

# DOSSIER TECHNIQUE ET FINANCIER

## PROGRAMME SANTÉ RDC : PROGRAMME D'APPUI AU NIVEAU CENTRAL (PANC)

CODE DGD : 3016483

CODE NAVISION : RDC 14 193 11



LA COOPÉRATION  
BELGE AU DÉVELOPPEMENT **.be**

## TABLE DES MATIÈRES

<b>TABLE DES MATIÈRES</b> .....	<b>2</b>
<b>ABRÉVIATIONS</b> .....	<b>4</b>
<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>10</b>
<b>FICHE ANALYTIQUE DE L'INTERVENTION</b> .....	<b>15</b>
<b>1 ANALYSE DE LA SITUATION</b> .....	<b>17</b>
1.1 CONTEXTE GLOBAL .....	17
1.2 CONTEXTE SECTORIEL .....	19
1.3 CONTEXTE SPÉCIFIQUE AU NIVEAU CENTRAL DU MSP .....	29
<b>2 ORIENTATIONS STRATÉGIQUES</b> .....	<b>40</b>
2.1 LES PRINCIPES GÉNÉRAUX DU PROGRAMME .....	40
2.2 UN APPUI INSTITUTIONNEL AU NIVEAU CENTRAL ET OPÉRATIONNEL DANS LE CADRE D'UN APPUI GLOBAL AU SECTEUR .....	42
2.3 ACCOMPAGNEMENT DU PROCESSUS DE DÉVELOPPEMENT SECTORIEL .....	43
2.4 UNE APPROCHE INTÉGRÉE ET COORDONNÉE .....	43
2.5 L'APPROCHE MULTI-BAILLEURS .....	45
2.6 ORIENTATIONS STRATÉGIES SPÉCIFIQUES POUR LE NIVEAU CENTRAL .....	46
2.7 COMPLÉMENTARITÉ AVEC LES APPUIS DES AUTRES PTF AU NIVEAU CENTRAL .....	50
<b>3 PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE</b> .....	<b>53</b>
3.1 OBJECTIF GÉNÉRAL .....	53
3.2 OBJECTIF SPÉCIFIQUE 1 .....	53
3.3 OBJECTIF SPÉCIFIQUE 2 .....	73
3.4 OBJECTIF SPÉCIFIQUE 3 .....	87
<b>4 RESSOURCES</b> .....	<b>100</b>
4.1 RESSOURCES FINANCIÈRES.....	100
4.2 RESSOURCES HUMAINES .....	102
4.3 RESSOURCES MATÉRIELLES .....	103
4.4 BUDGET .....	105
<b>5 MODALITÉS D'EXÉCUTION</b> .....	<b>107</b>
5.1 CADRE LÉGAL ET RESPONSABILITÉS .....	107

5.2	CYCLE DE VIE DE L'INTERVENTION.....	107
5.3	CADRE ORGANISATIONNEL POUR LE PILOTAGE ET LA MISE EN ŒUVRE .....	109
5.4	GESTION OPÉRATIONNELLE .....	115
5.5	ADAPTATION DU DTF.....	124
<b>6</b>	<b>THÈMES TRANSVERSAUX.....</b>	<b>125</b>
6.1	UNE APPROCHE BASÉE SUR LES DROITS HUMAINS .....	125
6.2	ENVIRONNEMENT .....	125
6.3	GENRE .....	127
6.4	SANTÉ DE LA MÈRE ET L'ENFANT ET LE VIH/SIDA .....	130
6.5	TABLEAU SYNTHÉTIQUE & INDICATEURS .....	132
<b>7</b>	<b>ANNEXES .....</b>	<b>135</b>
7.1	CADRE LOGIQUE .....	136
7.2	CHRONOGRAMME .....	150
7.3	TERMES DE RÉFÉRENCES DU PERSONNEL LONG TERME.....	152
7.4	PRÉSENTATION DU PROJET RIPSEC.....	161

## ABRÉVIATIONS

AEP	Agences d'exécution partenaires
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ANG	Acteurs belges non-gouvernementaux
APA	Autorité Politico Administrative
APP	Apprentissage Par Problèmes
AQ	Assurance Qualité
ARPN	Autorité de Réglementation Pharmaceutique Nationale
AS	Aire de Santé
ASLO	Association Locale
ASRAMES	Association Régionale d'Achat des Médicaments Essentiels
ASSNIP	Appui au Système de Santé du Niveau Intermédiaire et Périphérique
AT	Assistance Technique (ou Assistant Technique)
ATI	Assistant Technique International
ATN	Assistant Technique National
BAD	Banque Africaine au Développement
BCAF	Bureau Central d'Achats de la FEDECAME
BCZS	Bureau Central de la Zone de Santé
BDOM	Bureau Diocésain de Œuvres Médicales
BM	Banque Mondiale
BPD	Bonnes Pratiques de Distribution
BPF	Bonnes Pratiques de Fabrication
BTC	Belgian Technical Cooperation
BZS	Bureau de Zone de Santé
CA	Conseil d'Administration
CAC	Cellule d'Animation Communautaire
CAG	Cellule d'Appui à la Gestion Financière
CAMEBASU	Centrale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels du Bandundu Sud (Kikwit)
CAMEKIS	Centrale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (Kisangani)
CAMENE	Centrale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels du Nord Équateur (Bwamanda)
CAO	Cadre d'Accélération des OMD
CCQ	Comité de Contrôle de la Qualité
CCT	Comité de Coordination Technique
CCSC	Centre de Connaissances Santé au Congo

CDR	Centre de Distribution Régional
CDSMT	Cadre des Dépenses Sectorielles à Moyen Terme
CGMP	Cellule de Gestion des Marchés Public
CMO	Convention de Mise en Œuvre
CNP-SS	Comité National de Pilotage du Secteur de la Santé
CODESA	Comité de Développement de Santé
CODIR	Comité de Direction (de l'HGR)
COGE	Comité de Gestion
COSA	Comité de Santé
CPN	Couverture prénatale
CPP	Comité Provincial de Pilotage
CS	Centre de Santé
CSR	Centre de Santé de Référence
CSU	Centre de Santé Universelle
CTB	Coopération Technique Belge
CTLM	Commission Technique de Lutte contre la Maladie
DAF	Direction Administrative et Financière
DAO	Dossier d'Appel d'Offre
DCMP	Dépôt Central Médico-Pharmaceutique
DEP	Direction d'Etudes et Planification
DI	Directeur de l'Intervention
DGD	Direction générale de Coopération au développement et Aide humanitaire
DN	Directeur de Nursing
DLM	Direction de Lutte contre la Maladie
DOGS	Direction de l'Organisation et de la Gestion des Services des soins de Santé
DPM	Direction de la Pharmacie, du Médicaments et des plantes médicinales
DPS	Division Provinciale de la Santé
DSCR	Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté
DSSP	Direction des Soins de Santé Primaires
DTF	Dossier Technique et Financier du projet/programme
DUE	Délégation de l'Union Européenne
ECC	Eglise de Christ au Congo
ECZS (=ECZ)	Equipe Cadre de Zone de Santé (=Equipe Cadre de Zone)
ECP	Equipe Cadre de Province
ECZS	Equipe Cadre de Zone de Santé

EDS	Enquête Démographique et de Santé
EF	Equipe de Formulation
EPM	Ecole Para Médicale
EPP	Encadreurs Provinciaux Polyvalents
ESP	Ecole de Santé Publique
ESF	Electriciens Sans Frontières
EPP	Encadreurs Polyvalent Provincial
ETD	Entités Territoriales Décentralisées
FBP	Financement Basé sur les Performances
FED	Fonds Européen pour le Développement
FEDECAME	Fédération des Centrales d'Achat et de Distribution de Médicaments Essentiels
FFOM	Forces Faiblesses Opportunités Menaces
FI	Fiche d'Identification
FM	Fonds Mondial
FMI	Fond Monétaire International
FOSA	Formation Sanitaire
GAVI-RSS	Global Alliance for Vaccines and Immunization – Renforcement du Système de Santé
GIBS	Groupe Inter-Bailleurs en Santé
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
GM	Gender Machinery
GRH	Gestion Ressources Humaines
GT	Groupes Thematiques
HD	Hôpital de District
HFG	Health Financing & Governance
HGR	Hôpital Général de Référence
IADM	Initiative pour l'Annulation de la Dette Multilatérale
ICT	Information and Communication Technology
IDH	Indice de Développement Humain
INRB	Institut National de Recherches Biomédicales
INS	Institut National des Statistiques
I-PPTE	Initiative en faveur des Pays Pauvres Très Endettés
IPS	Inspection Provinciale de la Santé
IS	Infirmier Superviseur
ISTM	Institut Supérieur de Techniques Médicales
ITM	Institut de Technique Médicale

JICA	Japanese International Coop Agency
KOICA	Korean International Cooperation Agency
LNCQ	Laboratoire National de Contrôle Qualité
LNME	Liste Nationale des Médicaments Essentiels
MCZ	Médecin Chef de Zone
ME	Médicaments Essentiels
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MHRA	Medicines and Healthcare products Regulatory Agency
MI	Moustiquaire imprégné
MICS	Multi Indicators Cluster Survey
MIP	Médecin Inspecteur Provincial
MOD	Maître d'ouvrage délégué
MPS	Ministère Provinciale de Santé
MSF	Médecins Sans Frontières
MSP	Ministère de la Santé Publique
NV	Naissances Vivantes
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OS	Objectif Spécifique
PADPDSS	Projet de renforcement du système de santé pour améliorer les résultats de santé maternelle et infantile (BM)
PANC	Programme d'Appui au Niveau Central
PADP	Programme d'Appui au Division Provinciales
PAO	Plan d'Action Opérationnel / Plan Annuel Opérationnel
PAP	Programme d'Action Prioritaire
PAPNDS	Programme d'appui à la mise en œuvre du PNDS (10 <sup>ème</sup> FED)
PARSS	Programme d'Appui au Renforcement du Système de Santé (BM)
PBF	Performance Based Financing (voir aussi FBP)
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PCIMA	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigue
PEP	Post-Exposure Prophylaxie
PESS	Programme d'Equipement des Structures Sanitaires
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PIC	Programme Indicatif de Coopération
PLVS	Programme de Lutte contre la Violence Sexuelle
PMA	Paquet Minimum d'Activités

PNAM	Programme pour l'Approvisionnement en Médicaments
PNCNS	Programme National des Comptes Nationaux de la Santé
PNDIS	Plan de Développement de l'Informatique de la Santé
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLS	Programme National de Lutte contre le SIDA
PNLTHA	Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine
PNPMS	Programme National de Promotion des Mutuelles de Santé
PNSM	Programme National de Santé Mentale
PNSR	Programme National de la Santé de la Reproduction
PNUD	Programme de nations unies pour le développement
PPDS	Plan Provincial de Développement Sanitaire
PPN	Politique Pharmaceutique Nationale
PRAG	Practical Guide (Guide pratique de Gestion des Projets de l'UE)
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Programme de Transmission Mère - Enfant
QUAMED	Quality Medicines for All
RAF	Responsable Administratif et Financier
RAC	Revue Annuelle Conjointe
RDC	République Démocratique du Congo
RDP	Revue des Dépenses Publiques
RdF	Rapport de Formulation
RECO	Relais Communautaire
RH	Ressources Humaines
RHS	Ressources Humaines de la Santé
RISPEC	Projet de Renforcement Institutionnel pour des Politiques de Santé basées sur l'Evidence en RD Congo
ROI	Règlement d'Ordre Intérieur
SANRU	Santé Rurale
SCOB	Soins Chirurgicaux et Obstétricaux de Base
SCRP	Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté
SDS	Structure de Supervision
SEP	Secrétariat Exécutif Permanent (de la FEDECAME)
SG	Secrétaire Général
SIDA	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SIS	Système informations sanitaires
SLA	Service Level Agreement



SMCL	Structure Mixte de Concertation Locale
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SNAME	Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
SNIS	Système Nationale Information Sanitaire
SNLVBG	Stratégie Nationale de Lutte contre les Violences Basées sur le Genre
SPT	Stratégie Plainte-Traitement
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats
TdR	Termes de Référence
TIC	Technologie de l'Information et de la Communication
UDP	Unité de Direction du Programme
UE	Union Européenne
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNTA	Unité Nutritionnelle Thérapeutique Ambulatoire
UNTI	Unité Nutritionnelle Thérapeutique Intensive
UP	Unité de Prestation
UPP	Unité Provinciale de Projet
USAID	Agence Internationale de Développement des États Unis d'Amérique
USD	United States Dollars
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VSBG	Violences Sexuelles Basées sur le Genre
VVS	Victimes des violences sexuelles
ZS	Zone de Santé
ZSU	Zone de Santé Urbaine

## RÉSUMÉ

Le PROGRAMME SANTE RDC est une nouvelle phase de l'appui apporté par la coopération belge au Ministère de la Santé Publique (MSP), dans le cadre de la coopération bilatérale entre la RDC et la Belgique.

Ce programme est caractérisé par un appui au secteur de la santé à deux niveaux de l'organisation sanitaire : (i) au niveau central avec un appui à 4 structures clés du MSP, (ii) au niveau décentralisé avec un appui aux Divisions Provinciales de la Santé (DPS) et aux Zones de Santé (ZS) ; une 3<sup>ème</sup> composante – la lutte contre la violence sexuelle – s'ajoute comme un thème d'attention particulière ancrée dans le secteur de la santé, mais avec des liens avec d'autres secteurs (justice, affaires sociales, enseignement).

Cette intervention belge, telle qu'elle a été définie dans la phase d'identification, s'aligne pleinement dans la politique de santé du MSP. Ce programme contribue, en effet, à la réalisation des objectifs du Gouvernement dans le secteur de la santé par son appui à différentes structures centralisées et décentralisées du Ministère de la Santé Publique, par son alignement clair à la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) et au Plan National de Développement Sanitaire (PNDS).

Le présent Dossier Technique et Financier (DTF) concerne plus spécifiquement l'appui au niveau central mais il est en lien étroit avec les DTF concernant le niveau décentralisé et la composante lutte contre la violence sexuelle. Ces composantes sont en effet largement complémentaires car elles s'alimentent les unes aux autres :

- La mise en œuvre des services au niveau des zones de santé – élément opérationnel de base du système de santé – ne peut en effet être réalisée d'une façon durable sans disposer (i) des ressources humaines, financières et matérielles nécessaires (ii) d'une régulation adaptée (planification des ressources, suivi-évaluation des activités, formation continue, etc.), (iii) des soutiens indispensables (apport en médicaments, aspects préventifs et promotionnels, prise en charge des grandes endémies ou épidémies, etc.) et (iv) de mécanismes adaptés permettant une réelle accessibilité financière pour toutes les populations d'une manière équitable.
- L'ensemble de ces éléments nécessite (i) une vision stratégique, régulièrement adaptée par les analyses des multiples contraintes rencontrées, (ii) une planification opérationnelle à tous les étages du système, régulièrement suivie et analysée, (iii) une coordination efficace de l'ensemble des différents intervenants, incluant tous les partenaires intervenant dans le secteur, (iv) une amélioration constante des politiques, normes ou stratégies, basée sur des analyses pertinentes des différentes études, enquêtes ou expériences menées dans le pays (approche 'bottom-up'), (vi) une mobilisation des financements adéquats pour une couverture santé universelle.
- Au regard de l'étendue du pays, la réforme du niveau intermédiaire dans le cadre de la décentralisation (avec la création de 26 Divisions Provinciales de la Santé (DPS), sous l'égide des Ministères Provinciaux de la Santé) est une réelle opportunité de développer progressivement à un niveau plus opérationnel ces compétences de vision stratégique, de planification et de coordination (au sein du secteur de la santé et entre les différents secteurs), de suivi et d'évaluation, ainsi que de recherche de financements adéquats.
- L'organisation de ces DPS a été, dans le cadre de la réforme, complètement retravaillée et les postes clés seront progressivement occupés par des personnes recrutées sur concours en fonction des compétences nécessaires. Cependant, pour que l'organisation pratique, le management, et le financement de ces nouvelles structures puissent être menés de manière

cohérente et efficace, un soutien important et un coaching fort des directions centrales seront absolument indispensables.

Dans cette optique, 4 structures centrales du MPS – déjà appuyées durant les phases précédentes à travers la coopération bilatérale belge ou la coopération déléguée avec l'Union Européenne – sont concernées par le Programme :

- La Direction des Etudes et de la Planification (DEP)
- La future Direction Administrative et Financière (DAF)
- La Direction de la lutte contre la maladie (DLM)
- Les structures du Système National d'Approvisionnements en Médicaments Essentiels (SNAME) : (i) La direction de la Pharmacie du Médicament (DPM), (ii) le Programme National d'Approvisionnement en Médicaments (PNAM), (iii) la Fédération des Centrales d'Achat des Médicaments (FEDECAME), (iv) les Centrales de Distributions Régionales de Médicaments Essentiels (CDR)

Un point très important – largement mis en exergue dans le cadre de la phase d'identification – est que les appuis apportés le seront dans une approche « *multi-bailleurs* », c'est-à-dire en étroite concertation avec l'ensemble des autres partenaires intervenant soit en appui spécifique aux 4 structures concernées soit au niveau des 3 provinces prises en compte dans le cadre du programme belge. Cette approche multi-bailleur sera aussi un instrument pour renforcer le plaidoyer pour un engagement budgétaire progressif de la part du gouvernement congolais dans le secteur de la santé.

L'objectif général du programme est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans le cadre global de lutte contre la pauvreté.

Le programme du Niveau Central est structuré dans 3 objectifs spécifiques, intitulés de la manière suivante :

1. Les capacités managériales de la DEP sont renforcées pour assurer ses missions dans la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du PNDS en priorité dans les aspects de réforme du secteur et du développement des zones de santé.
2. Les capacités managériales de la DLM sont renforcées pour assurer son leadership de gestion multi-bailleurs des maladies endémo-épidémiques et des maladies non transmissibles
3. L'approvisionnement régulier et pérenne en médicaments, dispositifs médicaux et produits de diagnostic essentiels de qualité à un prix accessible, mission prioritaire du SNAME, est assuré par la FEDECAME, régulé par la DPM, suivi par le PNAM, et destiné à toutes les Formations sanitaires des ZS ciblées, via les CDR de Kisangani (CAMEKIS), de Bwamanda (CAMENE) et de Kikwit (CAMEBASU).

### **Appui à la DEP et à la future DAF**

L'appui institutionnel à la DEP devrait permettre à cette direction centrale de pouvoir remplir ses différentes missions.

Dans ce cadre, les différents appuis viseront naturellement à renforcer (i) les capacités de planification et (ii) de coordination des intervenants, (iii) de développer le secteur au travers de l'information stratégique et (iv) d'élaborer les différents documents stratégiques du secteur en se basant sur les données probantes apportées par la recherche et la capitalisation des expériences.

Les résultats attendus de cet appui sont les suivants :

- Résultat 1 : Une planification coordonnée est assurée à tous les niveaux, afin de permettre le renforcement du système de santé et en particulier le développement des zones de santé.
- Résultat 2 : La coordination des appuis des différentes partenaires techniques et financiers du secteur de la santé – en termes de synergie, de complémentarité et de cohérence avec la stratégie sectorielle – est assurée à tous les niveaux.
- Résultat 3 : Le suivi du développement du secteur est assuré à travers la gestion de l'information stratégique – provenant de tous les niveaux du système de santé – sous forme de capitalisation d'expériences ou d'études et de bases de données pour l'analyse sectorielle et macro-économique
- Résultat 4 : L'élaboration des politiques, des normes et des stratégies du secteur est basée sur la recherche en système de santé à tous les niveaux, en particulier au niveau opérationnel.
- Résultat 5 : Le management interne de la DEP est renforcé dans la vision de la réforme du système de santé

La mise en place d'une DAF, conformément aux prescrits de la nouvelle loi sur les finances publiques, devra se réaliser dans les prochains mois. Une feuille de route, sous l'égide de la DEP précise la restructuration de l'actuelle CAG et sa dévolution vers la future DAF. La finalisation de cette entreprise sera appuyée par le présent programme en collaboration étroite avec les partenaires et le Gouvernement.

La mise en place d'une DAF au MSP, dans le cadre de la réforme des finances publiques, est une étape cruciale pour apporter les éléments de crédibilité (visibilité des différentes lignes budgétaires et des participations des bailleurs) et de redevabilité des différents acteurs (tant au niveau de la planification, de la mise en œuvre que de l'exécution effective des dépenses prévues).

### **Appui à la DLM**

L'appui institutionnel à la DLM devrait permettre à cette direction centrale de pouvoir remplir ses différentes missions.

Dans ce cadre, les différents appuis viseront à renforcer (i) son leadership dans le fonctionnement courant de ses activités de lutte contre les maladies et l'intégration des programmes spécialisés à ce niveau, (ii) d'assumer son rôle primordial de surveillance des principales épidémies et endémies, (iii) d'assurer la fonction du réseau de laboratoires provinciaux de santé publique.

Les résultats attendus de cet appui sont les suivants :

- Résultat 1 : Le fonctionnement des programmes spécialisés prioritaires est coordonné et progressivement intégré dans le cadre des activités courantes de la DLM
- Résultat 2 : La surveillance épidémiologique et la réponse contre les épidémies sont renforcées dans une vision multidisciplinaire et multi-bailleurs
- Résultat 3 : Le fonctionnement du réseau des laboratoires est renforcé en appui à la lutte contre les épidémies et endémies prioritaires
- Résultat 4 : Le management interne de la DLM est renforcé dans la vision de la réforme du système de santé

## **Appui au SNAME**

L'appui du programme au volet pharmaceutique est fondamentalement un appui au Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels, dont les missions prioritaires sont (i) d'assurer un approvisionnement régulier, suffisant et pérenne de médicaments essentiels de qualité sous forme générique, (ii) de les fournir à un prix accessible à la population et (iii) de contribuer à promouvoir l'utilisation rationnelle des médicaments aux différents niveaux des formations sanitaires.

Les résultats attendus sont :

- Résultat 1 : L'appui aux trois CDR de Kisangani, Bwamanda et Kikwit permet d'assurer la disponibilité des médicaments FEDECAME de qualité et à prix accessible depuis la CDR jusqu'aux zones de santé.
- Résultat 2 Le rôle du Programme National d'Approvisionnement en Médicaments (PNAM) dans la coordination et supervision du SNAME renforcé.
- Résultat 3 : Le fonctionnement de la FEDECAME et du BCAF Ouest est renforcé afin d'assurer une disponibilité continue des médicaments dans les CDR.
- Résultat 4 : Les principales fonctions réglementaires de la DPM (D3) sont renforcées dont en particulier, l'enregistrement et l'inspection.

Au travers de cet appui, ce seront les différentes structures centrales et périphériques du SNAME qui seront concernées :

- Les trois CDR de Kisangani (CAMEKIS), de Bwamanda (CAMENE) et de CDR de Kikwit (CAMEBASU), ainsi que les DPS qui y sont rattachées.
- La FEDECAME, en particulier le BCAF Ouest, afin d'assurer un approvisionnement continu et efficient des CDR.
- Le PNAM qui bénéficiera d'une assistance technique internationale afin de faciliter le suivi du fonctionnement de la FEDECAME, des CDR et des ZS.
- La DPM pour qu'elle puisse faire des avancées significatives en matière de réglementation, d'enregistrement et d'inspection du secteur pharmaceutique privé et public.

## **Ressources apportées par le programme**

Les différentes ressources belges apportées par le programme seront financières, matérielles et humaines, pour un montant de 9.500.000 Euros. La contribution congolaise sera de 5.237.000 USD.

Sur le plan des ressources humaines, le programme mobilisera une AT Internationale (Santé Publique, Economie de la Santé, Gestion Pharmaceutique) et différentes consultances d'expertise court-terme, dont les besoins et les modalités seront définis dans le déroulement du programme.

L'appui en ATI sera particulièrement important pour

- assurer la complémentarité et la coordination technique entre les différents niveaux du programme de la coopération belge, afin d'assurer une vision globale et harmonisée du programme
- accompagner, dans le cadre de la réforme du secteur de la santé, les directions centrales et les divisions provinciales (en particulier pour les provinces appuyées par le programme) dans le volet crucial d'organisation et de coaching des équipes des DPS
- renforcer la dynamique de travail au sein des équipes des directions centrales ; il s'agira notamment d'introduire des procédures modernes de management et de communication

d'équipe (délégation des tâches, responsabilisation et redevabilité des acteurs, outils organisationnels, etc.).

Le programme sera piloté pour la partie financière par un Responsable Administratif Financier, accompagné d'une équipe de comptable-vérificateurs.

Sur le plan matériel, le programme permettra – au niveau des CDR- des constructions, réhabilitations ou extensions de locaux. Des équipements techniques, bureautiques, immobiliers et logistiques seront apportés par ailleurs aux différentes structures appuyées.

Sur le plan financier, des financements conséquents seront apportés pour assurer (i) les différentes missions, ateliers ou réunions nécessaires, (ii) des subventions de fonctionnement pour les CDR et la FEDECAME, ainsi qu'un renforcement du capital médicament du secteur, (iii) un développement de la dynamique de travail des différentes équipes concernées.

## FICHE ANALYTIQUE DE L'INTERVENTION

Titre de l'intervention	Programme d'Appui au Niveau Central (PANC)
DGD Numéro d'Intervention	3016483
Code Navision CTB	RDC 14 193 11
Partenaire local	Ministère de la Santé Publique en RDC
Durée Convention Spécifique	48 mois
Durée de l'intervention	36 mois
Date estimative démarrage du programme	Fin 2015
Contribution partenaire	5.237.000 USD
Contribution belge	9.500.000 Euros
Secteur d'intervention (code CAD)	12110 – Santé : Politique de la Santé, gestion administrative
Objectif global	Objectif Général : « Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans le cadre global de lutte contre la pauvreté. »
Objectif spécifique	<p>Objectif Spécifique 1 (OS1):</p> <p>« Les capacités managériales de la DEP sont renforcées pour assurer ses missions dans la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du PNDS en priorité dans les aspects de réforme du secteur et du développement des zones de santé. »</p> <p>Objectif Spécifique 2 (OS2):</p> <p>« Les capacités managériales de la DLM sont renforcées pour assurer son leadership de gestion multi-bailleurs des maladies endémo-épidémiques et des maladies non transmissibles. »</p> <p>Objectif Spécifique3 (OS3):</p> <p>« L'approvisionnement régulier et pérenne en médicaments, dispositifs médicaux et produits de diagnostic essentiels de qualité à un prix accessible, mission prioritaire du SNAME, est assuré par la FEDECAME, régulé par la DPM, suivi par le PNAM, et destiné à toutes les Formations sanitaires des ZS ciblées, via les CDR de Kisangani (CAMEKIS), de Bwamanda (CAMENE) et de Kikwit (CAMEBASU). »</p>
Résultats	<p>Les résultats attendus liés à OS1 sont les suivants :</p> <p>Résultat 1 : Une planification coordonnée est assurée à tous les niveaux, afin de permettre le renforcement du système de santé et en particulier</p>

	<p>le développement des zones de santé.</p> <p>Résultat 2 : La coordination des appuis des différentes partenaires techniques et financiers du secteur de la santé – en termes de synergie, de complémentarité et de cohérence avec la stratégie sectorielle – est assurée à tous les niveaux.</p> <p>Résultat 3 : Le suivi du développement du secteur est assuré à travers la gestion de l'information stratégique – provenant de tous les niveaux du système de santé – sous forme de capitalisation d'expériences ou d'études et de bases de données pour l'analyse sectorielle et macro-économique</p> <p>Résultat 4 : L'élaboration des politiques, des normes et des stratégies du secteur est basée sur la recherche en système de santé à tous les niveaux, en particulier au niveau opérationnel.</p> <p>Résultat 5 : Le management interne de la DEP est renforcé dans la vision de la réforme du système de santé</p> <p>Les résultats attendus liés à OS2 sont les suivants :</p> <p>Résultat 6 : Le fonctionnement des programmes spécialisés prioritaires est coordonné et progressivement intégré dans le cadre des activités courantes de la DLM</p> <p>Résultat 7 : La surveillance épidémiologique et la réponse contre les épidémies sont renforcées dans une vision multidisciplinaire et multi-bailleurs</p> <p>Résultat 8 : Le fonctionnement du réseau des laboratoires est renforcé en appui à la lutte contre les épidémies et endémies prioritaires</p> <p>Résultat 9 : Le management interne de la DLM est renforcé dans la vision de la réforme du système de santé</p> <p>Les résultats attendus liés à OS3 sont les suivants:</p> <p>Résultat 10 : L'appui aux trois CDR de Kisangani, Bwamanda et Kikwit permet d'assurer la disponibilité des médicaments FEDECAME de qualité et à prix accessible depuis la CDR jusqu'au zones de santé.</p> <p>Résultat 11 : Le rôle du Programme National d'Approvisionnements en Médicaments (PNAM) dans la coordination et supervision du SNAME est renforcé</p> <p>Résultat 12 : Le fonctionnement de la FEDECAME et du BCAF Ouest est renforcé afin d'assurer une disponibilité continu des médicaments dans les CDR</p> <p>Résultat 13 : Les principales fonctions règlementaires de la DPM (D3) sont renforcées dont en particulier, l'enregistrement et l'inspection</p>
--	---



# 1 ANALYSE DE LA SITUATION

## 1.1 Contexte Global

### 1.1.1 Contexte géo-socio-politique de la RDC

La République Démocratique du Congo est située en Afrique Centrale et à cheval sur l'Équateur. Elle est le deuxième pays le plus grand en Afrique avec une superficie estimée à 2.345.000 km<sup>2</sup>.

La RDC a évolué d'une subdivision en 11 provinces à 26 provinces aux termes de la Constitution de 2006, qui a instauré la décentralisation comme mode de gestion politico-administratif du pays dans le but d'accélérer son développement.

Dans son rapport mondial de 2013 sur le Développement Humain, le PNUD classe la RDC au 187ème rang sur 188 pays aux termes de l'Indice de Développement Humain (IDH : 0,304). Cette précarité sociale et les difficultés de la gouvernance politique ont exacerbé, au fil des années, le chômage des jeunes.

Selon les estimations démographiques la RDC compte une population évaluée à plus de 67,5 millions d'habitants<sup>1</sup> (deuxième pays le plus peuplé d'Afrique), avec un taux d'accroissement naturel estimé à 2.53% en 2014, dont la tranche jeune représente environ 70%. La croissance démographique urbaine est en forte augmentation. La volonté des Autorités Congolaises d'opérer des réformes courageuses dans la gestion des affaires publiques et leur engagement dans différents processus du partenariat mondial, ont été des catalyseurs pertinents dans la voie des progrès enregistrés sur le plan macroéconomique qu'il faut poursuivre et rendre durables. Ainsi, grâce à un programme rigoureux de réformes et de redressement économique mis en œuvre depuis 2001, la RDC a atteint son point d'achèvement de l'Initiative en faveur des Pays Pauvres Très Endettés (I-PPTE) et de l'Initiative pour l'Annulation de la Dette Multilatérale (IADM) en juillet 2010 avec à la clé, l'effacement de près de 10 milliards de USD sa dette extérieure.

La RDC est un pays en post conflit, en proie à la persistance de poches d'insécurité entretenues depuis plus de dix ans dans sa partie orientale par des groupes armés. Depuis la signature des accords de paix de Lusaka en 1999, le pays a progressé de manière significative dans le domaine politique, avec l'organisation d'élection présidentielle de 2006 et l'apparition de nouvelles institutions fonctionnelles comme le Parlement, le Sénat et les Exécutif Provinciaux. Le pays a adopté en 2007 un contrat de gouvernance qui définit ses objectifs en quatre domaines transversaux (décentralisation, gestion des finances publiques, administration publique et transparence) et trois thèmes sectoriels (entreprises publiques, secteur minier et secteur de la sécurité).

Dans la nouvelle architecture institutionnelle de 2006, trois paliers d'exercice de l'autorité publique sont définis, à savoir: le Pouvoir Central, les Provinces et les Entités Territoriales Décentralisées (ETD). Celles-ci sont de type dévolution, à savoir qu'un certain nombre de pouvoirs sont transférés à des entités administratives décentralisées qui jouissent de l'autonomie de gestion de leur ressources économiques, humaines, financières et techniques. Pour matérialiser ces principes, la Constitution fait mention d'une série de lois organiques qui doivent être élaborées pour mieux concrétiser les grands changements qu'elle introduit dans le pays. Cependant, les institutions politiques provinciales ont été mises en place à l'issue des élections libres et transparentes organisées sur toute l'étendue du territoire national avant la promulgation des lois devant les régir. Les articles 202, 203 et 204 de la

---

<sup>1</sup> <http://www.banquemondiale.org/fr/country/drc>

Constitution définissent les compétences du pouvoir central et des provinces.

D'autre part, comme la loi portant sur l'organisation et le fonctionnement des provinces ne va pas régler les matières sectorielles, le Gouvernement a décidé que chaque secteur devait élaborer une loi-cadre sectorielle pour concrétiser la décentralisation au sein de son propre secteur. Ainsi, les matières relatives au secteur de la Santé Publique sont, soit de la compétence exclusive du pouvoir central, soit de la compétence concurrente du pouvoir central et des provinces, soit de la compétence exclusive des provinces. L'élaboration des lois, leur adoption par les deux chambres du Parlement ainsi que sa promulgation par le Chef de l'Etat nécessite du temps et est en ce moment en cours. Des mesures transitoires ont été ainsi mises en place pour permettre la gestion de différents secteurs, dont la santé, en attendant la promulgation de la loi cadre. L'opérationnalisation de la décentralisation à travers le découpage des provinces, la répartition concrète des compétences et l'allocation conséquente des ressources, demeure un véritable défi et fait l'objet de négociations et de compromis.

### 1.1.2 Sur le plan économique

Depuis 2010, le gouvernement a engagé des réformes en profondeur afin d'améliorer la stabilité macro-économique et fiscale de son économie. Les grandes réformes concernent : les finances publiques, la gouvernance économique, le climat des affaires, la bancarisation, la dé-dollarisation de l'économie. Si l'ensemble de ces réformes a été initié, les résultats restent à ce stade encore partiels. Des progrès considérables sont à noter en termes de consolidation budgétaire permettant à l'Etat de limiter son déficit budgétaire et de baisse significative de l'inflation (RDP, 2014).

La RDC connaît une période de croissance économique forte et durable depuis 2009, avec une moyenne de 7.4 % pour la période 2010-2014 avec 8,7% en 2014 (BM, 2015). A moyen terme, l'activité économique devrait évoluer à un rythme soutenu avec un taux de croissance estimé à plus de 8%, grâce à l'augmentation de l'investissement et de l'activité dans les industries extractives et du fait de la contribution des travaux publics et du secteur tertiaire.

Pour autant, le PIB par habitant de la RDC (475 USD en 2014) reste parmi les plus faibles de la région et a augmenté moins rapidement que dans le reste de la région (RDP, 2014).

En 2009, l'inflation est montée jusqu'à 33.9% du PIB, expliquée par la crise financière internationale. Grâce au resserrement de la politique monétaire et à la relative stabilité des indicateurs macroéconomiques, l'inflation est tombée dans des variations plus raisonnables, 0.7% en 2013 et 1.3% en 2014 (BM, 2015).

Des progrès indéniables ont été réalisés en matière de lutte contre la pauvreté. Entre 2005 et 2012, l'incidence de la pauvreté<sup>2</sup> a reculé de 8%, passant de 71.3 à 63.4%. La réduction est d'autant plus marquée dans les zones rurales, où l'incidence de la pauvreté monétaire a reculé de 10 points (65.2% en 2012). Cependant, quatre provinces continuent d'être profondément marquées par la pauvreté avec une incidence au-delà de 70% (Kasaï Oriental, 78.6%, Equateur, 77%, Kasaï occidental 74.9% et Bandundu 74.6%) (INS 2013).

Pour lutter contre l'extrême pauvreté, le Gouvernement s'est engagé dès 2006 à mettre en place des réformes à travers une « Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté ». Le Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté - **DSCR P 1** couvrait la période 2006-2008. Il a

---

<sup>2</sup> La définition de l'incidence de la pauvreté correspond au nombre de personnes pauvres. La définition de la pauvreté ici correspond à celle développée par le PNUD, voir : <http://www.cd.undp.org/content/rdc/fr/home/mdgoverview/overview/mdg1/>

été suivi par un Programme d'Actions Prioritaires (PAP, 2009-2010) afin d'en opérationnaliser ses objectifs en collaboration avec ses Partenaires Techniques et Financiers (PTF). La deuxième Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (SCR2) adoptée en 2011 fait de l'accès aux services sociaux de base un de ses axes prioritaires (Pilier III). Cette stratégie doit permettre de contribuer à une réduction de la pauvreté (- 11% entre 2010 et 2015), à travers notamment l'amélioration de l'état de santé et nutritionnel. Ce **DSCR2** (2011-2015) a été établi dans la foulée de l'atteinte du point d'achèvement. Le gouvernement a ainsi manifesté sa volonté de quitter la logique « **d'urgence 25** » pour aller vers une phase de croissance et de développement dont les quatre piliers étroitement liés et interdépendants les uns des autres sont les suivants :

1. Pilier 1 : renforcer la gouvernance et la paix ;
2. Pilier 2 : diversifier l'économie, accélérer la croissance et promouvoir l'emploi ;
3. Pilier 3 : améliorer l'accès aux services sociaux de base et renforcer le capital humain ;
4. Pilier 4 : protéger l'environnement et lutter contre les changements climatiques.

En aval du DSCR2, le pays a adopté en 2011 son deuxième Plan National de Développement Sanitaire (PNDS II), dont le cycle de réalisation est aligné sur la SCR2 (2011-2015). Elle vise à consolider le système de santé afin de mieux prendre en charge les besoins de santé de la population.

## 1.2 Contexte Sectoriel

Il importe de rappeler que le DSCR2 stipule que l'amélioration de l'état de santé des populations est un objectif à la fois économique et social de développement. La réalisation d'un tel objectif nécessite la contribution de l'ensemble des secteurs de la vie nationale, ce qui revient à agir sur les déterminants de la santé tels que l'eau et l'environnement, l'amélioration des conditions de vie des populations, l'éducation, la promotion de bonnes habitudes alimentaires, etc. L'objectif santé dans le DSCR2 consiste à prodiguer des soins de santé primaires de qualité à toute la population et en particulier aux groupes vulnérables en vue de combattre les grandes endémies telles que le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose, la trypanosomiase, etc... ainsi que les maladies non transmissibles.

### 1.2.1 Le système de santé en RDC – déconcentration et décentralisation

Le système national de santé de la RDC a une structure pyramidale hiérarchique classique : le niveau central avec le Ministère de la Santé Publique (MSP), le niveau provincial (Division Provinciale de la Santé, DPS) et le niveau opérationnel (la Zone de Santé, ZS). Avec la décentralisation, les provinces ont dans leurs attributions exclusives l'organisation et la gestion des soins de santé primaires. L'engagement de personnel médical reste une compétence nationale, concurrente, tandis que l'affectation du personnel médical revient exclusivement aux provinces. La législation médicale est une compétence exclusive du pouvoir central. Le contenu précis de ces compétences sera développé dans une loi-cadre sectorielle, en cours d'élaboration, et d'autres textes de loi connexes.

#### 1.2.1.1 Le niveau central : National

Il est constitué du cabinet du Ministre, du Secrétariat Général. Il compte en ce moment encore 13 directions, 52 programmes spécialisés et les hôpitaux nationaux. Le rôle du MSP évolue vers un rôle d'ordre réglementaire et normatif (article 202 de la Constitution), la compétence de mise en œuvre des politiques revenant directement aux provinces (article 204).

Le niveau central définit les grandes orientations de la politique sanitaire, les stratégies d'interventions, les normes et les directives. Il assure un appui, le contrôle de conformité et le suivi de

la mise en œuvre en province.

### **1.2.1.2 Le niveau intermédiaire : la Province**

Il compte 11 Inspections Provinciales de la Santé (IPS). 26 Ministres provinciaux se mettent en place sur tout le territoire et autant de Division Provinciale de la Santé (DPS). Les 26 DPS nommées depuis décembre 2014, deviennent le nouvel acteur « décentralisé » de la gouvernance du secteur, et sont redevables devant le Ministre Provincial de la Santé (MPS). Un rôle de gestion et d'encadrement de l'administration sanitaire provinciale leur est attribué. Des Inspections Provinciales de Santé (IPS), entités « déconcentrées », devraient toutefois continuer d'exercer des fonctions de supervision et de contrôle au niveau provincial, sous la tutelle du Ministère central.

