselo (R7)	Appui au fonctionnement de l'HGR sous condition d'une rationalisation du personnel et une baisse des tarifs basée sur une étude de faisabilité	20000
A	08	02	Niveau central (R8)	Appuyer la mise en œuvre des recherches-actions et d'autres initiatives et le monitorage et l'analyse des données en particulier	92000
A	08	03	Niveau central (R8)	Participer à la rétro-information au niveau central (participation aux ateliers /réunions)	6480
TOTAL					**1307730**
Pourcentage du budget total					**24,22%**

Il est prévu l'achat de 4 véhicules Toyota Land Cruiser de type adapté aux conditions particulièrement difficiles des routes rurales destinés respectivement au :

- Conseiller Technique
- Pool de supervision au sein de l'ECP détaché à Kisantu
- HGR et BCZS de Nselo
- HGR de Kisantu (aménagé en ambulance)

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 le CT, le staff administratif et financier, la secrétaire en informatique et bureautique.

L'équipement en informatique et bureautique pour le Médecin de la future ECP détaché à Kisantu est budgétisé dans la ligne A 01 01 (construction et équipement du bureau)

Il a été prévu l'achat d'un coffre-fort qui sera installé soit au BDOM (budget prévu), soit au sein même du nouveau bureau construit à condition que ce local soit sécurisé (construction et gardiennage).

5. MODALITES D'EXECUTION

5.1 CADRE LEGAL

Le cadre légal est fixé par la Convention Spécifique relative au projet « d'Appui au Système de Santé aux Niveaux Intermédiaire et Périphérique (ASSNIP) - volet 3 Bas-Congo (district de la Lukaya) » à signer entre le Royaume de Belgique et la République Démocratique du Congo à l'issue du processus de formulation du projet.

Le Dossier Technique et Financier établi lors de la formulation est annexé a cette Convention Spécifique.

La Convention Spécifique du projet entre la République Démocratique du Congo et le Royaume de Belgique fixe les modalités légales d'exécution, à savoir :

- les responsabilités de chaque Partie
- les obligations de chaque Partie
- le coût du projet et la contribution financière de chaque Partie
- les organes de gestion du projet (leur rôle, attribution, mode de fonctionnement)

Le conseiller technique de profil international en santé publique, l'équipe de suivi scientifique et l'équipe en charge de l'évaluation finale, seront engagés par la CTB selon les règles de la législation belge.

Un conseiller technique de profil international sera recruté à temps plein selon la procédure de sélection au niveau du siège de la CTB à Bruxelles. Le candidat sélectionné est proposé pour approbation au Ministère de la Santé en RDC. En cas de rejet, un autre candidat lui sera proposé.

Pour l'équipe du suivi scientifique, la CTB passe un contrat de prestation avec un institut de recherche en santé publique international qui propose un pool d'experts pour les missions du terrain.

Pour le recrutement du responsable administratif et financier du programme, un comité d'évaluation bilatéral examinera les candidatures et arrêtera la sélection en fonction des profils recherchés. Tout personnel national sera engagé selon les règles de la législation congolaise.

La gestion financière se fera selon la réglementation belge en vigueur et les procédures de la CTB. Les procédures d'achat d'équipement suivront les procédures du marché public belge.

Toutefois, la législation sociale congolaise sera d'application pour les aspects de la gestion du personnel national qui seront pris en charge par le programme, notamment l'octroi d'indemnités de mise à la retraite et le versement d'indemnités en compléments de salaires.

Dès la notification par l'Etat Belge à la CTB de la Convention Spécifique et de la Convention de Mise en Œuvre, le projet peut démarrer.

5.2 RESPONSABILITES ADMINISTRATIVES ET TECHNIQUES

Conformément aux procédures de la coopération belge 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.

Bien que la gestion du programme se fasse en régie, la contribution belge sera gérée de façon collégiale et transparente à l'instar de ce qui se fait dans le cadre de l'exécution du Projet d'Appui à la Direction des Etudes et de la Planification du Ministère de la Santé et des projets d'Appui aux Systèmes de Santé aux Niveaux Intermédiaire et Périphérique (ASSNIP volets I et II).

La mise à disposition des fonds se fera sur base d'une planification budgétaire trimestrielle conjointe des actions à mener, avec le pool de supervision, d'une part et avec les responsables des différentes structures appuyées, d'autre part. Il s'agit de l'Inspection Médicale Provinciale, des BCZS de Kisantu , Nselo et Ngidinga, de l'HGR de Kisantu, et de l'ITM de Kisantu.

Le BDOM, partenaire ayant conclu en août 2007 une convention de partenariat portant appui global aux Zones de Santé de Kisantu, Ngidinga et Kimvula pour cinq ans, sera systématiquement associé aux processus de planification trimestrielle conjointe.

Tout décaissement du budget alloué à une structure appuyée sera cosigné par le CT et le responsable de cette structure, à savoir :

- le Médecin de santé publique membre de la future ECP et détaché à Kisantu pour l'IMP,
- le Médecin Directeur de l'HGR de Kisantu pour l'HGR de Kisantu,
- les Médecins Chefs des Zones de Santé de Kisantu, Nselo et Ngindinga pour leurs BCZS et HGR respectifs,
- la Directrice de l'ITM de Kisantu pour l'ITM de Kisantu

En cas d'absence du conseiller technique, c'est le portfolio manager administratif de la CTB ou son délégué qui sera habilité à signer.

En cas d'absence des responsables des services, c'est leur délégué qui sera habilité à signer.

5.3 STRUCTURES D'EXECUTION ET DE SUIVI

5.3.1 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.

A) 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.

B) Composition

La composition de la SMCL commune avec les deux autres ASSNIP fixera elle-même sa composition, son règlement d'ordre intérieur et la désignation de sa présidence. La composition ci-dessous est celle des deux autres ASSNIP et peut servir de référence au moins pour la première SMCL au démarrage de l'intervention :

- Le Secrétaire Général du Ministère de la Santé
- Un représentant du Ministère du Plan
- Un représentant du Ministère de la Fonction Publique
- Les Gouverneurs des Province du Bas Congo et de l'Orientale
- Un représentant du Ministère des Affaires Etrangères et de la Coopération Internationale
- Le Représentant Résident de la CTB ou son délégué.
- Les Médecins Inspecteurs Provinciaux des Province du Bas Congo et de la Province Orientale
- Un représentant de la DEP

Selon l'agenda de la réunion de la SMCL, les représentants des bénéficiaires et des pouvoirs locaux pourraient être invités ainsi que toute autre personne qui apporte une contribution au projet, en qualité d'observateur ou d'expert. Les invités seront pris en charge par celui qui invite.

C) 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 président ou par son délégué ;
- 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 ;
- Le secrétariat de la SMCL est assuré par la direction du projet.

L'ensemble des projets de la Coopération belge dans le secteur de la santé pourrait faire l'objet d'une seule SMCL. Dans un premier temps, les projets ASSNIP volet 1, 2 et 3 auront une SMCL commune avant d'aller vers plus d'intégration avec les SMCL des autres projets de coopération bilatérale belgo congolaise du secteur santé.

5.3.2 Comités de Pilotage Provincial de la Mise en œuvre de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé

Chaque volet du Programme d'Appui à la Mise en Œuvre de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé sera conduit par un comité provincial organisé dans le même esprit que celui qui prévaut dans l'organisation du Projet d'Appui à la Direction d'Etudes et Planification du Ministère de la Santé.

En effet, la mise en œuvre de la réforme requiert un suivi à fort caractère politique mais appuyé autant que possible sur des arguments techniques et scientifiques. Un tel suivi dépasse largement les compétences de la SMCL étant entendu qu'il concerne le renforcement du système de santé et donc l'ensemble des interventions développées dans le secteur de la santé. En outre, il doit s'exercer au niveau de l'exécution de chacun des volets de l'intervention. Il ne peut être assuré que par des comités plus larges impliquant l'ensemble des partenaires : les Comités de Pilotage. Ces derniers auront donc pour tâches d'assurer le suivi des activités, d'apprécier leur pertinence et d'évaluer au fur et à mesure le niveau d'atteinte des résultats.