La DPS a pour mission essentielle d'apporter un appui technique, managérial et logistique aux Zones de Santé (ZS) et autres structures de santé de la province (les Centrales Régionales de Distribution des médicaments (CDR), les Instituts des Techniques Médicales (ITM), au laboratoire provincial, à l'hôpital de référence secondaire) pour assurer une offre de qualité, une bonne accessibilité pour une utilisation effective des services de santé par la population. Elle assure des fonctions de 3 types : les fonctions administratives et de coordination, les fonctions techniques et logistiques. Il assure également la traduction des directives, des stratégies et des politiques sous forme d'instructions et de fiches techniques pour leur mise en œuvre au niveau des Zones de Santé. Ce niveau a aussi pour mission d'offrir à travers l'hôpital provincial, les soins de santé de référence secondaire.

Les DPS fournissent ces appuis à 516 ZS, 424 HGR, 8.266 CS pour 8.505 Aires de Santé et 7.520 Maternités. Parmi les HGR et les CS, 1.522 ont intégré le paquet minimum d'activité (PMA) de la Tuberculose (TB); ces derniers sont appelés centre de diagnostic et de traitement de la TB (CSDT) et sont présents dans 515 ZS. Pour le VIH, 1.791 Formations sanitaires (FOSA) ont intégré le paquet de Prévention de la Transmission de Mère à l'Enfant (PTME).

Il est important de noter que le système de santé décrit ci-dessus intègre également des formations sanitaires du secteur privé à but non lucratif (services de santé d'organisations non gouvernementales et d'organisations confessionnelles religieuses). Ces FOSA sont assujetties aux mêmes obligations de prestations de services, de suivi et d'évaluation. Selon le PNDS 2011-2015, le nombre de médecins pour 10.000 habitants varie d'une province à une autre avec une moyenne de 0.2 médecins.

### **1.2.1.3 Le niveau opérationnel : la Zone de Santé**

Ce niveau a pour mission la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires. Lors du dernier découpage de 2003, le pays fut divisé en 515 ZS. Une ZS est un espace géographiquement limité et couvrant une population théorique de 100.000 à 150.000 habitants avec un hôpital général de référence (HGR) et assurant un paquet complémentaire activités (PCA)<sup>3</sup>. Elle est elle-même divisée en aires de santé (AS) qui, à travers un centre de santé (CS), couvre environ 5.000 à 10.000 habitants en leur offrant un paquet minimum d'activité (PMA). La ZS est gérée par une équipe cadre de zone de santé (ECZS), elle-même dirigée par un médecin chef de zone (MCZ). Un Comité de Gestion (COGE) présidé par le MCZ, un Conseil d'Administration (CA) présidé par la DPS et un Comité de Direction de l'HGR (CODIR) présidé par le médecin directeur de l'HGR. L'ECZS assure le pilotage du développement de la ZS en tant que système intégré qui offre des soins de santé de qualité, globaux, continus et intégrés. L'AS, couverte par le CS, est lieu de déconcentration des services des soins de l'hôpital pour rapprocher les soins auprès des communautés.

Le mode de tarification dans les ZS n'est pas uniformisé. Néanmoins, il est à observer dans une bonne partie des ZS une tarification forfaitaire par épisode maladie. Le tarif des soins est fixé avec la

---

<sup>3</sup> Dans les régions enclavées et isolées dans une ZS, le concept de Centre de Référence Médicalisé a été adopté

participation de la population (représentée par un Comité de Santé -COSA), en tenant compte de sa capacité contributive et participative.

### 1.2.2 L'évolution de la situation sanitaire en RDC – les OMD

Le contexte épidémiologique reste fortement marqué par le poids des maladies transmissibles chez l'adulte comme l'enfant.

**Tableau 1 : Evolution de la situation de quelques indicateurs et résultats de santé de 2007 à 2014<sup>4</sup>**

N°	Indicateurs et résultats de santé au niveau national	2007	2014
1	Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants < 5 ans (%)	25,1	22,6
2	Taux de mortalité infanto-juvénile (°/00)	148	104
3	Taux de mortalité infantile (°/00)	92	58
4	Taux de mortalité néonatale (°/00)	42	30
5	% enfants <1 an vaccinés contre la rougeole (%)	62,9	71,6
6	Taux d'accouchement assisté par un prestataire de santé formé (%)	74	80,1
7	Taux de prévalence contraceptive (%)	20,6	20,4
8	Couverture en CPN (%)	85,3	88,4
9	Taux de CPN 4 (%)	46,7	48
11	Prévalence du VIH parmi les jeunes de 15-24 ans (%)	0,8	0,7
12	% enfants < 5 ans dormant sous une MII (%)	5,8	55,8
13	% enfants < 5 ans avec fièvre traitée de manière appropriée avec des antipaludéens (%)	29,8	29,2
14	Taux d'enfants complètement vaccinés (%)	30,6	45,3
15	Utilisation du condom au cours des derniers rapports sexuels à risques (jeunes de 15- 24 ans) (%)	23,7	27,4
16	Proportion de la population utilisant une source d'eau améliorée (%)	48,2	50,4
17	Proportion de la population utilisant des installations sanitaires améliorées (%)	17,6	20,5

<sup>4</sup> Source des données: EDS 2007 et 2013-2014

Fortement prévalent, le **paludisme** continue de représenter plus de 40% des causes de mortalité infantile. On estime en 2012 entre 150.000 et 250.000, le nombre d'enfants de moins de 5 ans qui meurent chaque année de paludisme. Le choléra et l'Ebola sont endémiques dans certaines provinces.

L'**épidémie de VIH/Sida** semble maîtrisée, avec 1.2% de prévalence chez les adultes en 2013 contre 5% en 1990 (1.3% en 2007). Le taux de séroprévalence chez les femmes enceintes est passé de 4.3% en 2008 à 3.4% en 2011. L'épidémie reste cependant plus marquée chez les femmes, avec 1.6% des femmes de 15-49 ans séropositives, contre 0.6% des hommes. Les traitements antirétroviraux ont débuté en 2005 avec un taux de couverture estimé à 12%.

La prévalence de la **tuberculose** est en baisse depuis 1990 avec un taux de 94 pour 100,000 en 2012 contre 160 en 2003. L'incidence de la maladie (nouveaux cas/100,000 habitants par an) rapporté par l'OMS était de 343 en 2000 et de 372 en 2009.

La **mortalité infantile**, évaluée à plus de 90‰ entre 1997 et 2007 a été réduite de presque moitié en 2013-2014 (58‰). La malnutrition continue cependant de toucher 43% des enfants dont près de la moitié sous forme sévère. La **mortalité maternelle** connaît une baisse constante pour atteindre 846 décès pour 100,000 naissances entre 2007 et 2014, mais reste supérieure à la moyenne régionale (510 pour 100,000). Entre 2001 et 2014, la couverture en soins prénataux est passée de 68 à 88% et le taux d'accouchement assisté de 61 à 80%, alors qu'on note une progression rapide de l'utilisation des moustiquaires imprégnées (56% en 2014 contre 6% en 2007). La couverture vaccinale demeure plus faible que celle des pays pairs et voisins (Rwanda 90%, Burundi 83%, Cameroun 53%). La proportion des enfants complètement vaccinés aurait chuté de 53% à 46% entre 2010 et 2013/2014 (EDS, 2014).

Si le coût est une barrière majeure pour l'**accès aux services de santé**, la qualité dégradée de ces services impacte négativement la demande. Le budget de l'Etat consacré au secteur de la santé est de 7,82 % (Comptes Nationaux de la Santé, 2012).

### 1.2.3 Les priorités et les politiques nationales

#### 1.2.3.1 La Constitution

La santé est un des cinq chantiers du gouvernement issu des élections de 2006.

L'article 47 de la Constitution de la RDC consacre d'ailleurs la santé comme un des droits fondamentaux du peuple congolais. C'est pourquoi le MSP est ciblé comme prioritaire par la réforme globale de l'administration publique et figure parmi les ministères clé à financer par la remise de la dette. Le système de santé de la RDC vise trois grands objectifs : (i) améliorer la santé de la population, (ii) répondre à leurs attentes et (iii) répartir équitablement la contribution financière.

En vue de la réalisation de ces objectifs, le système de santé devrait s'acquitter de 4 fonctions vitales, à savoir : (i) la prestation des services et soins de santé, (ii) la production des ressources, (iii) le financement et (iv) l'administration générale ou la gouvernance.

#### 1.2.3.2 Stratégie de Renforcement du Système de Santé

Pour faire face à la situation décrite et réaliser sa mission et sa vision, le MSP a édité en 2006 la **Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS)**, à laquelle l'ensemble des partenaires a souscrit. Cette stratégie réaffirme les soins de santé primaires comme fondement de la Politique Sanitaire et la Zone de Santé comme unité opérationnelle du service de santé en RDC. La SRSS a été actualisée en mars 2010 de façon à mettre l'accent sur les domaines dans lesquels les progrès conditionnent la réussite de l'action de l'ensemble du secteur. La nouvelle version 2010 a pour but de permettre l'alignement des bailleurs non seulement au niveau opérationnel, comme c'était le cas en 2006, mais également au niveau institutionnel, ainsi que de renforcer l'appropriation par le MSP.

Dans cette dernière version, elle se décline dans les six axes stratégiques suivants :

1. La revitalisation des ZS (progressive, selon un classement lié au potentiel de leur développement): développement du leadership intégré de l'équipe cadre de zone (ECZ), rationalisation des structures, amélioration de la couverture sanitaire, de la qualité des soins et de la participation communautaire
2. Le renforcement de la gouvernance et du leadership: réforme et décentralisation du secteur santé, réforme du système national d'information sanitaire, recherche sur les systèmes de santé, pilotage du système de santé et amélioration des systèmes de gestion des structures de santé
3. Le développement des ressources humaines pour la santé
4. La réforme du secteur du médicament
5. La rationalisation du financement: décentralisation de la négociation au niveau provincial, baskets 'funds' provinciaux
6. Le renforcement du partenariat inter et intra-sectoriel

La SRSS est une stratégie sur le long terme, qui doit être opérationnalisée par les PNDS quinquennaux.

### **1.2.3.3 Le PNDS 2011-2015**

**Le PNDS 2011-15** est paru en mars 2010. Il est en cours d'évaluation en juin 2015 et les grands axes du PNDS 2016-20 se dessinent en 7 problématiques : la gouvernance sectorielle, les RH pour la santé, les problèmes liés aux MEG et intrants spécifiques, les problèmes en rapport avec le financement de la santé, l'information sanitaire, les problèmes liés aux infrastructures et équipements et ceux liés aux prestations des soins et des services de santé. Un accent sera mis sur la détermination de priorités.

L'introduction de **Cadre des Dépenses Sectorielles à Moyen Terme** (CDSMT) dans les secteurs prioritaires dont celui de la santé. A ce propos, un CDSMT a été défini à compter de 2011, et cet outil a été un véhicule efficace de formation et de sensibilisation à la technique de préparation budgétaire au sein même de ce Ministère. Mais la faible prévisibilité des ressources extérieures et l'incertitude liée à la décentralisation rend le processus de budgétisation à moyen terme particulièrement fragile et souvent déconnecté de la réalité macro-économique. Les CDSMT sont élaborés sur base d'une information prospective incomplète et parcellaire : les provinces n'ont qu'une idée très imparfaite des ressources domestiques ou extérieures qui leur seront allouées l'année suivante. Par conséquent, ils ne sont que très peu utilisés pour le pilotage des ressources sectorielles. Les efforts du Ministère de la Santé visant à améliorer le processus de budgétisation buttent sur l'incertitude de la décentralisation et la fragmentation du financement extérieur. L'élaboration par le Ministère de la stratégie de financement devrait permettre au gouvernement de formaliser sa vision de l'architecture du financement et de la décentralisation sectorielle, ce qui permettrait d'améliorer l'exercice de budgétisation (« Programme d'actions prioritaires et cadre de dépenses à moyen terme 2011-2013 par MSP RDC de septembre 2010 »).

Un **cadre commun de suivi-évaluation** a été adopté lors de la revue conjointe du secteur santé en octobre 2011. Le PNDS 2011-15 constitue également la stratégie sectorielle du cadre stratégique de réduction de la pauvreté (avec la SRSS), ainsi que le plan stratégique pour l'atteinte des OMD en 2015. La SRSS est en concordance avec les priorités et défis issus du diagnostic sanitaire et institutionnel. Elle doit être un instrument d'intégration pour toute intervention des partenaires qui travaillent en partenariat avec le MSP.

### **1.2.3.4 La couverture sanitaire universelle (CSU):**

Elle est à l'agenda politique de la RDC mais l'absence de diagnostic à jour en matière de financement du secteur rend l'exercice périlleux. Récemment dans un atelier qui s'est tenu sous la conduite du

Secrétaire Général du MSP sur la CSU du pays (en février 2015) portant sur la **Loi-cadre de la santé pour la RDC**, émanant de l'article 49 de la Constitution de la RDC, les principes fondamentaux de la couverture sanitaire universelle et ceux de la stratégie de financement ont été énoncés, à savoir: (i) l'extension des paquets des services et soins à couvrir, (ii) les modalités de financement permettant la réduction des paiements directs et (iii) les mécanismes à mettre en place pour atteindre toute la population de la RDC. **Une Feuille de route** des activités a été élaborée et reprend les activités essentielles à mener, notamment la sensibilisation des décideurs politiques et les partenaires au développement ou encore le renforcement des capacités nationales sur le financement de la santé.

Aucun système de mise en commun/pooling n'est organisé au niveau national. Un système de **mutuelles sur affiliation volontaire** s'est développé de manière sporadique, avec des résultats limités en termes de couverture de population (1-2%) et de protection financière. Les deux réseaux de mutuelles les plus aboutis sont ceux de Bwamanda (depuis 1986) et du Sud Kivu (depuis 1997). Le premier compte plus de 95,000 affiliés sur base volontaire, et le second comprend autour de 20-30,000 adhérents à travers 16 mutuelles. Une mutuelle des enseignants a été instaurée récemment impliquant une obligation d'adhésion et de cotisations.

## 1.2.4 Diagnostic global du secteur

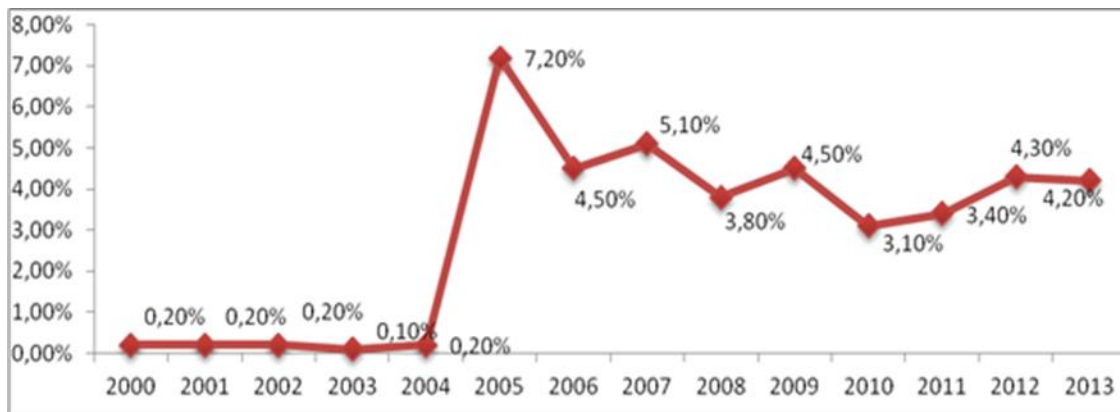
### 1.2.4.1 En relation avec le contexte de la RDC

L'ampleur des besoins sanitaires à satisfaire se conjugue à la complexité d'atteindre des populations dispersées sur de vastes étendues dans des zones très difficiles d'accès.

La pauvreté monétaire très importante d'une majorité de ménages les pousse à dépenser de moins en moins pour la santé, c'est ainsi que « 61% des ménages préfèrent recourir aux guérisseurs traditionnels et à l'automédication, plutôt que de fréquenter les établissements des soins modernes ». Les Comptes Nationaux de la Santé indiquent qu'au moins 40% des dépenses de santé sont supportées par les ménages.

Les besoins financiers très élevés contrastent avec les ressources relativement maigres mobilisées par l'Etat. Globalement la hauteur du financement de la santé par tête d'habitant reste très faible (baisse récente des dépenses de santé, qui ont été ramenées de 2 dollars par habitant en 2008 à 1,17 dollars en 2010) et l'affectation des budgets ne tient pas compte des priorités du secteur. L'Etat consacre 4.2% de son budget à la santé, soit 0.7% du PIB en 2013. La part de la santé dans le budget de l'Etat est minime, largement inférieure à la moyenne régionale. Le budget du Ministère de la Santé Publique (MSP) représente 4% du budget de l'Etat en moyenne entre 2007 et 2013 sur une tendance plutôt à la baisse. L'Etat a dépensé moins d'1 dollar (0.84) par tête en moyenne entre 2007 et 2013 sur ressources domestiques pour la santé. L'importance et la diversité des financements extérieurs pour le secteur de la santé ont considérablement réduit le leadership du MSP en RDC. En effet, seulement 12% des dépenses nationales de santé de 2009 ont été assurées par le gouvernement central.





**Figure 1 : Allocations budgétaires de l'Etat pour le Ministère de la Santé Publique, 2000-2013<sup>5</sup>**

Les taux de décaissement<sup>6</sup> restent faibles entraînant un bas niveau de réalisation des activités programmées. La faible exécution des dépenses publiques s'est accrue au cours des dernières années, alors que les crédits votés ont généralement été augmentés. Pour le secteur de la santé en particulier, le faible niveau d'exécution s'explique notamment principalement par une surévaluation des crédits sur ressources extérieures et une non-exécution des transferts vers les provinces (RDP, 2014).

L'inadéquation entre les attributions actuelles du MSP et son cadre organique ne lui permet pas de remplir correctement sa mission consistant principalement à offrir des soins de santé de qualité à l'ensemble de la population vivant sur le territoire national. Il y a un déficit systématique d'informations sur les domaines d'interventions, sur les résultats et sur les ressources disponibles (opacité des bailleurs et absence d'une unité de suivi et d'évaluation au sein du Ministère).

L'inadaptation des attributions des différents acteurs de santé entre la Constitution en vigueur en RDC, d'une part, et avec les axes tracés dans la Réforme Globale de l'Administration Publique, d'autre part.

#### **1.2.4.2 En relation avec le contexte de l'aide**

Les interventions menées dans le domaine de la santé ne sont pas harmonisées. Elles peuvent poursuivre une stratégie identique commune ou/et travailler sur une même thématique sans pour autant réussir à être complémentaire. Ce manque d'harmonie peut aller jusqu'à la mise en place de programmes doublons.

Les aides ciblant une maladie déterminée contribuent à fragiliser le secteur. Ces appuis orientés créent iniquité et déséquilibre. Ainsi, quelques maladies sont correctement prises en charge. Par contre, pour les autres, les moyens d'actions sont très limités voire inexistantes. Pour atteindre un même objectif (la lutte contre une maladie spécifique) on constate un nombre très élevé de projets/de programmes, un nombre important de bailleurs et une grande diversité dans les stratégies adoptées alors que seulement sept bailleurs ont des programmes axés sur le renforcement du système de santé.

Les administrateurs des programmes et des projets partagent difficilement leurs informations avec les services du MSP. Ainsi, bon nombre de résultats dans leurs domaines d'interventions et d'informations sur les ressources disponibles et affectées à ces interventions échappent au MSP.

Au niveau central, il n'y a que 30% des Directions et 23% des Programmes Spécialisés qui reçoivent

<sup>5</sup> Source des données: DEP-MSP.

<sup>6</sup> 30% d'après la DEP

plus ou moins régulièrement une aide internationale au développement. Quel que soit le volume de cet appui, il reste encore très sélectif.

Une importante partie de l'aide internationale entre toujours dans le pays sous forme d'aide humanitaire. L'aide humanitaire et l'aide d'urgence se caractérisent généralement par un faible degré d'implication des institutions nationales dans ses mécanismes de gestion et de coordination.

Au niveau opérationnel, il existe une «atomisation» des acteurs. A côté des organisations privées sans but lucratif telles que les confessions religieuses qui sont des partenaires traditionnels du MSP, il y a eu un accroissement important du nombre d'ONG. La majorité de celles-ci sont internationales et un bon nombre se retrouvent dans la mise œuvre de plus d'un projet avec des bailleurs différents. Cette situation, qui s'assimile à une forme de substitution peu soucieuse d'un réel transfert de savoir-faire, ne favorise pas la responsabilisation des services et ONG nationales. Ces dernières sont alors confinées à des tâches d'exécution sans une réelle maîtrise sur les fonctions de planification et de gestion des ressources. Agissant comme maître d'ouvrage délégué (MOD) ou comme agences d'exécution partenaires (AEP), les ONG internationales encadrent l'exécution technique des activités, assurent la gestion des fonds, dispatchent les intrants et conduisent la supervision et le suivi des interventions.

Une Charte des Partenaires a été signée à Kinshasa le 11 juillet 2014 par 17 PTF du GIBS dont l'Ambassade de Belgique.

L'aide extérieure est fortement concentrée sur cinq bailleurs de fonds principaux qui apportent plus de 70% de l'aide en santé (2007-2012). Il s'agit, par ordre croissant, du Fonds mondial (21.5% du total), puis USAID (15.6%), Banque Mondiale (14.4%) et enfin de la Belgique (10.3%) et de GAVI (9.6%). De façon globale, une part substantielle des flux d'appui des partenaires ont un caractère extrabudgétaire, le budget de l'Etat ne reflétant qu'une part infime des montants mis à disposition par les bailleurs (environ 10%). (RDP, 2014)

#### **1.2.4.3 En relation avec le système sanitaire de la RDC**

La **couverture sanitaire encore insuffisante** dans certaines provinces et aires de santé. Au regard des objectifs nationaux, la couverture des besoins en infrastructures est de 95% pour le niveau primaire, 76% pour les HGR et 19% pour le niveau secondaire.

La **fragmentation des prestations**, c'est-à-dire difficulté d'avoir accès à l'ensemble des services nécessaires dans une même formation sanitaire, voire dans une même ZS. Cette fragmentation est en partie due au financement sélectif (destiné à la lutte contre un nombre limité des maladies) et axé sur des résultats rapides.

La **baisse de la qualité des soins** offerts dans les ZS. Celle-ci résulte d'une combinaison de plusieurs facteurs : faible qualité de la formation de base du personnel de santé, rotation rapide du personnel, vétusté des infrastructures et équipements de base, difficulté à pouvoir organiser les soins intégrés, continus et globaux, les ruptures fréquentes de médicaments, etc... Dans le «Le Rapport de l'Etat de Santé et Pauvreté en RDC» de la Banque Mondiale (BM) de 2005, on note que 82% des ménages ne sont pas satisfaits des services de soins offerts. Ceci explique sans doute en partie le faible taux de l'utilisation des services de santé, soit en moyenne moins d'une consultation par personne tous les 6 ans. A noter qu'une plus récente enquête réalisée dans le cadre de l'élaboration du dernier DSCRP montrerait que 60% des usagers étaient satisfaits.

Dans le domaine des **Ressources Humaines** en Santé (RHS), la rationalisation des Ressources Humaines est le défi majeur pour la durabilité. Il y a de fait une pléthore en staff disponible dans les formations sanitaires publiques. Il y a eu une prolifération d'instituts de formation sans contrôles et/ou

agrément<sup>7</sup>. L'accroissement de la production de diplômés se fait au détriment de la qualité des compétences et donc de la qualité des services de santé offerts à la population. Le pays fait donc face à une production exponentielle de personnel médical, qui est largement supérieure à la capacité d'absorption du secteur public. La production de personnel de santé, toutes disciplines confondues, a explosé sur la dernière décennie, à travers le développement d'universités et d'écoles provinciales. Le nombre des écoles de formation paramédicale a doublé entre 1998 et 2013, alors que le nombre d'écoles de médecine a été multiplié par 20 en 20 ans, passant de 3 à 61 entre 1998 et 2013.

Les migrations internes et externes du personnel de santé augmentent en importance à cause principalement des bas salaires et des conditions de travail et de vie difficiles. Les migrations internes vont dans le sens du service public vers les ONG internationales et les agences de coopération bi et multi latérales installées dans le pays. Dans le même temps, bon nombre de ces professionnels cherchent un emploi à l'étranger.

Il existe d'importants écarts entre les provinces en ce qui concerne la disponibilité d'agents de santé publique, d'absent à pléthorique. En effet, la mal distribution des ressources humaines fait qu'une grande majorité des structures de premier niveau ne dispose pas du personnel essentiel à son plein fonctionnement, en particulier en zones rurales. Alors que certaines structures urbaines peuvent bénéficier d'un surplus de personnel, l'analyse par provinces semble indiquer que la plupart des formations sanitaires, en particulier aux niveaux inférieurs et en zones rurales, restent chroniquement sous-staffées.

En RDC les professionnels de santé relèvent de trois « statuts » différents à savoir (i) les agents de la fonction publique (ayant un numéro matricule) « mécanisés » (inscrits sur les listes de la Direction de la paie) et donc recevant un salaire, (ii) les agents sous statut (immatriculés) mais ne recevant pas de salaire et (iii) les « nouvelles unités », agents ayant reçu une lettre d'affectation mais non encore immatriculé/reconnu par la fonction publique.

**Tableau 2 ; Evolution de la situation du personnel de santé entre 2009 et 2013<sup>8</sup>**

	2009	2013
Total effectifs	106,836	127,716
Agents recevant un salaire	32,450 (30%)	40,910 (32%)
Agents recevant une prime	+/- 90,000 (84%)	103,563 (81%)
Agents sans rémunération	Non disponible	16,757 (13%)

**Budget du ministère de la santé et son taux d'exécution.** Voici un tableau avec l'évolution ces 5 dernières années.

<sup>7</sup> Selon le niveau de formation, c'est le Ministère d'Enseignement Supérieur et Universitaires qui est responsable pour la formation, et pas le MSP

<sup>8</sup> Source: MSP, Annuaire Sanitaire 2013

**Tableau 3 : l'évolution du budget et son taux d'exécution entre 2010 et 2015**

ANNEE	PREVISIONS EN CDF	TAUX DE CHANGE USD-CDF	PREVISIONS EN USD	Taux budget Etat alloué à la Santé	Taux d'exécution budget santé
2015	321 219 204 856	937	342 816 654	4,23%	
2014	515 832 900 000	928	555 854 418	6,9%	37,7%
2013	294 055 967 259	941	312 493 058	4,6%	68,8%
2012	517 182 641 387	939	550 780 236	7,8%	27,4%
2011	233 810 730 231	962	243 046 497	3,5%	58,8%
2010	325 820 117 924	950	342 968 545	5,8%	52,9%

Depuis 2011, l'Etat met en œuvre une vaste initiative nationale, dit Programme d'Equiperment des Structures Sanitaires (PESS), visant à renforcer la disponibilité des infrastructures et équipements de santé et à améliorer la qualité des services. Ce programme est en 2 phases : 1°/ un montant global de 80 milliards de FC (85 millions \$US), PESS-Réseau Primaire (PESS-RP), en cours d'exécution, concerne la réhabilitation, l'équipement, la formation et l'approvisionnement en médicaments essentiels de 1.000 centres de santé (CS) et 200 hôpitaux généraux de référence (HGR) répartis dans les 11 provinces ; 2°/ le PESS-Réseau Secondaire et Tertiaire (PESS-RST) en cours de formulation, pourrait mettre en jeu des montants supérieurs (90 millions de \$US) et serait ciblé sur l'équipement des hôpitaux provinciaux et tertiaires.

De même, le gouvernement s'est engagé à financer sur ressources propres une partie de l'achat des vaccins (allocation de 11 millions US\$ en 2015).

**L'approvisionnement en médicaments et intrants** spécifiques fait aussi l'objet de nombreux problèmes en termes de gestion, de recouvrement des coûts et de couverture du territoire. En outre, il existe des structures privées peu ou pas régulées et de nombreux circuits parallèles pour une lutte sélective contre certaines maladies. Ceci est surtout le cas pour les programmes « verticaux » comme le VIH, la planification familiale et les Kits PEP.

La faible disponibilité des médicaments essentiels dans les structures sanitaires (5% des médicaments traceurs disponibles dans les HGR) constituent un goulot d'étranglement à une offre de soins de santé de qualité (MSP, 2011). A ce propos, le manque de développement et la fragmentation du système d'approvisionnement limite l'accès à des médicaments de qualité. Un Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (SNAME), en place depuis 2002, n'a que peu permis d'améliorer l'accès aux médicaments. En effet, devant les fréquentes ruptures de stock dans les CDR, les structures de santé recourent au secteur privé peu régulé en termes d'assurance qualité des médicaments.

L'aide apportée par les bailleurs de fond demeure la plus importante source de financement du médicament, avec plus de 160 millions dépenses en 2013. Les fonds publics investis dans le médicament sont très limités.

Le **système d'information sanitaire** (SIS) constitue un réel problème, il ne permet pas de rendre disponible en temps réel l'information dont les décideurs et les prestataires ont besoin pour la prise de décision. En effet, le rapport d'évaluation de ce système a mis en évidence : (i) la faible qualité des

données, (ii) l'existence d'un parallélisme des systèmes de suivi et évaluation avec les programmes spécialisés, (iii) la faible complétude et promptitude des rapports et (iv) une gestion non systématique et non informatisée de données.

### 1.3 Contexte spécifique au niveau central du MSP<sup>9</sup>

Dans le cadre de la phase d'identification, quatre structures centrales du MSP ont été retenues par les autorités concernées.

Trois structures – la Direction des Etudes et Planification (DEP), la Direction de la Lutte contre la Maladie (DLM) et le Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (SNAME) – étaient en fait déjà appuyées depuis de nombreuses années au travers de la coopération bilatérale.

La quatrième – la future Direction Administrative et Financière (DAF) – bénéficie d'un appui au travers de la coopération déléguée avec l'Union Européenne, dans le cadre de l'appui à la dévolution de l'actuelle Cellule d'Appui et de Gestion (CAG) en DAF.

#### 1.3.1 La Direction des Etudes et Planification (DEP)

##### 1.3.1.1 Description & analyse

La DEP a été créée en 2001, en remplacement du Bureau d'Etudes et Planification (BEP) créé depuis 1982, pour appuyer le MSP dans la planification du secteur, la coordination des interventions des différents partenaires du secteur de la santé ainsi que dans la mise en place et l'encadrement de la réforme du système de santé en RDC.

Selon les textes légaux, les missions suivantes lui sont confiées : (i) élaborer le diagnostic macroéconomique et sectoriel; (ii) élaborer et évaluer les politiques et plans du Ministère de la Santé; (iii) élaborer et actualiser la législation et les textes réglementaires; (iv) promouvoir le partenariat pour la mobilisation des ressources.

Le nouveau document de « Cadre et Structures Organiques du MSP » a ajouté les missions suivantes (i) appuyer la programmation du CDMT sectoriel et en assurer la consolidation, (ii) assurer la gestion de la documentation et de la bibliothèque du Secrétariat Général, (iii) centraliser et exploiter l'information statistique, documentaire et les textes réglementaires, (iv) assurer la gestion des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTICs) du Ministère.

Elle assure également la coordination du secrétariat technique et la présidence du CCM/RDC pour le Fonds Mondial de Lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme. Elle constitue aussi l'interlocuteur privilégié du Ministère du Plan et de la Reconstruction dans l'élaboration, le suivi et l'évaluation des plans de développement du Gouvernement. La DEP est donc de fait le point focal dans l'élaboration du Document des Stratégies de Réduction de la Pauvreté (DSRP) pour le volet santé.

Pour permettre à la DEP de remplir correctement ses différentes missions, la coopération belge a octroyé depuis 2002 un financement à travers un « Projet d'appui institutionnel à la Fonction d'Etudes et Planification ».

Au terme des 3 phases de cette intervention, grâce à cet appui soutenu, la DEP – après une période de rationalisation de son personnel – s'est progressivement présentée comme une direction dynamique et performante, comme mis en évidence par le rapport 'Réflexion sur la coopération

---

<sup>9</sup> Le rapport CTB Réflexion sur la coopération bilatérale belge dans le secteur de la santé au RD Congo' (avril 2013) donne une bonne analyse du secteur de la santé

bilatérale belge dans le secteur de la santé au RD Congo' (CTB, avril 2013). Ce qui s'est traduit notamment par :

- L'élaboration et la diffusion des documents et outils stratégiques clés du secteur de la santé (SRSS, PNDS 2011-2015, PAO, DSCRP 1 et 2, PAP, CDMT, etc.)
- La coordination des différentes interventions dans le secteur et la mobilisation de ressources supplémentaires (GAVIRSS, BAD, BM, 9<sup>ème</sup> et 10<sup>ème</sup> FED, 7<sup>ème</sup> et 10<sup>ème</sup> round du FM, etc.)
- La mise en place de cadres de concertation entre le MSP et ses partenaires (réunions du CNPSS et de ses commissions spécifiques, CPPSS, CCTSS et revues annuelles sectorielles)
- La conduite de nombreuses réformes sectorielles d'importance (décentralisation du niveau intermédiaire, financement de la santé et préparation de la couverture santé universelle, réforme du CCM, réforme de l'administration publique avec création des 26 DPS, etc.)
- Une contribution forte à la réalisation d'études, d'analyses, d'enquêtes et de diagnostics sectoriels (organisation d'ateliers de documentation et de capitalisation d'expériences, appui aux études des CNS, EDS, etc.).

La présence d'une direction centrale performante a entraîné un nombre de plus en plus important de sollicitations diverses, tant de la part des autres directions centrales (ne disposant elles-mêmes que de peu de soutien) que de programmes spécialisés (disposant de ressources financières mais nécessitant des apports techniques).

Progressivement, il en a résulté une surcharge relative de travail et une gestion de plus en plus complexe de l'organisation du travail interne au sein de la direction. Devant l'ampleur des tâches à accomplir et les demandes de plus en plus fortes des différents partenaires, la DEP a dû le plus souvent faire face à des urgences et gérer les problématiques selon les disponibilités des membres de son équipe.

Il en découle actuellement des difficultés pour la DEP pour (i) partager l'abondante documentation dont elle dispose, (ii) finaliser et capitaliser les différentes expériences qui se sont déroulées avec les programmes et partenaires, (iii) coordonner les nombreuses interventions extérieures (les partenaires voulant travailler de préférence avec une direction centrale compétente et dotée de ressources) et (iv) organiser le management interne de son équipe, avec la présence d'un nombre de plus en plus élevé d'assistants techniques (en appui à la fois à la DEP et à leurs propres programmes).

Le tableau SWOT suivant synthétise ces différents aspects.

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration des documents /outils stratégiques et conduite des réformes sectoriels</li> <li>- Coordination des interventions du secteur</li> <li>- Mise en place de cadres de concertation entre le MSP et ses partenaires</li> <li>- Mise en place d'un cadre de suivi /évaluation du PNDS</li> <li>- Réalisation d'études, d'analyses, d'enquêtes et de diagnostics sectoriels</li> <li>- Rationalisation du personnel (sélection des compétences prévues dans le cadre normatif)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sollicitations fréquentes parfois non rationnelles par d'autres directions centrales et programmes</li> <li>- Coordination complexe des interventions des différents bailleurs</li> <li>- Faible partage de la documentation et de la capitalisation des expériences au niveau national</li> <li>- Manque de communication interne entre les différents acteurs (internes et externes) travaillant au sein de la DEP</li> </ul>

Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stratégie sectorielle et axes prioritaires clairement définis dans la SRSS et le PNDS 20112015</li> <li>- Mise en place de la DAF avec gestion efficiente du financement de la santé au sein du MSP</li> <li>- Harmonisation des bailleurs autour de la dynamique d'un « contrat unique » pour le financement des DPS et des directions centrales</li> <li>- Sélection rationnelle des équipes des DPS</li> <li>- Contribution financière substantielle des PTF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lenteur de la réforme de l'administration publique et des processus de décentralisation</li> <li>- Instabilité du personnel et augmentation irrationnelle des effectifs</li> <li>- Sous-financement important du secteur</li> <li>- Forte dépendance de la DEP des contributions financières des PTF</li> <li>- Interaction complexe des partenaires intervenant directement au sein de la DEP</li> </ul>

### 1.3.1.2 Enjeux & challenges

Les responsabilités et les charges de travail attribuées à cette direction centrale sont bien évidemment particulièrement lourdes.

Il s'agit en effet (i) d'assumer la production et la mise à jour des principaux « éléments stratégiques » du système basée sur la recherche en système de santé, (ii) de mettre en place les mécanismes et les outils nécessaires pour une planification opérationnelle du système et son suivi, (iii) de coordonner l'ensemble des différents appuis des nombreux partenaires présents, afin d'assurer la cohérence sectorielle, (iv) d'apporter une analyse synthétique des différentes études, enquêtes, expériences menées sur le terrain, afin d'améliorer les nouvelles politiques, normes et stratégies futures du pays.

En plus de leurs tâches « de routine », dans les prochaines années différents « chantiers » d'importance devront être suivis par la DEP. Il s'agit notamment de :

- L'évolution de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé, le Cadre d'accélération de la réduction de la mortalité de la mère et l'enfant, la réalisation et la mise en œuvre du nouveau PNDS
- La feuille de route de la gouvernance dans le secteur de la santé et la poursuite de la réforme de l'administration publique au niveau central
- La décentralisation et la mise en place des 26 nouvelles DPS, nécessitant un important coaching au niveau technique, organisationnel et financier (notamment dans le cadre de la mise en place du contrat unique du financement des différentes DPS)
- Les modalités de financement du secteur et la mise en place progressive d'une Couverture Santé Universelle, au regard de l'augmentation des financements propres du pays, des appuis extérieurs et des capacités financières des populations
- La mise en place de la DAF, qui devra permettre l'introduction d'une gestion efficiente et transparente des différents financements (internes et externes) qui transiteront dans le secteur de la santé
- La rationalisation des Ressources Humaines de Santé aux différents niveaux du système, prenant en compte les éléments de politique salariale, d'adéquation des formations de base et de la pléthore de personnel dans certaines formations sanitaires

- L'intégration d'un réel partenariat public privé dans l'organisation des soins (avec des droits et des devoirs mutuels), en particulier en ce qui concerne l'important secteur confessionnel du pays
- La place de plus en plus importante prise par les différents outils et innovations technologiques (portails FBR, PAO et DHIS2, logiciel de gestion des ressources humaines, dossier médical informatisé, etc.) dans la gestion et le suivi des différents domaines de santé publique

La gestion courante de l'ensemble de ces tâches – complexifiée par les interactions constantes avec les autres directions centrales, les demandes des différents partenaires, les visites constantes ou les nombreuses présentations et conférences – nécessitera un nouveau mode de management interne au sein de la DEP (délégation des tâches, responsabilisation et redevabilité des acteurs, outils organisationnels spécifiques, etc.).

## 1.3.2 La Cellule d'Appui à la Gestion et la future DAF

### 1.3.2.1 Description & analyse

Dans le cadre de la mise en œuvre de la Déclaration de Paris et de l'Agenda de Kinshasa, le MSP – de même que d'autres ministères – a entamé une importante réforme du financement de la Santé.

Cette réforme a pour objectif l'amélioration de l'efficacité de l'aide et la mise en place progressive d'une réelle « chaîne de dépenses » propre au MSP, afin que ce dernier soit effectivement redevable de la bonne mise en œuvre du suivi et de l'exécution de son budget, ainsi que de celui des financements des partenaires qui transitent par ses services.

En 2009, une **Cellule d'Appui et de Gestion (CAG)** placée sous l'autorité du Ministre de la Santé Publique et fonctionnant sous la coordination administrative et technique du Secrétaire Général à la Santé a été créée avec comme attributions : (i) la programmation des financements sectoriels (planification, évaluation, coordination et suivi du processus de gestion des approvisionnements et stocks), (ii) la passation des marchés et la contractualisation avec les opérateurs, (iii) le suivi de la gestion financière des financements mis en œuvre par les contractants de l'agence de gestion financière, (iv) l'appui aux Programmes spécialisés, aux Directions Centrales et autres opérateurs techniques impliqués dans la mise en œuvre de ces financements sectoriels.

En 2013, un audit organisationnel a constaté que la CAG souffrait (i) d'un déficit organisationnel important, (ii) d'un manque d'expertise des marchés publics, du suivi d'exécution des activités, du développement d'un processus de gestion de la qualité et (iii) d'une faiblesse managériale en termes de leadership et de gestion des projets dans un environnement complexe et innovant. De plus, il a souligné que le fait d'avoir confié à la CAG (i) les attributions de la Cellule de Gestion des Marchés Publics (CGMP), (ii) un rôle programmatique et (iii) la mise en œuvre et le suivi / évaluation, a entraîné des incohérences entre la CAG et les autres structures organiques de MSP.

En 2014, une restructuration de la CAG a été décidée afin de permettre de résoudre les problèmes liés (i) aux conflits d'intérêts dus à cette concentration de fonctions, (ii) à la déresponsabilisation des directions et programmes, (iii) à la charge de travail de la CAG.