Ils assurent le suivi du développement des plans provinciaux.

Pour sa composition, on se réfèrera à l'arrêté ministériel N° 1250/CAB/MIN/S/EKA/025/2006 du 05/09/2006.

Pour cette intervention, les attributions de ce Comité de pilotage seront :

- L'examen et l'approbation des rapports d'activités liés à la planification et à la mise en œuvre de la stratégie de revitalisation y compris l'examen des résultats des recherches et études menées ; cet aspect inclut également la préparation d'une revue annuelle
- L'analyse des aspects techniques liés aux attributions des équipes cadres provinciales, afin d'assurer :
    - la cohérence des politiques sanitaires (c'est-à-dire toutes les parties constituantes de la politique sanitaire du pays se retrouvent dans un concept cohérent du secteur de la santé et une approche globale et systémique d'offre de soins curatifs, préventifs et promotionnels, concepts inclus dans la Stratégie de Renforcement du Système de Santé
    - la pertinence des activités des différentes composantes du niveau provincial (les politiques et interventions sanitaires sont jugés selon leur pertinence vis-à-vis de ce concept);
- Assurer la transmission au niveau central, essentiellement au CNP dont la DEP assure le secrétariat technique, des informations et enseignements pertinents pour l'évaluation et la mise au point continues des politiques nationales en matière de santé
- Suivre la mise en œuvre de la réforme au niveau provincial.

Le Comité de Pilotage se réunit deux fois par an, et l'équipe cadre provinciale en assure le secrétariat. Etant donné que la réforme du système de santé est une préoccupation commune des différents partenaires, et en vue de ne pas multiplier les comités et réunions autour du même thème, les autres institutions de la coopération bi- et multilatérale sont invitées d'y intégrer les structures de pilotage prévues dans la conception de leur projets.

5.3.3 Pool de supervision Lukaya

Le pool de supervision de Lukaya est l'instance de gestion quotidienne du projet qui assure la mise en œuvre des activités dès l'approbation du programme semestrielle par la SMCL. Elle est composée d'un conseiller technique international et d'un coordinateur national, qui forment la direction du projet.

Bien que la gestion financière du programme se fasse en régie, comme il est dit plus haut, la contribution belge sera gérée de façon collégiale et transparente.

La Direction de l'Intervention sera composée d'un Médecin de Santé Publique, membre de la future Equipe Cadre Provinciale du Bas-Congo basé à Kisantu et du Conseiller Technique (CT)

Au niveau de chaque structure appuyée, le pool de supervision appuiera les planifications trimestrielles d'activités budgétisées avec les responsables des structures elles-mêmes et avec la contribution systématique de l'équipe d'assistance technique du BDOM qui compte deux assistants techniques superviseurs.

Le Responsable Administratif et Financier (RAF) local, engagé par la CTB et financé sur le budget de l'intervention, se chargera non seulement de la gestion et du suivi comptable des fonds de l'intervention mais aussi de renforcer les capacités des services administratifs et financiers des structures appuyées en les associant à la gestion comptable à leur niveau. Il sera aidé par une **Secrétaire-comptable**. Ce staff administratif et financier sera logé dans le bureau de la cellule de gestion du projet comprenant le membre de l'ECP détaché à Kisantu, le CT, le staff administratif et financier et ce secrétaire comptable. Il sera placé sous l'autorité de la direction de l'intervention.

5.3.4 Description PFM

Une partie des processus administratifs et financiers des projets sera exécutée par une équipe spécialisée et ceci afin de générer des économies d'échelle, de dégager des synergies et de permettre à chacun une spécialisation dans leurs domaines de compétences.

Cette équipe a la charge d'un ensemble de projets regroupés sous une approche sectorielle. Il se compose d'un Manager Administratif et Financier assisté par une équipe locale de 3 personnes.

En contre-partie, chaque projet participe aux coûts du portfolio. Le coût annuel (frais de fonctionnement inclus) se chiffre aux alentours de 300.000 €. La participation des projets dépend de l'importance de celui-ci au sein du portfolio. Cette quote-part est calculée en tenant compte de la taille du budget.

Dans cette même logique qui est de permettre à chacun des projets de diminuer sa charge administrative et financière, fut créée une Cellule Marchés Public pour préparer les marchés et faire les suivis des contrats des marchés publics des projets CTB RDC. Cette cellule se compose d'un expatrié assisté d'une équipe formée de 3 professionnels congolais. La contribution d'un projet à ses frais de fonctionnement dépendra donc du nombre de marchés publics qui auront été traités par celle-ci.

5.4 MODALITES FINANCIERES 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.

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

Concernant la mise à disposition de locaux pour le projet :

à préciser selon le projet.

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 ;
- à prendre en charge le paiement des factures d'eau et d'électricité ;
- à s'investir dans la construction des tronçons routiers qui relient les trois zones visées par le programme ;
- à s'investir dans la lutte contre l'érosion qui menace l'institut des techniques médicales de Kisantu ;
- À apurer les dettes des factures des soins administrés au personnel de l'Etat à l'hôpital de Kisantu.

Concernant le personnel national :

- à nommer un Médecin de Santé Publique qui sera membre de la future Equipe Cadre Provinciale du Bas-Congo et dirigera l'intervention avec le Conseiller Technique de la présente intervention ASSNIP volet 3 ;
- 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 ;
- 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 direction de l'intervention et les autorités compétentes pour les services concernés ;
- à remplacer le personnel au sein des structures retenues en respectant les qualifications requises en fonction des responsabilités au sein du projet ;
- à décréter et faire appliquer un moratoire en matière de rationalisation des services et des ressources humaines sur base des recommandations de la SRRS ;
- à verser les salaires au personnel mécanisé avec la perspective d'augmentation jusqu'à atteindre le barème promis aux fonctionnaires à Mbudi

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 4.1.1. 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 un compte en EUR (compte principal) et un compte en Francs Congolais seront ouverts auprès d'une institution bancaire, selon les modalités suivantes:

Pour les dépenses, un compte sera ouvert avec double signature au niveau de la RRCTB à Kinshasa.

- nom du compte : « Contribution Belge –ASSNIP volet3 »
- nom de la banque : Banque Commerciale du Congo

Le RRCTB et le CT auront la cosignature sur ce compte. En l'absence de l'un ou de l'autre, ce seront des délégués de la RRCTB qui auront la cosignature.

Les versements seront faits sur le compte ouvert à l'agence de la BCDC après l'appel de fonds transmis par la direction de l'intervention à la RRCTB.

Vu l'absence d'agence de la BCDC à Kisantu ou de toute autre institution bancaire, les fonds retirés à la BCDC de Kinshasa seront transférés et sécurisés dans le coffre du BDOM selon des modalités qui feront l'objet d'une convention signée entre le BDOM et la CTB ou dans le coffre sécurisé du bureau qui sera construit par l'intervention.

Au niveau de la comptabilité du projet à Kisantu, des lignes de crédit par structures appuyées seront ouvertes :

ASSNIP volet 3 - BD pour le bureau provincial de district à Kisantu

ASSNIP volet 3 - ITM pour l'ITM de Kisantu

ASSNIP volet 3 -HGR Kisantu pour l'HGR de Kisantu

ASSNIP volet 3 - BCZS Kisantu pour l'équipe cadre de zone de Santé de Kisantu

ASSNIP volet 3 - BCZS Ngidinga pour l'équipe cadre de zone de Santé de Ngidinga

ASSNIP volet 3 - BCZS Nselo pour le Bureau Chef de la Zone de Santé de Nselo

Le budget total ne peut pas être dépassé. Au cas où une augmentation budgétaire serait nécessaire une demande motivée d'augmentation doit être introduite par la Partie Congolaise auprès de l'Etat belge après avoir reçu l'accord de la SMCL. Si la Belgique accepte la demande, on procède à un échange de lettres signées par les deux parties.