Pour se conformer à la loi relative aux finances publiques instaurant la mise en place obligatoire de **Direction Administrative et Financière (DAF)** dans les ministères sectoriels, il a été décidé de plus de retirer de la CAG les fonctions de passation des marchés et les fonctions d'audit afin de recentrer la CAG – appelée dès lors Cellule d'Appui et de Gestion Financière (CAGF) – sur les fonctions financières dévolues à une DAF :

- la liquidation, c'est-à-dire l'examen des demandes de paiement formulées par les



bénéficiaires par rapport aux procédures applicables;

- la vérification de la disponibilité des fonds sur les lignes budgétaires;
- le suivi de l'exécution des lignes budgétaires
- l'élaboration d'une comptabilité administrative consolidée.

De cette manière, la CAG devient de facto une préfiguration de la DAF du secteur de la santé.

### **1.3.2.2 Enjeux & challenges**

La mise en place d'une DAF est exigée dans le cadre de la réforme des finances publiques, largement soutenue par les bailleurs (en particulier la Banque Mondiale).

Une feuille de route de la restructuration de cette CAGF en DAF précise les différents préalables : (i) la finalisation du cadre organique avec les experts du ministère de la fonction publique, (ii) la sélection et le recrutement du personnel au sein d'une commission ad hoc, (iii) un business plan pour estimer les coûts de sa mise en œuvre (locaux, matériel, fonctionnement, expertises nécessaires, etc.).

La réforme des finances publiques, avec l'introduction d'une « chaîne de dépenses » propre au MSP au sein de la DAF, est un point crucial pour l'utilisation des procédures nationales par différents bailleurs. Il s'agit notamment à court terme des engagements des projets et programmes des fonds GAVI, du Fond Mondial et du prochain programme PSSS de la Banque Mondiale.

Cette réforme devrait apporter en effet les éléments de crédibilité (visibilité dans des différentes lignes budgétaires et des participations des bailleurs) et de redevabilité tant au niveau de la planification, de la mise en œuvre et de l'exécution effective des dépenses prévues.

Le financement effectif des activités dans le secteur de la santé sera dès lors plus transparent, d'autant plus que l'intégration des financements des PTF sera prévue dans le cadre des différents outils informatiques qui seront mis progressivement en place.

L'articulation avec les financements destinés au niveau décentralisé est un autre point d'importance, puisque l'ambition est bien de mettre en place un « contrat unique » pour financer le fonctionnement des DPS. Ce financement doit nécessairement s'accompagner de procédures ad hoc pour permettre une exécution fluide et transparente permettant d'instaurer une réelle redevabilité des différents acteurs. Ces aspects sont complexes car ils doivent désormais engager les responsables des Ministères Provinciaux de la santé.

Tous les partenaires doivent donc être attentifs à la bonne mise en place de ces différents « montages », qui devraient apporter davantage de visibilité au moment même où les réflexions se mettent en place pour définir les politiques de financement du secteur et la mise en place à terme d'une couverture sanitaire universelle

## **1.3.3 La Direction de la Lutte contre la Maladie (DLM)**

### **1.3.3.1 Description & analyse**

Selon le document de « Cadre et Structures Organiques du MSP », les différentes missions de la Direction de la Lutte contre la Maladie (DLM) sont de (i) définir les stratégies nationales de lutte contre la maladie et s'assurer de leur mise en œuvre par les différentes structures sanitaires générales et spécifiques, (ii) assurer la surveillance épidémiologique, (iii) fournir des appuis techniques relatifs à la gestion des épidémies, catastrophes et autres urgences, (iv) assurer la promotion de la recherche sur l'organisation des soins et la lutte contre la maladie et (v) participer à la prévention et à la gestion des catastrophes naturelles.

La Direction de la DLM a été appuyée depuis 2009 par la coopération belge dans le cadre du « Programme belge d'appui sectoriel à la Stratégie de Réforme du système de santé SRSS »,

comprenant des interventions au niveau périphérique (projets ASSNIP) et au niveau central (Appui la DEP, DLM, PNLTHA et CDR Médicaments). Cet appui important a permis à la DLM d'atteindre de nombreux résultats.

Comme l'a souligné l'évaluation finale du projet d'appui à la DLM précédente, l'appui institutionnel apporté par la coopération belge à la DLM a permis à cette direction de démontrer son leadership dans la plupart des missions attendues de la part de cette direction nationale. La rationalisation relative des ressources humaines de la DLM (recrutement d'un nombre limité de compétences sur concours) a certainement favorisé cette efficacité ; cette rationalisation reste cependant partielle car le staff global de la DLM demeure toujours assez important.

Une réelle coordination des programmes spécialisés reste cependant complexe, dans la mesure où les directeurs des programmes dépendent administrativement directement du Secrétaire Général. La DLM a cependant considérablement accru le degré de coordination des programmes au niveau central en affirmant son leadership – en termes de tutelle technique – dans le cadre des différentes réunions des commissions attachées aux structures de dialogue politique.

Une feuille de route pour l'intégration progressive des coordinations provinciales des programmes spécialisés au sein des DPS a été également réalisée, marquant ainsi une étape importante et cruciale pour la mise en place d'une véritable responsabilisation des futures DPS.

Le travail de mise à jour des outils programmatiques des différents niveaux a été poursuivi durant plusieurs années mais il reste encore de nombreux chantiers, notamment dans le cadre des maladies non transmissibles.

La gestion des épidémies s'est nettement améliorée, malgré l'immensité du territoire à couvrir ; cette fonction de surveillance épidémiologique est essentielle à maintenir dans le cadre de ce pays qui présente un réservoir énorme de potentielles épidémies. Pour assurer cette compétence, il conviendra cependant de trouver les ressources financières nécessaires pour mobiliser dans les meilleures conditions les différentes équipes d'intervention rapide. Le challenge du futur sera de déléguer cette compétence et ces capacités de réaction au niveau de l'ensemble des nouvelles DPS.

Dans le cadre du précédent projet, l'INRB a réussi le défi de devenir le laboratoire de référence du pays en présentant les aspects nécessaires de qualité technique, de recherche opérationnelle et de formation, ainsi que l'animation d'un réseau de « Laboratoires Provinciaux de Santé Publique ». L'acquisition d'un statut d'établissement public autonome lui permettra de disposer dans le futur plus facilement de subventions extérieures, lui donnant davantage de ressources pour assumer ses missions.

Au regard des moyens disponibles, les appuis au niveau des services de contrôle aux frontières et des structures de l'hygiène et de la salubrité publique ont été relativement réduits. La production des documents « clés » (politique nationale, plan stratégique et du code de l'hygiène) a cependant pu être réalisée.

La composante « Recherche » est restée toujours très faible dans le cadre du précédent projet, ce qui est dommage au regard notamment des expériences reconnues de cette direction dans la gestion des épidémies (en particulier celles concernant le virus Ebola).

Le tableau SWOT suivant synthétise ces différents aspects.

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Animation de la Commission Technique de Lutte contre la Maladie et dynamisation de la coordination des programmes</li> <li>- Validation de nombreux documents et stratégies de lutte contre la maladie</li> <li>- Elaboration du Plan National de contingence</li> <li>- Formation des équipes en surveillance intégrée et riposte contre les maladies épidémiques</li> <li>- Diffusion régulière du Bulletin Epidémiologique</li> <li>- Mise en place d'un réseau de laboratoires provinciaux fonctionnel, supervisé par l'INRB</li> <li>- Production des textes stratégiques dans le domaine de l'hygiène</li> <li>- Rationalisation partielle du personnel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas encore d'intégration réelle des programmes spécialisés dans la DLM</li> <li>- Intégration faible de la lutte contre la maladie au niveau des DPS</li> <li>- Intégration incomplète des maladies non transmissibles dans le système</li> <li>- Ressources insuffisantes pour la mise en place des équipes d'intervention rapide</li> <li>- Actions limitées dans le cadre de l'hygiène et la salubrité publique et du contrôle sanitaire aux frontières</li> <li>- Absence de capitalisation des expériences (notamment dans la gestion des épidémies)</li> <li>- Manque de communication interne entre les différents services au sein de la DLM</li> </ul>
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Décentralisation des nouvelles DPS</li> <li>- Mise en place d'un financement décentralisé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Financement insuffisant du fonctionnement de la direction</li> <li>- Instabilité du personnel et augmentation irrationnelle des effectifs</li> </ul>

### 1.3.3.2 Enjeux & challenges

La décentralisation du système de santé et la responsabilisation des DPS dans la mise en place de stratégies efficaces de lutte contre les principales maladies seront un des enjeux majeurs des prochaines années. Pour ce faire les équipes centrales (en particulier celle de la DLM) auront un rôle majeur de « coaching » des équipes des DPS dans les prochaines années.

L'essentiel des actions se déroulent au niveau des zones de santé mais ces dernières doivent en effet pouvoir disposer des outils et des guides nécessaires pour faire face aux différentes maladies. Si les maladies infectieuses prédominent, il faut aussi prendre en compte davantage les maladies non transmissibles (hypertension artérielle, diabète, cancers, etc.) qui prennent de plus en plus d'importance et adapter les différents traitements aux capacités locales (diagnostic, médicaments disponibles, etc.).

De manière concomitante, il faut aussi que les différentes stratégies ne se réduisent pas à des activités liées essentiellement à des grands programmes spécialisés, qui par ailleurs risquent de drainer l'essentiel des ressources financières et humaines des différentes formations sanitaires. L'intégration des principaux programmes spécialisés au niveau des DPS, avec le transfert des compétences nécessaires aux encadreurs polyvalents provinciaux est un enjeu considérable.

Au regard de l'importance des épidémies potentielles en RDC, l'organisation pratique de la surveillance épidémiologique est fondamentale. La diffusion large du « Plan de Contingence » et les formations d'équipes d'intervention rapides (disposant des moyens nécessaires) sont une priorité tant au niveau central qu'au niveau périphérique. En parallèle, la nécessité de disposer d'un réseau de laboratoires provinciaux de qualité est évident.

La documentation des expériences, en particulier celles menées dans le cadre de la prise en charge des grandes épidémies, est fondamentale pour pouvoir mieux les prévenir et mieux les gérer dans le futur ; ces aspects devraient être davantage considérés comme des priorités par la DLM.

La gestion courante de l'ensemble de ces tâches – complexifiée par les interactions constantes avec les autres directions centrales, les demandes des différents partenaires, les visites constantes ou les nombreuses présentations et conférences – nécessitera un nouveau mode de management interne au sein de la DLM (délégation des tâches, responsabilisation et redevabilité des acteurs, outils organisationnels spécifiques, etc.).

### 1.3.4 Le Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels

#### 1.3.4.1 Description & analyse

La qualité des services de santé dépend en partie du bon fonctionnement du secteur pharmaceutique. Pour cela, la RDC dispose, d'une politique pharmaceutique nationale (PNP) et d'une liste nationale des médicaments essentiels. En 2002, sur la base de l'expérience de la centrale d'Approvisionnement en Médicaments Essentielle du Nord Kivu (ASRAMES), a été mis en place le Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (SNAME).

Le **SNAME** fonctionne sous forme de partenariat public-privé avec le soutien de la communauté internationale. La mise en œuvre, le développement et le suivi de ce système sont assurés par le Programme National d'Approvisionnement en Médicaments (PNAM), sous la coordination technique de la Direction Pharmacie et Médicament (DPM).

Son objectif est d'assurer un approvisionnement suffisant et un usage rationnel des médicaments essentiels génériques de bonne qualité, sûrs, efficaces et à des prix accessibles à la majorité de la population. Il est basé sur 4 principes : (i) le partenariat public-privé; (ii) la centralisation des achats des médicaments; (iii) la décentralisation de la distribution des médicaments et (iv) le recouvrement des coûts des médicaments consommés afin de maintenir le capital médicament.

À l'échelle nationale, 18 dépôts régionaux de produits pharmaceutiques appelés **CDR** (Centrale de Distribution Régionale de médicaments essentiels génériques) devraient assurer la distribution des médicaments aux formations sanitaires dans leurs régions respectives.

La **FEDECAME** (Fédération des Centrales d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels) est composée – sous l'égide d'un secrétariat général – des CDR et de deux pôles d'achats, toutes ces structures étant constituées en différentes ASBL qui fonctionnent selon une approche contractuelle dans le cadre d'une convention avec le Gouvernement définissant les rôles, les missions et les devoirs de chaque partie pour l'atteinte des objectifs de la Politique Pharmaceutique Nationale.

Les deux pôles d'approvisionnement – appelés **BCAF** (Bureau Central d'Achats de la FEDECAME) – sont situés un pour l'ouest de la RDC à Kinshasa et l'autre pour l'est de la RDC à Goma (ce dernier étant également une CDR).

- Les BCAF gèrent les appels d'offre sur base des besoins exprimés par les CDR, réceptionnent les commandes en transit vers les CDR, procèdent à l'assurance qualité et organisent les livraisons aux CDR
- Ils développent une stratégie d'achat à moyen terme (marché cadre de 3 ans) et une ligne d'approvisionnement cohérente (planification des commandes et livraisons). Pour y parvenir, une présélection des couples produit/fabricant de qualité est effectuée et validée par la DPM, qui renforce ainsi le rôle indispensable du BCAF dans le SNAME.

A côté de ce secteur public, évoluent un secteur privé à but non lucratif (ONG nationales et internationales, institutions confessionnelles et leurs partenaires internationaux) et un secteur privé

lucratif très fragmenté et peu réglementé.

Le **PNAM** joue un rôle important dans l'organisation du SNAME, car il doit suivre et évaluer annuellement les CDR en plus des deux pôles d'achat. Ses fonctions, définies par un arrêté ministériel, sont principalement (i) l'accompagnement, le suivi et l'évaluation des performances des CDR, (ii) l'élaboration d'outils de gestion et de supervision standardisés, (iii) la formation à ces outils et (iv) la coordination entre les différents acteurs du SNAME.

La **DPM** (Direction de la Pharmacie et du Médicament) a comme mandat général de réglementer le secteur pharmaceutique national. Dans le cadre de la réforme du niveau central, les missions du PNAM sont attribuées à une des 5 divisions de la DPM (le Bureau « Approvisionnement et Promotion du médicament » de la Division du Médicament).

*Les projets précédents de la coopération belge (projets CDR 1 et CDR 2) ont largement appuyé la mise en place de ce système, en apportant des supports à l'ensemble des domaines stratégiques, conceptuels, formatifs et financiers. Comme l'évaluation finale du projet (fin 2014) a mis en évidence :*

- Ces projets ont appuyé particulièrement le PNAM dans ses différentes missions, notamment dans la rédaction des indispensables outils techniques. Le PNAM a ainsi développé un outil stratégique, nommé la Fiche de Suivi de Gestion des Médicaments pour mesurer de manière régulière la capacité gestionnaire des différentes Zones de Santé. Le PNAM est cependant de plus en plus sollicité par les différents PTF pour leurs propres approvisionnements, entraînant des difficultés organisationnelles au regard de ces activités multiples.
- Les CDR appuyées offrent des prestations de qualité technique adéquates et conformes aux bonnes pratiques de distribution. Elles rencontrent cependant de nombreuses difficultés :
  - Leur autonomie financière est insuffisante et les CDR ont besoin de ressources externes pour leurs investissements, leurs fonctionnements et leurs achats de médicaments
  - Des ruptures de stocks se présentent pour plusieurs raisons, notamment au regard (i) des perturbations apportées dans les prévisionnels d'achat des formations sanitaires par des projets verticaux qui ne respectent pas le système (tant en achats qu'en distributions), (ii) des compétences insuffisantes du personnel de santé pour la dispensation et l'assurance qualité des médicaments et (iii) des difficultés propres des BCAF pour fournir l'entièreté des demandes
  - Les dépôts des bureaux des ZS constituent souvent un relais intermédiaire de stockage qui freine l'achat de produits qui sont en rupture de stock, faute de ressources financières réservées au réapprovisionnement en ME, alors que ceux-ci sont disponibles dans les CDR
  - Les CDR sont confrontées à une concurrence de plus en plus forte des fournisseurs privés lucratifs, qui pour certains ne respectent aucune règle
- Le BCAF Ouest a fait l'objet d'un appui technique et d'un soutien au fonctionnement durant le projet CDR/2, mais de nombreuses difficultés perdurent. Il s'agit notamment (i) d'un manque de RH, (ii) de locaux de stockage inadaptés en capacité aux besoins réels (iii) d'un coût de fonctionnement important, (iv) de l'absence d'un Fonds de roulement suffisant permettant de régler les fournisseurs dès la commande annuelle des CDR et (v) d'une absence de stock physique de sécurité.
- La DPM a été appuyée par le projet CDR/2 en particulier sur les fonctions réglementaires de l'appui de l'inspection, la formation au BPD et l'appui à la surveillance du marché (inspections, mise en place du Minilab dans les provinces et une étude qualité sur le secteur privé).

Le tableau SWOT suivant synthétise ces différents aspects.

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'un système national d'approvisionnement en Médicament, coordonné par un programme national sous l'égide de la DPM</li> <li>- Le système mis en place est aujourd'hui le seul système qui garantisse la qualité des médicaments distribués</li> <li>- Un plan stratégique du SNAME en cours d'élaboration</li> <li>- Les 2 CDR (CAMENE, CAMEBASU) appuyées précédemment offrent des prestations de qualité technique adéquates et conformes aux BPD.</li> <li>- Des pharmaciens dans les DPS apportent une supervision technique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PPN non ratifiée par le gouvernement</li> <li>- Financement du circuit insuffisant</li> <li>- Des projets verticaux ne respectent pas le système (achats &amp; distribution) et perturbent les prévisionnels d'achat des formations sanitaires</li> <li>- Compétences insuffisantes du personnel de santé pour prescription, dispensation et assurance qualité des médicaments.</li> <li>- Autonomie financière insuffisante des CDR</li> <li>- Le secteur pharmaceutique privé est très dérégulé et ne respecte pas le schéma de distribution classique.</li> </ul> <p>La nouvelle CDR de Kisangani manque des compétences nécessaires</p>
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Volonté du gouvernement à utiliser le SNAME</li> <li>- Synergie progressive et engagement des PTF pour utiliser le SNAME</li> <li>- Démographie pharmaceutique importante : pool technique disponible</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SNAME uniquement financé par l'aide extérieure</li> <li>- Autorités sanitaires peu engagées pour réguler le secteur pharmaceutique (multiples circuits non conformes ; remises incitatives au personnel pour achat de médicaments sans assurance de qualité ; médicaments contrefaits, falsifiés et périmés)</li> <li>- Les recettes de vente des médicaments servent avant tout à payer les primes au personnel des formations sanitaires</li> </ul>

### 1.3.4.2 Enjeux & challenges

Il est admis actuellement en RDC que le réseau FEDECAME (BCAF & CDR) constitue le seul système qui garantisse la traçabilité et la qualité des médicaments cédés aux formations sanitaires des différentes zones de santé.

Ce circuit reste cependant très fragile et il n'est pas encore arrivé à offrir de façon continue aux différentes formations sanitaires les médicaments, dispositifs médicaux et produits de diagnostic essentiels nécessaires.

Peu de CDR sont aujourd'hui financièrement autonomes. Les BCAF manquent encore d'appui technique et de ressources financières pour jouer pleinement leurs rôles. Les CDR achètent aussi parfois ailleurs qu'aux BCAF, ce qui rompt la chaîne de garantie de qualité des médicaments.

Le paiement de salaires corrects aux personnels de santé peut également régler en partie le problème du médicament dans les FOSA, car l'argent des recettes servira à acheter d'abord les médicaments nécessaires et non pas à payer des primes pour le personnel sur la marge bénéficiaire.

Le réseau FEDECAME, de par la mise en place des procédures de contrôle de qualité et de bonne distribution, devrait avoir un effet d'entraînement pour la régulation de tout le secteur pharmaceutique.

La dérégulation du secteur pharmaceutique pose un réel problème, le contrôle à l'importation et

l'enregistrement des médicaments doivent impérativement être renforcé rapidement

Pour rendre la disponibilité permanente des médicaments effective dans les formations sanitaires, il est donc important de s'assurer que :

- les CDR puissent disposer d'un patrimoine technique (locaux – équipements de stockage – chaîne de froid – moyens logistiques adéquats au transport des médicaments) en bon état, ainsi qu'un personnel bien formé et des procédures conformes aux Bonnes Pratiques de Distribution
- la FEDECAME, au niveau de ses BCAF et de son Secrétariat Permanent, puisse d'avantage se développer pour devenir plus efficiente en termes de mise à disposition de produits pharmaceutiques
- le PNAM puisse encore améliorer ses prestations en se focalisant sur le suivi des achats des médicaments et consommables (via les BCAF) et leurs distributions dans les CDR respectives
- la DPM puisse assurer une réelle réglementation du secteur pharmaceutique, ainsi qu'un enregistrement efficace des médicaments (rôle attendu d'une véritable agence nationale de réglementation).

## 2 ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

### 2.1 Les principes généraux du programme

#### 2.1.1 Définition d'un programme de coopération

Un programme de développement est défini dans ce contexte comme un ensemble d'interventions qui ont un objectif en commun (le renforcement du secteur de la santé) et qui sont cohérentes entre elles, avec des synergies et complémentarités explicitement identifiées.

Il s'agit en premier lieu d'une coordination entre différentes interventions relativement indépendantes l'une de l'autre. En effet, le danger principal de plusieurs interventions dans un même secteur se trouve dans le fait que les initiatives d'innovation se contredisent et ne sont pas mises en commun. Les différentes initiatives de financement du secteur servent d'exemple. La BM, l'UE et la coopération belge, indépendamment l'une de l'autre, ont pris des initiatives pour remédier à la commercialisation<sup>10</sup> des soins de santé en RDC. Le résultat est l'existence de 3 approches différentes de financement des soins, qu'il faut après essayer harmoniser. Loin de dire que cette situation était évitable, mais entre interventions belges au moins, cette coordination des initiatives devrait être possible<sup>11</sup>.

#### 2.1.2 Description du programme dans son ensemble

Le programme santé de la coopération belge est caractérisé par un appui au secteur à 3 niveaux de l'organisation sanitaire, notamment au niveau central (MSP) (avec la composante d'appui au niveau central - PANC), le niveau intermédiaire (les provinces) et opérationnels (les zones de santé) (avec la composante d'appui aux divisions provinciales de la santé et zones de santé – PADP). Les deux derniers constituent le niveau décentralisé suivant la réforme. La lutte contre la violence sexuelle s'ajoute comme un thème d'attention particulier (Programme de Lutte contre la Violence Sexuelle – PLVS) et qui, bien que l'ancrage se trouve dans le secteur de la santé, aura des liens avec d'autres secteurs, notamment aussi avec comme la justice, la police, affaires sociaux, et l'enseignement.

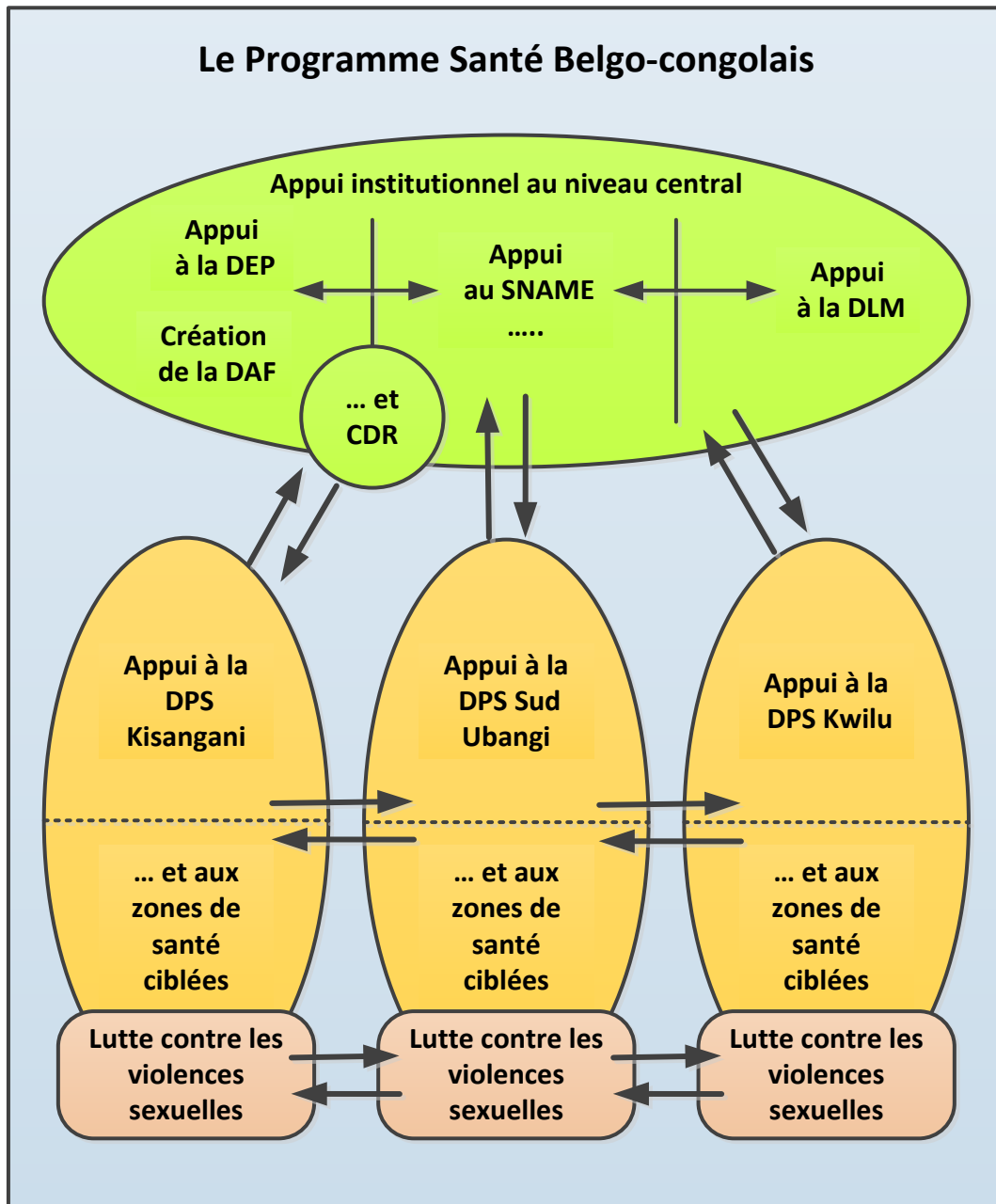
La Figure 2 montre les 3 grandes composantes du programme. Important dans le schéma sont les liens horizontaux et verticaux entre les interventions individuelles, indiquant le besoin de communication et de coordination entre elles. Des mécanismes de communication et de coordination entre les différents niveaux seront établis pour assurer la cohérence entre eux, facilitant ainsi également la capitalisation des expériences de terrain. Chaque composante du programme identifiera ses propres activités et aura une autonomie de gestion et de décision suivant son mandat. Des mécanismes de concertation et de planification conjointe seront établis cependant pour s'assurer que les synergies et actions complémentaires soient réalisées. Ces synergies et complémentarités sont explicitement listées (sans être exhaustives) dans chaque DTF. Ceci implique aussi que les acteurs (cadres nationaux, mais surtout les ATI et ATN) s'identifient avec le programme et mettent leurs compétences en commun dans un pool d'expertise technique, plutôt que d'être liés chacun uniquement à son volet ou projet spécifique.

---

<sup>10</sup> La commercialisation des soins est définie comme la dérive que les soins ont comme objectif principal d'enrichir le soignant au détriment de la qualité des soins et le bien-être du patient, indépendamment du fait qu'il s'agit de services publics ou privés.

<sup>11</sup> Cette coordination politique est la raison principale pour laquelle le coordinateur du programme doit avoir obligatoirement un profil d'expert sectoriel.



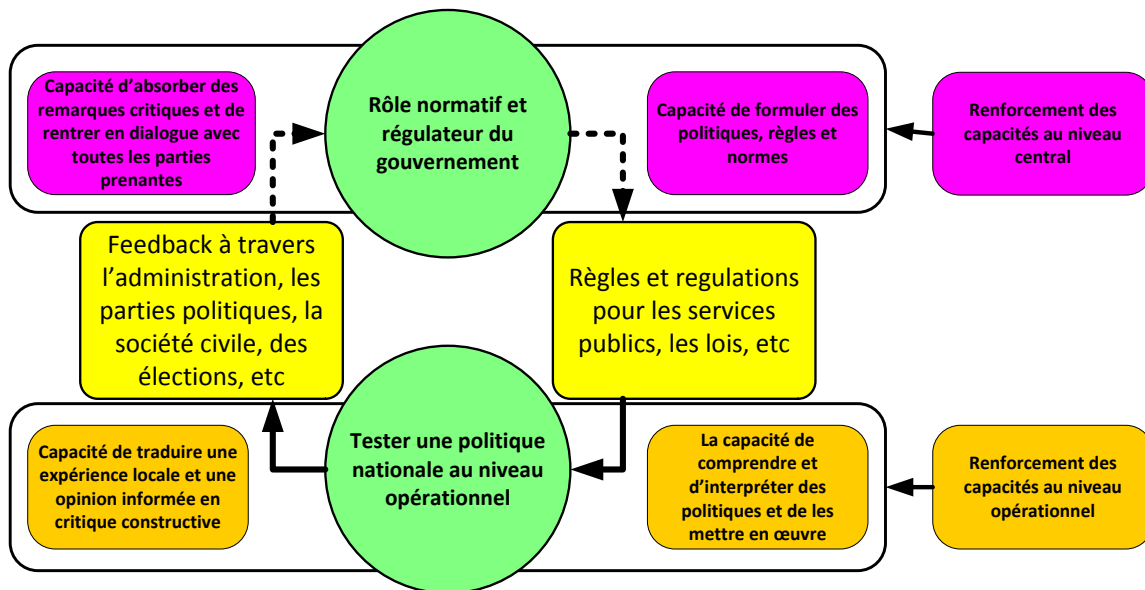


**Figure 2 : Le programme santé Belgo-congolais**

Cette coordination est tout d'abord une coordination au sein du secteur<sup>12</sup> et se réalisera en appuyant les structures de coordination prévues dans la politique de santé du pays. Il s'agit du conseil national de pilotage du secteur de la santé (CNP-SS) au niveau national, des comités provinciaux de pilotage (CPP) et des conseils d'administration (CA) des Zones de Santé.

<sup>12</sup> La coordination des entités congolaises est prioritaire sur la coordination des projets. Les interventions se coordonneront tout d'abord à travers la coordination des structures congolaises dans lesquelles elles sont intégrées.

## 2.2 Un appui institutionnel au niveau central et opérationnel dans le cadre d'un appui global au secteur



**Figure 3: Conception globale d'un programme d'appui à un secteur technique**

La Figure 3 montre comment le programme d'appui au secteur santé en RDC a été conçu. Le développement étant un processus cyclique de formulation d'une politique qui se confronte avec l'expérience de sa mise en œuvre, le programme d'appui intervient en appui aux différents niveaux d'organisation des soins avec des rôles distincts pour le niveau central (conception des politiques ; violet dans le schéma) et le niveau opérationnel qui est essentiellement sensé de mettre en œuvre la politique mais pas sans une interprétation, voire une adaptation aux circonstances locales (orange dans le schéma). Chaque niveau doit disposer de plusieurs capacités techniques et opérationnelles pour faire face à ces rôles. Ainsi le niveau central doit développer une capacité de concevoir des politiques efficaces et réalistes, mais aussi une capacité d'écoute de toutes les parties prenantes afin d'apprendre des opinions, des leçons et des expériences documentées (recherche-action ; action probante). En partie, il s'agit ici d'une attitude plutôt que d'une capacité intellectuelle. Finalement, le niveau central doit développer et mettre en œuvre des stratégies de communication et de dissémination des politiques vers le niveau opérationnel. Les DPS, installées récemment conforme la politique de décentralisation du pays, ont aussi un rôle dans la conception et dissémination d'une politique sectorielle, adaptée au contexte de chaque province. Vu leur indépendance relative par rapport au niveau central, leur articulation et complémentarité avec ce niveau central restent à construire et le programme d'appui de la coopération belge aura une attention particulière pour appuyer le renforcement, voire la définition de ces relations fonctionnelles. Les opportunités de coordination et d'échange entre niveau central et DPS sont traduites dans ce DTF en activités de planification, capitalisation, évaluation et introduction conjointe d'outils de gestion et de soins. Les relations entre la future DOGS et les DPS seront particulièrement prises en compte dans le programme d'appui, étant donné que les enjeux de qualité des soins sont énormes et que cette direction centrale est relativement peu appuyée actuellement par les partenaires au développement.

Par contre, le niveau opérationnel devrait avoir la capacité de traduire les politiques en action concrète, être capable de réaliser le monitoring des initiatives et de traduire d'une façon autonome les expériences ainsi accumulées en propositions constructives d'adaptation des politiques à adresser, en premier lieu, au niveau provincial (DPS). Les DPS à leur tour devraient faire remonter les expériences et propositions au niveau central afin d'alimenter le développement continu d'une politique nationale

cohérente. Les zones de santé constituent donc le véritable niveau opérationnel qui nécessite une relative autonomie de décision et d'action afin de pouvoir gérer les expériences concrètes et pratiques qui permettront une réelle capitalisation.

## 2.3 Accompagnement du processus de développement sectoriel

Les interventions de la coopération belge s'inscrivent dans une logique d'accompagnement d'un processus de développement endogène. Ceci signifie que les interventions s'alignent automatiquement à la politique sectorielle et à la planification des institutions appuyées.

Par rapport à l'alignement, il s'agit d'un alignement critique, c'est-à-dire, partant d'une politique existante, les interventions appuient et suivent l'application de cette politique et en tirent les conclusions. Ils se demandent si la politique effectivement atteint les résultats escomptés et si des modifications ou interprétations spécifiques sont nécessaires. Pour un alignement critique, l'approche de la recherche action (action réflexive) et la capitalisation sont indispensables.

Par rapport à la planification, les interventions s'inscrivent dans les plans annuels des institutions appuyées. Virtuellement, la planification spécifique de l'intervention peut ainsi être remplacée par une revue des plans nationaux, des divisions et des zones afin de décider quels aspects du plan seront activement appuyés que ce soit financièrement ou techniquement. Une telle approche s'inscrit parfaitement dans la volonté des autorités congolaises de coordonner l'ensemble des partenaires au développement autour d'un plan commun congolais. La partie congolaise considère que les PAO soient un outil de coordination : un seul plan opérationnel intégré par niveau prenant en compte les interventions de tous les bailleurs.

Pour une meilleure coordination entre bailleurs avec le pays partenaire, le ministère a créé à chaque niveau de la pyramide sanitaire un organe de coordination :

- Conseils d'Administration des Zones de Santé
- Comités Provinciaux de Pilotage (CPP-SS)
- Comité National de Pilotage (CNP-SS)

Le programme belgo-congolais s'inscrit dans cette démarche à chaque niveau et appuiera les parties prenantes congolaises à rendre fonctionnels ces organes de coordination. Les activités du programme seront définies sur base des plans nationaux.

Le Comité National de Pilotage, organisé au niveau de la DEP, a comme mandat la coordination des partenaires au développement au niveau national, qui progressivement devraient s'intégrer complètement dans la programmation nationale à travers un fonds commun ou un appui budgétaire sectoriel. La même logique se dessine au niveau provincial. Les comités Provinciaux de Pilotage réunissent tous les bailleurs autour d'un plan provincial. A terme, un fonds commun à ce niveau devrait être techniquement et politiquement envisageable. Pour le moment les structures provinciales sont encore trop nouvelles et la gestion financière et des marchés publiques trop faibles pour permettre une réelle intégration de l'ensemble des bailleurs.

Au niveau des zones de santé, qui est un véritable niveau opérationnel et non-politique, les conseils d'administration devrait réunir les bailleurs autour d'un plan annuel d'exécution.

## 2.4 Une approche intégrée et coordonnée

Vu la complexité et le nombre d'acteurs impliqués, les mécanismes suivants devraient offrir les garanties pour une approche intégrée et bien coordonnée :

### **2.4.1 Une évaluation et planification annuelle conjointe**

Les DTF prévoient qu'à l'occasion des évaluations et planifications annuelles, l'assistance technique se réunisse ensemble avec le partenaire pour partager les expériences de l'année écoulée et pour s'assurer que les plans d'action pour l'année à venir soient réellement complémentaires et que les activités conjointes soient correctement planifiées.

En terme pratique, ceci implique la tenue d'un atelier annuel qui pourra s'organiser soit au niveau national, soit dans une des DPS. Il ne s'agit pas d'une planification annuelle en détail des activités et sous-activités mais plutôt d'une mise en commun des idées et des axes d'attention qui après feront objet d'une planification individuelle par volet / DPS. Les plans détaillés pourront être partagés après pour information.

### **2.4.2 Une coordination horizontale à 2 niveaux**

Les différents volets de l'appui institutionnel au niveau central doivent se réunir régulièrement pour échanger sur la planification, la préparation des SMCL (voir plus loin) et les exercices de capitalisation. Mais les réunions d'échange entre ATI peuvent s'organiser plus fréquemment si cela s'avère nécessaire. Il revient au Coordinateur de Programme d'être attentif à ces occasions.

Au niveau des DPS, les SMCL biannuelles permettront de réunir les ATI et le partenaire au niveau d'une seule DPS ainsi que la coordination du programme pour profiter des échanges d'idées et des expériences. Les ateliers de capitalisation représentent une autre occasion évidente.

### **2.4.3 Des ateliers de capitalisation et la participation coordonnée aux revues annuelles du secteur**

Les planifications annuelles constitueront des occasions pour identifier les opportunités de capitalisation. C'est à ce moment que des ateliers ou séminaires pourront être programmés qui permettront l'échange des expériences. Selon les sujets couverts, d'autres partenaires au développement seront invités.

### **2.4.4 Mise en commun des compétences individuelles**

L'assistance technique est définie comme une véritable équipe. Ceci signifie que bien que chaque ATI soit ancré à une institution de santé donnée, telle une direction ou DPS, il travaillera dans un ensemble coordonné. Chaque ATI réalisera pour le compte d'un autre volet, selon une clé de répartition définie. Selon ses compétences et capacités individuelles. Le succès de l'équipe sera le succès de l'individu. La façon de réaliser les visites de backstopping et les évaluations externes viseront à renforcer l'équipe plutôt que les individus (voir plus loin).

### **2.4.5 Visites de coordination**

Le Coordinateur de Programme fera des visites de terrain et organisera la communication et la mise en commun des expériences. Une visite par trimestre par DPS semble raisonnable. Il pourra déléguer certaines visites de terrain à d'autres ATI du niveau central, ou les joindre à sa mission selon les thèmes à couvrir.

### **2.4.6 Visites de backstopping et d'appui scientifique international**

Des visites de backstopping (EST siège) et d'appui scientifique (institutions ayant une expérience académiques internationales et congolaises) seront organisées au moins semestriellement. Un lien

explicite sera fait avec le projet RIPSEC<sup>13</sup>. Ces visites viseront en principe l'ensemble du programme et animeront l'équipe du programme plutôt que les ATI individuellement. Cette approche n'empêche pas d'adresser des problèmes plus spécifiques ou des composants individuels du programme, mais remettra les constats et débats toujours en perspective avec l'ensemble du programme d'intervention.

#### 2.4.7 Les évaluations externes intégrées

Les différents composants et volets du programme seront évalués dans leur ensemble. Les succès et défis seront étudiés dans leur globalité et les recommandations feront toujours allusion à une réaction globale du programme plutôt qu'individuelle.

Les évaluations suivront une méthodologie de 'realist evaluation'.

### 2.5 L'approche multi-bailleurs

L'approche multi-bailleurs est définie comme une approche conjointe de tous les bailleurs autour du développement du secteur de santé en RDC. Cette intention reflète la volonté de la partie congolaise et du GIBS pour créer plus de harmonisation et d'alignement dans le secteur parmi tous les bailleurs.

La différence entre la situation réelle et les intentions reste très grande, ce qui est tout à fait compréhensible vu les points de vue divergents entre bailleurs (vision sur le système de la santé, son développement, les logiques administratives différentes, et des stratégies divergentes avec comme exemple les nombreuses initiatives autour de la tarification des soins et le financement des services). Ces divergences sont en partie liées à la faiblesse de la coordination de la part des autorités congolaises dans la santé dans le passé et à l'étendu et l'isolement relatif du terrain qui rend la concertation plus difficile. Le facteur bailleur n'est pas à sous-estimer non plus. Beaucoup de bailleurs n'ont pas réellement l'intention de s'intégrer dans une même approche ou même de s'intégrer dans les structures congolaises. Il reste donc aussi un grand effort à réaliser au sein du GIBS afin d'arriver à une position conjointe, non seulement sur le diagnostic des faiblesses du système, mais aussi sur la manière d'y répondre. Dans ce contexte, la Belgique s'est montrée particulièrement dynamique et volontaire dans le passé et jusqu'à aujourd'hui.