Le budget du projet donne les contraintes budgétaires dans lesquelles le projet doit être exécuté. Chaque changement de budget doit être approuvé par le SMCL sur base d'une proposition élaborée par la direction du projet. Les changements budgétaires possibles sont :

- Changement de la structure du budget (par exemple ajout d'une ligne budgétaire)
- Réallocation des montants entre lignes budgétaires
- Réallocation des moyens entre modes de financement
- et 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 être approuvés par les deux parties tout en respectant les mandats (voir pouvoir de signature). La direction du projet doit assurer un bon suivi des engagements. Elle n'est pas autorisée de prendre des engagements sur base d'un budget non approuvé officiellement.

5.5.2 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 auprès du PFMT (Portfolio Management Team) auquel le projet appartient. Le montant demandé doit correspondre aux besoins des trois premiers mois.

Transferts suivants

Afin de recevoir des fonds, le conseiller technique (CT), assisté par le staff administratif et financier du projet doit introduire auprès du PFMT 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 CT peut introduire un appel de fonds anticipé en justifiant le besoin.

Une fois les fonds stockés dans le coffre du BDOM ou au bureau de l'unité de gestion de l'intervention, chaque structure pourra, moyennant le principe de la double signature (CT et responsable de chaque structure ; cfr § 5.1.)), retirer tout ou partie des fonds qui leur est destiné selon les modalités définies par la direction de l'intervention.

5.6 RAPPORTAGE

5.6.1 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 (Portfolio Management Team) du projet, comprend un fichier électronique, les pièces justificatives ainsi que les extraits bancaires et états de caisse.

5.6.2 Programmation et gestion financière

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.

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) doivent être suivis.

5.6.3 Rapportage de suivi

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 semestriels. 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.

En outre, à 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

5.6.4 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 efficience, 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 la République Démocratique du Congo et à l'Etat belge, via la DGD à Bruxelles et l'Attaché de la Coopération internationale dans la République Démocratique du Congo.

5.6.5 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, efficience, 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 en République Démocratique du Congo.

5.7 MECANISME 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.

5.8 MONITORING, EVALUATION 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'efficience et l'efficacité du projet pour qu'il puisse réaliser au mieux ses objectifs.

Les mécanismes suivants seront mis en place :

5.8.1 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 constitueront les références du projet qui permettront d'évaluer au terme du projet la performance et de mesurer objectivement l'impact du projet.

La gestion et le suivi quotidien du projet sont confiés à la direction du projet constituée du médecin de l'ECP en charge de la Lukaya et du CT.

Le coordinateur national 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 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.

5.8.2 Evaluation du projet

Evaluation mi-parcours (Mid Term Review ou MTR)

La MTR 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. 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.

La MTR est initié par la SMCL, suivant les dispositions des TdR. La MTR 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).

La MTR 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 axés vers les résultats.
- Nécessité de disposer d'un système de contrôle de qualité vis-à-vis du bailleur de fonds.

Le rapport d'évaluation à 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'évaluation à mi-parcours se fait suivant les procédures internes de la CTB.

Evaluation finale

Comme pour l'évaluation à 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.

L'évaluation finale se fait suivant les procédures internes de la CTB.

Evaluation DGCD

Dans le cadre du contrat de 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 à mi-parcours ou finale.

5.8.3 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.

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

La SMCL chargera le PFMT (Portfolio Management Team) 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.

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.

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

5.9 CLOTURE DE LA PRESTATION

Le délai d'exécution des différentes activités du projet est de 60 mois à compter de la date de signature de la Convention Spécifique. La durée de validité de la Convention Spécifique est de 72 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.

Compte tenu de la situation actuelle du secteur de la santé en RDC et de l'ampleur des activités à mener, il est souhaitable d'inscrire la présente intervention dans une perspective à 15 ans comme indiqué dans le dossier d'identification.

On peut dès à présent imaginer les axes futurs d'une prochaine intervention prolongeant le programme actuel :

- Organiser la réplication des réalisations du programme actuel sur d'autres sites
- Sur les sites rationalisés au cours du programme actuel, tendre vers l'autonomie dans la recherche perpétuelle d'amélioration continue.
- Alléger progressivement mais substantiellement les actions opérationnelles sur les sites rationalisés ; ceci suppose une reprise progressive par l'état congolais des charges qui lui incombent sur ces sites, notamment les coûts salariaux. Il est important de rappeler ici que tout le programme est marqué par le souci absolu de la pérennité des actions entreprises.

Les équipements acquis durant l'intervention et sur budget de celle-ci et destinés aux structures appuyées seront cédés à ces dernières selon des modalités à définir en SMCL.

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 du Projet d'Appui à la Direction des Etudes et de la Planification du Ministère de la Santé, les considérations sur les dimensions thématiques transversales sont identiques pour les deux projets.

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 les HGR, contribuera à encore mieux prendre en compte la problématique des déchets hospitaliers.

Par ailleurs, dans la perspective d'améliorer l'efficience dans le fonctionnement des services, un accent particulier sera mis sur la recherche d'énergies alternatives dans les structures appuyées. Il est en effet surprenant que ces sources d'énergie alternative soient encore si peu développées.

Une lutte contre le gaspillage énergétique par des sensibilisations devra être encouragée car en raison de la « gratuité » de l'eau et de l'électricité (payée par l'Etat),il n'est pas rare de trouver de l'éclairage en plein jour dans les structures publiques.

6.2 GENRE

Ce sont essentiellement les femmes et leurs enfants qui sont les grands utilisateurs des services de soins. En ce sens, le projet devrait contribuer à leur amélioration de bien-être.

S'il est vrai que les femmes et les enfants font partie des groupes les plus vulnérables et en ce sens constituent un groupe prioritaire dans la plupart des programmes des organisations internationales, il ne faut pas pour autant négliger la demande du côté des hommes. Ce pourrait être une piste de recherche pour cette intervention (par exemple une recherche-action en milieu communautaire).

Les services de santé comptent habituellement une importante proportion des femmes, notamment dans les établissements des soins. En mettant l'accent sur la revitalisation des Zones de Santé, le projet aura une action importante sur la possibilité des femmes à accéder à des services de santé de qualité. La réduction des frais de soins et l'introduction des tarifs forfaitaires devrait encourager les femmes à accoucher dans les CS ou HGR où elles seront assistés par une infirmière accoucheuse bien formée, ce qui diminuera le risque de dystocie et de mortalité maternelle.

Le projet prévoit une ambulance pour les HGR de Nselo pour la référence des femmes nécessitant une césarienne ou autre intervention chirurgicale en urgence.

La valorisation des ressources humaines étant une préoccupation importante dans le processus de revitalisation des Zones de Santé, un effort sera fait à tous les niveaux pour faciliter la participation des travailleurs de la santé de sexe féminins aux programmes élaborés. D'autre part, le projet prévoit également une formation en techniques d'accouchement dans la formation de base et continue du personnel des Zones de Santé au niveau de l'ITM de Kisantu.

Le projet veillera également à l'amélioration de la représentation des femmes dans les structures/organes de concertation/gestion aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

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 dans le cadre de la revitalisation des Zones de Santé diminuera les coûts liés à la maladie et permettra aux ménages d'éviter, dans une certaine mesure, le recours aux mécanismes irréversibles (emprunts exorbitants, vente des biens de production, …) pour faire face aux dépenses liés à la maladie.