Le programme belge en santé en RDC considère l'approche multi-bailleurs comme un processus envers de plus en plus d'alignement et d'harmonisation. Il jouera dans ce sens un rôle très proactif.

Les interventions s'inscrivent dans la mise en place graduelle d'une approche multi-bailleurs sur différents plans :

- Le coordinateur de Programme renforcera techniquement le GIBS qui contient peu de compétences techniques de santé publique. Les autres ATI seront invités selon les besoins et thèmes abordés par l'ambassade belge.
- Les interventions belges appuient techniquement et financièrement la fonctionnalité des organes de coordination congolais qui ont comme but principal la coordination des bailleurs.
- Les interventions belges travailleront vers plus d'harmonisation (et d'alignement) sur certains dossiers techniques santé publique. A titre d'exemple, les interventions travailleront vers une harmonisation des stratégies de financement pour arriver à une stratégie nationale unique. L'ATI économiste de la santé lié à la DEP travaillera sur ce sujet presque plein temps. Les appuis aux DPS regarderont de leur angle la même problématique.

---

<sup>13</sup> Voir dans les annexes, le point « 7.4 présentation du projet RIPSEC »

- La recherche-action et les exercices de capitalisation des expériences du niveau opérationnel prévus dans les interventions belges créeront de nombreuses occasions de concertation impliquant l'ensemble des bailleurs.
- Les ATI du niveau central participeront dans des groupes de travail techniques dans lesquels les autres bailleurs participeront également.
- Les interventions belges dans la santé s'intègrent totalement dans les planifications intégrées des structures qu'elles appuient ensemble avec d'autres PTF. La complémentarité avec les autres bailleurs qui appuient les mêmes structures et activités sera continuellement négociée. A titre d'exemple, la BM a l'intention de financer le revenu des équipes DPS de Kwilu et de Sud Ubangi. Si cela devient efficient, au niveau du programme, les fonds prévu à cet effet seront transférés vers la DPS de Tshopo pour financer leur revenu entièrement.
- Les interventions s'inscriront dans le manuel de procédures en vigueur dans le secteur entre le MSP et les PTF.
- La flexibilité en termes de planification et gestion des interventions belges, combinée avec l'insertion complète dans les structures congolaises, permettra un ajustement continu des interventions lors de la phase d'implémentation.
- Par rapport au complément de salaire, l'intervention clarifiera le mécanisme au moment du démarrage, en se basant sur l'accord entre le gouvernement congolais et les PTF. D'autres prérequis sont : 1/ une parfaite coordination et transparence entre toutes les compléments de salaire payées par les autres bailleurs à une Direction, 2/ une cohérence avec le cadre organique en termes quantitatifs et qualitatifs ainsi qu'avec la charge de travail réelle (plan de rationalisation du personnel), 3/ lors de l'évaluation annuelle conjointe du programme, une appréciation globale de la prestation des directions appuyées sera faite en prenant comme référence le renforcement du système de santé, l'appui à la mise en œuvre de la politique nationale de la santé, et les autres principes convenus dans ce chapitre 2 du DTF. Les modalités exactes pour cette évaluation seront définies en début du programme avec l'ATI Coordinateur du Programme. Un montant total de 1.224.000 €, soit 12,9% du budget total sera maximale octroyé à l'appui aux salaires. Les montants seront revus à la baisse selon les contributions promises par les autres bailleurs et en fonction de la hausse des salaires nationaux et le nombre de personnes sous salaire national. Cette évolution a été continuellement positive ces dernières années.

En dehors des contraintes ou difficultés déjà mentionnées, il reste l'imprévisibilité des bailleurs. Chaque bailleur a sa séquence de planification qui dépend largement de la disponibilité de nouveaux financements, du succès de décaissement d'une phase précédente et des procédures y compris les retards qui en découlent, pour définir de nouvelles interventions. Il s'agit souvent de facteurs externes liés au pays du bailleur qui sont difficilement influençables.

## 2.6 Orientations stratégies spécifiques pour le Niveau Central

### 2.6.1 La Direction des Etudes et Planification (DEP)

Les responsabilités attribuées à la DEP sont nombreuses et à bien des égards particulièrement cruciales pour que le système de santé – tel qu'il est proposé dans le cadre de la SRSS et précisé dans le PNDS – puisse effectivement apporter les résultats escomptés d'une manière durable, tant au niveau des prestations des soins de santé que de l'accessibilité réelle des populations à ces soins.

Il s'agit en effet de pouvoir assumer (i) une vision stratégique du secteur, régulièrement adaptée par les analyses des multiples contraintes rencontrées, (ii) la centralisation d'une planification

opérationnelle à tous les étages du système (planification ascendante), régulièrement suivie et analysée, (iii) une coordination efficace de l'ensemble des différents intervenants dans le secteur, (iv) la capacité d'améliorer les politiques, normes ou stratégies en se basant sur des analyses pertinentes des différentes études, enquêtes ou expériences menées dans le pays (suivant une approche bottom-up). Puisque la planification est un thème transversal pour l'ensemble du Ministère, la DEP automatiquement doit travailler intensivement avec les autres directions du MSP.

Au regard de l'étendue du pays, la réforme du niveau intermédiaire dans le cadre de la décentralisation (avec la création de 26 DPS) sera une réelle opportunité, dans la mesure où son organisation et son financement puissent être menés de manière cohérente sous l'égide et avec un coaching fort des directions centrales, notamment de la DEP.

Les charges de travail attribués à la DEP sont particulièrement lourdes. Ceci est dû au fait qu'il s'agit d'une direction clé du Ministère mais aussi parce que la DEP est demandée d'autres tâches ou services qui ne ressortent pas de son mandat direct. Il s'agit de différents aspects :

- La DEP se donne du travail supplémentaire pour combler les trous laissés par d'autres directions plus faibles. Pour y pallier il faut renforcer le Ministère dans son ensemble (voir plus loin).
- La DEP dans le passé a dû s'occuper de la gestion des finances du ministère, en absence d'une DAF. La DEP est partiellement déchargée de ces tâches depuis l'existence de la CAG (cellule d'appui à la gestion, appuyée dans le passé entre autres par la coopération belge). Elle le sera d'avantage quand la création de la DAF (intervention directe par la coopération belge) sera un fait.
- Probablement la charge de travail supplémentaire la plus importante réside dans le fait que d'autres bailleurs (les grands fonds mondiaux) demande à la DEP d'exécuter leurs programmes, pour la simple raison que les autres directions sont peu aptes à le faire. Cette charge est non seulement substantielle, elle déséquilibre l'organisation de la DEP même. Il est clair que la coopération belge n'appuyera pas ces fonctions mais au contraire luttera au sein du GIPBS pour que ces pratiques cessent.

La présente intervention de la coopération belge propose donc un appui au développement institutionnel de cette direction. La DEP a bénéficié d'un appui par la coopération belge depuis plus qu'une décennie avec en total 3 phases. Les 2 premières phases étaient axées sur l'organisation interne de la DEP, c'est-à-dire, améliorer les tâches qui découlent directement de leur mandat. Organiser une planification nationale ascendante était un des aspects les plus importants.

La troisième et dernière phase se concentrait davantage sur les aspects relationnels de la DEP avec les autres directions du ministère et avec le niveau décentralisé (les futurs DPS). La coopération belge a ainsi donné un appui indirecte à d'autres directions du ministère quoi que moins substantiel qu'à la DEP. L'intervention actuelle poursuivra cette approche. Aussi la relation avec les DPS, qui n'est pas une relation hiérarchique mais fonctionnelle puisque les DPS ont une autonomie administrative et politique par rapport au niveau central dans le cadre de la politique de décentralisation, recevra l'attention nécessaire. L'actuelle intervention s'inscrit ainsi dans une continuité de la logique d'appui. La création d'une DAF afin de se débarrasser de la fonction gestion financière du ministère est centrale dans l'intervention.

Sur le plan des ressources humaines, l'intervention mobilisera une AT Internationale (Santé Publique et Economie de la Santé) et différentes consultances d'expertise court-terme, dont les besoins et les modalités seront définis dans le déroulement du programme. Des financements conséquents seront apportés pour assurer (i) différentes missions, ateliers ou réunions nécessaires, (ii) la fourniture des équipements techniques, bureautiques et logistiques pour assurer la dynamique de travail de l'équipe

de la DEP.

Les appuis apportés le seront dans un cadre de concertation « multi-bailleurs », c'est-à-dire en étroite concertation avec l'ensemble des autres partenaires intervenant également en appui spécifique à cette direction.

Dans l'optique d'un appui au développement institutionnel, les différentes activités menées par l'ATI seront également réalisées conjointement tant avec l'équipe propre de la DEP qu'avec les autres partenaires présents (AT de GAVI, du FED, de la Banque Mondiale, etc.).

Il s'agira notamment d'accompagner la DEP de façon à ce qu'elle puisse assumer ses missions concernant (i) la planification et la coordination des interventions à tous niveaux, (ii) l'analyse et la synthèse des études, enquêtes ou expériences diverses, dans le cadre notamment de la création d'un centre de veille stratégique, (iii) l'élaboration progressive des politiques, des normes et des stratégies du secteur basée sur la recherche en système de santé.

Au regard du profil particulier de l'ATI en économie de la santé, un focus particulier sera mis en place sur les aspects concernant :

- L'élaboration d'une stratégie de financement du secteur et les modalités nécessaires pour mettre en place son contenu. Une attention particulière sera portée quant à l'engagement budgétaire progressif du gouvernement congolais. Le taux de décaissement du budget ministériel devrait passer de 30% à 50% entre la première année et la troisième année.
- La mise en place progressive d'une Couverture Santé Universelle, au regard de l'augmentation des financements propres du pays, des appuis extérieurs et des capacités financières des populations.
- La mise en place de la future DAF, permettant l'introduction d'une gestion efficace et transparente des différents financements (internes et externes) qui transiteront dans le secteur de la santé

Au regard de l'importance des appuis nécessaires en termes de coaching aux divisions provinciales (en particulier pour les provinces appuyées par le programme), un focus particulier sera mis en place sur les aspects concernant :

- La décentralisation et la mise en place des nouvelles DPS, nécessitant un appui technique, organisationnel et financier (notamment dans le cadre de la mise en place du contrat unique du financement des différentes DPS)
- La mise en place d'un pool de superviseurs polyvalents au niveau central (venant des différentes Directions) afin d'assurer un coaching régulier des DPS.

Un appui particulier sera également apporté au niveau du renforcement de la dynamique de travail au sein de l'équipe élargie (comprenant les différents AT impliqués dans cette direction) de la DEP ; il s'agira notamment d'introduire des procédures modernes de management et de communication d'équipe (délégation des tâches, responsabilisation et redevabilité des acteurs, outils organisationnels, etc.).

## **2.6.2 La Cellule d'Appui à la Gestion et la future DAF**

La mise en place d'une DAF au MSP, dans le cadre de la réforme des finances publiques, est une étape cruciale pour apporter les éléments de crédibilité (visibilité des différentes lignes budgétaires et des participations des bailleurs) et de redevabilité des différents acteurs (tant au niveau de la planification, de la mise en œuvre que de l'exécution effective des dépenses prévues).

Une feuille de route de la restructuration de la CAG en DAF en précise les différents préalables : (i) la finalisation du cadre organique (ii) la sélection et le recrutement du personnel (iii) l'élaboration d'un



business plan pour estimer les coûts de sa mise en place.

Dès le démarrage du programme, un état des lieux du niveau atteint dans l'application de la feuille de route sera mené par l'ATI du programme – en collaboration étroite avec les différents partenaires entourant ce processus – afin de cadrer l'appui belge sur (i) des activités bien précises ou non encore exécutées, (ii) des financements spécifiques complémentaires, (iii) des expertises nécessaires complémentaires.

### 2.6.3 La Direction de la Lutte contre la Maladie (DLM)

La présente intervention de la coopération belge propose un appui au développement institutionnel de la DLM dans le cadre de ses rôles stratégiques concernant (i) la structuration des programmes spécialisés (tant au niveau central que provincial), (ii) la mise en oeuvre des outils programmatiques, des normes et des directives nécessaires dans le domaine de la lutte contre les maladies, (iii) l'organisation de la surveillance et des ripostes adéquates aux grandes épidémies et endémies, (iv) la collaboration avec la future DOGS pour la structuration des soins et la mise en place de stratégies d'assurance qualité.

Sur le plan des ressources humaines, le programme mobilisera une AT Internationale en Santé Publique et différentes consultances d'expertise court-terme, dont les besoins et les modalités seront définis dans le décours du programme. Des financements conséquents seront apportés pour assurer (i) différentes missions, ateliers ou réunions nécessaires, (ii) la fourniture des équipements techniques, bureautiques et logistiques pour assurer la dynamique de travail de l'équipe de la DLM.

Les appuis apportés le seront dans un cadre de concertation « multi-bailleurs », c'est-à-dire en étroite concertation avec l'ensemble des autres partenaires intervenant dans le cadre de cette direction.

Il s'agira notamment d'accompagner la DLM de façon à ce qu'elle puisse en particulier assumer les aspects de ses missions concernant :

- Le rôle majeur de coaching des équipes des DPS dans le cadre de leurs nouvelles responsabilités, notamment en ce qui concerne l'intégration progressive des programmes spécialisés à leurs niveaux
- Le développement des outils et des guides nécessaires dans le domaine de la prise en charge des maladies non transmissibles
- La diffusion large du « Plan de Contingence » et des formations d'équipes d'intervention rapides tant au niveau central qu'au niveau périphérique
- Le renforcement du réseau de laboratoires provinciaux de santé publique, accompagné par l'INRB pour les formations continues et les processus d'assurance qualité
- Le document des expériences menées par la DLM, en particulier dans le domaine des grandes épidémies.

Un appui particulier sera également appuyé au niveau du renforcement de la dynamique de travail au sein de l'équipe de la DLM ; il s'agira notamment d'introduire des procédures modernes de management et de communication d'équipe (délégation des tâches, responsabilisation et redevabilité des acteurs, outils organisationnels, etc.).

### 2.6.4 Le secteur du médicament

La qualité des services de santé – en particulier au niveau des zones de santé – dépend bien évidemment d'un fonctionnement correct de l'approvisionnement en médicaments essentiels de bonne qualité et à un prix accessible pour les populations.

La stratégie globale d'intervention du programme est basée sur le constat que le réseau FEDECAME

(BCAF & CDR) constitue le seul système qui garantisse actuellement la traçabilité, la qualité et l'accessibilité des médicaments cédés aux formations sanitaires des différentes zones de santé.

Cette approche est le fruit des nombreux appuis apportés par les différents partenaires dans le secteur pharmaceutique, appuis qui se prolongeront d'ailleurs dans les 5 prochaines années dans le cadre des programmes de la Coopération belge, l'OMS, de la Banque Mondiale et l'Union Européenne.

L'objectif du Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (SNAME) est bien d'assurer un approvisionnement suffisant et un usage rationnel des médicaments essentiels génériques de bonne qualité, sûrs, efficaces et à des prix accessibles à la majorité de la population.

Dans le cadre du présent programme, il convient donc de continuer à appuyer les différents acteurs du SNAME qui sont la FEDECAME et le BCAF Ouest, le PNAM, la DPM et les CDR des provinces du Kwilu, du Sud-Ubangi et de la Tshopo.

Les orientations stratégiques s'appuient sur les éléments suivants :

- La poursuite d'un appui au PNAM (ATI et appui financier pour élaborer les supports et outils garantissant la bonne gestion), seul garant d'un suivi de qualité du réseau FEDECAME et de ses CDR.
- La consolidation de la FEDECAME (i) avec la nécessité absolue de faire fonctionner le BCAF Ouest (aspects logistiques, fonctionnement et présence d'un Fonds de roulement) afin de rendre disponible les médicaments dans les CDR, (ii) par un appui à l'assurance qualité et au fonctionnement du secrétariat général de la FEDECAME.
- Le maintien de l'appui aux CDR des provinces du Kwilu et du Sud-Ubangi, déjà appuyées dans l'intervention précédente (en tenant compte de la présence de la BM) et la dynamisation de la CDR de Kisangani (en collaboration avec l'OMS) ;
- La poursuite d'un appui à la DPM (avec l'appui de l'expertise de l'OMS) pour renforcer l'enregistrement des médicaments, réviser ses textes réglementaires et renforcer son inspection.

La logique d'appuyer les trois CDR citées est guidée par la faiblesse financière et la capacité d'autonomie fragile de ces CDR qu'il conviendra d'accompagner pour leur donner un esprit d'entreprise, afin d'acquérir une bonne maîtrise de leurs budgets par rapport à leurs capacités financières.

Une démarche importante pour aider ces CDR à améliorer leur autonomie financière sera également :

- d'accroître le volume de leurs ventes et donc le réseau de leur clientèle de formations sanitaires qui, du même coup, seront approvisionnées avec des médicaments « sûrs » en terme de qualité.
- de rapprocher les ZS et leurs formations sanitaires de leur fournisseur de produits pharmaceutiques en créant des relais sans trop multiplier les points de stockage.

A terme, l'intervention devra donc permettre (i) au système FEDECAME/CDR de se renforcer (ii) d'amorcer l'assainissement du secteur global du médicament en RDC par l'appui technique à la DPM (iii) de permettre au PNAM de superviser au mieux le circuit d'approvisionnement.

## **2.7 Complémentarité avec les appuis des autres PTF au niveau central**

Sous l'approche multi-bailleurs présidant la conception de ce programme, la question concernant les partenaires avec qui travailler devient essentielle.

Le MSP et le Groupe Inter Bailleurs Santé (GIBS), dont fait partie la Belgique, ont signé une Charte de Partenariat, qui engage tous les partenaires à travailler dans une logique de complémentarité et de synergie dans les zones d'intervention.

PTF	PERIODE	DIRECTIONS APPUYEES	DOMAINE D'ACTIVITE	INTERVENTIONS
BM	2015-19	DEP	AT en stratégie de financement (FBR)	Projet de Développement du Secteur Santé (PDSS)  Ce projet fait suite au Projet d'appui au Renforcement du Système de Santé (PARSS), pour les appuis au niveau intermédiaire et périphérique dans les Provinces du Bandundu, de l'Equateur, du Katanga, de Kinshasa et du Maniema
		DPM	AT spécialiste en suivi/évaluation	
		D 5	AT en approvisionnement des médicaments	
		CAG	AT en qualité des soins et en IEC	
		CGMP	AT en audit interne, en comptabilité, gestion financière et administrative	
		Programme national de promotion de la santé	AT spécialiste en passation de marchés	
UNICEF	2015-2016	Secrétariat Général	Nutrition, immunisation, PTME, Interventions à haut impact dans le cadre du CAO 4 et 5	Cadre d'accélération de la réduction de la mortalité de la mère et de l'enfant en RDC
		DEP	AT en appui à la Cellule d'Ordonnancement	
		CGMP	AT expert en gestion financière et passation de marchés	
GAVI	2015-19	DEP	Renforcement du Système de Santé (élaboration des PAO, réunions de suivi évaluation, du CA de Zone), appui à la vaccination	Projet d'appui au renforcement du système de sante 2014 – 2019
		DPM	ATN en appui aux nouvelles DPS et suivi / évaluation (enquêtes, études)  ATI pour faisabilité et fonctionnement des dépôts centraux et déconcentrés	
		CAG	ATI en appui pour l'évaluation de la mise en œuvre des activités	
		CGMP	ATI en appui à la réforme des	

PTF	PERIODE	DIRECTIONS APPUYEES	DOMAINE D'ACTIVITE	INTERVENTIONS
			finances publiques et pour CSU	
		PEV	ATI et ATN pour l'encadrement, la logistique et gestion des vaccins et les questions de viabilité financière du PEV	
JICA	2014-18	Secrétariat Général	AT « Ressources Humaines » AT sur la qualité des soins et des services	Projet d'appui institutionnel à la première direction du MSP chargé des ressources humaines en santé
		D 5	AT en appui au DHIS 2	
DIFID	2013-18	Secrétariat Général	AT en appui à la gestion des finances publiques	Projet d'appui à l'Accès aux Soins de Santé Primaires
OMS	2014-2015	Secrétariat Général	Redevabilité sectorielle (gouvernance, ...) Appuis surtout pour la surveillance épidémiologique	Projet d'appui à la gouvernance et au processus de couverture santé universelle
HFG/US AID	11/2014-12/2015	Secrétariat Général	AT en appui à la réforme de l'administration et en RH AT en financement de la Santé	Projet d'appui à la réforme de l'administration publique et au financement de la santé
UE	2015-2016	DEP	AT (en SP et gestion) aux projets PAPNDS et PAPOMD	Programme Santé 10 <sup>ème</sup> FED Programme Santé 11 <sup>ème</sup> FED (2016)
		CAG	AT gestionnaire en appui à la CAG	
ITM Anvers	2015-2019	Ecoles de SP (Kinshasa, Lubumbashi, Bukavu)	Appui aux Ecoles de SP et RIPSEC	Projet de Renforcement Institutionnel pour des Politiques de Santé basées sur l'Evidence en République Démocratique du Congo
		INRB	Appuis techniques, administratifs et logistiques	
ICRH Gand	?	PNSA/PNSR	Appui scientifique santé reproductive & violence sexuelle	Programme de lutte contre la violence sexuelle

## 3 PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE

### 3.1 Objectif général

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans le cadre global de lutte contre la pauvreté.

### 3.2 Objectif spécifique 1

Les capacités managériales de la DEP sont renforcées pour assurer ses missions dans la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du PNDS en priorité dans les aspects de réforme du secteur et du développement des zones de santé.

#### 3.2.1 Résultats attendus (OS1)

- Résultat 1 : Une planification coordonnée est assurée à tous les niveaux, afin de permettre le renforcement du système de santé et en particulier le développement des zones de santé.
- Résultat 2 : La coordination des appuis des différentes partenaires techniques et financiers du secteur de la santé – en termes de synergie, de complémentarité et de cohérence avec la stratégie sectorielle – est assurée à tous les niveaux.
- Résultat 3 : Le suivi du développement du secteur est assuré à travers la gestion de l'information stratégique – provenant de tous les niveaux du système de santé – sous forme de capitalisation d'expériences ou d'études et de bases de données pour l'analyse sectorielle et macro-économique
- Résultat 4 : L'élaboration des politiques, des normes et des stratégies du secteur est basée sur la recherche en système de santé à tous les niveaux, en particulier au niveau opérationnel.
- Résultat 5 : Le management interne de la DEP est renforcé dans la vision de la réforme du système de santé

#### 3.2.2 Activités à mettre en œuvre (OS1)

Dans la description des activités, des prérequis seront développés lorsque cela est considéré comme essentiel. Ils serviront à spécifier certaines mesures nécessaires pour lancer l'activité principale ou pour une bonne réalisation de l'activité. Dans certains cas, les prérequis sont donc des sous-activités préalables que le projet devra réaliser avant de se lancer dans l'activité principale (A.2.2 et B.8.2.). A d'autres endroits (A.2.3 ; A.5.2 ; A.5.3 ; page 87 sur l'INRB) il s'agit de véritables engagements de l'état congolais. Ces engagements feront objet d'un suivi par la CTB et l'ambassade dans le cadre du dialogue politique.

L'appui apporté à la DEP dans le cadre du présent programme est essentiellement un **appui au développement institutionnel** à cette Direction.

La plus grande partie du budget de la contribution belge sert d'ailleurs à renforcer les ressources humaines et à financer des réunions de travail, des ateliers et différentes missions dans un cadre d'appui « multi-bailleurs » (c'est à dire en concertation étroite avec les autres partenaires intervenant également en appui spécifique à la DEP).

En pratique, les différentes activités retenues pour atteindre ces résultats seront donc des activités menées conjointement tant avec l'équipe de la DEP qu'avec les autres partenaires présents dans le

cadre des différents appuis à la DEP ainsi qu'avec les autres composantes du programme santé appuyé par la coopération belge. Dans cette optique, le rôle des ATI sera « transversale » dans la mise en œuvre de l'ensemble des activités à mettre en place au niveau de la Direction. Il s'agira notamment d'accompagner la DEP de façon à ce qu'elle puisse assumer ses missions concernant :

- La planification et la coordination des interventions au sein du Ministère de la Santé avec les différents appuis des partenaires du secteur, mais également avec les différents ministères connexes à la santé (fonction publique, plan, finances, etc.), tout en portant une attention particulière aux questions liées à l'environnement telles que décrites plus bas.
- L'analyse et la synthèse des nombreuses études, enquêtes ou expériences diverses, qui se sont déroulées et qui seront menées dans le cadre de la santé en RDC, dans le cadre de la création d'un centre de veille stratégique
- Le suivi, le développement, la communication et la diffusion des politiques, normes et stratégies opérationnelles du PNDS (actuel et futur), en tenant compte des résultats des expériences et des recherches concernant le système de santé (avec un focus particulier sur les problématiques du financement du système de soins, dans le cadre la Couverture Santé Universelle)
- Une interaction forte, dans le cadre de la réforme au niveau central, avec les autres directions centrales en ce qui concerne en particulier les aspects liés à la qualité des soins et au partenariat public-privé.
- La DEP aura une attention particulière pour la réalisation d'actions concrètes portant sur l'environnement. Il s'agit d'actions concernant notamment la gestion des déchets, la maintenance, l'hygiène et l'environnement ainsi que la prévention et la précaution, décrites dans le chapitre 6.

### **3.2.2.1 Résultat 1: Planification coordonnée pour le renforcement du système de santé**

#### **3.2.2.1.1 Activité A.1.1 : Poursuivre les appuis aux processus de planification**

##### Appui au suivi des différents Plans Annuels Opérationnels (PAO) aux différents niveaux

Cette activité fondamentale de la DEP nécessite de pouvoir :

- Assurer la disponibilité et la bonne utilisation des outils pour assumer une planification ascendante, spécifiant les priorités au regard des réalités des financements effectivement disponibles.
- Disposer d'une bonne connaissance des différents appuis – et de leurs alignements de fait – apportés au secteur par l'ensemble des différents partenaires.
- Prendre en compte les nouvelles responsabilités des DPS, dans le cadre de la décentralisation et appuyer les nouvelles modalités de fonctionnement nécessaires.

##### Appui aux mécanismes de suivi / évaluation

Au-delà des mécanismes habituels de suivi et d'évaluation, il s'agit de renforcer la communication et les échanges entre le niveau central et les nouvelles DPS, notamment dans le cadre des appuis à apporter au travers d'un pool d'encadreurs polyvalents (voir plus loin Activité A.2.2.), afin d'affiner les différents processus en portant une attention particulière pour les DPS appuyées dans le cadre du programme de la coopération belge.

##### Appui à l'élaboration d'un PAO unique central pour le MSP

Le PAO unique central doit contribuer à renforcer la collaboration entre les différentes directions et programmes au niveau central du Ministère de la Santé, à mieux réaliser les missions du MSP et à éviter le plus possible des planifications parallèles.

#### Appui élaboration des plans multisectoriels

Le développement des plans multisectoriels nationaux (DSCR, CDMT, PAP, etc.) nécessite une harmonisation efficace avec les autres ministères.

*Appui du programme : (i) missions régulières d'experts de la DEP en appui au niveau des DPS, (ii) tenue d'ateliers organisés à Kinshasa et regroupant l'expertise de différentes directions centrales du MSP et d'autres ministères. Le financement de ces actions sera étroitement coordonné avec les appuis conséquents apportés par le projet GAVI-RSS dans ce domaine.*

### **3.2.2.1.2 Activité A.1.2 : Développer les outils de planification**

#### Evaluation & actualisation des processus actuels

Les mécanismes de planification doivent être régulièrement revus aux différents niveaux, afin de garder des processus souples et adaptés en particulier aux nouvelles configurations organisationnelles des DPS. Il s'agit notamment de résoudre les problématiques de « lourdeur » rédactionnelle actuellement constatées dans de nombreuses structures, qui présentent un retard considérable dans le timing de réalisation des différents plans.

Etant donné la complexité d'une adaptation en profondeur des processus de planification, il est envisagé de récolter de manière régulière les différentes observations et propositions aux différents niveaux (et dans différentes DPS) et d'organiser ensuite un atelier spécifique sur ce sujet. Les différentes recommandations seront ensuite traduites dans les procédures ultérieures de planification.

#### Développement des outils de "suivi des performances" des activités planifiées

Le remplissage régulier des éléments demandés dans le cadre des PAO produit naturellement de très nombreuses données, qui doivent permettre un suivi des différentes activités et productions des différentes structures, au regard des planifications projetées.

L'analyse de ces données, couplées aux autres sources disponibles (données de routine du SNIS, études préalables de costing, données fournies par les différents partenaires, etc.), doit encore être davantage développée.

La DEP a récemment lancé un « Portail Internet » devant permettre à terme (i) le suivi des différents PAO par niveau (extraction des documents de planification sous forme de tableaux Excel), (ii) la visualisation des appuis par niveaux des différents partenaires, (iii) le suivi de l'exécution budgétaire des activités prévues et (iv) la production de différents indicateurs clés.

La capacité de cet outil à répondre pleinement et durablement à toutes ces demandes doit encore être analysée. Ces aspects seront pris en compte notamment dans le cadre de différents ateliers de travail.

#### Mise en place d'une intégration des portails Internet PAO et FBR

Le projet PADPDSS de la Banque Mondiale prévoit dans le cadre de son développement un outil central (Portail Internet FBR) présentant les différents résultats de la performance des différentes structures (et les paiements associés) aux différents niveaux, tant en termes de prestations que d'atteintes de cibles ou de réalisations d'activités planifiées. Cette application Web a l'ambition de donner aux différents acteurs une grande transparence des actions (et paiements concomitants) réalisées et de permettre aux directions centrales de disposer d'un outil potentiel de suivi /évaluation

de qualité.

Etant donné que la DEP sera responsable de la mise en place « technique » du projet PADPDSS, elle sera naturellement en première place pour mener à bien l'articulation indispensable entre ses différents outils de suivi évaluation du secteur.

*Appui du programme : (i) tenue d'ateliers organisés à Kinshasa et regroupant de l'expertise de différentes directions centrales et de différentes DPS du MSP, (ii) appui – à définir dans le décours du programme – à la mise en place des différents portails Internet PAO et FBR. Le financement de ces actions sera étroitement coordonné avec les importants appuis apportés par le projet PADPDSS de la Banque Mondiale dans ce domaine.*

### **3.2.2.2 Résultat 2 : Coordination, complémentarité et cohérence des appuis avec la stratégie sectorielle**

#### **3.2.2.2.1 Activité A.2.1 : Appuyer les organes et mécanismes de coordination**

##### Appui aux structures centrales

Le fonctionnement adéquat du Comité National de Pilotage du secteur de la santé (CNP- sectorielles) sont de la responsabilité de la DEP.

Il s'agira donc d'appuyer les fonctionnements de ces instances et de ces réunions au travers du Comité de Coordination Technique (CCT) et du Secrétariat Technique Permanent (STP). Il s'agira notamment de :

- préparer des TDR clairs en précisant les membres invités (cadres du MSP, institutions académiques, PTF, ONG, experts spécifiques, etc.)
- assurer la « valorisation » des productions aux instances supérieures et au niveau décentralisé
- renforcer les collaborations avec les secteurs qui ont un lien avec la santé (Finances, Budget et Plan, Fonction Publique, Décentralisation, Enseignement, Affaires sociales, Genre, Travail, etc.)

##### Appui aux structures décentralisées (CPP, revues...)

Dans le cadre de la réforme des DPS, il sera crucial d'appuyer la qualité des réunions du Comité de Pilotage Provincial (CPP) et des différentes revues sectorielles provinciales.

Cet appui devrait permettre une préparation adéquate des travaux des CPP (avec une participation représentative des différents acteurs concernés par la santé au sein de la province), la conduite adéquate des réunions et un suivi de qualité des résolutions prises.

Cet appui devra veiller également à la qualité des revues sectorielles, notamment en favorisant les débats stratégiques intégrant les spécificités de la décentralisation, les expériences de terrain et les travaux des différents groupes de travail.

*Appui du programme : Le financement de ces actions sera établi en coordination étroite avec le projet GAVI-RSS qui apportera d'importants appuis tant au niveau central qu'au niveau décentralisé.) ; des missions d'experts de la DEP seront prévues pour un appui au niveau des CPP des 3 DPS appuyées par la coopération belge.*

#### **3.2.2.2.2 Activité A.2.2 : Appuyer la mise en œuvre de la stratégie sectorielle**

**Prérequis** pour effectuer des missions de terrain liées à cette activité : i) des TDR pour les missions de terrain validées par l'ATI en appui à la Direction et le Directeur de la Direction, ii) un rapport de



*mission avec une appréciation de sa qualité par l'ATI et le Directeur, iii) une mise en commun des résultats de la mission au sein de la Direction et le pool des superviseurs*

#### Coordination & suivi formulations programmes sectoriels

La DEP doit encore renforcer ses capacités dans le domaine du suivi de l'élaboration des programmes et projets du secteur de la santé, afin de s'assurer (i) de la cohérence entre les programmes et projets financés par les différents bailleurs et le PNDS et (ii) du respect des principes de la Déclaration de Paris des interventions de l'ensemble des partenaires.

La cohérence de ces interventions se fera au travers de différentes réunions ou ateliers qui permettent aux différents acteurs de développer progressivement une approche « multi-bailleurs ».

#### Soutien aux Directions centrales du MPS avec la mobilisation d'expertises polyvalentes

Dans le cadre de la réforme du niveau central, la mise en place de la future Direction de l'Organisation et de la Gestion des Services des soins de Santé (DOGS) rencontre de nombreux problèmes (en dehors des appuis spécifiques pour le SNIS) tant en termes de structuration que de disponibilité en ressources matérielles et financières.

Des enjeux majeurs pour la santé sont cependant directement liés à la présence d'une direction forte dans le secteur ; il s'agit notamment de l'organisation de la mise en œuvre et du suivi de la qualité des soins, du développement des plans directeurs pour les projets d'investissements des structures (infrastructures, équipements, maintenance, etc.) ou encore de la promotion des partenariats public-privé.

Le présent programme veut apporter un appui aux thématiques qui seront jugées les plus adéquates dans le cadre des réformes prioritaires à mener dans le cadre de la SRSS. Pour ce faire, il est envisagé de mettre en place des équipes mixtes (provenant de différentes directions centrales) d'encadreurs polyvalents pour accompagner les provinces.

Avec l'appui des Assistants Techniques Internationaux, la réflexion sera menée sur (i) la définition des thématiques à retenir au regard des enjeux existants, (ii) les méthodologies et les modalités à mettre en place, (iii) l'identification des encadreurs les plus à même à répondre à des approches très variées. A terme, il s'agira de pouvoir ainsi disposer d'un pool d'encadreurs reconnus, qui pourront être mobilisés dans le cadre de missions spécifiques dans différentes provinces. Il s'agira notamment de :

- Assurer la communication par rapport aux stratégies et normes de santé.
- Tirer les leçons des défis et opportunités au niveau décentralisé.
- Mettre en commun les expériences des visites des DPS au niveau du pool d'encadreurs au niveau national et au niveau des commissions thématiques.
- Appuyer l'intégration réelle du secteur confessionnel dans l'organisation des services de soins pour le pays.
- Prendre en compte les problèmes des ressources humaines en termes d'adéquation des formations de base et de pléthore relative de personnel dans certaines formations sanitaires.
- Appuyer les travaux d'interaction au niveau des différents outils et innovations technologiques (en collaboration avec la future Direction centrale concernée) : portails FBR et PAO, portail DHIS2, logiciel de gestion des ressources humaines, dossier médical informatisé, etc.

#### Appui spécifique à la réflexion de la Démarche Qualité des Soins

Une interaction forte sera menée notamment avec les provinces appuyées par la coopération belge

dans le cadre de la « Démarche Qualité », qui fera l'objet d'une attention particulière dans les appuis aux ZS ciblées par le présent programme. Il devrait s'agir notamment d'appuyer :

- les processus d'évaluation continue (grilles d'évaluation, tableaux de bord, suivi de l'atteinte des performances, monitorings, plan de management, présence des prérequis en infrastructures et équipements, disponibilité de protocoles thérapeutiques, etc.) au niveau de structures sanitaires.
- les processus internes d'assurance qualité (comité qualité, plan d'amélioration de la qualité, analyse par les pairs, visites de spécialistes, audits des dossiers médicaux, présence de staffs médicaux, analyses des productions médicales, etc.), en particulier au niveau des hôpitaux généraux de référence.
- la mise en place d'analyses pour prendre en compte de ce qui est important aux yeux des usagers des formations sanitaires (écoute des populations, analyse des informations, intégration des recommandations, campagne d'informations, etc.).
- les processus de comparaisons et d'échanges des expériences les plus efficaces (présentations des succès / échecs lors des revues régulières et des différentes supervisions), ainsi que la diffusion des meilleures pratiques reconnues (mobilisation de « tuteurs » porteurs des différentes réussites).
- les réflexions concernant de nouvelles approches dans le cadre de la formation continue des prestataires – dans des lieux de stage adéquats – afin de d'apporter une formation spécifique en raisonnement clinique et en diagnostic différentiel ; en particulier au travers de l'utilisation d'outils informatiques et de l'accès internet (logiciel d'apprentissage, bibliothèque en ligne, sites Web interactif, introduction de télémédecine, etc.).

#### Soutien au niveau décentralisé (coaching des DPS)

La mise en place des nouvelles DPS, dans le cadre de la décentralisation nécessitera la poursuite des formations déjà entamées et un coaching rapproché pour renforcer le leadership des équipes-cadres provinciales.

Il s'agira d'appuyer notamment le rôle de l'encadreur provincial polyvalent, la mise en place du « contrat unique » pour le financement des activités des DPS, et la finalisation des processus relationnels entre DPS et IPS.

*Appui du programme : Le financement de ces actions sera coordonné en prenant en compte les importants appuis apportés par le projet GAVI-RSS (tant au niveau central qu'au niveau décentralisé) ; des missions d'experts de la DEP et d'autres directions centrales (dans le cadre d'un pool d'experts polyvalents) seront prévues pour un appui spécifique au coaching des 3 DPS appuyées par la coopération belge,, un atelier de réflexion sur la « qualité des soins » sera organisé dans le décours du programme.*

#### **3.2.2.3 Activité A.2.3 : Appuyer la mise en place et fonctionnement de la DAF**

**Prérequis** pour appuyer la DAF : i) le MSP s'engage à mettre à la DAF du personnel adéquat, en cohérence avec le cadre organique officialisé qui servira de référence pour estimer l'effort fourni par le partenaire national, ii) le MSP s'engage à apporter un appui progressif en fonctionnement & investissement à la DAF. Puisque la DAF n'existe pas encore, cet appui ne peut être défini dans la SMCL dès que la DAF est officiellement fonctionnelle.

#### Etat des lieux & concertation avec les PTF

Conformément aux prescrits de la nouvelle loi sur les finances publiques, la mise en place d'une DAF, est prévue pour 2015 au sein de chaque Ministère. La DEP doit nécessairement être impliquée dans

la mise en place de cette nouvelle structure, exigée par la réforme des finances publiques.

Cette implication de la DEP consistera notamment en:

- Un appui au processus en cours tel que repris dans la feuille de route de restructuration de l'actuelle CAG-f en DAF cette dévolution vers la DAF suppose au préalable :
  - la finalisation du cadre organique de la DAF: ce qui suppose de la DEP une collaboration soutenue avec les experts du ministère de la fonction publique, réunis au sein de la Cellule de Mise en Œuvre de la Réforme de l'Administration publique.
  - la sélection et le recrutement du personnel : il faudra au préalable que la DEP avec les experts de la fonction publique, puissent collaborer au sein d'une commission mixte pour l'élaboration des référentiels des emplois. Cette commission travaillera également sur l'élaboration d'autres outils de sélection des cadres (avis à appel à candidature, modèle de CV, etc.)
  - des évaluations budgétaires (costing) à mener par la DEP et ses principaux bailleurs, relatives à la mise en œuvre de la DAF (coûts des locaux, matériel, business plan, etc.).
- Sa contribution au fonctionnement de la DAF: une fois la DAF mise en place et son démarrage est effectif, la DEP et les différents PTF en appui à la DAF devront :
  - Faire un état des lieux de l'aboutissement du processus de dévolution de la CAG-F vers le DAF
  - Contribuer à l'élaboration et à la validation d'un manuel de procédures devant guider le fonctionnement de la DAF
  - Réaliser régulièrement des missions d'évaluation conjointe afin de suivre l'évolution des activités de la DAF et leur adéquation avec la philosophie de réforme de l'administration publique.
  - Analyser les besoins pour un fonctionnement optimal de la DAF: proposer éventuellement des appuis sous forme d'assistance technique

#### Programme à proposer à la SMCL

Comme l'indique la cartographie de l'assistance technique au niveau central (cf. Point 2.8), différents partenaires (Banque mondiale, Union Européenne, GAVI-RSS, Unicef, Fonds Mondial) se proposent d'appuyer le processus de dévolution de la CAG-F en DAF, tel que prévue dans la réforme de l'administration publique, mais aussi le fonctionnement de cette future DAF.