En dehors d'une baisse des tarifs et une évolution vers des tarifs forfaitaires, le projet vise également à appuyer l'initiative de mutualisation du risque maladie en cours (MUSAKIS) . De cette façon le projet vise à contribuer à prévenir et à combattre la pauvreté.

En outre, le projet s'inscrira dans une logique de rationalisation du personnel et d'un appui à travers les compléments de salaires du personnel rationalisé pour le personnel des HGR de Kisantu, Ngidinga et Nselo, l'ITM de Kisantu et les ECZ/ ECD concernées par l'intervention.

6.4 DROITS DE L'ENFANT

Via l'appui global et substantiel qui sera donné aux HGR, et aux Zones de Santé en général, la problématique des maladies de l'enfant et, en particulier, la malnutrition sera une priorité en termes de recherche et de prise en charge.

6.5 HIV / SIDA

Cet aspect est pris en charge en RDC par un programme précis, le PNLS qui est aussi appuyé par la coopération belge. La DEP assure la coordination technique du CCM/RDC pour le Fonds Mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme. Cependant, une bonne prise en charge des malades atteints du SIDA ne peut se faire que dans un système de santé performant qui offre des soins intégrés au niveau primaire comme au niveau secondaire. La revitalisation des Zones de Santé visant une offre de soins globaux, intégrés et continus, améliorera la prise en charge des personnes vivant avec le VIH.
Le 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.
L'intervention inscrira la lutte contre le SIDA dans l'agenda de la promotion de l'intégration progressive de la plupart des programmes verticaux dans le PMA.

7. ANNEXES

7.1 CADRE LOGIQUE

Objectif général			
L'état de santé de la population est amélioré dans les territoires d'intervention du programme			
Objectif spécifique	**Indicateurs de l'objectif spécifique**	**Sources de vérification**	**Risques et hypothèses**
Les soins de santé offerts aux populations de Zones de Santé sélectionnées sont progressivement améliorés en qualité (soins globaux, continus, intégrés, efficaces, efficients, accessibles) par des processus d'amélioration progressive qui forment un modèle largement productible dans la RD Congo	-Taux d'utilisation par service de soins -Durée moyenne de séjour dans les HGR -Taux d'occupation des lits -Taux de patients référés des CS vers l'HGR et effectivement arrivés -Taux d'accouchements assistés -Taux de dépistage de la TBC -Taux de traitements anti-TBC achevés Les pathologies importantes en provenance de la zone sont prises en charge correctement Les problèmes de santé de la population couverte sont prise en charge par une équipe de CSI intégrée Les résultats de recherche entamées sont disponibles	-Rapport d'activités des services -Rapport de supervision	Voir chapitre 3.5.
Résultats	**Indicateurs de Résultats**	**Sources de vérification**	**Risques et hypothèses**
Résultat 1: Les Zones de Santé du district de La Lukaya sont encadrées par l'Equipe Cadre Provinciale du Bas-Congo	-Nbre de supervisions réalisées -Nbre de mesures prises suivies d'éxécution -Nbre de réunions de coordination réalisées Un plan de développement provincial a été redressé Les actions des bailleurs sont coordonnées au niveau de la province autour de la SRSS	-Rapports des supervisions -PV des réunions de coordination	Voir chapitre 3.5.
Activités par Résultat	**Moyens**	**Coûts en Euros Contribution belge**	**Risques et hypothèses**

R1/A1: Appuyer la construction d'un bureau pour une équipe cadre de district rationnalisée			
R1/A2: Appuyer la formulation d'un plan intégré de développement de district			
R1/A3: Appuyer le processus de supervision des équipes cadres de zones			
R1/A4: Appuyer les réunions de coordination entre les Zones de Santé			
R1/A5: Appuyer la coordination des intervenants dans le district			
R1/A6: Illustrer les démarches entamées et les outils développés pour rendre fonctionnelle l'ECD dans une optique de recherche-action			
Résultats	**Indicateurs de Résultats**	**Sources de vérification**	**Risques et hypothèses**
Résultat 2: Dans les Zones de Santé ciblées les Equipes Cadres de Zones sont fonctionnelles	-Nbre de supervisions réalisées/Nbre de supervisions prévues -Nombre d'initiatives de RA/RO mises en œuvre et abouties -Existence de plans de développement intégrant les programmes verticaux et les interventions des partenaires -Nbre de plans d'action en exécution -Taux de réalisation des activités planifiées Les équipes cadre de Kisantu, Ngidinga et de Nselo sont en place Il existe une division de travail entre les membres qui leur permet de fonctionner de façon intégrée	-Rapports de supervision -documents de résultats des RA/RO -Rapport d'activités -Rapport d'évaluation	Voir chapitre 3.5.
Activités par Résultat	**Moyens**	**Coûts en Euros Contribution belge**	**Risques et hypothèses**
R2/A1: Appuyer la formulation des plans de développement des zones et leur mise en œuvre			
R2/A2: Appuyer une supervision formative y compris l'analyse des observations et les prises de décision			
R2/A3: Appuyer le suivi de nouvelles initiatives sur le plan organisationnel comme sur le plan de l'offre des soins			

R2/A4: Appuyer des initiatives dans le cadre de l'intégration des programmes verticaux			
R2/A5: Appuyer techniquement l'ECZ et l'HGR pour l'analyse des indicateurs de performance dans les Zones de Santé et envisager avec l'ECZ et l'HGR les solutions aux problèmes identifiés			

Résultats	Indicateurs de Résultats	Sources de vérification	Risques et hypothèses
Résultat 3: L'Hôpital Général de Référence de Kisantu est progressivement rationalisé	-Durée moyenne de séjour -Taux d'occupation des lits par service -Prix moyen payé par patient et par type de pathologie -Coût moyen par patient et par type de pathologie L'hôpital assure le PCA	-Rapport RA -Rapport d'activités -Rapports SNIS de routine	Voir chapitre 3.5.
Activités par Résultat	**Moyens**	**Coûts en Euros Contribution belge**	**Risques et hypothèses**
R3/A1: Développer un plan directeur global de l'hôpital et ses annexes et furnir un appui à la réhabilitation et la construction			
R3/A2: Etablir des plans d'action annuels sur base du plan directeur			
R3/A3: Appuyer une nouvelle gestion du personnel avec rationalisation des effectifs			
R3/A4: Appuyer une nouvelle gestion financière de l'hôpital avec une baisse des tarifs et une évolution vers des tarifs forfaitaires et une contractualisation avec une mutuelle de santé			
R3/A5: Appuyer l'initiative de mutualisation			
R3/A6: Développer et appliquer des standards de prise encharge cliniques avec une rationalisation de la prescription			
R3/A7: Renforcer la gestion et l'approvisionnement des médicaments			

R3/A8: Organiser les lieux de stage pour les élèves de l'IMT de Kisantu, y compris l'encadrement des étudiants, et développer des stratégies de restriction du nombre total de stagiaires (ITM, ISTM, UCA) à acceuillir			
R3/A9: Appuyer la réalisation d'une nouvelle politique autour de la prise en charge des malades chroniques (diabètes, HTA, ACV, épilepsie, pathologies psychotiques)			
Résultats	**Indicateurs de Résultats**	**Sources de vérification**	**Risques et hypothèses**
Résultat 4: Les centres de santé de Kisantu sont progressivement rationalisés	-Nbre de CS avec personnel rationalisé -Nbre de CS avec PMA défini -Nbre de cas de maladies chroniques suivis en service de routine -Nbre de CS intégrant dans leur PMA les programmes verticaux que la zone aura décidé d'intégrer	-Rapports d'activités -Rapport de supervision	Voir chapitre 3.5.
Activités par Résultat	**Moyens**	**Coûts en Euros Contribution belge**	**Risques et hypothèses**
R4/A1: Développer une carte de couverture pour la Zone de Santé y compris une rationalisation du personnel opérationnel			
R4/A2: Introduire progressivement le PMA de qualité dans les centres de santé selectionnées (+ fourniture d'équipement)			
R4/A3: Appuyer la réhabilitation des infrastructures prioritaires			
R4/A4: Appuyer l'intégration des programmes verticaux et la prise en charge des malades chroniques dans le PMA			
Résultats	**Indicateurs de Résultats**	**Sources de vérification**	**Risques et hypothèses**
Résultat 5: L'Institut Technique Médicalde Kisantu répond progressivement mieux aux besoins de formation de base et pour le personnel en place	-Nbre d'élèves inscrits par an -Nbre de personnel recyclé en techniques d'accouchement -Degré de réalisation du programme d'enseignement -Nbre de processus « qualité » entrepris	-Rapports d'activités -Rapport d'évaluation de la qualité des formations -Rapport d'évaluation des stages -Rapport de supervisions	Voir chapitre 3.5.