Selon le comité d'orientation de la réforme des finances publiques, un arrêté ministériel provisoire prévoit la mise en place de la DAF pour le courant de l'année 2015 tandis que le démarrage du programme d'appui de la Belgique est prévu pour début 2016.

Il sera donc important de faire un état des lieux, dès le démarrage du programme, du niveau atteint dans l'application de la feuille de route de la restructuration de la CAG-F, de façon à mieux cadrer l'appui belge sur des activités bien précises et non encore exécutées. De plus, une concertation préalable avec les différents partenaires venant en appui à la DAF, serait importante pour éviter les incohérences ou les pertes d'efficience dans le financement ; mais aussi pour dégager les synergies possibles.

*Appui du programme : Le financement de cette action sera définie en début de programme lors de la première SMCL en tenant compte des différentes avancées du dossier au regard des importants appuis apportés par les PTF en la matière.*

### **3.2.2.3 Résultat 3 : Développement du secteur assuré à travers la gestion de l'information stratégique du système de santé**

#### **3.2.2.3.1 Activité A.3.1 : Renforcer la collecte des données**

Analyse et synthèse des différentes études, enquêtes, expériences menées sur le terrain

La DEP doit non seulement capitaliser les expériences de terrain et les différentes études réalisées mais également transférer toutes les informations « à valeur ajoutée » auprès des structures du Ministère de la Santé Publique et des institutions nationales et internationales de recherche.

Pour obtenir de l'information, il importe de responsabiliser les différentes Directions centrales, ainsi que les Programmes, afin de pouvoir en retirer sa plus-value.

De même, une attention particulière doit être portée au niveau des provinces afin de documenter de la manière la plus pertinente la mise en place de la réforme dans le cadre de la décentralisation et les stratégies d'amélioration de la qualité des soins. Le programme apportera une attention particulière aux différentes DPS et ZS appuyées par la coopération belge.

Articulation avec données de l'information sanitaire (Portail SNIS)

Un appui important est apporté actuellement au niveau de la D/SNIS pour la mise en œuvre du DHIS2, qui devrait permettre à court terme une grande visibilité (portail Internet), tant des données de routine que des données liées à la « carte sanitaire ».

L'articulation des données présentées dans le cadre de ce Portail SNIS doit cependant être cohérente avec celles des autres sources potentielles ; il s'agira notamment d'arriver à travailler de manière cohérente avec les différents portails qui vont se développer dans les prochaines années (portail PAO – portail FBR – logiciel de cartographie – logiciel des ressources humaines – logiciel de gestion financière, etc.).

*Appui du programme : Le financement de ces actions sera coordonné en prenant en compte les importants appuis apportés par le projet PADPDSS de la Banque Mondiale dans le cadre du SNIS et du portail FBR ; des missions d'experts de la DEP seront prévues pour un appui spécifique des 3 DPS appuyées par la coopération belge.*

#### **3.2.2.3.2 Activité A.3.2 : Développer un outil "centre de veille stratégique"**

Il est important que le MSP puisse disposer d'une base de données devant nourrir les structures de prise de décision avec des informations pertinentes, en matière d'organisation et de renforcement du système de santé.

Ces données ou informations (provenant des données de routine du système d'information sanitaire, d'études ou d'enquêtes ou encore d'expériences capitalisées) devraient être conservées dans "un centre de veille stratégique" après avoir été rendues suffisamment exploitables et compréhensibles.

Conception et mise en place de l'outil

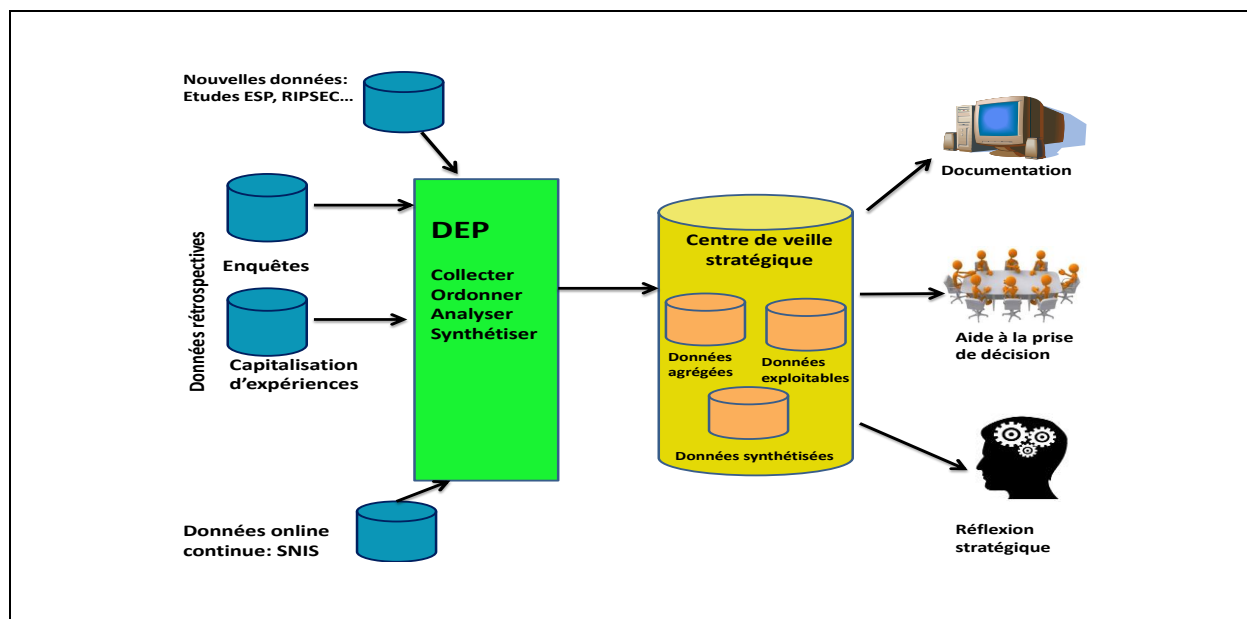
La mise en place de cet outil nécessitera plusieurs étapes, qui pourront être concomitantes :

- Appuyer la collecte, l'analyse, la synthèse et l'organisation des données pertinentes disponibles dans ou en dehors du pays, pour qu'elles servent de référence unique à la prise de décision. Les experts de la DEP aideront à alimenter le centre de veille stratégique
- Assurer le développement et le fonctionnement de l'outil « centre de veille stratégique ». Cela suppose notamment :
  - la conception de la structure ou de l'organisation fonctionnelle à mettre en place pour une conservation adéquate des différentes données sous une forme numérisée

- le suivi de la qualité et de l'intégrité des données stockées qui doivent s'aligner sur la politique de santé ou les piliers du PNDS
- le développement d'un outil spécifique permettant la présentation des données sous un forme plus synthétique, tout en permettant leurs accès d'une manière aisée ; différents logiciels<sup>14</sup> "open source" existent et permettent de générer des recherches avec des index ou des mots clés
- le logiciel choisi sera installé sur un serveur local à la DEP et devra pouvoir être interrogé de différentes manières (via un site internet spécifique ou via le site du MSP)
- Réfléchir sur l'intégration ou la transformation progressive du centre de documentation (actuellement jouant le rôle de simple bibliothèque) à ce centre
  - La réflexion devra être menée sur les besoins additionnels en Ressources Humaines (techniques de communication, informatique, etc.)
  - Les besoins en matériel informatique et didactique adaptés devront être analysés.

Ces différents aspects sont illustrés dans la figure suivante :

**Figure 5 : Articulation entre la DEP et le centre de veille stratégique**



### Diffusion des analyses

La diffusion active des données validées pourra intervenir à différents moments importants tels que les réunions du CNP, les revues annuelles, les réunions du secrétariat général avec les directions centrales ou lors de la planification ou de la négociation de nouveaux financements pour la santé.

Dans cette optique de gestion et de transfert des connaissances, la DEP réfléchira sur la professionnalisation du site web du MSP, pour qu'il serve réellement d'interface - grâce au centre de veille stratégique - entre le monde des décideurs en santé et le monde scientifique.

<sup>14</sup> Logiciel permettant des recherches en "full text" permettant de retrouver rapidement des documents sur des requêtes adaptées aux index créés ; l'installation de cette technologie permet une solution adéquate avec un budget raisonnable

*Appui du programme* : Le financement de cette action sera précisée avec l'appui de l'ATI, en prenant en compte les outils développés par ailleurs par les différents PTF ; conséquente devrait permettre l'acquisition des outils informatiques nécessaires (matériel et logiciel), l'installation et les formations nécessaires, l'édition et la diffusion des recherches, ainsi que d'éventuelles missions d'experts.

### **3.2.2.4 Résultat 4 : Elaboration des politiques, des normes et des stratégies du secteur basé sur la recherche en système de santé**

#### **3.2.2.4.1 Activité A.4.1 : Appuyer la mobilisation des expertises en recherche de santé**

L'analyse et la traduction des données probantes disponibles (ou de l'évidence scientifique) en politiques de santé, est un exercice complexe qui exige de bonnes connexions entre les institutions de formation/recherche, les autorités sanitaires et les preneurs de décision.

A travers ce résultat 4, il est attendu de la DEP qu'elle puisse:

1. Appuyer l'élaboration des politiques, normes, stratégies et réformes sectorielles, qui soient effectivement basées sur une **action réfléchie** en système de santé, à tous les niveaux, en particulier au niveau opérationnel ; cela suppose en clair de :
  - Appuyer l'élaboration des documents stratégiques du secteur (PNDS 2, politique et stratégies de financement de la santé, CSU, DSCR, ...) en reflétant une prise en compte de l'analyse et de la synthèse des expériences innovantes développées sur le terrain. Une interconnexion est donc indispensable avec tout le travail de capitalisation développée dans le R3.
  - Faciliter la réalisation d'études pour mieux cerner les contours des problèmes prioritaires (ou thématiques pertinentes) et faciliter des prises de décision plus rationnelles
2. Faciliter la mobilisation et l'utilisation optimale de l'expertise technique destinée à la production des documents stratégiques du secteur. Cela suppose un recours, aux différentes étapes du processus de production de données probantes, à l'expertise des Ecoles de Santé Publique (ESP) nationales ou autres institutions de formation/recherche.
  - Une interconnexion forte avec le projet RIPSEC<sup>15</sup> (voir présentation en annexe 7.4) sera indispensable, d'autant plus que ce projet vise à renforcer les capacités institutionnelles des ESP notamment dans l'élaboration des stratégies et politiques de santé basées sur des évidences scientifiques. De plus, il vise aussi un renforcement de la communication avec les institutions nationales et internationales de recherche.
  - Ce projet veut renforcer les capacités institutionnelles des établissements nationaux de formation et de recherche en santé publique afin de leur permettre d'assurer des formations adéquates, de conduire des recherches de qualité et de remplir adéquatement leur rôle d'appui stratégique aux autorités sanitaires nationales, provinciales et locales.
  - Pour y parvenir, il se propose de: (i) développer la capacité de gestion de connaissances en santé en RDC par le biais d'un Centre de Connaissances Santé au Congo (« CCSC »); (ii) renforcer la capacité scientifique des ESP de la RDC et de l'INRB en matière de recherche et d'enseignement en systèmes de santé; (iii) renforcer la capacité de formation des ESP par la création de zones de santé de démonstration en matière de couverture universelle.
  - Il sera donc proposer des missions conjointes entre les experts du RIPSEC et ceux de la

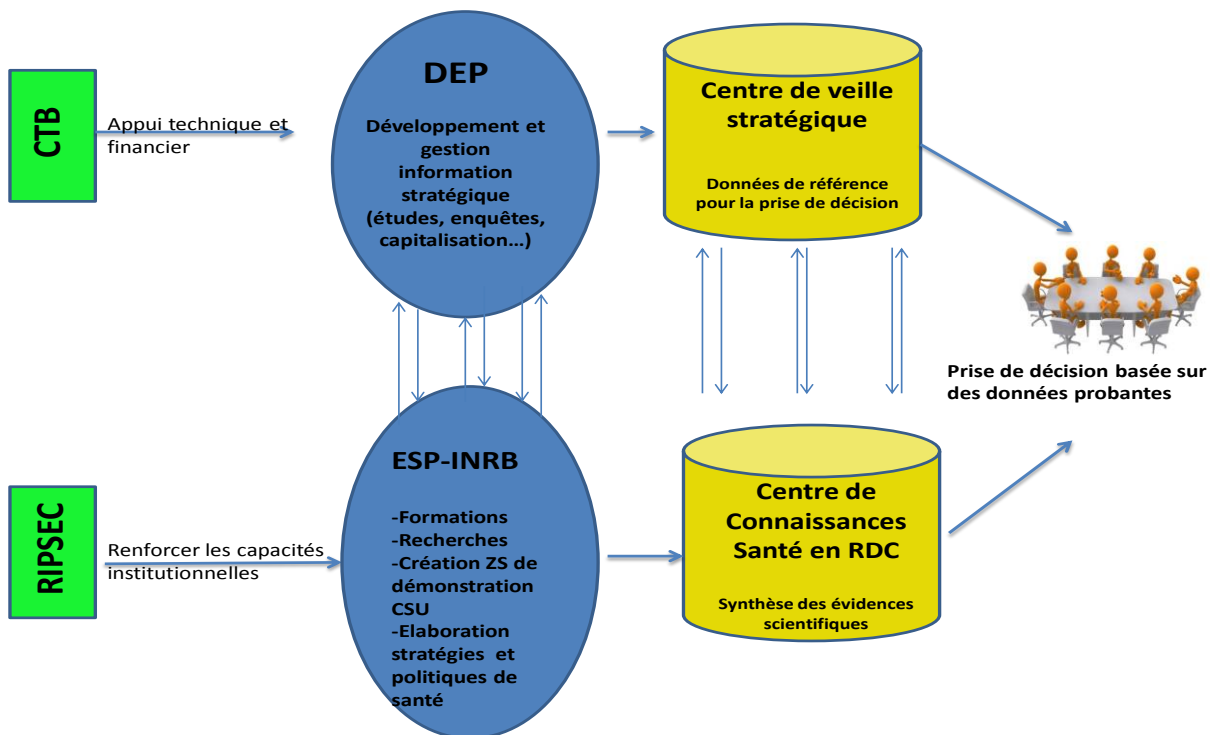
---

<sup>15</sup> Le projet de Renforcement Institutionnel pour des Politiques de Santé basées sur l'Evidence en RD Congo (RIPSEC) est un projet initié par l'IMT Anvers sur financement de l'Union Européenne

DEP en matière de couverture universelle; mais aussi des ateliers de formations sur la méthodologie appliquée par le projet RIPSEC dans l'analyse et la synthèse des informations générées par les expériences de terrain à capitaliser, et utiles pour la prise de décision.

- Le CCSC servirait à alimenter le centre de veille stratégique tandis que les principales questions restant pendantes et stockées par la DEP dans le centre de veille stratégique pourraient être partagées avec les experts académiques du RIPSEC pour des analyses plus rigoureuses.

Ces différents aspects sont illustrés dans la figure 6 :



3. Assurer la diffusion des résultats des études et des documents relatifs aux politiques, stratégies, normes, outils, informations entre toutes les parties prenantes pour une prise de décision plus réfléchie.

*Appui du programme* : Le financement de cette action sera précisé en début de programme avec l'appui de l'ATI (production d'un document spécifique), dans le cadre d'une coopération étroite avec les responsables des ESP de RDC, les responsables du projet RIPSEC et les différents PTF appuyant la DEP un montant conséquent devrait permettre l'organisation d'ateliers de réflexion, des missions conjointes d'experts des différents acteurs concernés, la mise en place de formations spécifiques, ainsi que l'édition et la diffusion des résultats des différents recherches.

### 3.2.2.4.2 Activité A.4.2 : Appuyer l'élaboration des politiques et des réformes

L'élaboration des différentes stratégies et politiques s'appuiera naturellement directement sur l'information stratégique (activité A.3), ainsi que sur les apports menés dans le cadre des expertises en recherche de santé (activité A.4.1).

Dans ce cadre, le rôle des Assistants Techniques Internationaux apporté par la présente intervention ( ? ) sera prédominant tant en termes d'expertise propre des ATI (en économie de la santé et en santé publique, voir plus loin les profils de poste des ATI) qu'en remontée des expériences de terrain qui seront menées dans le cadre des provinces (en particulier celles appuyées par la coopération belge).

En pratique, les Assistants Techniques Internationaux appuieront donc l'équipe de la DEP pour gérer aussi bien les connaissances générées par le « Centre de veille stratégique » que celles générées par le « Centre de connaissances en santé » du projet RIPSEC.

Ces connaissances aideront à nourrir les structures de prise de décision avec ces informations pertinentes, qui serviront aussi bien pour la planification et le management du niveau central que pour l'élaboration des politiques et stratégies de santé.

Les Assistants Techniques Internationaux aideront au développement d'une collaboration entre la DEP et les institutions de formation et de recherche, en l'occurrence les écoles de santé publique de la RDC, pour qu'elles puissent se rapprocher des réalités du ministère et du terrain, et générer des données probantes pour des politiques et des réformes plus adaptées au contexte.

#### Réalisation des documents stratégiques « clés » du MPS

La réalisation du prochain PNDS de 2<sup>ème</sup> génération sera un des grands chantiers dans l'année à venir. Il conviendra en effet de prendre en compte notamment les approches innovantes mises en place dans le cadre de la réforme des DPS, ainsi que les enjeux liés aux problématiques du financement des soins.

Les principales thématiques et /ou documents qui devront être pris en compte dans les prochaines années seront principalement :

- L'évolution de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé
- Le cadre d'accélération de la réduction de la mortalité de la mère et l'enfant
- La prise en compte des Maladies Chroniques Non-transmissibles
- La feuille de route de la gouvernance dans le secteur de la santé
- Le plan stratégique de la réforme hospitalière et la rationalisation des hôpitaux (plans directeurs - plan de couverture)
- La poursuite de la réforme de l'administration publique au niveau central
- La rationalisation des Ressources Humaines de santé aux différents niveaux du système et la politique salariale
- La revue de dépenses de santé des provinces
- L'établissement des Comptes Nationaux de la Santé
- L'évolution du Plan national de développement de l'informatique de la santé
- L'intégration du partenariat public privé dans l'organisation des soins avec droits et devoirs mutuels

#### Modalités de financement du secteur & Couverture Santé Universelle

Pour le gouvernement de la RDC, la CSU est devenue une priorité politique nationale. Une pression croissante est donc mise sur les différents ministères, dont le MSP, pour réfléchir sur la meilleure manière d'étendre la couverture des soins de santé et fournir une protection financière contre les dépenses catastrophiques relatives aux coûts des soins de santé.

La DEP devra jouer un rôle important dans ce processus notamment :

- Par sa contribution à l'élaboration d'une stratégie de financement de la santé, nécessaire à la finalisation du processus législatif sur la CSU ; cette stratégie de financement doit concourir à



l'atteinte de la CSU, en établissant clairement l'articulation la plus appropriée entre le large éventail de mécanismes de financement en RDC (Mutuelles, PBF/RBF, tarification forfaitaire subsidiée, fonds d'achat, fonds d'équité/d'indigence, gratuité, soutien en ressources physiques, etc.) de manière à améliorer la mobilisation et l'allocation des ressources pour la santé, et à obtenir de meilleurs résultats aussi bien en quantité qu'en qualité.

- Par sa contribution à la mise en œuvre d'une stratégie de financement de la santé qui contextualise la stratégie de CSU et tient compte de la croissance des revenus, l'espace budgétaire, la capacité fiscale, la protection sociale et la performance du système de santé ; la prise en compte des résultats repris dans les différents rapports sur les Comptes Nationaux de la Santé, les revues des dépenses publiques et les CDSMT s'avère cruciale. Une articulation avec le projet RIPSEC sera aussi très importante.
- Par sa contribution pour l'implication d'un éventail d'acteurs de divers secteurs lors de la conception de la stratégie de CSU. En effet, pour assurer l'efficacité de la stratégie, il est important d'impliquer de nombreux secteurs, de manière collaborative et constructive, afin de façonner des coalitions qui adhéreront aux principes fondamentaux de la CSU; ces acteurs garantiront sa mise en œuvre effective.
- En veillant qu'une planification adéquate et efficace du processus de CSU soit réalisée et qu'elle prenne en compte les questions d'équité.
- Par un suivi et une documentation du processus de développement de la stratégie de financement de la santé et de couverture universelle en RDC ; l'articulation avec le projet RIPSEC sera particulièrement utile.
- Par sa contribution à la finalisation du processus de contrat unique au niveau des DPS, liant aussi bien la redevabilité, le financement structurel (fonctionnement & motivation) et l'incitation à la performance.
- Par sa contribution au suivi de l'impact de la décentralisation sur le financement de la santé ; cela supposera surtout un suivi des dotations sectorielles ou transferts centraux aux provinces, des dépenses de santé (sur fonds publiques) au bénéfice des provinces, ainsi que des budgets provinciaux et de l'aide extérieure pour les provinces.

*Appui du programme* : en coordination étroite avec les appuis apportés par les différents projets à la DEP dans ce domaine (Banque Mondiale, GAVI, Union Européenne), seront organisés différents ateliers à Kinshasa en regroupant de l'expertise des différentes directions centrales et de différentes DPS du MSP

### **3.2.2.5 Résultat 5 : Management interne de la DEP renforcé dans la vision de la réforme**

L'appui du programme pour ce résultat devra naturellement être mené dans une « vision multi-bailleurs » ; il s'agira en particulier de tenir compte des importants budgets qui seront mobilisés concomitamment par les projets PADPDSS de la Banque Mondiale, GAVI-RSS et 10<sup>ème</sup> (et 11<sup>ème</sup>) FED de l'Union Européenne.

#### **3.2.2.5.1 Activité A.5.1 : Renforcer le développement administratif et financier**

Le « Manuel de Procédures de Gestion Applicables au secteur de la Santé » précise l'utilisation des procédures nationales nécessaires dans le secteur public, qui s'appliquent aux activités financées par le budget national et par l'ensemble des bailleurs de fonds extérieurs intervenant dans la prise en charge de la santé en RDC.

A terme, cette approche permettra d'intégrer progressivement toutes les activités dans le budget du Ministère de la Santé afin de maîtriser le coût de la prise en charge du système, renforçant ainsi la redevabilité et la durabilité des résultats des interventions du Gouvernement et des partenaires dans

le secteur de la santé.

Une évaluation<sup>16</sup> récente a souligné l'importance pour la DEP de structurer davantage les aspects administratifs et financiers de sa direction.

#### Appui au développement des compétences administratives et organisationnelles

L'organisation interne de la DEP nécessite d'être davantage structurée dans le cadre d'instructions claires et largement diffusées auprès du personnel, il s'agit notamment de :

- Préciser les procédures de gestion des RH (dossier des travailleurs, harmonisation des frais de missions, gestion transparente des compléments de salaire, etc.)
- Revoir l'organisation du secrétariat, la gestion des flux « matière » et le suivi du charroi
- Mettre en place une politique de maintenance (infrastructures, équipements, charroi) visant une plus grande durabilité des infrastructures et équipements
- Veiller à la bonne gestion, au traitement et à l'élimination des déchets biomédicaux
- Mettre en œuvre les politiques sur la « Santé au Travail » et sur le « VIH sur le lieu de travail ».

#### Appui au développement des compétences financières & comptables

La DEP doit se doter des outils et des compétences nécessaires pour mettre en place un suivi efficace des mouvements des différents financements (ceux transitant par la direction ou ceux effectués par la direction elle-même).

Il s'agit de mettre en place (i) les procédures nécessaires, suivant les principes administratifs (« Manuel de Procédures de Gestion Applicables au secteur de la Santé ») et (ii) le plan comptable suivant les normes administratives du secteur public avec l'informatisation nécessaire, selon le logiciel qui sera recommandé par les instances nationales.

*Appui du programme : des missions de formation par de l'expertise nationale en administration et gestion financières seront mobilisées, en coordination étroite avec les appuis apportés par les différents projets à la DEP dans ce domaine (Banque Mondiale, GAVI, Union Européenne)*

#### **3.2.2.5.2 Activité A.5.2 : Appuyer le développement de l'environnement de travail**

**Prérequis pour mettre en œuvre cette activité :** *le taux d'exécution du budget de fonctionnement du Ministère de la Santé publique (tel que décrit dans le CDSMT 2015-2017 et repris dans 4.1.2.3) est progressif d'une façon significative en comparaison avec l'année précédente. Le taux de décaissement du budget ministériel devrait passer de 30% à 50% entre la première année et la troisième année.*

De manière coordonnée avec les autres partenaires – intervenant en appui direct au « bureau » de la DEP – le programme procédera à une analyse des besoins en termes d'investissements (charroi, mobilier de bureau, bureautique, etc.) et de fonctionnement courant (communication, abonnements divers, reprographie, frais d'entretien et de maintenance, frais de carburant, etc.). Ces investissements couvriront aussi la réhabilitation et le fonctionnement des installations nécessaires au confinement et à l'incinération des déchets biomédicaux.

En fonction de ces éléments, il sera décidé quelle partie de financement sera pris en charge par le programme afin de :

---

<sup>16</sup> Diagnostic de la gestion administrative et financière des structures du MSP ciblées par le programme santé de la coopération belgo-congolaise pour le PIC 2014-2015. AGESFO 2015

- Compléter les besoins en matériel roulant
- Compléter les besoins en mobilier
- Compléter les besoins en bureautique
- Appuyer le budget de fonctionnement courant de la DEP

*Appui du programme : Complément en investissement et fonctionnement, en coordination étroite avec les appuis apportés par les différents projets à la DEP dans ce domaine (Banque Mondiale, GAVI, Union Européenne)*

### **3.2.2.5.3 Activité A.5.3 : Renforcer le développement de la dynamique de travail**

**Prérequis pour mettre en œuvre cette activité :** i) le taux d'exécution du budget pour les rémunérations des Directions appuyées (tel que décrit dans le CDSMT 2015-2017 et repris dans 4.1.2.3) ) est progressif d'une façon significative en comparaison avec l'année précédente. Le taux de décaissement du budget ministériel devrait passer de 30% à 50% entre la première année et la troisième année. ii) les prérequis définis dans le chapitre sous le paragraphe 2.5.

#### Renforcement des techniques de communication interne

La dynamique de travail de la DEP en tant que groupe propre sera renforcée. Le directeur de la DEP améliorera notamment les procédures de communication au sein de la DEP en ce qui concerne les restitutions systématiques à l'équipe élargie de la DEP des différentes missions, conférences ou réunions auxquelles des membres de l'équipe de la DEP ont assisté.

Une cellule de « suivi interne » sera mise en place par le Directeur de la DEP pour s'assurer des progrès de cette dynamique interne.

#### Participation aux forums internationaux

Au regard des priorités proposées par la DEP, une participation au financement des forums prévus dans le PAO sera mise en place.

#### Participation au financement des compléments de salaire du personnel

La performance de la DEP est bien évidemment liée à l'encadrement continu effectué, dans le cadre des travaux et des missions, par ses membres et les experts mobilisés. Des prérequis ont déjà été définis plus haut. Le montant mentionné dans le budget est une estimation maximale.

*Appui du programme : en coordination étroite avec les appuis apportés par les différents partenaires (Banque Mondiale, GAVI, Union Européenne) le programme apportera (i) des missions d'expertise, (ii) des participations à des forums de formation et (iii) des compléments des financements des compléments de salaire du personnel.*

## **3.2.3 Indicateurs et sources de vérification (OS1)**

Les principaux indicateurs proposés sont à titre indicatif et devront être validés et éventuellement complétés ou remplacés par d'autres indicateurs par la SMCL au moment de la validation de la baseline (voir chapitre 5.4.7.2). Les indicateurs proposés sont (i) des indicateurs d'atteinte de l'objectif spécifique et (ii) des indicateurs d'atteinte des résultats.

Le suivi des activités du programme se fera dans le cadre strict des mécanismes de monitoring prévus par le MSP. L'équipe de gestion sera cependant tenue de respecter le cycle de rapportage et de planification de la CTB. Les indicateurs de suivi seront présentés de façon explicite dans les plans opérationnels annuels et seront désagrégés par sexe et par âge. A la SMCL de démarrage, des données de départ seront présentées afin de pouvoir apprécier l'avancement des indicateurs.

**Tableau 4 : Schéma de montage des indicateurs pour la DEP**

<i>Niveau</i>	<i>Indicateurs système santé RDC ('le quoi')</i>	<i>Marqueurs de progrès –indicateurs programme ('le comment')</i>
Objectif général (performance du secteur)	indicateurs PNDS	
Objectif spécifique (influence programme)	indicateurs PNDS, SNIS	marqueurs de progrès liés aux orientations stratégiques du SRSS
Résultats (influence programme)	Indicateurs SNIS, PAO,	Indicateurs à valider (cf. infra) Marqueurs de progrès par résultat et par acteur à définir
Domaines d'activité (influence programme)	Indicateurs SNIS, PAO, Indicateurs programme	Indicateurs et marqueurs de progrès liés aux protocoles de recherche-action

### 3.2.3.1 Par rapport à l'atteinte de l'objectif spécifique 1

Comme l'objectif spécifique 1 porte sur la mise en œuvre, le suivi & évaluation du PNDS – en priorité dans les aspects de réforme du secteur et du développement des zones de santé – l'intervention se réfère aux indicateurs nationaux liés au monitoring du PNDS. Les rapports liés au monitoring du PNDS et les rapports des revues sectorielles permettront de suivre le progrès.

<i>Indicateurs</i>	<i>Sources de vérification</i>
Appréciation du bilan annuel des activités du PNDS	Présentations au CNP-SS Revue sectorielle
Evolution des indicateurs nationaux	Rapports annuels d'activités SNIS Rapports analyse sectorielle
% du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé (4,23% pour 2015)	Comptes nationaux Budget de l'état
Taux d'exécution du budget du secteur de la santé (37,7% en 2014 et 68,8% en 2013)	Comptes nationaux

Par contre, pour chacun des résultats, des indicateurs spécifiques sont formulés. Comme les résultats et les activités s'alignent aux missions et au plan de travail de la DEP, ces indicateurs permettront de faire le suivi du gros des activités de la DEP.

En parallèle aux indicateurs classiques, des **marqueurs de progrès** seront spécifiés lors du démarrage du programme en suivant une démarche participative. Leur progrès sera évalué lors des ateliers de monitoring du programme.

Comme le Programme vise à améliorer le système dans sa globalité, de nombreux domaines d'activité se concentreront en effet sur l'action réfléchi (en particulier les Résultats 3 et 4).

Des protocoles d'action-réfléchi seront progressivement élaborés dans le décours du programme et des marqueurs de progrès (avec baseline spécifique si possible) pourront être identifiés et suivis.

Quelques exemples sont donnés ci-dessous.

- La qualité adéquate des Commissions Techniques ou des Groupes de travail spécifiques (au niveau central et/ou niveau décentralisé) en termes de représentativité, de régularité, de préparation technique et de conduite des réunions, de définition des outputs, de suivi de l'utilisation des outputs des CTT dans l'élaboration et la mise en œuvre des stratégies sectorielle.
- La régularité et la qualité (en termes de conduite, style, contenu et suivi) des supervisions formatives et intégrées par les décideurs du niveau central vers le niveau décentralisé (TDR, plans opérationnels, rapports de supervision, enquêtes de satisfactions des 'supervisées', PV réunions entre superviseurs, etc.)
- L'inventaire et la qualité des dossiers de recherche-action réalisés, validés techniquement par un groupe de travail, des rapports ou des présentations et conférences ; en particulier dans le cadre du R4 (travail étroit avec le RIPSEC).

### 3.2.3.2 Par rapport à l'atteinte du Résultat 1

<i>Indicateurs</i>	<i>Sources de vérification</i>
Nombre de missions de supervisions pour appréciation de la disponibilité de PAO produits avant l'année d'exécution, alignés sur un PNDS actualisé (2016-2020), priorisés et budgétisés (cible 2x/an lors des revues semestrielles)	PAO annuels Rapports d'ateliers
PAO unique à financement multi-bailleur pour le MSP élaboré et approuvé avant l'année d'exécution	Rapport mission Rapports d'ateliers
Inventaire des outputs pertinents obtenus lors des ateliers d'échanges pour affiner les différents processus sectoriels et intersectoriels en cours	PV des réunions

### 3.2.3.3 Par rapport à l'atteinte du Résultat 2

<i>Indicateurs</i>	<i>Sources de vérification</i>
Nombre de réunions du CNP et de CCT (avec participation multi-bailleur) tenues avec rapport écrit décrivant l'inventaire des outputs apportés (cible : 2x/an)	PV des réunions CNP PV des réunions CCT
Pool d'experts polyvalents mis en place pour accompagner les provinces (cible : 2x/an)	Ordre de jour des réunions
Inventaire des outputs pertinents dans le processus de dévolution de la CAG-F vers la DAF	documents préparatoires techniques feuille de route de la mise en place de la DAF

### 3.2.3.4 Par rapport à l'atteinte du Résultat 3

<i>Indicateurs</i>	<i>Sources de vérification</i>
Inventaire des études, recherches et dossiers de capitalisation d'expériences de terrain produits et validés par le CCT (cible – 4x/an)	Rapports de missions
Portail PAO/FBR articulé avec les données de l'information sanitaire (portail SNIS) d'ici fin 2016	Liens clairs entre les portails Site web fonctionnel et données exploitables et compréhensibles
Nombre d'analyses et de synthèses diffusées par le centre de veille stratégique en 2016. (cible 3x/an)	Rapports d'analyses et de synthèses PV des réunions

### 3.2.3.5 Par rapport à l'atteinte du Résultat 4

<i>Indicateurs</i>	<i>Sources de vérification</i>
Nombre de documents politiques élaborés ou adaptés sur la base des résultats de recherche ou de données probantes (centre de veille stratégique et du centre de connaissance en santé en RDC)	dossiers de capitalisation publications
Document sur la stratégie de gestion des connaissances et la communication élaboré, validé et diffusé à tous les niveaux du MSP	Rapports de recherche documents politiques
Document stratégique de financement du secteur et de CSU cohérent élaboré sur base des différentes expériences dans le pays	document stratégique sur la gestion des connaissances et la communication rapport d'activités des centres de veille stratégique et de connaissance en santé

### 3.2.3.6 Par rapport à l'atteinte du Résultat 5

<i>Indicateurs</i>	<i>Sources de vérification</i>
Ressources humaines (recrutées par appel à candidature) présentes avec description de postes et évaluées régulièrement/ cadre organique rationalisé	PV des réunions Rapports d'activités sur la dynamique de travail
Evaluation positive de la cellule d'audit interne de la DEP sur le développement de ses compétences (administratives et organisationnelles, compétences financières et comptables)	Procédures DEP et MSP Rapport d'audit interne
Nombre de restitutions systématiques à l'équipe élargie de la DEP après participations à des missions, conférences ou réunions	Rapport de missions

## 3.2.4 Hypothèses et risques (OS1)

### 3.2.4.1 Hypothèses

Afin d'atteindre l'objectif spécifique de la présente prestation, certaines hypothèses sont de mise :

- Le contexte politico-militaire demeure stable et ne provoque aucun changement de nature à induire une interruption de la Coopération, surtout durant l'année électorale 2016. C'est à l'ambassade de faire les observations politiques y référentes.
- Le processus de réforme de l'administration publique se poursuit et un cadre organique approprié se met en place progressivement grâce à ce processus. Pour que la DEP "renforcée" puisse jouer son rôle il faut que les attributions de chaque direction/cellule soient clairement définies afin d'éviter toute confusion et duplication dans les activités à mener. La DEP travaillera à la fin de la deuxième année du projet selon son mandat stricte et aura déchargé ses devoirs financiers vers une DAF (partiellement) fonctionnelle.
- Les paiements d'appui aux salaires du personnel du MEP provenant du programme diminueront de 3% par année grâce au fait que plus de fonctionnaires seront mécanisés.
- Les salaires à destination du personnel du MEP devront suivre l'inflation.
- A la fin des trois années, le budget de l'état consacré à la santé devrait atteindre 5,5%.

- Le taux de décaissement devrait passer de 30% à 50% entre la première année et la troisième année.
- L'Etat, au niveau central et au niveau décentralisé, s'engage significativement dans le financement de la santé et met en place des mécanismes de financement de la santé équitable rendant possible une couverture universelle. La faiblesse de l'engagement de l'Etat dans le financement du PNDS le met en position de faiblesse vis-à-vis des autres partenaires et rend le secteur trop dépendant de financements externes fluctuants.

Des hypothèses plus spécifiques par résultat sont reprises dans le cadre logique en annexe 7.1.

### 3.2.4.2 Analyse des risques

Risques	Niveau de probabilité	Niveau d'impact	Mesures d'atténuation
<i>Liés à l'objectif spécifique 1</i>			
Structures de dialogue politique (CNP-SS et ses différentes commissions et groupes de travail) inefficaces	Moyen	Haut	Accompagnement de l'ATI par rapport aux TDR et le processus des commissions et groupes de travail  Plaidoyer au sein du GIBS pour renforcer les structures de dialogue nationaux
Développement par le GIBS d'un circuit de groupes de travail parallèles aux structures de dialogue nationales	Moyen	Haut	Concertation forte et permanente du GIBS avec le Cabinet du MSP et le secrétariat général
<i>Lié au Résultat 1</i>			
Blocage du fonctionnement des commissions techniques et groupes de travail au niveau central et décentralisé	Moyen	Haut	l'ATI facilite la création d'un environnement permettant un meilleur fonctionnement des commissions techniques et groupes de travail
Perte du personnel formé au niveau central et décentralisé	Haut	Haut	Coordination entre bailleurs (migration interne)  Renforcement des mesures de nominations des cadres
Manque de partage d'informations sur les interventions des bailleurs	Moyen	Haut	Leadership du MSP  Leadership au sein du GIBS  Réarrangements lors des SMCL

Un PAO trop détaillé (maximalisation de l'info) le rendant peu opérationnel	Haut	Haut	Appui ATI pour alléger le processus de planification
<i>Lié au Résultat 2</i>			
Les PTF n'honorent pas leurs engagements décrits dans l'accord au sein du GIBS	Moyen	Moyen	Concertation forte et permanente des PTF, au sein du GIBS et avec la DEP et le Cabinet du MSP  Flexibilité dans la mise en œuvre (cf. mécanisme de la SMCL)
<i>Lié au Résultat 3</i>			
Dangerosité des moyens de transport et de communication entre niveaux central et décentralisé	Moyen à haut	Haut	Réduction des missions peu efficaces  Recours aux connexions internet (Conférence Skype, etc.)
Tendance à maximaliser la récolte des données	Moyen	Moyen	Travail de priorisation des données (en fonction du management stratégique) au niveau de la veille stratégique
<i>Lié au Résultat 4</i>			
Blocage des processus des réformes en cours	Moyen	Moyen	Renforcement des organes de concertation sectorielle et intersectorielle  Appui des bailleurs
Fragmentation dans la capitalisation des expériences entre provinces, entre provinces et niveau central, entre PTF	Moyen	Moyen	Collaboration avec les ESP en particulier le RIPSEC (appui scientifique)  Leadership du MSP
<i>Lié au Résultat 5</i>			
Sollicitations fréquentes et non rationnelles de la DEP par les directions centrales non rationalisées, et les PTF.	Moyen à haut	Moyen	Concertation forte et permanente des PTF pour un appui aux autres directions (DGOS)  Mise en place d'équipes d'encadreurs polyvalents



## 3.3 Objectif spécifique 2

Les capacités managériales de la DLM sont renforcées pour assurer son leadership de gestion multi-bailleurs des maladies endémo-épidémiques et des maladies non transmissibles (dans le contexte de la réforme de l'administration publique).