	/Nbre de processus « qualité » aboutis -Taux de réussite des élèves à l'examen publique		
Activités par Résultat	**Moyens**	**Coûts en Euros Contribution belge**	**Risques et hypothèses**
R5/A1: Appuyer la réhabilitation et la réfection du bâtiment existant			
R5/A2: Appuyer la rationalisation des resources humaines			
R5/A3: Fournir un complément d'équipement pour ITM			
R5/A4: Appuyer la formation initiale, complémentaire et le recyclage du personnel infirmier en gynéco-obstétrique en année terminal			
R5/A5: Appuyer une stragégie de diminuition des élèves (subvention fonctionnement)			
R5/A6: Finaliser les stages			
Résultats	**Indicateurs de Résultats**	**Sources de vérification**	**Risques et hypothèses**
Résultat 6: Les structures de la zone sanitaire de Ngidinga sont progressivement rationalisées	Voir résultats R3 et R4		Voir chapitre 3.5.
Activités par Résultat	**Moyens**	**Coûts en Euros Contribution belge**	**Risques et hypothèses**
R6/A1: Développer un plan directeur global de l'hôpital de l'HGR			
R6/A2: Etablir des plans d'action annuels sur base du plan directeur			
R6/A3: Appui à la formulation d'un plan de couverture sanitaire y compris une rationalisation des RH de la Zone de Santé			
R6/A4: Appui au fonctionnement de l'HGR sous condition d'une rationalisation du personnel et une baisse des tarifs basée sur une étude de faisabilité			
R6/A5: Appui à la réhabilitation des infrastructures et à l'équipement selon les priorités pré-établies			

Résultats	Indicateurs de Résultats	Sources de vérification	Risques et hypothèses
Résultat 7: Les structures de la zone sanitaire de Nselo sont progressivement rationalisées	Voir résultats R3 et R4		Voir chapitre 3.5.
Activités par Résultat	**Moyens**	**Coûts en Euros Contribution belge**	**Risques et hypothèses**
R7/A1: Développer un plan directeur global de l'hôpital de l'HGR			
R7/A2: Etablir des plans d'action annuels sur base du plan directeur			
R7/A3: Appui à la formulation d'un plan de couverture sanitaire y compris une rationalisation des RH de la Zone de Santé			
R7/A4: Appui au fonctionnement de l'HGR sous condition d'une rationalisation du personnel et une baisse des tarifs basée sur une étude de faisabilité			
R7/A5: Appui à la réhabilitation des infrastructures et à l'équipement selon les priorités pré-établies			
Résultats	**Indicateurs de Résultats**	**Sources de vérification**	**Risques et hypothèses**
Résultat 8: Le niveau central est alimenté en informations pertinentes pour la planification du secteur résultant de recherches effectuées par le programme	-Nbre d'ateliers de partage d'informations tenus -Nbre de RA achevées avec rapport achevé	-Rapports RA -Rapports d'activités -Compte-rendu des ateliers menés	
Activités par Résultat	**Moyens**	**Coûts en Euros Contribution belge**	**Risques et hypothèses**
R8/A1: Appuyer la conception de recherche-action			
R8/A2: Appuyer la mise en œuvre des recherches-actions et d'autres initiatives et le monitorage et l'analyse des données en particulier			
R8/A3: Participer à la rétro-information au niveau central à travers de l'organisation des ateliers de réflexion			

7.2 TDR PERSONNEL LONG TERME

7.2.1 Conseiller technique international

7.2.1.1 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 cadre provinciale, de l'équipe cadre des Zones de Santé, de l'équipe cadre de l'HGR de Kisantu et de la direction de l'ITM de Kisantu.

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

7.2.1.2 Lieu d'intervention

Le Conseiller Technique (CT) sera basé à Kisantu au niveau du bureau qui sera construit. Il sera cependant amené à se déplacer régulièrement au sein de l'ensemble des zones couvertes en fonction des besoins d'appuis identifiés. En tant que membre de la future ECP, il sera amené à se déplacer régulièrement à Matadi où siège l'Inspection Médicale Provinciale.

Il sera aussi amené à se déplacer à Kinshasa ou ailleurs pour les réunions de coordinations des ASSNIP et ASSNIC, toute autre réunion du MS ou des partenaires où sa présence sera pertinente et pour les réunions de la CTB.

7.2.1.3 Tâches

Avec le Médecin, membre de l'ECP, avec lequel il collaborera étroitement, il pilotera l'ensemble de l'intervention. Il fera partie intégrante de la future Equipe Cadre Provinciale qu'il aidera à mettre en place selon les recommandations de la SRSS. Il appuiera techniquement l'équipe cadre provinciale dans sa mission d'appui au développement du plan de couverture provincial et d'appui au développement des Zones de Santé en se focalisant sur les zones ciblées par l'intervention.

Le CT appuiera également les autres services ciblés par l'intervention, à savoir :

- Les ECZS de Kisantu, Nselo et Ngidinga.
- L'HGR de Kisantu
- L'ITM de Kisantu

Le CT partagera son temps entre les différents services appuyés selon la répartition suivante (modifiable en fonction des exigences techniques en cours d'intervention) : BPD et BZS (30%), l'HGR(60%), et l'ITM (10%).

L'importance relative accordée à l'appui à l'HGR est justifiée par le choix de faire de cet HGR un HGR de démonstration dans une Zone de Santé de démonstration. Vu cet appui particulier à l'HGR une compétence en médecine clinique sera recherchée.

Le CT participera aux réunions techniques de coordination entre les différents projets santé bilatéraux en cours (ASSNIP, appui à la DEP) et à venir.

Il devra, conjointement avec son collègue de la direction de l'intervention, veiller à la réalisation des activités prévues dans le cadre logique pour l'atteinte des cinq résultats intermédiaires.

Il contribuera, avec son collègue de la direction de l'intervention, à créer un bon climat de concertation et de collaboration avec les autres acteurs de cette intervention.

Il veillera, avec son collègue de la direction de l'intervention, à concevoir et organiser le suivi technique continu et l'identification des appuis technique et/ou scientifique continus ou ponctuels.

7.2.1.4 Profil

- Conseiller technique (CT) de haut niveau de compétences et ayant une large expérience à l'international de manière à pouvoir apporter une valeur ajoutée durant les 5 années d'intervention
- Diplôme de médecin en santé publique (minimum niveau maîtrise)
- Expérience de plusieurs systèmes de santé dans différents pays avec au moins six années d'expérience professionnelle au total, particulièrement dans le domaine du développement des services (premier et deuxième échelon des soins) et dans le domaine du travail clinique en milieu tropical (au moins trois années).
- Capacité en matière de formation et d'encadrement d'équipes cadres de services de santé de niveau intermédiaire et périphérique, de services hospitaliers et d'écoles de formation de personnel de santé
- Aptitudes en animations d'équipe et en formation
- Une bonne connaissance du système de santé de la RDC est un avantage

7.2.2 Responsable Administratif et Financier

Les TDR du staff administratif et financier sont ceux en vigueur à la RR CTB en RDC.

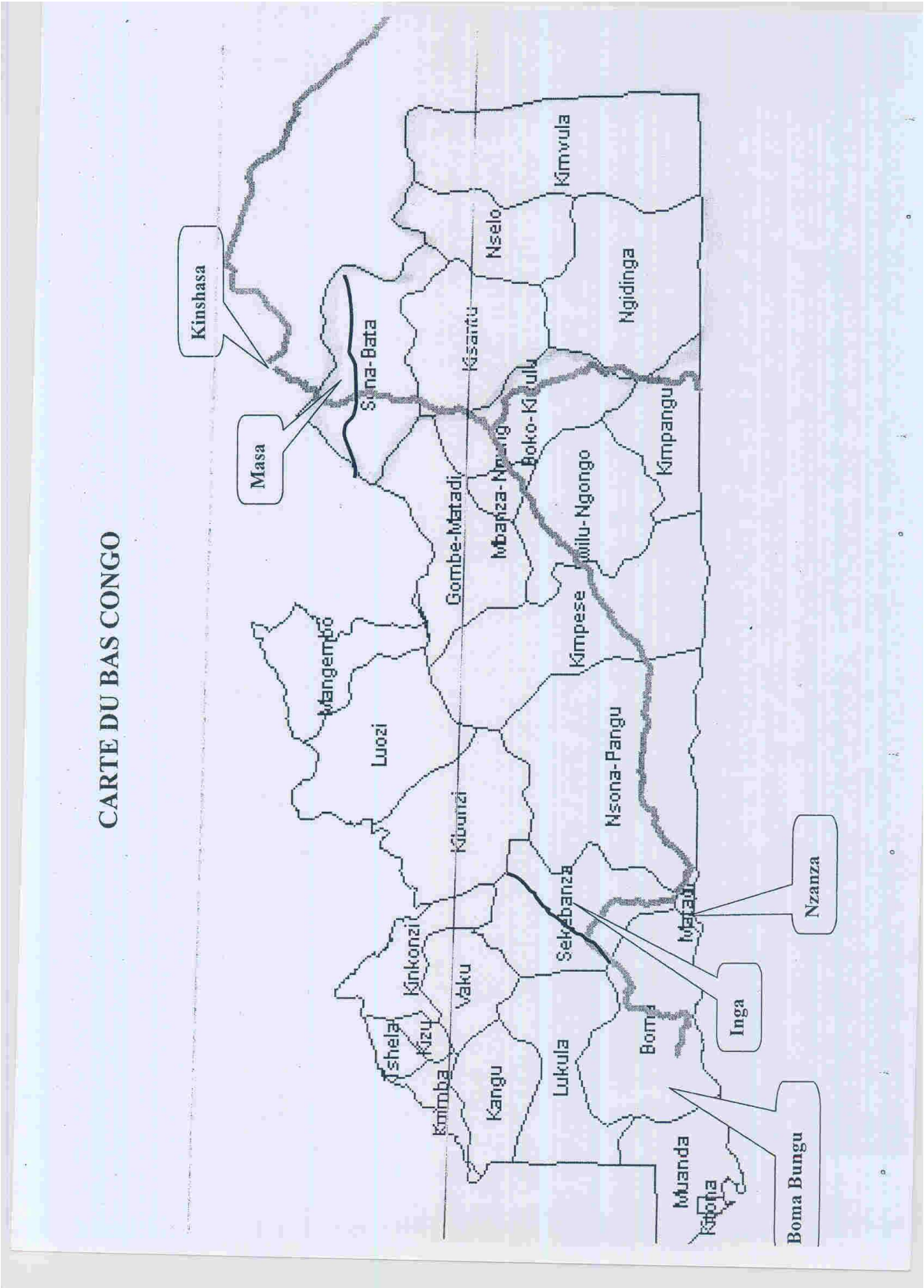
Le responsable administratif et financier (RAF) local sera basé dans le bureau qui sera construit et assurera la gestion administrative et financière de l'intervention. Il sera aidé dans sa tâche par un(e) secrétaire comptable.

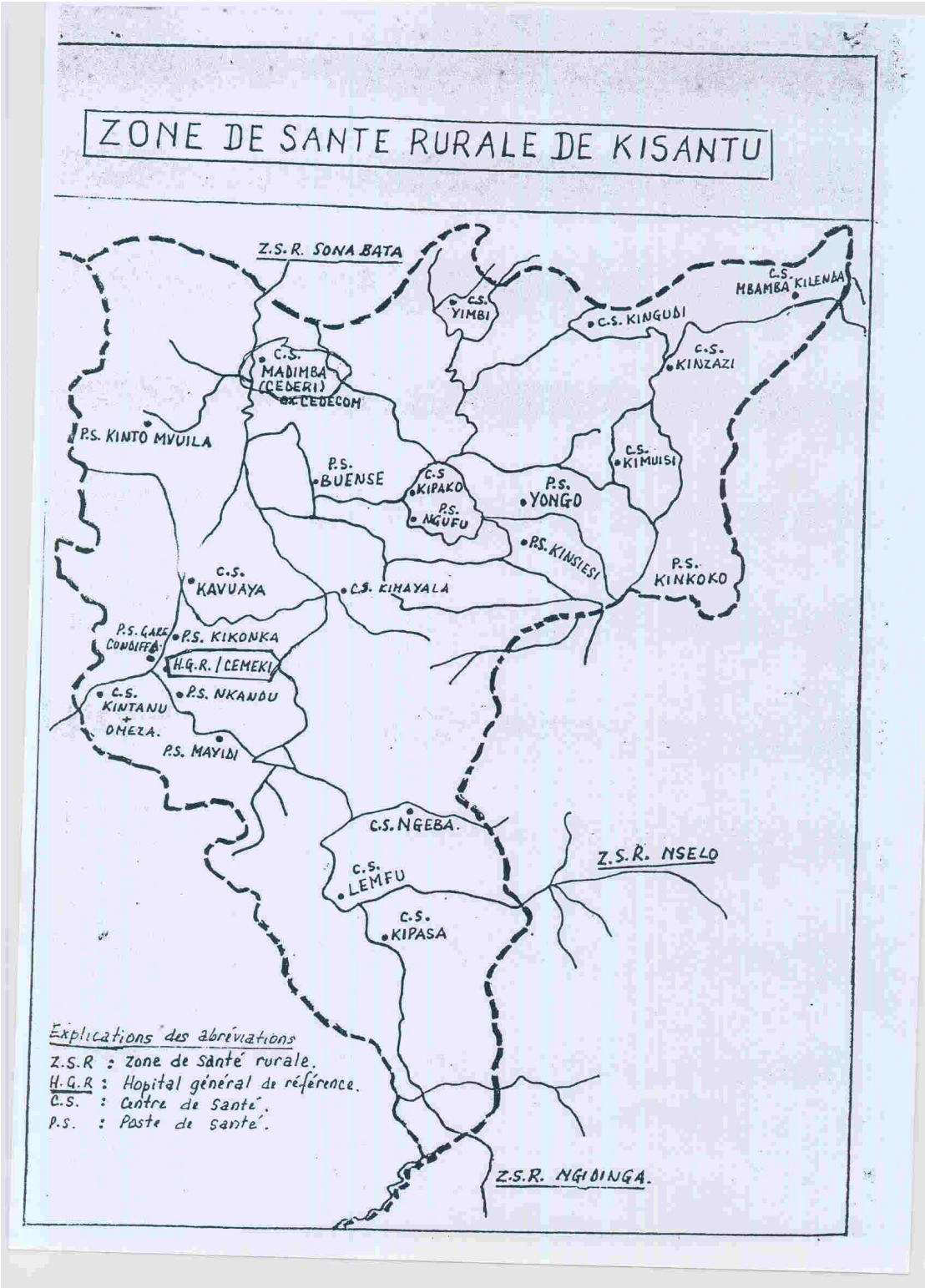
Il sera placé sous l'autorité de la direction de l'intervention.