### 3.3.1 Résultats attendus (OS2)

- Résultat 6 : Le fonctionnement des programmes spécialisés prioritaires est coordonné et progressivement intégré dans le cadre des activités courantes de la DLM
- Résultat 7 : La surveillance épidémiologique et la réponse contre les épidémies sont renforcées dans une vision multidisciplinaire et multi-bailleurs
- Résultat 8 : Le fonctionnement du réseau des laboratoires est renforcé en appui à la lutte contre les épidémies et endémies prioritaires
- Résultat 9 : Le management interne de la DLM est renforcé dans la vision de la réforme du système de santé

### 3.3.2 Activités à mettre en œuvre (OS2)

L'appui apporté à la DLM dans le cadre du présent programme est essentiellement un **appui au développement institutionnel** à cette Direction. Les résultats de l'intervention s'inscrivent complètement dans les missions de la DLM, illustrant ainsi l'alignement des interventions de la coopération belge sur les politiques nationales. Les missions attribuées à la DLM, selon le document traitant du « Cadre et Structures organiques » du MSP (2012)<sup>17</sup>, sont bien en étroite corrélation avec les différents résultats attendus du programme, comme le montre le tableau suivant :

<i>Missions de la DLM</i>	<i>Corrélation avec Résultats</i>
Définir les stratégies nationales de lutte contre la maladie et s'assurer de leur mise en œuvre par les différentes structures sanitaires générales et spécifiques	R1 R2 R3
Assurer la surveillance épidémiologique ;	R2 R3
Fournir des appuis techniques relatifs à la gestion des épidémies, catastrophes et autres urgences ;	R2 R3
Assurer la promotion de la recherche sur l'organisation des soins et la lutte contre la maladie	R1
Participer à la prévention et à la gestion des catastrophes naturelles	R1

La plus grande partie du budget de la contribution belge sert d'ailleurs à renforcer les ressources humaines et à financer des réunions de travail, des ateliers et différentes missions dans un cadre d'appui « multi-bailleurs » (c'est à dire en concertation étroite avec les autres partenaires intervenant également en appui spécifique à la DLM).

---

<sup>17</sup> « Cadre et Structures organiques » du MSP. Secrétariat Général du MSP / 2012

En pratique, les différentes activités retenues pour atteindre ces résultats seront donc des activités menées conjointement tant avec l'équipe de la DLM qu'avec les autres partenaires présents dans le cadre des différents appuis à la DLM, ainsi qu'avec les autres composantes du programme santé appuyé par la coopération belge.

Dans cette optique, le rôle de l'ATI sera « transversale » dans la mise en œuvre de l'ensemble des activités à mettre en place au niveau de la Direction. Il s'agira notamment d'accompagner la DLM de façon à ce qu'elle puisse assumer ses missions concernant :

- La planification et la coordination des programmes spécialisés et leur intégration opérationnelle au niveau décentralisé
- La mise en œuvre des outils programmatiques, des normes et différentes directives relative à la lutte contre les maladies
- Une surveillance et une réponse efficaces contre les principales épidémies et endémies à tous les niveaux
- La mise en place et la surveillance d'un réseau efficace de laboratoires de santé publique

### **3.3.2.1 Résultat 6 : Fonctionnement des programmes spécialisés coordonné et progressivement intégré dans le cadre des activités de la DLM**

#### **3.3.2.1.1 Activité B.01.01 : Appuyer la structuration des programmes spécialisés au niveau central**

La rationalisation progressive des différents programmes spécialisés se poursuit et permet la planification annuelle de la DLM et de 29 programmes spécialisés sous sa tutelle, sous un seul Plan annuel intégré de lutte contre la maladie, afin d'obtenir une meilleure coordination et utilisation des ressources.

L'évaluation finale du projet précédent de la coopération belge a souligné, qu'entre 2009 et 2014, aucun des 52 programmes spécialisés n'avait été intégré dans les directions centrales comme prévu.

Ce constat – tout comme le fait que la DLM soit peu concernée par l'élaboration des notes techniques et des soumissions au Fonds Mondial – montre bien la difficulté de progresser dans l'intégration des programmes, tant que les directeurs des programmes dépendent administrativement directement du Secrétaire Général.

Cela étant, la DLM a cependant considérablement accru le degré de coordination des programmes spécialisés au niveau central en affirmant son leadership – en termes de tutelle technique – dans le cadre des différentes réunions des commissions attachées aux structures de dialogue politique.

Le présent programme de la coopération belge continuera à apporter le soutien nécessaire à cette approche, en assurant le fonctionnement des structures fonctionnelles de coordination en lien avec le CNP-SS.

#### Appui au fonctionnement de la Commission Technique de Lutte contre la Maladie (CTLM)

La CTLM a toujours été l'une des commissions techniques les plus actives du MSP ; il conviendra donc de continuer à soutenir :

- Les réunions trimestrielles formelles réunissant toutes les parties prenantes impliquées dans la lutte contre la maladie
- Le fonctionnement des groupes de travail
- La coordination trimestrielle de l'ensemble des programmes ; la CTLM n'ayant seulement que quelques représentants des programmes

### Appui aux Sous-Commissions spécifiques de la CTLM

De même, le présent programme continuera à appuyer les différentes sous-commissions qui ont été ou seront mises en place.

Il s'agit notamment de la SC /Intégration, qui s'est impliquée tant au niveau central qu'au niveau décentralisé dans la réflexion de l'intégration des programmes spécialisés dans le cadre des nouveaux modes de fonctionnement des DPS. Un premier guide d'Intégration a été élaboré avec la participation des programmes spécialisés.

### Appui juridique pour la révision des textes

Pour de nombreux domaines, où la DLM est concernée, il a été constaté un important déficit en texte légaux et réglementaires. De nombreuses thématiques (surveillance épidémiologique, intégration des programmes spécialisés, maladies tropicales négligées, etc.) du système de santé sont ignorées juridiquement parlant. Un appui juridique est nécessaire pour compléter ces aspects.

*Appui du programme : Le financement de ces appuis aux Commissions sera coordonné en prenant en compte les appuis apportés par les partenaires en appui à la DLM (GAVI-RSS, Fonds Mondial, Unicef, etc.) ; une expertise nationale sera mobilisée pour répondre aux demandes d'appui juridique.*

### **3.3.2.1.2 Activité B.01.02 : Accompagner le transfert des responsabilités des programmes spécialisés vers les DPS**

**Prérequis** pour effectuer des missions de terrain liées à cette activité : i) des TDR pour les missions de terrain validées par l'ATI en appui à la Direction et le Directeur de la Direction, ii) un rapport de mission avec une appréciation de sa qualité par l'ATI et le Directeur, iii) une mise en commun des résultats de la mission au sein de la Direction et le pool des superviseurs.

Une première feuille de route de l'intégration progressive (en commençant par un nombre restreint de DPS et de programmes à définir encore par le MSP) des coordinations provinciales des programmes spécialisés au sein des DPS a été réalisée. Ce travail d'intégration, de transfert des compétences (appui technique, gestion des ressources, production de l'information sanitaire), et d'assurance qualité doit être maintenant traduit en un plan concret développé en collaboration étroite avec chaque province (en tenant compte des travaux préalables effectués dans certaines DPS « pilotes »). Ce plan contiendra entre autre une analyse de la pertinence des programmes spécialisés, leur regroupement et la clarification de leur tutelle.

La vision stratégique, qui s'est dégagée au regard des nouvelles fonctions proposées dans le cadre organique des nouvelles DPS, préconise l'abandon des coordinateurs provinciaux des programmes spécialisés au profit d'un transfert de ces « compétences » aux Encadreurs Provinciaux Polyvalents (EPP).

### Coaching des DPS pour un transfert de compétences aux EPP

L'articulation de la coordination entre les programmes nationaux et les nouvelles DPS est cruciale car – en son absence – les différents programmes spécialisés vont naturellement remettre en place des « points focaux » pour s'assurer de la bonne exécution des activités qu'ils soutiennent.

La nouvelle organisation des DPS a opté pour une fonction de suivi – évaluation des formations sanitaires de type transversale basée sur un encadrement polyvalent. Cette approche n'exclut pas la nécessité d'expertise spécifique pointue – correspondant aux particularités des différents programmes – au niveau du groupe des encadreurs, des chefs de bureau ou au niveau des groupes de travail.

Pour appuyer les DPS dans cette approche, un état de lieu et un coaching rapproché (la DLM prévoit 1 coach/DPS) devra être assuré par la DLM au travers de contacts réguliers et des missions conjointes du niveau central (DEP/DLM et Programmes Spécialisés), afin de s'assurer que cette approche est cohérente avec les attentes de différents acteurs et de résoudre éventuellement les

problèmes qui se poseront.

L'évolution de cette intégration devra faire l'objet de présentations et d'analyses régulières au niveau des CPP, afin de s'assurer de la bonne évolution de cette approche.

#### Analyse des besoins de services logistiques spécifiques pour certains programmes

Il est assez évident que des programmes « phares » (bénéficiant par ailleurs de financements conséquents de la part des partenaires internationaux) ne passeront pas dans une phase d'intégration réelle, sans être certains de la continuité de l'atteinte de leurs résultats.

La mise en place des nouvelles DPS va impliquer beaucoup de changements et la volonté de les responsabiliser dans le cadre de leurs gestions financières (approche du « contrat unique ») va nécessiter un temps d'apprentissage des nouvelles procédures.

Entretemps, il sera donc nécessaire d'identifier les appuis logistiques spécifiques et nécessaires pour certains programmes (PEV, Tuberculose, lutte contre le VIH, Lutte contre la Trypanosomiase etc.), dont il faudra clairement définir les responsabilités, les limites et leurs intégrations futures.

*Appui du programme : Le financement de ces actions sera coordonné en prenant en compte les appuis apportés par le projet GAVI-RSS (tant au niveau central que périphérique) ; des missions d'experts de la DEP seront prévues pour un appui spécifique au coaching des 3 DPS appuyées par la coopération belge.*

#### **3.3.2.1.3 Activité B.01.03 : Appuyer la mise en œuvre des outils programmatiques, des normes et des directives**

##### Appui à l'élaboration /mise à jour/diffusion des différents textes et protocoles

Il s'agira d'une part de valider les outils programmatiques des différents niveaux et d'autre part d'adapter et diffuser les textes réglementaires nécessaires (stratégies & outils de prise en charge intégrée et l'assurance qualité des soins).

Par ailleurs, en concertation étroite avec la D5 (qui fera partie de la future DOGS), devra être mené (i) un travail d'intégration des maladies non transmissibles dans les PMA et PCA, et (ii) la finalisation de la base de données pour les maladies non transmissibles. .

Ces différents travaux seront réalisés dans le cadre d'ateliers, qui seront organisés à la DLM à Kinshasa.

##### Formation pour les différentes stratégies & outils

L'approche préconisée par le projet précédent – l'exercice « d'analyse verticale » – s'est révélée plus complexe que prévue ; en pratique, seul l'exercice d'analyse du diabète a été réellement complété avec succès.

Une approche différente devra donc être proposée par l'ATI en appui au présent programme ; dans un premier temps, il s'agira de définir les domaines particuliers dans lesquels la DLM devrait s'impliquer – en collaboration étroite avec la future DGOS – pour élaborer différentes stratégies et modules de travail. Il s'agirait notamment des domaines suivants : maladies cardio-vasculaires (avec un focus particulier sur l'HTA), diabète, tabagisme, cancers (en particulier les aspects liés à la prévention), maladies chroniques, éducation thérapeutique des patients, un protocole pour la prise en charge intégrée des victimes de violences sexuelles.

Dans une deuxième étape, sera élaborée une méthodologie spécifique pour les thématiques retenues, une expertise internationale courte terme (expertise davantage clinique si nécessaire) pourra être mobilisée pour appuyer cette approche. L'objectif étant de produire des modules de formation correspondants aux besoins retenus.

Dans une troisième étape, dans la mesure où elle est en phase avec la méthodologie retenue, sera mise en œuvre une formation de formateurs, dans le cadre d'une formation en cascade, sur la base des différents modules réalisés. Cette formation de formateurs pourrait être faite dans le cadre d'un atelier national.

#### Diffusion des textes réglementaires dans le domaine de l'Hygiène

Dans le cadre du précédent projet, un important travail a été accompli pour finaliser les documents « clés » de la politique nationale, du plan stratégique et du code de l'hygiène.

Le présent programme se propose d'éditer et de diffuser ces différents documents aux acteurs des DPS.

D'autres activités de formation pourraient être envisagées dans la mesure où peuvent se dégager des financements additionnels (par exemple, suite à des interventions complémentaires d'autres PTF).

#### Capitalisation des recherches existantes / en préparation

Peu d'éléments de capitalisation ont été mis en place dans le décours du projet précédent, alors que la DLM a participé à de nombreuses activités, notamment dans le cadre de la riposte aux grandes épidémies.

En collaboration étroite avec les instituts de santé publique (voir le projet RIPSEC et les interactions prévues dans le cadre de l'objectif n° 1 d'appui à la DEP), des activités de recherche seront donc menées dans les domaines de (i) l'intégration de la lutte contre la maladie, ii) l'intégration des Maladies Non Transmissibles dans le PMA et PCA, et (iii) de la recherche de type épidémiologique (avec exploitation de la base de données de la DLM).

*Appui du programme : Le financement de ces actions sera coordonné en prenant en compte les appuis apportés par le projet GAVI-RSS (tant au niveau central qu'au niveau décentralisé) ; des ateliers seront organisés dans le cadre du programme, des financements seront prévus pour (i) l'édition et la diffusion des documents clés liés au domaine de l'hygiène et (ii) la réalisation de travaux de recherches.*

### **3.3.2.2 Résultat 7 La surveillance & réponse contre les épidémies renforcés**

Lors des dernières épidémies survenues en RDC, la DLM a joué un rôle opérationnel capital – en synergie avec les partenaires – pour les investigations, la riposte et l'accompagnement du niveau provincial.

L'établissement d'un plan de contingence de prévention et de gestion des catastrophes naturelles, technologiques et épidémiques a été un des points forts du projet précédent. Sa mise en place effective au niveau décentralisé (DPS et Zones de Santé), avec la disponibilité effective concomitante d'un Fonds d'Urgence, sera une des priorités du présent programme.

Cette mise en place devrait bénéficier d'un « dispositif pédagogique » permettant de pérenniser la démarche en mobilisant les compétences actuelles à quatre niveaux :

- Un niveau central « de soutien et de référence », assuré par l'équipe de la DLM en étroite concertation avec l'INRB
- Des formations pour le niveau des DPS, assuré par un système de formations en cascade
- Un niveau provincial « de référence », avec des équipes des DPS correctement formées
- Un accompagnement à distance sous forme de tutorat, constitué par la mise à disposition de supports pédagogiques installés progressivement sur le site Internet du MPS ou par envoi via un service de stockage et de partage de copies de fichiers locaux en ligne (cloud computing).

### **3.3.2.2.1 Activité B.02.01 : Appuyer les investigations & ripostes au niveau central**

#### Actualiser la Politique Nationale et le Plan de Contingence

Afin de présenter une réponse toujours adaptée aux différentes problématiques, les différents recommandations, normes, modules de cartographie des risques ou textes réglementaires doivent faire l'objet d'une réflexion et analyse régulières.

Il s'agira également de prévoir et mobiliser le financement des interventions, de structurer la coordination de la riposte en tenant compte de l'adhésion des pouvoirs publics, des populations des partenaires et des ONG au travers des institutions nationales.

#### Actualisation et diffusion des modules de prise en charge avec kits d'intervention

L'organisation, en concertation étroite avec la DPM, des mécanismes de pré-positionnement des stocks stratégiques sera renforcée ; il s'agira notamment de mieux quantifier les besoins (médicaments et consommables, réactifs, kits de protection, et.), de déterminer les différents coûts et de définir des modalités de cession rapide.

De manière concomitante, il s'agira de coordonner la mise en place d'équipes d'intervention compétentes en provinces, en renforçant le réseau de communication et de mise à disposition des informations nécessaires.

#### Mise en place des Equipes d'Intervention Rapide (fonds de réserve) au niveau central

Comme prévu dans le cadre du Plan National de Contingence, la mobilisation rapide d'expertises d'analyse et d'intervention – en coordination étroite avec les partenaires et l'INRB – est une des priorités de la DLM.

Afin de permettre à la DLM de pouvoir intervenir rapidement, un fonds de réserve sera constitué et mis à sa disposition. Les modalités de mise en place de ce fonds seront précisées lors du démarrage du présent programme.

#### Renforcement des capacités des personnels impliqués

Sur la base des différents modules déjà réalisés par la DLM, une importante formation de formateurs provinciaux – dans le cadre d'une formation en cascade destinées aux équipes d'intervention en provinces – pourra être réalisée.

Cette formation par la DLM, appuyée par l'ATI santé publique, sera réalisée dans le cadre d'un appui multi-bailleurs, en apportant notamment une attention particulière à la problématique Ebola (pour laquelle des fonds importants ont été budgétisé, notamment par le projet PADPDSS de la Banque Mondiale).

*Appui du programme : Le financement de ces activités sera coordonné en prenant en compte les appuis apportés par les partenaires en appui à la DLM (GAVI-RSS, Fonds Mondial, Unicef, etc.) ; un montant spécifique sera mobilisé pour prendre en charge la mobilisation rapide des équipes d'intervention, différents ateliers seront organisés pour actualiser les différents documents stratégiques et modules de formation ; un atelier de renforcement des capacités des acteurs sera organisé dans le décours du programme.*

### **3.3.2.2.2 Activité B.02.02 : Assurer un appui technique au niveau des DPS**

#### Formation en surveillance intégrée

Faisant suite à la formation des formateurs provinciaux, différentes formations seront organisées dans les DPS à destination d'un large panel d'acteurs (encadreurs provinciaux, agents des communautés, vétérinaires, cadres locaux, etc.).

La manière dont ces formations seront organisées seront définies dans le décours du programme au

regard des appuis apportés par les partenaires présents dans les différentes DPS.

Différentes missions d'experts de la DLM pourront accompagner et superviser ces activités, en particulier au niveau des DPS appuyés spécifiquement par la coopération belge.

#### Appui à la mise en place des Equipes d'Interventions Rapides

La mise en place de mécanismes d'alerte au niveau des provinces devrait permettre (i) de lister au préalable les épidémies et les catastrophes probables, (ii) de procéder à la mise en place d'un système de notification fluide et rapide sur les épidémies (en particulier sur les maladies à haut potentiel épidémique), (iii) de s'assurer des bonnes capacités des laboratoires de santé publique pour la confirmation du diagnostic et (iv) de répondre adéquatement avec des équipes compétentes.

Des fonds de réserve pour une mobilisation rapide des compétences nécessaires au niveau des DPS, soutenues par la coopération belge, seront mobilisés dans le cadre du présent programme.

#### Pré-positionnement des kits d'urgence dans les DPS

Dans la mesure des financements disponibles, il faudrait que l'ensemble des nouvelles DPS puissent disposer au niveau de leurs CDR respectives des stocks stratégiques nécessaires (tels qu'ils auront été définis au préalable par le niveau central).

Une interaction forte avec la DPM et le PNAM sera pour ce faire indispensable. Le mécanisme de financement de ces kits pré-positionnés (ligne de crédit au niveau des CDR ?) sera précisé dans le déroulement du programme.

*Appui du programme : Le financement de ces appuis sera coordonné en prenant en compte les appuis apportés par les partenaires en appui à la DLM (GAVI-RSS, Fonds Mondial, Unicef, etc.) et dans les différentes DPS (bailleurs spécifiques) ; des missions d'experts de la DLM seront prévues pour un appui spécifique aux 3 DPS appuyées par la coopération belge un forfait sera mobilisé pour prendre en charge la mobilisation rapide des équipes d'intervention provinciale ; un forfait annuel sera prévu pour assurer les 3 DPS appuyées par la coopération belge de la disponibilité de stocks stratégiques dans les CDR.*

### **3.3.2.2.3 Activité B.02.03 : Renforcer les outils d'information sanitaire spécifique**

#### Appui intégration données DPS dans base de données DLM

La base de données pour toutes les maladies prises en compte dans le cadre de la DLM (maladies transmissibles et non-transmissibles) devra être renforcée et revue régulièrement dans un travail étroit avec la Division SNIS de la 5ème Direction (part de la future DOGS) et la DEP. Il s'agira notamment d'améliorer la qualité des récoltes et de la transmission des données provenant des différentes DPS.

Il faudra dans cette optique que la DLM renforce (via l'utilisation du portail DHIS2) le dispositif actuel de communication des données, ainsi que les aspects cartographiques de présentation /analyse des données stratégiques.

#### Editer & imprimer & diffuser les bulletins

Le bulletin épidémiologique continuera à être publié de manière régulière, selon les normes de l'OMS et avec son appui. Une équipe de rédaction mise en place à la DLM (appuyée par un comité scientifique) assurera la production du bulletin.

*Appui du programme : Le financement de ces appuis sera coordonné en prenant en compte les appuis apportés par les partenaires en appui à la DLM (GAVI-RSS, Fonds Mondial, Unicef, etc.) ; des missions d'experts de la DEP seront prévues pour un appui spécifique au renforcement de la base de données ; un forfait annuel sera prévu pour compléter les coûts de l'édition et de la diffusion des bulletins épidémiologiques.*

### 3.3.2.3 Résultat 8 : Le réseau des laboratoires provinciaux renforcé

Dans le contexte du risque d'épidémies en RDC, il est indispensable de disposer d'un réseau fonctionnel de laboratoires de santé publique, dont la qualité des prestations devra être assurée par une supervision spécialisée.

#### 3.3.2.3.1 Activité B.03.01 : Renforcement de l'INRB dans le cadre des épidémies et endémies prioritaires

L'Institut National de Recherches Biomédicales (INRB) a acquis actuellement un statut d'établissement public autonome ; cette autonomie administrative et financière lui permettra de disposer plus facilement de subventions extérieures lui donnant davantage de ressources pour assumer ses différentes missions.

##### Soutien à la poursuite de la restructuration administrative et financière

Un important travail (avec un soutien conséquent du projet précédent de la coopération belge) a permis de mettre en place les structures, les organes statutaires et les principaux outils de gestion administrative et financière nécessaires à ce nouveau statut.

La mise en place effective de ces différents éléments est encore cependant assez fragile, notamment au niveau des processus comptables (comptabilité d'entreprise avec bilan et compte d'exploitation de type privé) et financiers (mise en place et suivi rigoureux d'un business plan).

Un soutien continuera donc à être apporté (sous forme d'expertise spécifique par des consultants nationaux) par le présent programme, dans les aspects comptables et financiers.

##### Soutien aux capacités de réponse en cas d'urgence

La mobilisation rapide d'expertises de haut niveau tant en termes d'analyses que d'interventions – en coordination étroite avec les partenaires et la DLM – est une des conditions premières pour une prise en charge rapide des problèmes d'urgence épidémiologique.

Afin de permettre à l'INRB de pouvoir intervenir rapidement, un fonds de réserve sera mis à sa disposition. Les modalités de mise en place de ce fonds seront précisées lors du démarrage du présent programme.

*Appui du programme : Le financement de ces appuis sera coordonné en prenant en compte les appuis apportés par les différents intervenants en appui au business plan de l'INRB ; des missions d'experts financiers et comptables seront mobilisés et un forfait sera fait pour prendre en charge la mobilisation rapide des équipes d'intervention provinciale.*

#### 3.3.2.3.2 Activité B.03.02 : Soutenir le réseau provincial de laboratoires de santé publique

**Prérequis** pour effectuer des missions de terrain liées à cette activité : i) des TDR pour les missions de terrain validées par l'ATI en appui à la Direction et le Directeur de la Direction, ii) un rapport de mission avec une appréciation de sa qualité par l'ATI et le Directeur, iii) une mise en commun des résultats de la mission au sein de l'INRB, la Direction et le pool des superviseurs.

La mise en place d'un réseau de laboratoires de santé publique a été considérée comme un des meilleurs résultats du projet précédent. Cet appui sera donc continué avec le soutien de l'INRB comme garant de la qualité des prestations (suivi et formation continue) et la D/Laboratoires comme organe de coordination, suivi et évaluation.

Il faut noter que la concentration du programme de la coopération belge sur 3 provinces ne permettra plus un appui au laboratoire du Bas Congo; un appui sera par contre mené au niveau du laboratoire de Kisangani (DPS de la Tshopo), dans la mesure où un accord pourra être finalisé entre ce laboratoire (dépendant de l'Université de Kisangani) et les autorités de la DPS pour mener à bien sa mission de santé publique dans les différentes zones de santé de la province. Les appuis entrepris



dans le projet précédent pour les missions d'appui aux laboratoires du Kwilu et du Sud-Ubangui seront poursuivis.

Il faut noter également que les appuis apportés directement aux laboratoires seront dorénavant pris en charge directement par les projets spécifiques de soutien au niveau décentralisé.

#### Missions de renforcement des capacités / assurance qualité par l'INRB

Les experts de l'INRB continueront à apporter une formation continue et un suivi de la qualité des prestations des différents laboratoires dans le cadre de missions semestrielles.

Ces missions seront assurées dans le cadre d'un contrat de services, où l'INRB précisera les objectifs et les résultats attendus spécifiques à atteindre pour les différentes missions et les différents laboratoires. Les modalités de l'assurance qualité à mettre en place - selon les équipements des différents laboratoires - seront également spécifiées.

#### Missions de suivi & maintenance des équipements par l'INRB

Les équipements les plus complexes des laboratoires provinciaux des DPS appuyées par le programme seront pris en compte dans le cadre d'un suivi régulier annuel d'une maintenance préventive et curative. Les aspects liés à la gestion des déchets liquides et solides seront également considérés dans ce cadre, notamment la définition d'une stratégie opérationnelle, la formation du personnel et l'acquisition/entretien du matériel adapté à cet effet.

#### Fourniture d'intrants spécifiques par l'INRB

Une des spécificités de l'INRB est de fournir différents intrants (par exemple, des milieux de culture) qu'elle peut produire dans de bonnes conditions financières. Les intrants nécessaires aux examens directement liés au volet santé publique des laboratoires seront pris en charge par le programme dans les limites du budget disponible.

#### Mission de coordination par D/Laboratoires

La Direction des laboratoires (une des futures Division de la DLM) devra assurer la coordination administrative et la responsabilité technique finale du réseau ; il s'agira notamment des aspects de :

- planification, suivi évaluation, monitoring des laboratoires provinciaux
- vulgarisation des normes et des textes légaux
- développement de la politique nationale d'assurance qualité

#### Appui du programme :

*Le financement de ces appuis sera coordonné en prenant en compte les appuis apportés par les différents intervenants en appui au business plan de l'INRB ; des missions régulières d'experts de l'INRB assureront la formation continue, les aspects de contrôle-qualité et la maintenance des 3 laboratoires provinciaux ; un forfait sera prévu pour prendre en charge la fourniture d'intrants spécifiques ; la coordination d'ensemble du réseau sera assurée par des missions régulières de la D/Laboratoires.*

*Etant donné que l'INRB est actuellement une institution autonome, ses missions d'expertises devront être assumées dans le cadre d'un « contrat de services ».*

### **3.3.2.4 Résultat 9 : Management interne de la DLM renforcé dans la vision de la réforme**

#### **3.3.2.4.1 Activité B.04.01 : Renforcer le développement administratif et financier**

Le « Manuel de Procédures de Gestion Applicables au secteur de la Santé » précise l'utilisation des procédures nationales nécessaires dans le secteur public, qui s'appliquent aux activités financées par

le budget national et par l'ensemble des bailleurs de fonds extérieurs intervenant dans la prise en charge de la santé en RDC.

A terme, cette approche permettra d'intégrer progressivement toutes les activités dans le budget du Ministère de la Santé afin de maîtriser le coût de la prise en charge du système, renforçant ainsi la redevabilité et la durabilité des résultats des interventions du Gouvernement et des partenaires dans le secteur de la santé.

Une évaluation<sup>18</sup> récente a souligné l'importance pour la DLM de structurer davantage les aspects administratifs et financiers de sa direction.

#### Appui au développement des compétences administratives et organisationnelles

L'organisation interne de la DLM nécessite d'être davantage structurée dans le cadre d'instructions claires et largement diffusées auprès du personnel par la Direction. Il s'agit notamment de :

- Préciser les procédures de gestion des RH (dossier des travailleurs, harmonisation des frais de missions, gestion transparente des compléments de salaire, etc.)
- Revoir l'organisation du secrétariat, la gestion des flux « matière » et le suivi du charroi
- Mettre en place une politique de maintenance (infrastructures, équipements, charroi)
- Veiller à la bonne gestion, au traitement et à l'élimination des déchets biomédicaux
- Mettre en œuvre les politiques sur la « Santé au Travail » et sur le « VIH sur le lieu de travail »

#### Appui au développement des compétences financières & comptables

La DLM doit se doter des outils et des compétences nécessaires pour mettre en place un suivi efficace des mouvements des différents financements (ceux transitant par la direction ou ceux effectués par la direction elle-même).

Il s'agit que la Direction, appuyée par l'ATI, mette en place (i) les procédures nécessaires, suivant les principes administratifs (« Manuel de Procédures de Gestion Applicables au secteur de la Santé ») et (ii) le plan comptable suivant les normes administratives du secteur public avec l'informatisation nécessaire, selon le logiciel qui sera recommandé par les instances nationales.

*Appui du programme : des missions de formation par de l'expertise nationale en administration et gestion financières seront mobilisées, en coordination étroite avec les appuis apportés par les différents projets à la DLM dans ce domaine (GAVI, OMS, UNICICEF, Fonds Mondial)*

#### **3.3.2.4.2 Activité B.04.02 : Appuyer le développement de l'environnement de travail**

**Prérequis pour mettre en œuvre cette activité : le taux d'exécution du budget de fonctionnement du Ministère de la Santé publique (tel que décrit dans le CDSMT 2015-2017 et repris dans 4.1.2.3) est progressif d'une façon significative en comparaison avec l'année précédente**

De manière coordonnée avec les autres partenaires – intervenant en appui direct au « bureau » de la DLM – l'intervention procédera à une analyse des besoins en termes d'investissements (charroi, mobilier de bureau, bureautique, etc.) et de fonctionnement courant (communication, abonnements divers, reprographie, frais d'entretien et de maintenance, frais de carburant, etc.) en ce compris les besoins en terme d'équipement et de maintenance pour le confinement et le traitement des déchets biomédicaux.

---

<sup>18</sup> Diagnostic de la gestion administrative et financière des structures du MSP ciblées par le programme santé de la coopération belgo-congolaise pour le PIC 2014-2015. AGESFO 2015

En fonction de ces éléments, une partie de financement sera pris en charge par l'intervention afin de compléter les besoins en matériel roulant, en mobilier et en bureautique et d'appuyer le budget de fonctionnement courant de la DLM.

*Appui du programme* : Complément en investissement et fonctionnement, en coordination étroite avec les appuis apportés par les différents projets à la DLM dans ce domaine (OMS, UNICEF, Fonds Mondial)

### 3.3.2.4.3 Activité B.04.03 : Renforcer le développement de la dynamique de travail

**Prérequis pour mettre en œuvre cette activité** : i) le taux d'exécution du budget pour les rémunérations des Directions appuyées (tel que décrit dans le CDSMT 2015-2017 et repris dans 4.1.2.3) ) est progressif d'une façon significative en comparaison avec l'année précédente, ii) les prérequis définis dans le chapitre sous le paragraphe 2.5, iii) la participation de l'ATI à la sélection du nouveau personnel dans le cadre d'un plan de rationalisation de la Direction.

Renforcement des techniques de communication interne

Participation aux forums internationaux

Participation au financement des compléments de salaire du personnel

Ces différentes activités seront semblables à celles décrites dans le cadre de l'appui apporté à la DEP (voir 3.2.2.5.3). Le montant mentionné dans le budget est une estimation maximale.

*Appui du programme* : en coordination étroite avec les appuis apportés par les différents partenaires le programme apportera (i) des missions d'expertise, (ii) des participations à des forums de formation et (iii) des compléments des financements des compléments de salaire du personnel.

## 3.3.3 Indicateurs et sources de vérification (OS2)

Les indicateurs de suivi seront présentés de façon explicite dans les plans opérationnels annuels et seront désagrégés par sexe et par âge. A la SMCL de démarrage. Les données de départ seront présentées lors du démarrage afin de pouvoir apprécier l'avancement des indicateurs.

**Tableau 5 : Schéma de montage des indicateurs pour la DLM**

Niveau	Indicateurs système santé RDC ('le quoi')	Marqueurs de progrès –indicateurs programme ('le comment')
Objectif général (performance du secteur)	indicateurs PNDS	
3 Objectifs spécifiques (influence programme)	indicateurs PNDS, SNIS	marqueurs de progrès liés aux orientations stratégiques du SRSS
Résultats (influence programme)	Indicateurs SNIS, PAO,	Indicateurs à valider (cf. infra) Marqueurs de progrès par résultat et par acteur à définir
Domaines d'activité (influence programme)	Indicateurs SNIS, PAO, Indicateurs programme	Indicateurs et marqueurs de progrès liés aux protocoles de recherche-action

### 3.3.3.1 Par rapport à l'atteinte de l'objectif spécifique 2

L'appui apporté à la DLM étant essentiellement un appui au développement institutionnel de cette direction, il est difficile d'apprécier la part relative des appuis du présent programme dans l'accomplissement des différentes missions attendues de la DLM.

Comme l'objectif spécifique porte sur la mise en œuvre, le suivi & évaluation du PNDS, en priorité dans les aspects de réforme du secteur et du développement des zones de santé, l'intervention se réfère aux indicateurs nationaux liés au monitoring du PNDS. Les rapports liés au monitoring du PNDS et les rapports des revues sectorielles permettront de suivre le progrès.

<i>Indicateurs</i>	<i>Sources de vérification</i>
Appréciation du bilan annuel des activités de la PNDS	Présentations au CNP-SS Revue sectorielles
Evolution des indicateurs nationaux	Rapports annuels d'activités SNIS Rapports analyse sectorielle

### 3.3.3.2 Par rapport à l'atteinte du Résultat 6

<i>Indicateurs</i>	<i>Sources de vérification</i>
Nombre de programmes spécialisés effectivement « coordonnés » par la DLM / nombre de programmes spécialisés existant en début de la présente intervention	Présentations aux CNP-SS PAO aux différents niveaux Rapport d'activités annuel DLM Plan stratégique des MNT finalisé et disponible aux différents niveaux
Nombre de textes réglementaires & juridiques produits et adoptés / nombre textes programmés dans les PAO des différents niveaux	
Plan stratégique des MNT (avec intégration au niveau des DPS) réalisé et validé par le MSP	

### 3.3.3.3 Par rapport à l'atteinte du Résultat 7

<i>Indicateurs</i>	<i>Sources de vérification</i>
Plan national de contingence actualisé, validé et disponible au niveau des DPS	Présentations aux CNP-SS et rapports d'activités annuels DLM Plan de contingence effectivement disponible dans les DPS
Nombre d'épidémies détectées et gérées correctement / total épidémies enregistrées /an	
Fonds de réserve pour mobilisation des équipes du niveau central et des DPS effectivement disponible	Rapport d'évaluation externe sur l'efficacité des réponses aux épidémies

### 3.3.3.4 Par rapport à l'atteinte du Résultat 8

<i>Indicateurs</i>	<i>Sources de vérification</i>
Missions de supervision formative réalisées par l'INRB / missions programmées dans les PAO de la DLM	Rapport annuel activités INRB et DLM Rapport d'évaluation externe sur l'efficacité des réponses aux épidémies

### 3.3.3.5 Par rapport à l'atteinte du Résultat 9

<i>Indicateurs</i>	<i>Sources de vérification</i>
Ressources humaines (recrutées par appel à candidature) présentes avec description de postes et évaluées régulièrement/ cadre organique rationalisé	Rapports d'activités annuels DLM Rapports d'activités du programme CTB
Existence de procédures écrites conformes à la manuelle procédure nationale	Procédures existantes
Existence de rapports systématiques / tous ateliers & missions gérés par la DLM	

## 3.3.4 Hypothèses et risques (OS2)

### 3.3.4.1 Hypothèses

Le présent programme facilite donc - à travers de l'appui de ses ressources propres – l'exécution même du travail de la DLM. Afin de garantir une atteinte correcte des résultats du programme, différents éléments doivent être pris en compte.

- Le MSP s'engage à mettre à la disposition de la DLM du personnel adéquat, en cohérence avec le cadre organique officialisé
- Le MSP s'engage à apporter un appui en fonctionnement & investissement de plus en plus important au regard des besoins spécifiés dans le cadre du PAO validé de la DLM
- Le MSP s'engage à rendre fonctionnels les différentes structures de dialogue politique, ainsi que les différents espaces de concertation stratégiques
- La réforme de la décentralisation évolue de manière favorable, facilite un transfert de responsabilités aux nouvelles DPS, et permette aux nouvelles DPS de jouer pleinement leurs rôles
- Le Gouvernement s'engage à augmenter progressivement de manière significative sa contribution au secteur santé, en particulier concernant les salaires et les compléments de salaires attribués au personnel (correspondant aux réformes du cadre organique) des directions centrales
- Le genre et les droits sexuels et reproductifs (y compris le planning familial et la lutte contre le VIH) restent une priorité pour le MSP
- Le Ministère de la Santé Publique s'engage à intégrer effectivement les programmes spécialisés actuels au niveau de la DLM.

Des hypothèses plus spécifiques par résultat sont reprises dans le cadre logique en annexe 7.1.

### 3.3.4.2 Analyse des risques

Risques	Niveau de probabilité	Niveau d'impact	Mesures d'atténuation
<i>Liés à l'objectif spécifique 2</i>			
Blocage au niveau des structures de dialogue politique (CNP-SS et ses différentes commissions et groupes de travail)	Moyen	Haut	Accompagnement de l'ATI /PTF par rapport au processus liés aux commissions et groupes de travail  Responsabilisation des cadres de la DLM/DEP
Blocage des réformes au niveau central et décentralisé	Moyen	Moyen	Concertation forte et permanente des PTF avec le GIBS et le Cabinet du MSP
Absence de financement et de RH adéquates pour le fonctionnement des DPS	Haut	Haut	Nécessité des appuis au niveau décentralisé et de la coordination des PTF
<i>Lié au Résultat 6</i>			
Blocages des commissions techniques et groupes de travail au niveau central	Moyen	Haut	Mobilisation de l'ATI et des experts de la DLM/DEP par rapport au processus des commissions et groupes de travail
Résistance aux changements des directeurs des programmes spécialisés	Haut	Moyen	Concertation régulière avec le bureau du Secrétariat Général
Absence de RH adéquates pour la production d'un plan stratégique des Maladies Non Transmissibles	Moyen	Moyen	Accompagnement technique de l'ATI & mobilisation de consultance spécialisée  Appui du Secrétariat Général
<i>Lié au Résultat 7</i>			
Absence de coordination entre les différents partenaires impliqués dans la réponse aux grandes épidémies	Moyen	Moyen	Concertation forte et permanente des PTF et des ONG avec le GIBS, la DLM/DEP et le Cabinet du MSP
Manque de RH compétentes au niveau des DPS	Moyen	Haut	Concertation étroite avec les appuis du programme belge au niveau provincial

<i>Lié au Résultat 8</i>			
Manque de ressources pour l'INRB afin de conduire des missions de supervision formative	Faible	Moyen	Plaidoyer des PTF pour assurer un financement correct de l'INRB avec un engagement progressif de l'état
<i>Lié au Résultat 9</i>			
Recrutement qualitatif et quantitatif inadéquat du personnel de la DLM	Moyen	Haut	Concertation au niveau du SG
Dangerosité des transports	Haut	Haut	Développement des conférences par Internet & limitation des déplacements non impératifs
Instabilité du personnel, en particulier ceux qui ont acquis de l'expertise	Moyen	Haut	Plaidoyer de l'ensemble des PTF pour assurer un financement correct des experts par l'état  Respect de l'accord entre le MSP et les PTF par rapport aux primes
Pas d'initiatives de l'état pour graduellement assurer le paiement des compléments de salaire du personnel de la DLM	Haut	Haut	Concertation forte et permanente avec le GIBS et l'état congolais/MSP

### 3.4 Objectif spécifique 3

L'approvisionnement régulier et pérenne en médicaments, dispositifs médicaux et produits de diagnostic essentiels de qualité à un prix accessible, mission prioritaire du SNAME, est assuré par la FEDECAME, régulé par la DPM, suivi par le PNAM, et destiné à toutes les Formations sanitaires des ZS ciblées, via les CDR de Kisangani (CAMEKIS), de Bwamanda (CAMENE) et de Kikwit (CAMEBASU).

L'appui devra être mené par une approche multi-bailleurs. En effet, il faudra tenir compte des fonds mobilisés par les projets PADPDSS de la banque mondiale et du 11<sup>e</sup> FED. En particulier, la BM apporte dès l'année 2015 une Assistance Technique sur 2 ans à la DPM et à la FEDECAME. Cet appui BM cible surtout l'élaboration d'un plan stratégique pour les deux structures et le business plan de la FEDECAME.