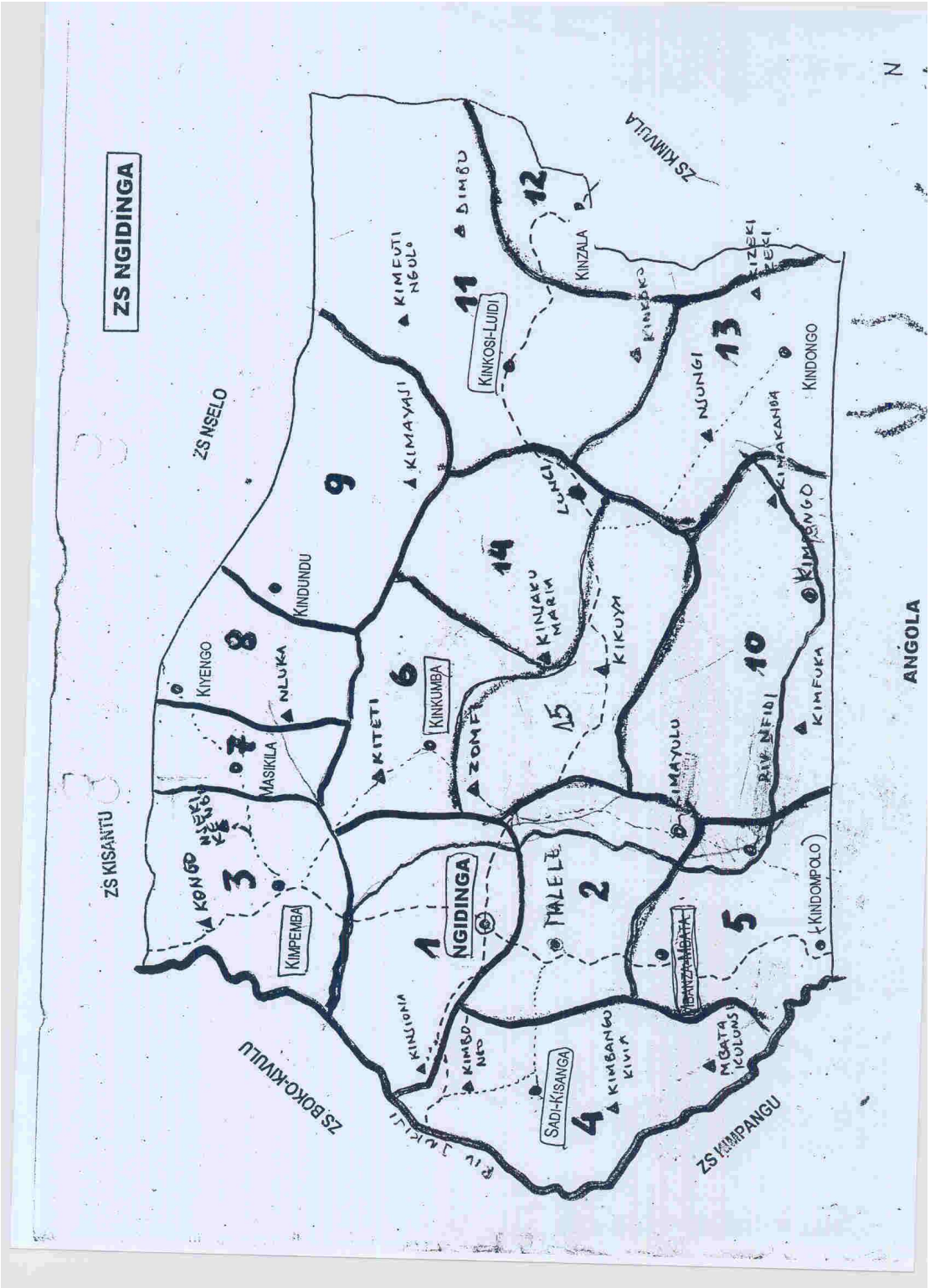
Le staff administratif et financier du projet sera aussi chargé de libérer les fonds en espèces aux différents services appuyés selon les modalités de gestion définie (planifications trimestrielles, double signature, etc).

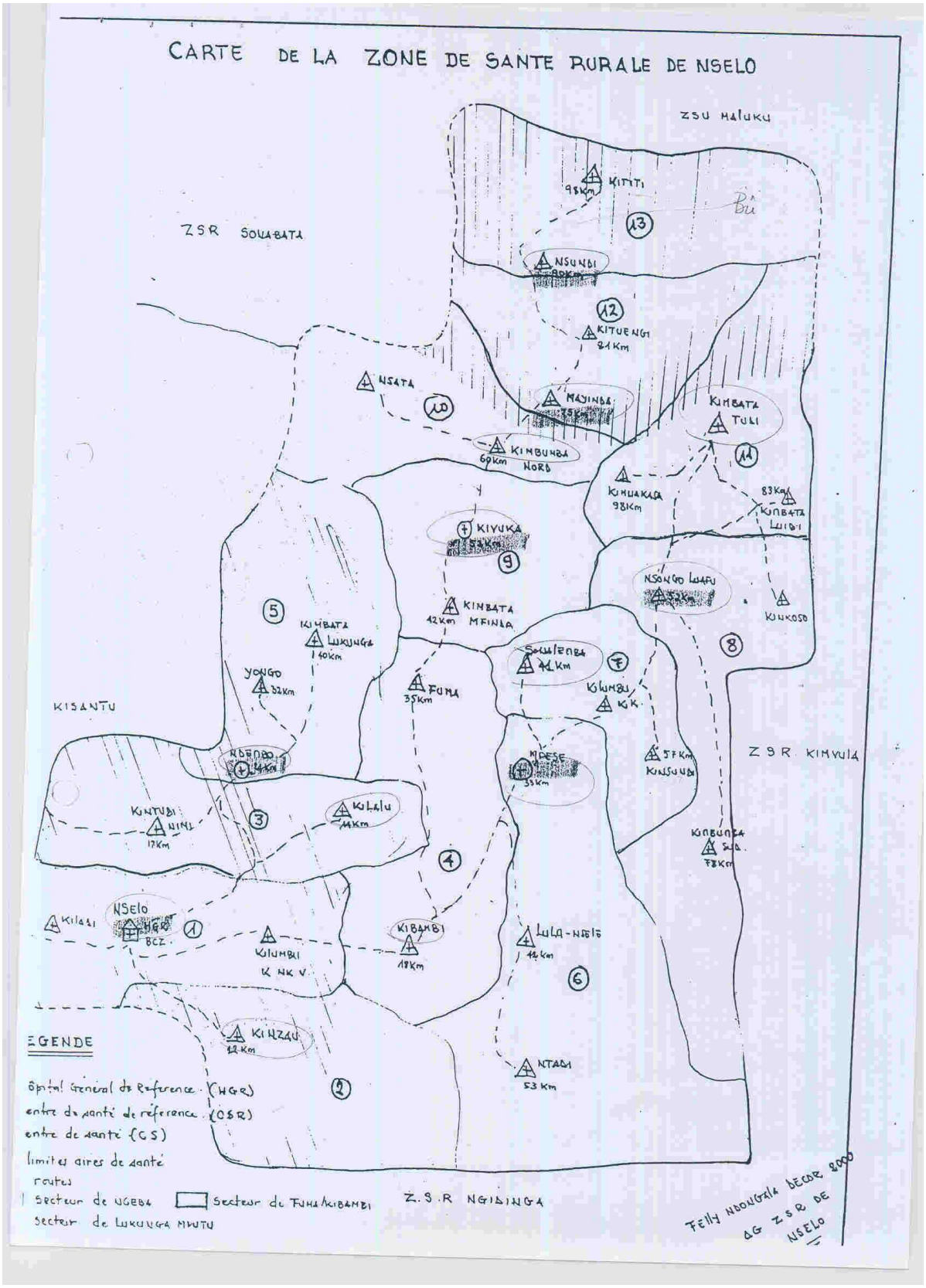
Il appuiera aussi les services administratifs et financiers des différentes structures appuyées par l'intervention.

7.3 CARTES DES ZONES DE SANTE




ZONE DE SANTE RURALE DE KISANTU
Z.S.R. SONA BATA
C.S. YIMBI
C.S. MBAMBA KILENDA
C.S. KINGUDI
C.S. KINZAZI
C.S. MADIMBA (CEDERI)
CEDECOM
P.S. KINTO MVUILA
P.S. BUENSE
C.S KIPAKO
P.S. NGUFU
P.S. YONGO
C.S. KIMUISI
P.S. KINSIESI
P.S. KINKOKO
C.S. KAVUAYA
C.S. KIMAYALA
P.S. GARE CONDIFFA
P.S. KIKONKA
H.G.R. / CEMEKI
C.S. KINTANU + OMEZA.
P.S. NKANDU
P.S. MAYIDI
C.S. NGEBA.
C.S. LEMFU
C.S. KIPASA
Z.S.R. NSELO
Z.S.R. NGIDINGA.
Explications des abréviations
Z.S.R : Zone de Santé rurale.
H.G.R : Hopital général de référence.
C.S. : Centre de Santé.
P.S. : Poste de Santé.


ZS NGIDINGA
ZS NSELO
ZS KISANTU
ZS BOKO-KIVULU
ZS KIMPANGU
ZS KIMVULA
ANGOLA
NGIDINGA
KIMPEMBA
KINKUMBA
KINKOSI-LUIDI
SADI-KISANGA
KINDUNDU
KIYENGO
MASIKILA
KINZALA
KINDONGO
KINDOMPOLO
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15


CARTE DE LA ZONE DE SANTE RURALE DE NSELO
ZSU MALUKU
ZSR SONABATA
KITITI
98Km
NSUNDI
KITUENGI
81Km
NSATA
MAYINDA
KIMBUMBA NORD
60Km
KIMBATA TULI
KIMUAKASA
98Km
83Km
KIMBATA LUIDI
KIVUKA
KIMBATA MFINDA
42Km
NSONGO LUAFU
KINKOSO
KIMBATA LUKUNGA
40Km
YONGO
32Km
FUMA
35Km
SONALEMBA
KILUMBU KK
KISANTU
NDEMBO
MPESE
33Km
57Km
KINSUNDI
ZSR KIMVULA
KINTUDI NIMI
17Km
KILALU
KIMBUMBA SUD
78Km
NSELO
HGR
BCZ
KILUMBU K NK V
KIBAMBI
18Km
LULA-NSELO
KINZAU
NTADI
53 Km
EGENDE
Ôpital Général de Reference (HGR)
entre de santé de référence (CSR)
entre de santé (CS)
limites aires de santé
routes
Secteur de NGEBA
Secteur de FUMA/KIBAMBI
Secteur de LUKUNGA MPUTU
Z.S.R NGIDINGA
FELLY NDONGALA DECOR 2000
AG ZSR DE NSELO

7.4 NORMES POUR UN HGR

Le « Recueil des Normes de la Zone de Santé » d'août 2006 auquel il est fait référence a été préfacé par le Ministre de la Santé. Nous reprenons ci-dessous un extrait de cette préface suivi du tableau figurant au chapitre 4.3 qui décrit les normes pour un HGR.

« …Ainsi, le Ministère de la Santé demande que ce document, fruit d'un travail ardu de plusieurs experts, soir effectivement utilisé pour la mise en œuvre de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé. Ce Recueil des Normes remplace donc tous les autres documents des normes de la Zone de Santé qui circulaient jusque là. Désormais, il fait autorité comme document de référence pour l'opérationnalisation de la Stratégie et la conduite des interventions dans le secteur de la santé. Toutefois, il convient de souligner le caractère flexible de ce travail, qui, au fil de temps, subira des révisions en réponse aux réalités provenant du terrain. A ce stade, ces Normes de la Zone de Santé doivent être considérées comme un large consensus sur des hypothèses de travail destinées à être testées lors de la mise en œuvre du processus de développement des Zone de Santé. Des réajustements restent donc possibles sur base des résultats de terrain. La validation de ce document est donc à envisager au minimum dans le moyen terme.

7.4.1 Normes des ressources

7.4.1.1 Ressources humaines

Pour un HGR de 100 lits desservant 100.000 habitants, les postes à pourvoir sont repris dans les tableaux suivants :

Personnel technique				
	Catégories	Nbre	Qualification	Fonction
1	Médecins	3	Docteur en médecine	Médecin (Chef de zone, Directeur de l'HGR, Chef de Staff)
2	Pharmacien	1	pharmacien	Pharmacien de l'HGR
3	Anesthésiste	1	Niveau A1	Responsable de réanimation
4	Administrateur gestionnaire	1	L2 ou G3	Responsable de la gestion administrative et financière
5	Directeur de nursing	1	Niveau A1	Chef du nursing
6	Infirmier	16	Infirmier A1/A2/A3	Administration des soins
7	Techniciens de laboratoire	2	Technicien	Chef de service

	laboratoire		A1/A2/A3	
8	Technicien de radiologie	1	technicien A1/A2	Responsable du service
9	Kinésithérapeute	1	Technicien A1/A2	Responsable du service
10	Nutritionniste	1	G 3	Nutritionniste
Personnel d'appoint				
	Catégories	Nombre	Qualification	Fonction
1	Administratifs	3	Diplôme d'Etat des Humanités	Secrétaire, Comptable, caissier et statisticien
2	Chauffeur	1	D6-PP4	Conduite véhicule
3	Technicien de maintenance	1	A1ou A2	Maintenance des équipements et électricité
4	Nettoyeurs et chargés de l'entretien	7	Sans qualification exigée	Propreté des locaux et bâtiments + buanderie + entretien de la cour
5	Huissier	1	PP4	Transmission courrier, accueil à l'entrée
6	Sentinelle	2	Sans qualification	Veilleur et chargé de sécurité des infrastructures et équipements
Total		43		

Une utilisation rationnelle des ressources humaines réparties de telle manière, est susceptible de garantir un travail de qualité. Le ratio de 1 agent par 2 lits d'hospitalisation occupé- dont 70% de professionnels de santé est une base recommandée pour la planification des effectifs dans un hôpital.

En plus des services de base (médecine, chirurgie, gynéco obstétrique, la pédiatrie et le laboratoire), l'Hôpital Général de Référence peut développer en fonction de ressources disponibles, un certain nombre de services spécialisés (ophtalmologie, ondoto-stomatologie, kinésithérapie, santé mentale…) qui peuvent exiger des effectifs spécialisés supplémentaires.

7.5 DETAILS DES PRIX UNITAIRES

	Prix en euro
Frais de personnel	*Par mois*
Expert senior (24 homme mois)	12500
Responsable administratif et financier (local) - RAF	1004
Secretaire	387
Chauffeur	333
Investissements	
Toyota landcruiser longue chassis 4x4	27000
PC	1000
Imprimante	500
Photocopieur	5000
Scanner	150
Onduleur	300
Location coffre fort (par an)	144

Les primes du personnel

Pour le calcul des primes du personnel, l'équipe de formulation s'est basée sur les montants qui figurent dans le dossier d'identification.

Pour 70 membres du personnel un montant moyen de 1500 € par an a été budgétisé, basé sur l'expérience et les normes émises par la RDC.

Par an on prévoit une augmentation de 8,5% pour une croissance justifiée du nombre du personnel et ceci pour une période de 5 ans.