#### 3.4.1 Résultats attendus (OS3)

- Rappelons que les résultats attendus de la Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2011-2015) de la RDC dans le cadre de la

mise en œuvre de la Politique Nationale Sanitaire pourraient se traduire sur ce projet de la manière suivante :

- 1/ La disponibilité des MEG est augmentée dans les ZS ; les trois CDR de Kisangani, Kikwit et Bwamanda subviennent à leurs frais de fonctionnement ; l'accroissement du capital en fonds de roulement de la FEDECAME permet un approvisionnement régulier des CDR opérationnelles du pays.
- 2/ L'accessibilité financière des MEG pour les populations est améliorée dans les ZS appuyées (cf. complémentarité avec la composante DPS).
- 3/ La qualité des médicaments mis à la disposition des populations sera assurée en permettant la mise en place progressive d'un système national « d'assurance qualité du médicament ». La réglementation et la régulation du secteur pharmaceutique connaissent des avancées significatives.
- Ce programme contribuera par son appui au SNAME à l'atteinte des résultats fixés par cette Politique Pharmaceutique Nationale. Pour cela l'intervention va donc appuyer le système d'approvisionnement national en renforçant le SNAME à travers l'atteinte des résultats suivants :
- **Résultat 10** : L'appui aux trois CDR de Kisangani, Bwamanda et Kikwit permet d'assurer la disponibilité des médicaments FEDECAME de qualité et à prix accessible depuis la CDR jusqu'aux zones de santé.
- Sous résultat 1 : La CDR de Kisangani (CAMEKIS) devient progressivement économiquement viable et garantit la disponibilité des ME de bonne qualité de la LNME aux FoSa de sa couverture de distribution.
- Sous Résultat 2 : La CDR de Bwamanda (CAMENE) devient progressivement économiquement viable et garantit la disponibilité des ME de bonne qualité de la LNME aux FoSa de sa couverture de distribution.
- Sous Résultat 3 : La CDR de Kikwit (CAMEBASU) devient progressivement économiquement viable et garantit la disponibilité des ME de bonne qualité de la LNME aux FoSa de sa couverture de distribution.
- Sous Résultat 4 : Les 3 CDR ciblées accroissent leur capacité d'autonomie financière.
- **Résultat 11** : Le rôle du Programme National d'Approvisionnements en Médicaments (PNAM) dans la coordination et supervision du SNAME renforcé
- **Résultat 12** : Le fonctionnement de la FEDECAME et du BCAF Ouest est renforcé afin d'assurer une disponibilité continue des médicaments dans les CDR
- **Résultat 13**: Les principales fonctions réglementaires de la DPM (D3) sont renforcées dont en particulier, l'enregistrement et l'inspection.

### 3.4.2 Activités à mettre en œuvre (OS3)

- Le Plan stratégique du SNAME est en cours d'élaboration et sera en principe approuvé par la Commission Nationale du Médicament et le Comité de Pilotage National d'ici la fin de. Nous nous reposons pour l'instant sur l'organisation actuelle du SNAME pour mettre en place les activités proposées.
- Il est admis actuellement en RDC que le circuit FEDECAME (BCAF + CDR) constitue le seul qui garantit la traçabilité et la qualité des médicaments qu'il commercialise. Cependant, ce



circuit n'est pas encore arrivé à offrir aux Fosa de façon continue les médicaments de la LNME retenus (ME + dispositifs médicaux + produits de diagnostic essentiels).

- Pour rendre la disponibilité permanente des médicaments effective dans les Fosa, l'intervention voudrait à l'instar des projets antérieurs s'assurer que :
- les trois CDR ciblées par le programme puissent disposer d'un patrimoine technique (locaux – équipements de stockage– chaîne de froid – moyens logistiques adéquats au transport des médicaments) en bon état, ainsi qu'un personnel bien formé et des procédures conformes aux Bonnes Pratiques de Distribution (BPD) et que le rayonnement de leur clientèle s'accroisse pour que les Fosa aient des ME de qualité sur leurs étagères,
- la FEDECAME (BCAF Ouest + Secrétariat Permanent) puisse d'avantage se développer pour devenir plus efficiente en termes de mise à disposition de produits pharmaceutiques,
- le PNAM puisse améliorer ses prestations en se focalisant plus sur la coordination du SNAME par le suivi des achats des ME (au BCAF) et de leurs distributions dans les CDR,
- la DPM puisse assurer la réglementation du secteur pharmaceutique et l'enregistrement des médicaments.

#### **3.4.2.1 Résultat 10 : L'appui aux trois CDR de Kisangani, Bwamanda et Kikwit permet d'assurer la disponibilité des médicaments FEDECAME de qualité et à prix accessible depuis la CDR jusqu'au zones de santé**

*Prérequis pour mettre en œuvre ces activités : obligation des zones sanitaires de respecter le circuit d'approvisionnement en médicaments national.*

##### **3.4.2.1.1 Activité C.01.01 : Appuyer la CDR KISANGANI (CAMEKIS)**

La priorité pour cette CDR est de renforcer ses capacités gestionnaires. Cela relève en premier lieu du Conseil d'Administration de la CDR, mais un appui perlé, à travers une supervision semestriel par le PNAM, éventuellement avec une ATN perlée, est prévu. Lors du démarrage, il sera évalué si c'est appui sera suffisant en fonction des besoins à ce moment.

Le programme réalisera la construction des magasins de stockage sur le nouveau terrain que s'est doté la CDR, et fera également un état de lieu par rapport aux autres besoins en infrastructures. L'apport de la CTB n'est qu'une contribution aux ressources dont dispose l'OMS dans cet investissement. Signalons que la CDR, actuellement est locataire dans les dépôts de la coordination PEV de Kisangani. Il est nécessaire que cette structure se dote de ses propres infrastructures pour son épanouissement. Cet investissement devra tenir compte du projet de construction de GAVI Alliance d'un dépôt de stockage à Kisangani pour acquérir les vaccins, les médicaments, etc.

Certains équipements seront acquis: Jeep 4x4, mobilier de bureaux, armoire à stupéfiants métallique, chambre froide, étagères métalliques et palettes plastiques du magasin de stockage, extincteurs, groupe électrogène, élévateur, split, photocopieuse et équipement informatique complémentaire(LCD, laptop :6 ; imprimante). ). Pour ces équipements, les responsables du programme veilleront à prendre en compte la dimension écologique dans les critères d'achat (consommation énergétique, choix des matériaux, priorité aux matériaux locaux, possibilités de recyclage, etc.).Le programme assurera aussi le paiement annuel de la licence du logiciel APISOFT auprès du fournisseur.

L'ensemble de cet investissement est estimé à 328.000 Euros (soit 298.000 Euros pour investissements et 30.000 Euros pour l'appui et la licence Apisoft)

### **Reconstitution capital médicament:**

En vue d'atteindre ce résultat, l'intervention prévoit d'allouer un capital médicament<sup>19</sup> supplémentaire aux FOSA, de subventionner le fonctionnement des CDR ciblées et financer la reconstitution d'un stock tampon dans chaque CDR.

Les lignes de crédit appelé actuellement comptes capital médicament permettront aux FOSA ciblées de s'approvisionner en ME auprès des CDR et les recettes obtenues de la vente des ME seront consacrées à la reconstitution du capital du ME. La réussite de cette stratégie est conditionnée par la mise en œuvre de la tarification forfaitaire dans toutes les FOSA bénéficiaires.

Dans le présent programme, les comptes capitaux médicament ne seront attribués qu'aux FOSA des zones de santé ciblées par le projet ASSNIP dans la province orientale (Makiso, Kabondo et Lubunga) car dans les deux autres provinces (Bandundu et Equateur) appuyées par le projet, le volet médicament des zones de santé sera pris en charge par la Banque Mondiale.

Ces comptes capital médicament couvrent un montant de 45.000 Euros, concernent donc que l'appui à la CDR CAMEKIS.

#### **3.4.2.1.2 Activité C.01.02 : Appuyer la CDR BWAMANDA (CAMENE)**

Un dépôt secondaire sera créé à GEMENA sur le nouveau site obtenu par la CDR pour lui permettre de se rapprocher des zones sanitaires, lequel dépôt sera progressivement transformé en CDR (dépôt principal) et par la suite celui de BWAMANDA aura le statut d'un dépôt secondaire de GEMENA. Ceci dans le souci de répondre aux critères d'une viabilité économique de la CDR.

Le dépôt secondaire, futur CDR, sera équipé avec mobilier, étagères métalliques, palettes plastiques, kits informatiques, extincteurs, groupe électrogène, élévateur et split. Le programme assurera aussi le paiement annuel de la licence du logiciel APISOFT auprès du fournisseur.

L'ensemble de cet investissement est estimé à 315.000 Euros (soit 300.000 Euros pour investissements et 15.000 Euros pour la licence Apisoft)

#### **3.4.2.1.3 Activité C.01.03 : Appuyer la CDR KIKWIT (CAMEBASU)**

Le programme réalisera la construction des magasins de stockage sur le nouveau terrain que s'est doté la CDR. L'apport de la CTB n'est qu'une contribution aux ressources dont devra mobiliser la CDR auprès d'autres PTF à identifier. Signalons que la CDR, actuellement est locataire dans les dépôts du Diocèse à Kikwit. Il est nécessaire que cette structure se dote de ses propres infrastructures pour son épanouissement. Les priorités pour la mise en service du terrain acquis sont : la construction d'une rampe d'accès, un entrepôt et la clôture en vue de sécuriser le site.

Certains équipements complémentaires seront acquis: moto DT 125, mobilier de bureaux, étagères métalliques et palettes plastiques du magasin de stockage, extincteurs, groupe électrogène, coffre-fort métallique, élévateur, split, et équipement informatique complémentaire (LCD, Laptop et Desktop). Pour ces équipements, les responsables du programme veilleront à prendre en compte la dimension écologique dans les critères d'achat (consommation énergétique, choix des matériaux, priorité aux matériaux locaux, possibilités de recyclage, etc.).Le programme assurera aussi le paiement annuel de la licence du logiciel APISOFT auprès du fournisseur.

L'ensemble de cet investissement est estimé à 292.500 Euros (soit 277.500 Euros pour investissements et 15.000 Euros pour la licence Apisoft)

---

<sup>19</sup> Ce qui correspond à des Lignes de crédit dans la pratique

### **3.4.2.1.4 Activité C.01.04 : Appuyer le fonctionnement pour l'autonomie des CDR**

#### Subventions de fonctionnement

Des subventions seront données aux trois CDR pour un montant de :

- 210 000 Euros à la CDR CAMENE y compris les dépôts de Karawa et de Gemena ;
- 140 000 Euros à la CDR CAMEBASU y compris le Dépôt relais d'Idiofa et
- 100 000 Euros à la CDR CAMEKIS.

Ces subventions ne seront pas ciblées mais participeront à couvrir le budget de fonctionnement des CDR et devront être justifiées conformément les prescriptions du programme.

L'objectif de ces subventions est double, (i) d'une part que les CDR n'augmentent pas leur marge qui est actuellement de 15% pour ne pas augmenter le prix public du ME et aussi de permettre aux dépôts secondaires et relais d'être plus viables et (ii) d'autre part, ces subventions permettront aux CDR de faciliter l'autofinancement en fin programme.

#### Reconstitution d'un stock tampon.

Pour leur permettre de répondre promptement aux commandes des FOSA, le programme prévoit de financer la reconstitution d'un stock tampon dans toutes les CDR ciblées pour un montant total de 310.000 Euros, à raison de 150.000 Euros pour le CDR de Kisangani, 80000 Euros pour le CDR de Kikwit et 80000 Euros pour le CDR Bwamanda. Cet appui sera dégressif et couvrira les deux premières années du programme.

Pour faciliter une gestion saine et améliorer la bonne gouvernance, un audit comptable des CDR sera réalisé annuellement et le programme appuiera la participation des CDR à la table ronde de l'inter CDR pour un montant global de 63.000 Euros (45.000 Euros pour l'audit comptable et 18.000 Euros pour couvrir les charges supplémentaires à la participation à l'inter CDR).

### **3.4.2.2 Résultat 11 : Le rôle du Programme National d'Approvisionnements en Médicament (PNAM) dans la coordination et supervision du SNAME renforcé**

#### **3.4.2.2.1 Activité C.02.01 : Appuyer le développement de l'environnement de travail**

*Prérequis pour mettre en œuvre cette activité : i) le taux d'exécution du budget de fonctionnement du Ministère de la Santé publique (tel que décrit dans le CDSMT 2015-2017 et repris dans 4.1.2.3) est progressif d'une façon significative en comparaison avec l'année précédente, ii) le taux d'exécution du budget pour les rémunérations des Directions appuyées (tel que décrit dans le CDSMT 2015-2017 et repris dans 4.1.2.3) est progressif d'une façon significative en comparaison avec l'année précédente, iii) les prérequis définis dans le chapitre sous le paragraphe 2.5, iv) la participation de l'ATI à la sélection du nouveau personnel dans le cadre d'un plan de rationalisation de la Direction.*

#### Appui aux ressources matérielles

- Disposer d'un véhicule 4X4 (35 000 euros) afin de faciliter les déplacements lors de la supervision des CDR, ce véhicule vient en complément d'un véhicule remis par le projet CTB/CDR2.
- Disposer d'équipements informatiques et bureautiques (10 000 euros) afin de compléter les appuis de l'UNFPA. Les postes informatiques seront mis à disposition du personnel non encore pourvu.
- Pour un fonctionnement durable, car l'électricité n'étant pas toujours présente, le PNAM devra remplacer son groupe électrogène (achat datant du projet CTB/CDR1). Ce groupe devrait être complété par des panneaux solaires (selon analyse coût/efficacité). Coût de l'opération : 50 000 euros.

### Appui au fonctionnement

Le PNAM fonctionne depuis 2006, grâce à l'appui au développement institutionnel de la Coopération belge.

- Ses dépenses de fonctionnement regroupent le carburant, l'électricité, les fournitures de bureau. Coût total sur 3 ans : 90 000 euros, soit 2500 euros par mois.
  - Un complément de salaire est prévu pour le personnel (20 employés). Coût total sur 3 ans : 144 000 euros soit 4000 euros par mois y compris la venue d'un informaticien spécialiste APISOFT, qui sera intégré dans l'équipe selon le nouvel organigramme. Ce montant est une estimation maximale.
- Pour des consultances court terme , un montant de 135 000 Euros est prévu.

### **3.4.2.2.2 Activité C.02.02 : Appuyer la coordination et à la supervision du SNAME**

#### Appui à l'évaluation des CDR existantes

C'est une activité prioritaire du PNAM. Le PNAM évalue la gestion de 9 CDR par an soit en totalité 27 en 3 ans. L'évaluation supervision est réalisée en collaboration avec la DPS. Coût total du suivi, 135 000 euros, soit une équipe de 5 par CDR. Coût d'une mission CDR : de 5000 euros.

#### Appui à l'organisation de la table ronde annuelle inter-CDR

Cette mission est confiée au PNAM à l'issue de la mission d'audit organisationnel du PNAM réalisée fin 2014. Pour la préparation de cet atelier le PNAM est chargé de préparer la synthèse annuelle du :

- Suivi des indicateurs du tableau de bord d'évaluation des CDR ( qualité de la tenue des outils de gestion- niveau de disponibilité des médicaments dans les CDR- maintien du capital – Niveau d'accessibilité financière- respect de la conservation produits dont la chaîne du froid) ;
- Suivi des indicateurs du tableau de bord de gestion des CDR (FDR, Chiffres d'affaires, commandes clients dont les Fosas.
- Suivi des flux matières et financiers des CDR avec la FEDECAME

L'analyse de ces différents éléments et les conclusions qui en découlent seront synthétisés mensuellement avec l'appui de l'ATI, afin de présenter des résultats et des recommandations précises lors de l'atelier Inter-CDR. Le suivi de ces indicateurs au quotidien permet d'accélérer l'évaluation d'une CDR, si un problème est identifié à la lecture de ceux-ci. Coût total d'organisation (venue des représentants des 18 CDR + PNAM + FEDECAME sur 3 jours) : 20 000 euros par an, soit 60 000 sur 3 ans.

#### Appui à la mise à jour du Guide des CDR

Ce guide reprend les principales directives pour l'implantation des CDR. Il a été élaboré en 2008, puis révisé en 2010. En 2016, il devra être réactualisé pour se conformer aux réalités présentes. Coût total de l'atelier de révision : 12 500 euros.

#### Appui à l'accréditation des CDR

Dans les parties du pays où il n'y a pas de CDR, le PNAM identifie certaines structures (exemple : ancien dépôt PTF) qui pourraient jouer un rôle de futur CDR ou dépôts secondaires. Pour cela le PNAM doit faire un état des lieux et l'évaluer. Le nombre de structures à évaluer est encore inconnu, un budget de 10 000 euros est donc mis à disposition.

#### Appui au fonctionnement de la Sous-Commission approvisionnement/ distribution

Le PNAM est le président de la sous-commission appro-distribution. Cette sous-commission se réunit quatre fois par an.

Les matières traitées par cette sous-commission sont ensuite validées par la Commission Nationale du Médicament (CNM) que préside la DPM. Un budget de 3000 euros est mis à disposition pour organiser 4 réunions par an, soit 9000 euros sur 3 ans.

#### Appui à la promotion de « comportements rationnels »

Le PNAM doit promouvoir des comportements rationnels en matière de prescription, mais aussi la dispensation des médicaments dans le secteur public.

Le PNAM doit donc élaborer le formulaire thérapeutique national avec l'appui de l'ATI et si besoin d'une AT court terme. Coût de la rédaction et de l'édition : 20 000 euros.

#### Appui à la communication et marketing social

Le PNAM aura besoin d'étoffer sa bibliothèque.

Le PNAM sera amené à diffuser des rapports et autres documents, outils et normes qu'il aura élaborés. La promotion du SNAME pourra s'appuyer sur la diffusion de directives et autres informations techniques.

Un budget est mis à disposition pour le volet information, édition, diffusion de 15000 euros, soit, selon le besoin défini de 5000 euros par an.

#### Appui à la rédaction des outils techniques et mise à disposition

Les documents techniques, les outils et normes développées par le PNAM pourront être réalisés sous forme d'ateliers techniques, dans lesquelles participeront l'ATI et l'AT court terme selon le besoin défini.

Le PNAM pourra réaliser des ateliers de formation à l'utilisation des outils proposés avec l'appui de l'ATI. Afin de réaliser les ateliers de rédaction ou de validation, un budget est mis à disposition de 10 000 euros par an.

#### Appui PRECOB : formation du personnel PNAM

Suite à l'audit organisationnel du PNAM réalisé fin 2014, un plan de formation du personnel a été adopté et doit être mis en place dès 2016, au démarrage du programme et donc dès l'arrivée de l'ATI au PNAM. Il faut donc bien préciser que cet appui dépend d'un budget PRECOB.

### **3.4.2.3 Résultat 12 : Le fonctionnement de la FEDECAME et du BCAF Ouest renforcé afin d'assurer une disponibilité continue des médicaments dans les CDR.**

#### **3.4.2.3.1 Activité C.03.01 : Appuyer le BCAF Ouest**

##### ➤ **Appui aux ressources matérielles**

Le BCAF Ouest pourra ;

- Disposer d'un véhicule 4X4 (35 000 euros) afin de faciliter ses déplacements locaux et sur le terrain.
- Disposer d'un équipement logistique de manutention, détail en euros : un gerber (20 000), un élévateur (40 000), transpalettes (1500), diable (200 euros).
- Disposer d'étagères métalliques pour le stockage : 35 000 à 40 000 euros

##### ➤ **Appui au FDR sous forme de stock de sécurité (stock tampon)**

Afin d'augmenter sa capacité de distribution et d'éviter des ruptures de stocks, le BCAF Ouest doit pouvoir disposer d'un stock de sécurité suffisant pour pallier aux augmentations de consommation de

ses clients CDR et aux retards de livraison de ces fournisseurs. A cet effet, un montant de 200 000 euros est mis à disposition pour permettre au BCAF d'acheter auprès de ses fournisseurs pré-qualifiés selon les procédures d'achats validées par le MSP et les PTF, un stock tampon de médicaments essentiels génériques de qualité et à un prix accessible.

➤ **Appui au fonctionnement**

Une subvention pour les dépenses de fonctionnement regroupant le carburant, l'électricité, internet, les fournitures de bureau et les ressources humaines pour un montant de 144 000 Euros est prévue.

Les pharmaciens du BCAF doivent pouvoir échanger expériences et informations avec d'autres centrales d'achats si besoin. Un budget de 10 000 euros pour des missions et ateliers est mis à disposition pour cette activité.

**3.4.2.3.2 Activité C.03.02 : Appuyer le secrétariat de la FEDECAME**

Une AT Banque Mondiale positionné à la FEDECAME doit définir en 2015 un business plan pour la FEDECAME, le plan d'action qui en sortira peut proposer une réorganisation de la FEDECAME, au même titre que plan stratégique du SNAME qui est en attente de formulation qui peut aussi proposer d'autres changements.

➤ **Appui au fonctionnement**

Une subvention pour les dépenses de fonctionnement regroupant le carburant, l'électricité, internet, les fournitures de bureau, audit comptable et les ressources humaines pour un montant de 25 800 Euros est prévue.

➤ **Appui à l'assurance qualité médicament**

La FEDECAME finance chaque année la participation de deux pharmaciens BCAF à la rencontre annuelle de l'ACAME. Coût : 3000 euros/an

La FEDECAME Cotise annuellement à l'association QUAMED (3500 Euros/an). Il s'y ajoute participation annuelle au réseau QUAMED à Anvers (3 pharmaciens/an, 2500x3= 7500 Euros). Enfin, la FEDECAME fait participer deux pharmaciens des BCAF à l'assemblée générale de l'association en Belgique (5000 euros/an)

➤ **Appui communication partenaires**

La FEDECAME doit faire connaître de manière périodique l'évolution du fonctionnement de sa chaîne d'approvisionnement aux membres du GIBS, dès que le besoin est exprimé par les PTF. Il peut être accompagné par un représentant du PNAM. Un budget est mis à disposition : 2000 euros.

➤ **Appui à l'organisation d'atelier**

Selon les besoins exprimés de formation de la FEDECAME, un budget est mis à disposition de l'ATI PNAM pour réaliser des formations ou ateliers (assurance qualité, gestion de stock, analyse organisationnelle, révision des tableaux de bord ou indicateurs...) avec l'appui d'une consultance en gestion pharmaceutique. Ce budget est 30 000 euros pour les 3 ans

**3.4.2.4 Résultat 13 : Les principales fonctions réglementaires de la DPM (D3) renforcées dont en particulier, l'enregistrement et l'inspection.**

Les principales fonctions réglementaires la Direction de la Pharmacie et Médicaments (DPM) seront renforcées par des formations OMS : renforcement de la règlementaire, l'homologation des produits et l'inspection.

L'appui finance pour sa grande partie l'expertise OMS et pour une partie bien moindre les ateliers de formation, l'organisation de ces ateliers devra être financée par les autres PTF (BM, UE...).

#### **3.4.2.4.1 Activité C.04.01 : Appuyer le volet réglementaire**

La réglementation pharmaceutique en RDC doit être complètement revue et consolidée dans une loi organique comprenant notamment des dispositions claires relatives (Février 2008) : ( i) à la définition du médicament et différentes catégories- (ii) aux modalités de l'homologation avant mise sur le marché – (iii) aux modalités liées à la préparations, aux contrôles, à la vente en gros et la distribution au détail – (iv) aux divers modes d'exercice de la pharmacie et aux différentes restrictions de vente.

Une expertise OMS sera mise à disposition pour la révision des textes règlementaires et surtout élaborer les textes manquants ce qui impliquera : choix du consultant experts OMS, appui du consultant (minimum 1 mois, coût 20 000 euros), analyse et proposition de textes par le consultant, création d'un petit groupe technique qui se réunit une fois par semaine et qui analyse les propositions du consultant (4 à 6 rencontres ; coût 2000 euros), création d'un groupe plus large (40 personnes) en fin d'expertise qui valide les textes sur 3 J (coût 8 000 euros), participation financière des autres PTF pour la participation des délégués provinciaux et la reproduction des documents (BM, UE)

Un budget de 30 000 euros sera mis à disposition de l'OMS afin d'appuyer cette expertise (prise en charge du consultant + participation financière à la mise en place des groupes technique et de validation).

#### **3.4.2.4.2 Activité C.04.02 : Appuyer l'enregistrement des médicaments et à l'inspection**

##### Appui au volet enregistrement

La DPM doit mettre en place une commission nationale d'homologation en lieu et place de la commission interne d'évaluation et en incluant des évaluateurs externes

La DPM doit renforcer l'expertise initiale des évaluateurs notamment dans le domaine de l'évaluation des données de bioéquivalence (Février 2008), identifier et utiliser des experts externes avec des domaines de compétence variés (chimie, galénique, pharmacologie, bio statistiques, épidémiologie, clinique, vétérinaire, autres.), provenant d'autres organismes ou institutions (Facultés, Hôpitaux, etc....).

Une expertise OMS sera mise à disposition pour la formation (6 jours) des experts externes de la commission d'homologation en évaluation des dossiers techniques : choix de deux formateurs OMS, identification des experts de la commission externe (20 personnes).

Un budget de 20 000 Euros sera mis à disposition de l'OMS afin d'appuyer cette expertise (prise en charge des 2 consultants). La participation financière à l'atelier est à rechercher auprès des autres PTF.

##### Appui au volet Inspection

Le nouveau cadre organique du secrétariat général à la santé publique prévoit la création d'un service des inspections pharmaceutiques au sein de l'inspection générale de la Santé.

La DPM doit capitaliser sur les formations initiales dispensées à son personnel et renforcer les compétences acquises dans des domaines plus spécialisés (produits biologiques, produits stériles,...). Des formations aux BPD et aux BPO doivent être dispensées.

Une expertise OMS sera mise à disposition pour la formation (6 jours) des inspecteurs (20 personnes) aux Bonnes Pratiques de distribution : choix des deux formateurs OMS, identification des inspecteurs à former par la DPM

Un budget de 30 000 euros sera mis à disposition de l'OMS afin d'appuyer cette expertise (prise en charge des deux consultants). La participation financière à l'atelier est à rechercher auprès des autres PTF.

### 3.4.3 Indicateurs et sources de vérification (OS3)

Les indicateurs de suivi seront présentés de façon explicite dans les plans opérationnels annuels et seront désagrégés par sexe et par âge. A la SMCL de démarrage, des données de départ seront présentées afin de pouvoir apprécier l'avancement des indicateurs.

**Tableau 6: Schéma de montage des indicateurs pour le SNAME**

<i>Niveau</i>	<i>Indicateurs système santé RDC ('le quoi')</i>	<i>Marqueurs de progrès –indicateurs programme ('le comment')</i>
Objectif général (performance du secteur)	indicateurs PNDS	
Objectif spécifique (influence programme)	indicateurs PNDS, SNIS, plan stratégique SNAME,	marqueurs de progrès liés aux orientations stratégiques du SRSS
Résultats (influence programme)	Indicateurs SNIS, PAO, SNAME	Indicateurs à valider (cf. infra) Marqueurs de progrès par résultat et par acteur à définir
Domaines d'activité (influence programme)	Indicateurs SNIS, PAO, SNAME Indicateurs programme	Indicateurs et marqueurs de progrès liés aux protocoles de recherche-action

Une mission préalable peut être proposée pour valider ces indicateurs et les mesurer au démarrage du programme, sachant que le plan stratégique du SNAME est en cours de révision et que d'autres PTF vont appuyer le SNAME: voir leur pertinence par rapport à la capacité à les collecter et à les mesurer.

Un certain nombre d'indicateurs ont déjà été élaborés par le PNAM pour le suivi de la performance des CDR ; ceux-ci sont déjà très nombreux et donc difficiles d'en faire une évaluation régulière. Il conviendrait de rester dans ces indicateurs mais de les réduire.

#### 3.4.3.1 Par rapport à l'atteinte de l'objectif spécifique (OS3)

<i>Indicateurs</i>	<i>Sources de vérification</i>
% d'augmentation du chiffre d'affaires des CDR ciblées par le programme	Rapport d'audit externe de CDR (Bilan et compte d'exploitation des 3 CDR)
Taux d'autonomie financière des 3 CDR	Répertoire DPM des produits enregistrés
Majorité des produits pré-qualifiés par la FEDECAME présents dans les CDR	Rapport d'évaluation PNAM Rapport activités AT au PNAM

#### 3.4.3.2 Par rapport à l'atteinte des résultats (OS3)

##### 3.4.3.2.1 Par rapport à l'atteinte du résultat 10

<i>Indicateurs</i>	<i>Sources de vérification</i>
Locaux de stockage effectivement	PV de réception des locaux



disponibles et équipés	Compte d'exploitation des CDR et indicateurs de suivi PNAM PV de réception et facture d'achat BCAF Catalogue produits et prix de cession Analyse Vente clients dans CDR
Présence d'un stock de sécurité suffisant dans les 3 CDR	

#### 3.4.3.2.2 Par rapport à l'atteinte du résultat 11

Indicateurs	Sources de vérification
Nb de CDR évaluées / 18 CDR par an	Rapport d'évaluation des CDR
Nb de CDR accréditées / nb d'évaluations effectuées	Rapport inter-CDR Indicateurs de suivi PNAM
Nb de réunions sous-commissions d'approvisionnement (MEG/PPP) / nb prévu	Rapport activités AT au PNAM

#### 3.4.3.2.3 Par rapport à l'atteinte du résultat 12

Indicateurs	Sources de vérification
Locaux de stockage effectivement disponibles et équipés	PV de réception des locaux Indicateurs de suivi du PNAM
Augmentation significative du CA du BCAF Ouest	Compte d'exploitation BCAF Rapport de dépouillement des appels d'offres
Nombre correct de produits et de fournisseurs pré-qualifiés	Listing prix de cession BCAF
Prix de cession acceptable du BCAF pour les produits traceurs (prix référence centrale Afrique et catalogue IDA)	

#### 3.4.3.2.4 Par rapport à l'atteinte du résultat 13

Indicateurs	Sources de vérification
Augmentation significative du nombre de produits enregistrés en RDC	Répertoire DPM des produits disposant d'une AMM Rapports de la commission externe d'évaluation des AMM
Augmentation significative du nombre d'inspecteurs formés au BPD	Rapport d'expertise formation OMS
Augmentation significative du nombre d'inspections établissements pharmaceutiques	Rapport d'évaluation BPD des inspecteurs

### 3.4.4 Hypothèses et risques (OS3)

#### 3.4.4.1 Hypothèses de base

Le renforcement du SNAME passe par l'implication politique, technique et financière du ministère de la santé Congolais et des PTF afin d'assurer l'achat et la distribution continu des médicaments essentiels vers les Fosa en s'appuyant sur les acteurs de la FEDECAME que sont les BCAF et les CDR et en renforçant les acteurs de la régulation et de la supervision du secteur pharmaceutique que sont la DPM, le PNAM et les DPS. Hypothèses :

- Le gouvernement s'engage à payer un salaire suffisant pour les acteurs du SNAME.
- Le MSP s'engage à mettre à la disposition des structures du PNAM et de la DPM du personnel rationalisé
- Le MSP s'engage à rendre au BCAF Ouest via le PNAM le DCMF
- Les PTF s'engagent au respect du circuit SNAME
- Les PTF s'engagent à appuyer financièrement la FEDECAME, le PNAM et la DPM d'une façon concertée.
- Les PTF s'engagent à mettre à disposition du BCAF Ouest un fonds de roulement pour préfinancer ses fournisseurs et constituer un stock tampon (de sécurité)

Des hypothèses plus spécifiques par résultat sont reprises dans le cadre logique en annexe 7.1.

#### 3.4.4.2 Analyse des risques

Risques	Niveau de probabilité	Niveau d'impact	Mesures d'atténuation
<i>Liés à l'objectif spécifique 3</i>			
Financement insuffisant des acteurs du SNAME	Moyen	Haut	Mobilisation plus importante des PTF
Blocages par rapport à la réglementation concernant les ME	Haut	Haut	Assurer un accompagnement fort de la DPM dans l'enregistrement et l'inspection pharmaceutique
Refus de certains PTF de sécuriser le stock tampon au BCAF Ouest	Moyen	Haut	Sensibilisation continue du programme au niveau du GIBS et PTF
<i>Lié au Résultat 10 CDR</i>			
Les formations sanitaires ne s'approvisionnement pas en priorité sur le marché public	Moyen	Haut	Les DPS et équipes cadres doivent s'engager à sensibiliser les Fosa à ne s'approvisionner exclusivement qu'à la CDR

Prescription élevée de spécialités par les prestataires de soins	Bas	Haut	Former les prestataires à la prescription et respect de la LNME par niveau de soin
<i>Lié au Résultat 11 PNAM</i>			
Sollicitation trop importante du personnel technique pour des missions pour répondre aux besoins de chaque PTF	Moyen à haut	Haut	Concertation forte et permanente des PTF au sein du GIBS  Améliorer les conditions salariales du personnel du PNAM avec un engagement progressif de l'état
Suivi des CDR et FEDECAME insuffisant	moyen	Haut	Accompagnement technique de l'ATI
<i>Lié au Résultat 12 FEDECAME</i>			
Implication financière insuffisante des PTF (en particulier BCAF Ouest)	Moyen à haut	Haut	Concertation forte et permanente des PTF au sein du GIBS
Achat hors FEDECAME (BCAF) des PTF	Moyen	Haut	Concertation forte et permanente des PTF au GIBS et lors des CPN
<i>Lié au Résultat 13 DPM</i>			
Blocage des processus des reformes	Moyen	Moyen	Renforcement des organes de concertation
Non priorisation des fonctions réglementaires prioritaires pour la DPM	Moyen	Haut	Concertation forte et permanente des PTF avec le GIBS et au CPN  Complémentarité de l'appui financier des PTF

## 4 RESSOURCES

### 4.1 Ressources financières

#### 4.1.1 Contribution belge

<b>BUDGET TOTAL RDC 14 193 11</b>		Mode d'exéc.	BUDGET TOTAL	%
<b>A</b>	<b>Objectif spécifique 1 : Les capacités managériales de la DEP sont renforcées</b>		<b>2.354.500</b>	<b>25%</b>
A 01	Planification coordonnée		177.500	2%
A 02	Coordination & renforcement sectoriel		365.500	4%
A 03	Développement & gestion de l'information stratégique		141.500	1%
A 04	Production des documents stratégiques du secteur		164.000	2%
A 05	Renforcement du Management de la DEP		1.506.000	16%
<b>B</b>	<b>Objectif spécifique 2 : Les capacités managériales de la DLM sont renforcées</b>		<b>1.845.500</b>	<b>19%</b>
B 01	Coordination & intégration des programmes spécialisés		150.500	2%
B 02	Renforcement surveillance & réponse contre les épidémies		179.500	2%
B 03	Renforcement du réseau des laboratoires provinciaux		244.500	3%
B 04	Renforcement du Management de la DLM		1.271.000	13%
<b>C</b>	<b>Objectif spécifique 3 : Approvisionnement régulier en MED par SNAME</b>		<b>3.773.800</b>	<b>40%</b>
C 01	Appui aux CDR de Kisangani, Bwamanda et Kikwit		1.803.500	19%
C 02	Appui au PNAM		1.295.500	14%
C 03	Appui à la FEDECAME (renforcement structures centrales)		594.800	6%
C 04	Appui à la DPM		80.000	1%
<b>X</b>	<b>Réserve budgétaire (max 5% * total activités)</b>		<b>173.600</b>	<b>2%</b>
X 01	Réserve budgétaire		173.600	2%
<b>Z</b>	<b>Moyens généraux</b>		<b>1.352.600</b>	<b>14%</b>
Z 01	Frais de personnel		792.300	8%
Z 02	Investissements		140.000	1%
Z 03	Frais de fonctionnement		223.800	2%
Z 04	Audit et Suivi et Evaluation		196.500	2%
<b>TOTAL</b>			<b>9.500.000</b>	

L'appui en logistique & infrastructures & Marché Public rendu par la représentation CTB à Kinshasa sera conditionné par un 'Service Level Agreement'.

Le coût de l'assistance technique est ventilé sur les lignes budgétaires A\_05\_03, B\_04\_03, C\_02\_01 et Z\_01\_01.

## 4.1.2 Contribution Congolaise

### 4.1.2.1 Contribution de l'état pour 2015 aux Directions appuyées par l'intervention

En se référant au budget de l'Etat pour la santé, particulièrement dans les états de suivi budgétaire de la santé par chapitre et financement, il se dégage que le gouvernement a prévu pour 2015:

#### Pour la DEP

un montant de 775.378.301 francs congolais soit 842.803 USD réparti de la manière suivante:

- Pour les dépenses en personnel: 250.147.250 francs congolais
- Pour les dépenses de prestations (activités) : 446.764.301 francs congolais
- Pour les dépenses de biens et matériels: 65.530.500 francs congolais

#### Pour la DLM

un montant de 527.997.839 francs congolais soit 573.911 USD réparti de la manière suivante:

- Pour les dépenses de personnel: 200.401.500 francs congolais
- Pour les dépenses de biens et matériels: 65.530.500 francs congolais
- Pour les dépenses de prestations: 212.065.839 francs congolais
- Pour les interventions sociales (en cas d'épidémies ou autres urgences): 50.000.000 francs congolais.

On peut ajouter à ce niveau qu'il est prévu dans le budget 2015, un appui à la direction de laboratoire d'une hauteur de 417.972.911 francs congolais (soit 454.318 \$ USD); un appui à la direction de l'hygiène de 417.997.839 francs congolais (soit 454.345 \$ USD); un appui au programme national de l'hygiène aux frontières de 1.917.231.735 (soit 2.083.948 \$ USD); et enfin un appui à l'INRB de 313.759.836 francs congolais (soit 341043 \$USD).

#### Pour la SNAME

un montant de 990.826.744 francs congolais soit 1.076.986 USD réparti de la manière suivante:

- Pour la direction de Pharmacie, Médicaments et Plantes médicinales: 397.918.492 francs congolais
- Pour la direction de l'équipement et matériel médico-sanitaire: 417.997.839 francs congolais
- Pour le dépôt central médico-pharmaceutique (DCMP): 174.910.413 francs congolais

Il est important de noter que ces appuis du gouvernement concernent surtout le fonctionnement ainsi que les rémunérations du personnel, et non pas l'approvisionnement en médicaments ou en intrants.

### 4.1.2.2 Contribution à l'intervention

La contribution de la Partie Congolaise couvrira essentiellement :

- Les salaires de tous les fonctionnaires appelés à contribuer à l'exécution du programme ;
- La mise à disposition de locaux en nombre adéquats pour accueillir le personnel de la prestation;
- Le financement des frais d'entretien et maintenance des infrastructures publiques financées dans le cadre du programme ;
- La mise à disposition de personnel (notamment le temps consacré par les différents DI) ;
- La contre-valeur de la TVA sur tous les achats effectués dans le cadre du programme. Le paiement de tout impôt, droits de douane, taxes d'entrée, ainsi que tout autres taxes (y

compris la TVA) ou charges fiscales et administratives présentes et à venir sur les fournitures et équipements, travaux et prestations de service .Modalités de gestion financière

#### 4.1.2.3 Contribution à l'intervention chiffrée

La contribution est calculée sur base du CDSMT 2015-2017 par rapport aux 3 Directions concernées.

Pour 2016 (suivant CDSMT 2015-2017)	2.493.700 USD
Pour 2017 (suivant CDSMT 2015-2017)	2.493.700 USD
Pour 2018 (prochaine CDMST tenant compte d'une progressivité de l'engagement de l'état de 10%)	2.496.000 USD
<b>TOTAL</b>	<b>7.483.400 USD</b>

Le COMPAR et la SMCL veilleront à l'engagement réel du budget.

## 4.2 Ressources humaines

L'UDP, installée à Kinshasa au sein des bureaux de la DEP//DLM du MSP comprendra :

- **Un ATI de profil Santé Publique**, directeur de la composante (intervention) au niveau central et Coordinateur de Programme Santé, ancré à la DLM/DEP
- Un ATI Economiste de la Santé ancré à la DEP/(DAF).
- Un ATI en appui au SNAME ancré au PNAM.
- Un Responsable Administratif et Financier (RAF) national.
- Un Comptable vérificateur.
- Un Program Financial Officer chargé du suivi et renforcement des capacités dans le cadre des Accords d'Exécution et des Accords de Financement.
- Le personnel de support (administratif technique, et logistique) : secrétaire/caissière, chauffeurs

Des modalités de mise en œuvre seront définies dans un SLA entre l'UDP et la Représentation de la CTB pour les services logistiques, marchés publics et autre services.

Des expertises techniques perlées, sous forme de consultance, pourront être définies au cours de l'exécution des activités pour des appuis ciblés.

La complémentarité avec les ATI mise à disposition par les autres PTF au niveau central se trouve en point 2.8.

#### Appui aux salaires des fonctionnaires

Dans les activités liées au développement de l'environnement de travail dans les trois objectifs spécifiques, certaines lignes budgétaires correspondent à des compléments de salaires. L'appui aux salaires des fonctionnaires correspond à 1.224.000 Euros soit 12,88% du budget total du PANC.

OS	Activité d'appui au développement des dynamique de travail	Total (Euros)	Coût de l'activité d'appui aux salaires (Euros)	%
OS 1 : Les capacités managériales de la DEP sont renforcées	Participation paiement primes personnel (DEP)	2.354.000	540.000	22,94%
OS 2 : Les capacités managériales de la DLM sont renforcées	Participation paiement primes personnel (DLM)	1.845.000	540.000	29,27%
OS 3 : Approvisionnement régulier en MED par SNAME	Complément de salaire cadres et agents PNAM: 20 personnes	3.773.800	144.000	3,81%
<b>Budget total</b>		<b>9.500.000</b>	<b>1.224.000</b>	<b>12,88%</b>

## 4.3 Ressources matérielles

### 4.3.1.1 Résumé

Construction bâtiment	550,000	35%
Véhicule	400,000	25%
Equipement bâtiment	255,000	16%
Bureautique	155,500	10%
Equipement logistique manutention	100,000	6%
Mobilier de bureau	70,000	4%
Groupe électrogène ou panneau solaire	50,000	3%
	<b>1,580,500</b>	<b>100%</b>

### 4.3.1.2 Détail

				unité	quantité	montant	Total
<b>A Objectif spécifique 1 : Les capacités managériales de la DEP sont renforcées</b>							
A 05 Renforcement du Management de la DEP							
A	05	02	Développement de l'environnement de travail				
			Compléter besoins en matériel roulant	Véhicule	2	35,000	70,000
			Compléter besoins en mobilier	Forfait	25	1,000	25,000
			Compléter besoins en bureautique	Forfait	25	2,000	50,000
<b>B Objectif spécifique 2 : Les capacités managériales de la DLM sont renforcées</b>							
B 04 Renforcement du Management de la DLM							
B	04	02	Développement de l'environnement de travail				
			Compléter besoins en matériel roulant	Véhicule	3	35,000	105,000
			Compléter besoins en mobilier	Forfait	25	1,000	25,000
			Compléter besoins en bureautique	Forfait	25	2,000	50,000
<b>C Objectif spécifique 3 : Approvisionnement régulier en MED par SNAME</b>							
C 01 Appui aux CDR de Kisangani, Bwamanda et Kikwit							
C	01	01	CDR Kisangani viable avec disponibilité MED				
			Equipement bâtiments	Unité	1	100,000	100,000
			Equipements informatiques/ CDR	Forfait	1	13,000	13,000
			Construction bâtiment (stockage) à la CDR	Unité	1	150,000	150,000
			Moyen de locomotion (Vehicule 4x4)	Unité	1	40,000	40,000

				unité	quantité	montant	Total	
C	01	02	CDR Bwamanda viable avec disponibilité MED					
			Equipement bâtiments	Unité	1	90,000	90,000	
			Equipements informatiques/ CDR CAMENE	Forfait	1	10,000	10,000	
			Construction bâtiment (stockage) /CDR CAMENE	Unité	1	200,000	200,000	
C	01	03	CDR Kikwit viable avec disponibilité MED					
			Equipement bâtiments	Unité	1	65,000	65,000	
			Equipements informatiques	Forfait	1	7,500	7,500	
			Construction bâtiment (stockage) , en contribution autres PTF	Unité	1	200,000	200,000	
C	02	Appui au PNAM						
C	02	01	Développement de l'environnement de travail					
			Achat véhicule 4 X4	Unité	1	40,000	40,000	
			Equipements informatiques et bureautiques	Unité	1	10,000	10,000	
			Groupe électrogène ou panneau solaire	Unité	1	50,000	50,000	
C	03	Appui à la FEDECAME (renforcement structures centrales)						
C	03	01	Appui BCAF Kinshasa					
			Achat Véhicule BCAF 4X4	Unité	1	40,000	40,000	
			Equipement logistique manutention	Forfait	1	100,000	100,000	
<b>Z</b>	<b>Moyens généraux</b>							
Z	02	Investissements						
Z	02	01	Véhicules					
			Véhicules ATI	Unité	3	35,000	105,000	
Z	02	02	Equipement bureau					
			Mobilier ATI + équipe CTB	forfait	1	20,000	20,000	
Z	02	03	Equipement IT					
			Bureautique ATI + équipe CTB	forfait	1	15,000	15,000	
<b>TOTAL</b>							<b>1,580,500</b>	



## 4.4 Budget

BUDGET TOTAL RDC 14 193 11		Mode d'exéc.	BUDGET TOTAL	%	% OS	ANNEE 1	ANNEE 2	ANNEE 3
<b>A Objectif spécifique 1 : Les capacités managériales de la DEP sont renforcées</b>			<b>2.354.500</b>	<b>25%</b>	<b>100%</b>	<b>916.500</b>	<b>761.500</b>	<b>676.500</b>
A 01	<i>Planification coordonnée</i>		177.500	2%	7,5%	82.500	52.500	42.500
A 01 01	Poursuivre les appuis aux processus de planification	Régie	109.500		5%	36.500	36.500	36.500
A 01 02	Développer les outils de planification	Régie	68.000		3%	46.000	16.000	6.000
A 02	<i>Coordination &amp; renforcement sectoriel</i>		365.500	4%	15,5%	108.500	148.500	108.500
A 02 01	Appui aux organes et mécanismes de coordination	Régie	72.000		3%	24.000	24.000	24.000
A 02 02	Appui technique mise en oeuvre stratégie sectorielle	Régie	203.500		9%	54.500	94.500	54.500
A 02 03	Appui à la mise en oeuvre de la DAF	Régie	90.000		4%	30.000	30.000	30.000
A 03	<i>Développement &amp; gestion de l'information stratégique</i>		141.500	1%	6,0%	60.500	50.500	30.500
A 03 01	Renforcement de la collecte des données	Régie	31.500		1%	10.500	10.500	10.500
A 03 02	Développement d'un outil "centre de veille stratégique"	Régie	110.000		5%	50.000	40.000	20.000
A 04	<i>Production des documents stratégiques du secteur</i>		164.000	2%	7,0%	63.000	53.000	48.000
A 04 01	Appui à la mobilisation des expertises en recherche	Régie	110.000		5%	45.000	35.000	30.000
A 04 02	Appui à l'élaboration des politiques et des réformes	Régie	54.000		2%	18.000	18.000	18.000
A 05	<i>Renforcement du Management de la DEP</i>		1.506.000	16%	64,0%	602.000	457.000	447.000
A 05 01	Développement administratif et financier	Régie	20.000		1%	10.000	10.000	0
A 05 02	Développement de l'environnement de travail	Régie	325.000		14%	205.000	60.000	60.000
A 05 03	Développement de la dynamique de travail (dont 46.5% pour l'appui aux salaires)	Régie	1.161.000		49%	387.000	387.000	387.000
<b>B Objectif spécifique 2 : Les capacités managériales de la DLM sont renforcées</b>			<b>1.845.500</b>	<b>19%</b>	<b>100%</b>	<b>790.000</b>	<b>537.500</b>	<b>518.000</b>
B 01	<i>Coordination &amp; intégration des programmes spécialisés</i>		150.500	2%	8,2%	82.000	36.000	32.500
B 01 01	Structuration des programmes spécialisés	Régie	24.000		1%	12.000	6.000	6.000
B 01 02	Intégration programmes spécialisés dans les DPS	Régie	38.500		2%	14.000	14.000	10.500
B 01 03	Mise en oeuvre outils programmatiques, normes, directives	Régie	88.000		5%	56.000	16.000	16.000
B 02	<i>Renforcement surveillance &amp; réponse contre les épidémies</i>		179.500	2%	9,7%	77.500	51.000	51.000
B 02 01	Appui aux investigations & ripostes au niveau central	Régie	78.000		4%	46.000	16.000	16.000
B 02 02	Appui technique au niveau des DPS	Régie	57.000		3%	19.000	19.000	19.000
B 02 03	Renforcement des outils d'information sanitaire spécifique	Régie	44.500		2%	12.500	16.000	16.000
B 03	<i>Renforcement du réseau des laboratoires provinciaux</i>		244.500	3%	13,2%	83.500	83.500	77.500
B 03 01	Renforcement de l'INRB	Régie	27.000		1%	11.000	11.000	5.000
B 03 02	Soutien au réseau périphérique de laboratoire de santé	Régie	217.500		12%	72.500	72.500	72.500
B 04	<i>Renforcement du Management de la DLM</i>		1.271.000	13%	68,9%	547.000	367.000	357.000
B 04 01	Développement administratif et financier	Régie	20.000		1%	10.000	10.000	0
B 04 02	Développement de l'environnement de travail	Régie	360.000		20%	240.000	60.000	60.000
B 04 03	Développement de la dynamique de travail (dont 60.6 % pour l'appui aux salaires)	Régie	891.000		48%	297.000	297.000	297.000

BUDGET TOTAL RDC 14 193 11		Mode d'exéc.	BUDGET TOTAL	%	% OS	ANNEE 1	ANNEE 2	ANNEE 3
<b>C Objectif spécifique 3 : Approvisionnement régulier en MED par SNAME</b>			<b>3.773.800</b>	<b>40%</b>	<b>100%</b>	<b>1.946.600</b>	<b>1.228.600</b>	<b>598.600</b>
C 01	Appui aux CDR de Kisangani, Bwamanda et Kikwit		1.803.500	19%	47,8%	986.500	671.000	146.000
C 01 01	CDR Kisangani viable avec disponibilité MED	Régie	529.000		14%	290.000	232.000	7.000
C 01 02	CDR Bwamanda viable avec disponibilité MED	Régie	401.000		11%	197.000	197.000	7.000
C 01 03	CDR Kikwit viable avec disponibilité MED	Régie	378.500		10%	284.500	87.000	7.000
C 01 04	Appui commun pour l'autonomie des CDR	Régie	495.000		13%	215.000	155.000	125.000
C 02	Appui au PNAM		1.295.500	14%	34,3%	508.500	401.000	386.000
C 02 01	Développement de l'environnement de travail (dont 14.3% pour l'appui aux salaires)	Régie	1.004.000		27%	398.000	303.000	303.000
C 02 02	PNAM coordonne et supervise le SNAME	Régie	291.500		8%	110.500	98.000	83.000
C 03	Appui à la FEDECAME (renforcement structures centrales)		594.800	6%	15,6%	386.600	141.600	66.600
C 03 01	Appui BCAF Kinshasa	Régie	489.000		13%	343.000	98.000	48.000
C 03 02	Appui au secrétariat FEDECAME	Régie	105.800		3%	43.600	43.600	18.600
C 04	Appui à la DPM		80.000	1%	2,1%	65.000	15.000	0
C 04 01	Appui à la fonction réglementation: élaboration textes	Régie	30.000		1%	15.000	15.000	0
C 04 02	Appui formation Enregistrement et Inspection	Régie	50.000		1%	50.000	0	0
X	<b>Réserve budgétaire (max 5% * total activités)</b>		<b>173.600</b>	<b>2%</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>173.600</b>
X 01	Réserve budgétaire		173.600	2%		0	0	173.600
X 01 01	Réserve budgétaire REGIE	regie	173.600					173.600
Z	<b>Moyens généraux</b>		<b>1.352.600</b>	<b>14%</b>		<b>559.200</b>	<b>389.200</b>	<b>404.200</b>
Z 01	Frais de personnel		792.300	8%		264.100	264.100	264.100
Z 01 01	Assistant technique	Régie	270.000			90.000	90.000	90.000
Z 01 02	Equipe finance et administration	Régie	372.900			124.300	124.300	124.300
Z 01 03	Autres frais de personnel	Régie	149.400			49.800	49.800	49.800
Z 02	Investissements		140.000	1%		140.000	0	0
Z 02 01	Véhicules	Régie	105.000			105.000	0	0
Z 02 02	Equipement bureau	Régie	20.000			20.000	0	0
Z 02 03	Equipement IT	Régie	15.000			15.000	0	0
Z 03	Frais de fonctionnement		223.800	2%		74.600	74.600	74.600
Z 03 01	Services et frais de maintenance	Régie	15.000			5.000	5.000	5.000
Z 03 02	Frais de fonctionnement des véhicules	Régie	28.800			9.600	9.600	9.600
Z 03 03	Télécommunications	Régie	18.000			6.000	6.000	6.000
Z 03 04	Fournitures de bureau, petit matériel, consommables informat	Régie	18.000			6.000	6.000	6.000
Z 03 05	Missions	Régie	82.500			27.500	27.500	27.500
Z 03 06	Frais SMCL	Régie	7.500			2.500	2.500	2.500
Z 03 07	Frais SDS (SMCL Programme)	Régie	18.000			6.000	6.000	6.000
Z 03 08	Formation	Régie	18.000			6.000	6.000	6.000
Z 03 09	Frais financiers	Régie	18.000			6.000	6.000	6.000
Z 04	Audit et Suivi et Evaluation		196.500	2%		80.500	50.500	65.500
Z 04 01	Frais de baseline, suivi et évaluation	Régie	60.000			20.000	20.000	20.000
Z 04 02	Atelier de démarrage	Régie	15.000			15.000		
Z 04 03	Audit	Régie	30.000			15.000		15.000
Z 04 04	Formation & suivi contrat-cadre gestion des déchets	Régie	9.000			3.000	3.000	3.000
Z 04 05	Support scientifique	Régie	60.000			20.000	20.000	20.000
Z 04 06	Backstopping	Régie	22.500			7.500	7.500	7.500
<b>TOTAL</b>			<b>9.500.000</b>			<b>4.212.300</b>	<b>2.916.800</b>	<b>2.370.900</b>

## 5 MODALITÉS D'EXÉCUTION

### 5.1 Cadre Légal et Responsabilités

Le cadre légal de l'intervention « Programme d'Appui au Niveau Central dans le Cadre du PIC 2014-2015 de la Coopération Bilatérale RDC-Belgique » est fixé par :

- La Convention Générale signée entre la République Démocratique du Congo et le Royaume de Belgique en date du 27 mars 1990.
- Le Programme Indicatif de Coopération (2014-2015) signé entre la République Démocratique du Congo et le Royaume de Belgique en date du 4 avril 2014
- La Convention Spécifique à signer entre la République Démocratique du Congo et le Royaume de Belgique à l'issue du processus de formulation du programme. ci-après dénommées les Parties. Le présent Dossier Technique et Financier (DTF) fait partie intégrante de la Convention Spécifique. En cas de contradiction entre le texte du DTF et celui de la Convention Spécifique, c'est cette dernière qui prévaut.

Conformément aux procédures de la coopération belgo-congolaise en vigueur en République Démocratique du Congo, le programme sera mis en œuvre en régie par la CTB, en concertation avec l'ensemble des partenaires concernés. La CTB est responsable pour l'application du système, avec une responsabilité nationale plus accrue dans la mise en œuvre opérationnelle.

### 5.2 Cycle de vie de l'intervention

La Convention Spécifique porte sur une durée de quarante-huit (48) mois, à compter de la date de signature de celle-ci.

L'exécution de l'intervention est prévue pour une période de trente-six (36) mois.

Le cycle de vie de l'intervention comprend trois phases principales : Préparation, Mise en Œuvre et Clôture administrative.

*(Les guides de démarrage et de clôture des interventions constituent les documents de référence pour les phases de préparation, de démarrage et de clôture. Le manuel de gestion administrative de la CTB en République Démocratique du Congo constitue la référence pour la phase de mise en œuvre)*

#### 5.2.1 Préparation

La phase de préparation de l'intervention couvre la période comprise entre l'approbation technique du DTF par la Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL) d'une part et la notification à la CTB par l'Etat belge de la signature de la Convention de Mise en Œuvre (CMO) d'autre part.

Les actions-clés suivantes doivent être réalisées pendant la phase de préparation:

- Préparation des démarches règlementaires nécessaires
- Identifications des RH à mobiliser
- Mobilisation de la contrepartie nationale
- Lancement des recrutements des RH internationales et nationales
- Préparation d'éventuels marchés (CSC) nécessaires en vue de la Baseline
- Préparation d'autres marchés éventuels
- Ouverture du compte principal

- Préparation des achats (CSC) de matériel (dont véhicules)

Les dépenses qui peuvent être effectuées pendant cette phase, dite « avant CMO » peuvent uniquement être des dépenses liées au recrutement et à la logistique de l'intervention.

Frais de personnel	/ €
Frais de recrutement de personnel	10 000 €
Frais logistiques	10 000 €
Achat véhicules, motos	350 000 €
Achat matériel ICT	25 000 €
Total	395 000 €

## 5.2.2 Exécution

La phase d'exécution se divise en 3 sous-phases : démarrage effectif, mise en œuvre, clôture opérationnelle.

### 5.2.2.1 Démarrage effectif

La phase de démarrage proprement dite débute dès la notification de la Convention de Mise en Œuvre et se conclut par la validation par la SMCL des éléments du rapport de démarrage.

Au début de cette phase la direction de l'intervention prend fonction et la SMCL d'ouverture de l'intervention se tient.

Les actions-clés suivantes doivent être réalisées durant cette étape (certaines assurant la continuité avec des démarches entamées durant la phase de préparation):

- Finalisation des processus de recrutement de l'assistance technique internationale et nationale et installation des RH dans leur fonction;
- Ouverture des comptes de l'intervention et l'établissement des mandats du personnel de l'intervention;
- Réalisation des formations nécessaires;
- Poursuite de marché(s) éventuel(s) relatif(s) à l'établissement de la Baseline;
- Etablissement du manuel de gestion administrative et financière du programme sur base du présent DTF et en faisant référence au manuel de gestion administrative de la CTB applicable en République Démocratique du Congo;
- Actualisation du tableau des risques ;
- Planification opérationnelle et financière de l'intervention;

Une planification détaillée des activités et des produits attendus de cette phase de démarrage est reprise dans le Guide de démarrage des interventions de la CTB.

La SMCL valide les éléments suivants :

- Le manuel de gestion opérationnelle de l'intervention

- La première planification opérationnelle et financière
- Le plan de travail de la Baseline

Le PV de cette SMCL et les éléments qu'elle valide constituent le rapport de démarrage.

#### **5.2.2.2 Mise en œuvre**

La mise en œuvre opérationnelle de l'intervention démarre à l'approbation du rapport de démarrage par la SMCL et se termine lors de l'approbation par la SMCL du planning de clôture.

#### **5.2.2.3 Clôture opérationnelle**

La phase de clôture débute au plus tard 6 mois avant la fin de l'exécution de l'intervention selon les modalités décrites dans le Guide de clôture des interventions de la CTB.

Programmation de la clôture : trois mois avant la phase de clôture, une planification détaillée des activités et des produits attendus de cette phase sera élaborée par la Direction de l'intervention et soumise à l'approbation de la SMCL.

Rapport final : il sera rédigé et présenté pour approbation à la SMCL dans les trois mois à dater de la fin des activités opérationnelles. Ce rapport final sera accompagné des documents de clôture opérationnelle et financière. Une fois ce rapport approuvé, l'équipe d'intervention est déchargée.

Au terme de la Convention Spécifique, les dépenses ne sont plus autorisées, sauf si elles sont liées à des engagements pris avant la fin de ladite Convention et actés dans le P.V. de la SMCL de clôture.

Après la clôture financière du projet, les fonds non utilisés seront gérés selon les modalités prévues dans la Convention Spécifique.

### **5.2.3 Clôture Administrative**

Le rapport final est mis à jour en fin de période de clôture opérationnelle et est envoyé par la CTB à la DGD pour demande de réception définitive. Une fois ce rapport approuvé par la DGD l'intervention est administrativement clôturée.

Après la clôture financière de l'intervention, les fonds non utilisés seront récupérés par l'Etat belge et ne pourront être transférés à d'autres interventions ou programme.

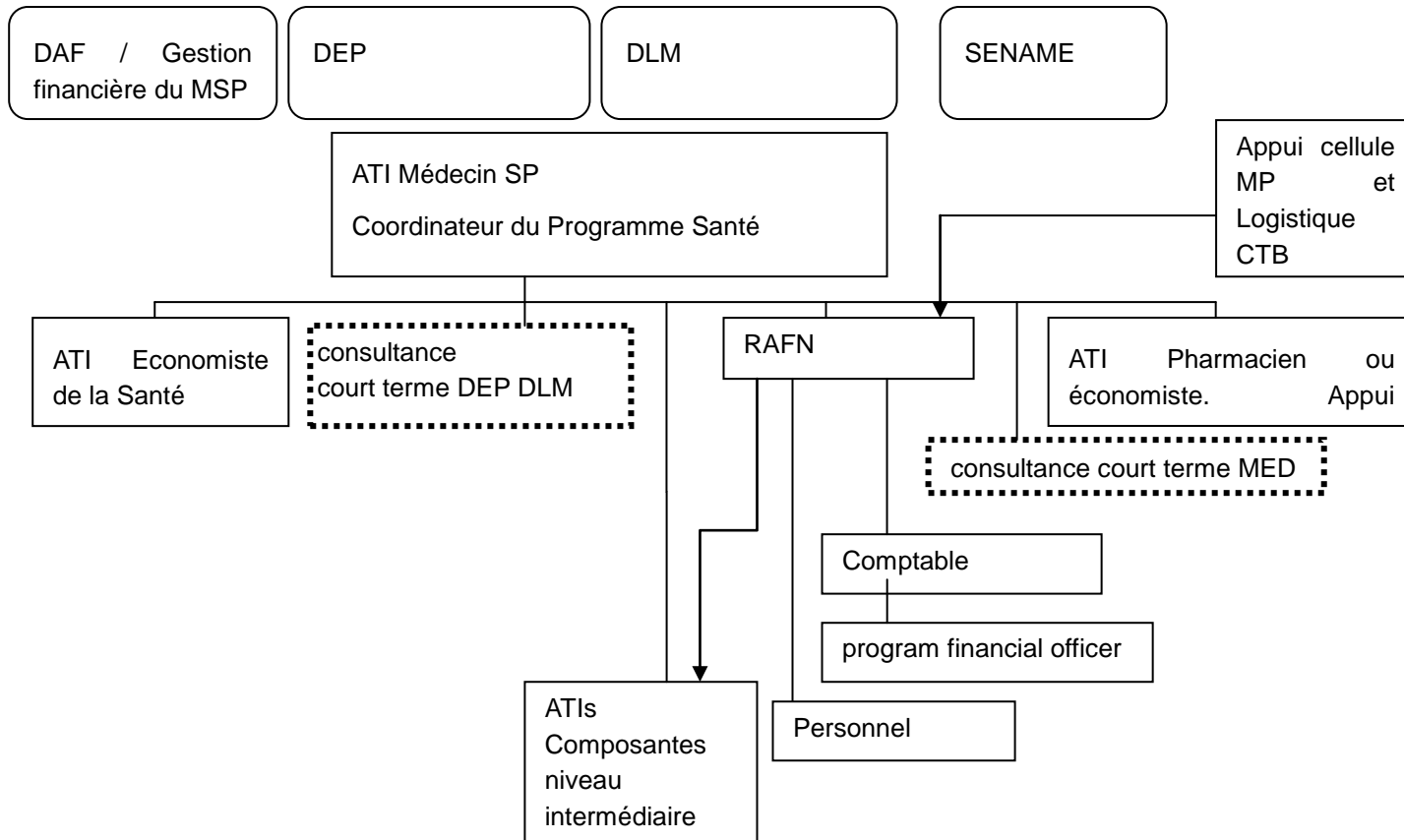
## **5.3 Cadre organisationnel pour le pilotage et la mise en œuvre**

Le pilotage et la mise en œuvre de l'intervention seront assurés par deux organes de gestion :

La Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL) et l'Unité de Direction du Programme (UDP)

### 5.3.1 Présentation générale (Organigramme Ancrage et équipe de intervention)

Figure 7 : schéma AT au niveau central en lien avec les autres composantes du programme



## 5.3.2 Structures de pilotage et de suivi

### 5.3.2.1 Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL)

Les parties congolaise et belge conviennent de créer une Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL). Celle-ci est en charge de la supervision et du pilotage stratégique de l'intervention.

Composition :

La SMCL est composée des membres suivants ou de leurs représentants:

- Le Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique ou son représentant.
- Le Représentant du Ministère du Plan.
- Le représentant du Ministère en charge de la Coopération Internationale.
- Le Représentant du Ministère de la Fonction Publique.
- Le Représentant Résident de la CTB ou son représentant.

Les Médecins Directeurs de la DEP, de la DLM et de la DPS ou leurs représentant, et les assistants techniques internationaux participent à la SMCL pour donner des informations et des explications mais n'ont pas droit de vote.

La SMCL peut inviter, toute autre personne qui apporte une contribution à l'intervention en qualité d'observateur ou d'expert<sup>20</sup>.

Les problèmes non résolus ainsi que les comptes rendus des travaux de la SMCL seront adressés au Comité des Partenaires (COMPAR) de la Coopération belgo-congolaise dans la semaine suivant chaque réunion.

#### **Compétences et attributions :**

Les compétences et attribution de la SMCL sont les suivantes :

- Superviser l'exécution des engagements pris par les parties;
- Approuver la programmation annuelle, opérationnelle et financière de l'intervention;
- Apprécier l'état d'avancement de l'intervention et l'atteinte de ses résultats sur la base des rapports de résultats ou des rapports de monitoring et en approuver les recommandations;
- Examiner les rapports d'audit et approuver les plans de mise en œuvre des actions qui sont élaborés en réponse aux recommandations du rapport;
- Examiner les rapports des revues à mi-parcours, approuver les recommandations qui y sont émises et approuver les plans de mise en œuvre des actions nécessaires;
- Valider des propositions d'Accords d'exécution et de financement non prévus dans le DTF;
- 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;
- Initier à tout moment des missions de revue technique ou d'audit financier;
- Assurer que les ressources humaines mises à disposition de l'intervention soient gérées de manière optimale ;

---

<sup>20</sup> Comme par exemple le coordinateur du programme, ainsi que les Ati des autres composantes et les DPS

- Résoudre tout problème de gestion relatif aux ressources financières ou matérielles, ou à l'interprétation du DTF;
- Procéder à la clôture de l'intervention, approuver le rapport final;
- Faire des recommandations pour la capitalisation et la pérennisation des acquis de l'intervention.

#### **Modes de fonctionnement :**

Le mode de fonctionnement de la SMCL est fixé comme suit :

- La SMCL établit son règlement d'ordre intérieur;
- La SMCL se réunit sur invitation de son Président ordinairement chaque semestre ou de façon extraordinaire à la demande d'un membre;
- La SMCL d'ouverture de l'intervention (SMCL 0) se réunit pour la première fois (au plus tard) dans les trois mois qui suivent la signature de la convention spécifique;
- La SMCL prend ses décisions selon la règle du consensus;
- Chaque réunion fait l'objet d'un procès-verbal signé par le Président et le Représentant Résident de la CTB. Une copie du PV signé est transmise à tous les autres participants par le président de la SMCL. Une copie du PV signé est également transmise à l'ambassade belge par la CTB;
- La SMCL tient également une réunion au plus tard 3 mois avant la fin des activités de l'intervention afin d'examiner la proposition de rapport final et de préparer les formalités de clôture;
- L'Unité de Direction du Programme est responsable de la préparation des réunions de la SMCL et en assure le secrétariat.

#### **5.3.2.2 Structure de Supervision (SDS)**

La SDS est l'instance mixte et paritaire mise en place au niveau national pour assurer la coordination général du programme de santé dans sa totalité.

Elle traite des choix stratégiques à prendre ou à faire entre le niveau central et le niveau DPS et entre les DPS. Au niveau des DPS, cette structure décidera sur les transferts de fond entre DPS.

La composition de la SdS:

- Le Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique ou son représentant.
- Le Représentant du Ministère du Plan.
- Le représentant du Ministère en charge de la Coopération Internationale.
- Le Représentant du Ministère de la Fonction Publique.
- Le Représentant Résident de la CTB ou son représentant.

La SdS invitera également en qualité d'expert/observateur, partie prenante et contributeur :

- Le coordonnateur du programme (ATI Santé Publique) ;
- Le directeur de la DEP
- Les représentants des trois DPS
- Les ATI de chaque province dans la composante provinciale
- L'ATI de la composante « Lutte contre la Violence Sexuelle »
- Toute autre personne sur invitation ayant une contribution utile



Le Coordinateur du Programme (ATI) assure le secrétariat de la SDS.

**Compétences et attributions envers les interventions « Programme Appui aux Divisions Provinciales de la santé et aux zones de santé » (PADP) et de « Programme de Lutte contre la Violence Sexuelle » (PLVS)**

La SdS assure la supervision macro (respect des normes nationales) du programme et ses composantes et la supervision de l'utilisation des moyens qui ne sont pas limités à une seule province. Ceci est réalisé par les activités suivantes :

- Superviser l'exécution des engagements pris par les parties au niveau nationale;
- Approuver la programmation annuelle financière consolidée du programme et en cas de besoin trancher sur les affectations à chaque province ;
- Apprécier l'état d'avancement du programme et l'atteinte de ses résultats sur la base du rapport de résultats consolidé et en approuver les recommandations qui dépasseraient le niveau d'une province individuelle;
- Assurer que les ressources humaines mises à disposition du programme soient gérées de manière optimale ;
- Procéder à la clôture du programme : approuver le rapport final consolidé;
- Faire des recommandations pour la capitalisation et la pérennisation des acquis du programme au-delà des provinces appuyées.
- Assurer, par voie de médiation, le bon fonctionnement du programme;
- Arbitrer et régler les décisions ne faisant pas consensus au niveau provincial;
- Résoudre tout problème lié à l'interprétation du DTF ;
- Suivre et superviser les activités d'appui que le niveau national (PANC) donne aux programmes provinciaux ;

**Modes de fonctionnement :**

Le mode de fonctionnement de la SDS est fixé comme suit :

- La SDS établit son règlement d'ordre intérieur;
- Elle se réunit au moins une fois par an (dans la marge de la revue technique annuelle du programme) ou quand nécessaire à la demande d'un de ces membres ;
- se réunit pour la première fois au plus tard un mois après la signature de la convention spécifique ;
- prend ses décisions selon la règle du consensus ;
- tient également une réunion au plus tard 3 mois avant la fin des activités du programme afin d'examiner la proposition de rapport final consolidée et de préparer les formalités de clôture du programme au niveau national ;
- tient également une réunion avant la fin de la validité de la convention spécifique afin d'approuver le rapport final et d'assurer les formalités de clôture ;

Les problèmes non résolus au niveau de la SdS sont portés en Comité des Partenaires (COMPAR).

**5.3.2.3 Autres structures de coordination (régionale, sectorielle, PTF...)**

La coordination technique se réalisera en partie à travers les organes de coordination congolaise. Elle passera également à travers des activités formelles d'échange entre les différentes composantes

du Programme Santé (Programme Appui au Niveau Central (PANC), Programme Appui aux Divisions Provinciales (PADP) et Programme Lutte contre la Violence Sexuelle (PLVS)).

L'ATI Coordinateur du Programme sera le point focal d'appui à l'ambassade de Belgique pour que celle-ci puisse remplir son rôle dans le GIBS et contribuer dans le dialogue politique sectoriel. A ce titre, il participera aux réunions du GIBS.

### 5.3.3 L'Unité de direction d'intervention

#### 5.3.3.1 Organisation et responsabilités

L'Unité de Direction du Programme (UDP) est l'instance de gestion quotidienne de l'intervention qui assure la mise en œuvre des activités, dès l'approbation de la programmation par la SMCL.

Toutes les décisions administratives, techniques et financières seront prises au quotidien par cette équipe, en concertation étroite avec les partenaires congolais, et les questions stratégiques à porter à la SMCL seront formulées et préparées à ce niveau. Cette manière de travailler assurera la pleine transparence entre les partenaires.

L'UDP, installée à Kinshasa au sein des bureaux de la DEP//DLM du MSP comprendra :

- **Un ATI de profil Santé Publique**, directeur de la composante (intervention) au niveau central et coordinateur de Programme Santé, ancré à la DLM/DEP
- Un ATI Economiste de la Santé ancré à la DEP/(DAF).
- Un ATI en appui au SNAME ancré au PNAM.

Ils seront appuyés par un Bureau de Programme :

- Un Responsable Administratif et Financier (RAF).
- Un Comptable vérificateur.
- Un Program Financial Officer chargé du suivi et renforcement des capacités dans le cadre des Accords d'Exécution et des Accords de Financement.
- Le personnel de support administratif technique, et logistique.

Des expertises techniques perlées, sous forme de consultance, pourront être définies au cours de l'exécution des activités pour des appuis ciblés. L'intervention bénéficiera également du support technique et opérationnel de la cellule Marchés Publics multi-sectorielle de la CTB ainsi que de la cellule Logistique/Infrastructure.

L'unité de direction de l'intervention est responsable de :

- Assurer la bonne exécution des activités liées à la phase de démarrage.
- Assurer la bonne exécution opérationnelle du projet décrit dans le présent DTF en concertation avec les partenaires congolais.
- Gérer administrativement et financièrement le programme dans le respect des normes mises en place par la CTB et du DTF.
- Assurer le monitoring de l'intervention et la gestion des risques.
- Organiser, superviser et coordonner les activités de terrain dans le cadre des programmations périodiques.
- Sélectionner et signer les conventions et contrats avec les prestataires et autres acteurs locaux dans les limites de leur mandat et accompagner les différents prestataires dans la mise

en œuvre des actions planifiées.

- Consolider et soumettre à la SMCL la planification opérationnelle et financière annuelle et de l'adaptation de cette planification en fonction de l'évolution de l'intervention.
- Proposer éventuellement à la SMCL les actualisations ou modifications nécessaires à apporter aux activités, aux résultats ou au budget.
- Assurer le secrétariat de la SMCL.
- Résoudre tout problème de gestion des ressources humaines, évaluer la compétence et les prestations des différents personnels mis à disposition de l'intervention et prendre toutes mesures d'encouragement ou de correction nécessaire;
- Rédiger les rapports périodiques d'exécution et de suivi évaluation.
- Contribuer au travail de recherche et de capitalisation.
- Assurer la bonne exécution des activités liées à la phase de clôture.

Le partenaire congolais identifiera des points focaux nationaux spécifiquement chargés de mobiliser les partenaires et les bénéficiaires du programme au moment du démarrage de chaque activité, de s'assurer des collaborations nécessaires au sein de l'administration, et de la tenir informée.

Les modalités de collaboration avec les différents partenaires clés du secteur seront définies dans des Accords d'Exécution et/ou des Accords de Financement.

### **5.3.3.2 Relation avec la coordination provinciale**

L'ATI coordinateur du programme assurera la coordination globale des différentes composantes du programme:

- Il travaillera avec les 3 UPP pour construire une programmation consolidée du programme ;
- Il assurera la consolidation des rapports de progrès provinciales pour la SDS ;
- Il assurera avec l'appui du RAF au niveau national la consolidation du suivi financier ;
- Il prépare les réunions de la SDS relatif aux interventions provinciales.

Il collaborera avec le coordinateur provincial de la CTB. Celui-ci a comme responsabilité envers le programme : i) appuyer la mise en œuvre du programme sur base de SLA , ii) veiller sur le respect des procédures de la CTB, iii) assurer une bonne articulation avec les interventions dans les autres secteurs, iv) représenter la CTB envers le gouvernement provincial, en impliquant le coordinateur du programme pour ce qui concerne le secteur de santé.

## **5.4 Gestion Opérationnelle**

Les modalités pratiques de gestion opérationnelle de l'intervention seront explicitées et détaillées dans un Manuel de gestion administrative spécifique au programme.

### **5.4.1 Planification opérationnelle**

Dans la logique d'une gestion opérationnelle conjointe, chaque année une planification opérationnelle et financière pour l'année suivante est préparée par l'Unité de Direction du Programme en concertation étroite avec le point focal du Programme, chargé de la gestion opérationnelle conjointe, dans chaque Direction appuyée (DEP, DLM, DAF, SNAME) et validée par la SMCL.

Dans la logique d'une gestion opérationnelle conjointe, chaque année une planification opérationnelle et financière pour l'année suivante est préparée par l'Unité de Direction du Programme en concertation étroite avec le co-responsable dans chaque Direction appuyée et validée par la SMCL.

Cette planification annuelle comprend les quatre éléments suivants :

- La planification des activités;
- La planification des Marchés publics ;
- La planification des Accords d'Exécution et de Financement;
- La planification financière

Elle se fera selon les procédures et modèles fournies par la CTB. La planification opérationnelle suivra le format du cadre logique et servira de base pour la programmation financière.

## 5.4.2 Gestion des ressources humaines

### **Responsabilités :**

Les assistants techniques internationaux financés par la contribution belge seront recrutés et engagés par la CTB. Ce personnel sera soumis à l'agrément préalable du partenaire. L'agrément sera valable pour toute la durée de la Convention Spécifique.

Ouverture des postes et recrutement:

La cellule RH de la Représentation appuiera le programme dans le recrutement du personnel national.

Tout poste est ouvert aux femmes et aux hommes et les femmes seront encouragées à postuler.

Pour les recrutements internationaux, l'avis de recrutement tiendra compte des termes de référence (TdR) (voir annexe 7.3)

### **Législation qui régit les contrats de travail:**

Les contrats du personnel international recruté à Bruxelles par la CTB sont régis par la législation belge.

Les contrats du personnel recruté en République Démocratique du Congo sont régis par la législation de la République Démocratique du Congo.

Les contrats de consultance ou d'expertise perleée (marchés de services) liés à un appel d'offre (sauf pour les contrats-cadre CTB) sont régis par le cadre juridique du 'Fonds Européen de Développement' en application de l'article 17 §1, 1° de la Loi du 15 juin 2006 relative aux marchés publics.

### **Prolongation de contrat:**

Toute prolongation de contrat du Responsable et autre personnel international devra obtenir l'agrément de la SMCL et est conditionné par une évaluation positive. Les autres prolongations de contrat devront obtenir l'accord du Responsable ainsi que de l'institution signataire du contrat.

### **Compléments de salaire :**

Des discussions entre l'état congolais et les PTF, au sein du secteur mais aussi au-delà du secteur, par rapport aux compléments de salaire, sont en cours. Le programme octroiera des compléments de salaire selon le mécanisme en vigueur.

Ce programme s'inscrit de plus dans une approche multi-bailleur. La justification des compléments de salaires donnés dans le cadre de ce programme, seront néanmoins justifiées d'une façon nominative.

Les compléments de salaire sont conditionnés par les prestations et en cas d'évaluation négative, la SMCL peut décider de les suspendre.

L'administration congolaise est seul responsable de veiller aux obligations fiscales, sociales ou autres que le paiement de compléments de salaire engendrerait.

**Missions:**

Les missions des membres de l'UDP sont approuvées par le coordinateur de Programme.

Les missions des agents de l'Etat sont financées par l'intervention sur base d'un ordre de mission émanant de leur Ministère et d'une lettre de couverture de mission établie par la Représentation de la CTB en RDC.

Les missions à l'étranger sont proposées par le coordinateur de Programme avec validation par le Représentant Résident de la CTB.

Les modalités pour l'établissement des ordres et rapports de missions ainsi que les taux et procédures applicables en matière de per diem et de frais de missions seront ceux indiqués dans le manuel de gestion administrative applicable aux interventions de la Coopération belge en République Démocratique du Congo.

### 5.4.3 Mandats

La CTB est responsable pour l'engagement et le paiement des dépenses selon sa structure de mandat, telle que décrit dans la Note « structure organisationnelle de programme » de la CTB.

### 5.4.4 Gestion financière

#### 5.4.4.1 Comptes bancaires

Dès la signature de la Convention Spécifique, un compte en Euros avec libellé 'Contribution Belge \_ PANC ' doit être ouvert. D'autres comptes (comptes opérationnels) peuvent être ouverts en cas de besoin. Pour tous les comptes bancaires, le principe de double signature est d'application selon les mandats.

#### 5.4.4.2 Transferts de fonds

Dès la notification de la Convention de Mise en Œuvre entre l'état belge et la CTB et après l'ouverture du compte, un premier transfert sera fait par la CTB sur ce compte. Afin de recevoir les transferts suivants, l'intervention doit introduire un appel de fonds selon les procédures de la CTB.

Le montant de l'appel de fonds correspond aux besoins estimés en trésorerie pour le trimestre suivant. Le transfert de fonds effectué par la CTB se fait au début du trimestre et éventuellement en plusieurs tranches. En cas d'urgence, l'intervention peut introduire un appel de fonds anticipé, en justifiant le besoin.

Le transfert de fonds se fait uniquement aux conditions suivantes:

- La comptabilité du trimestre précédant l'introduction de l'appel doit être transmise à la CTB.
- Tous les rapports exigés doivent être transmis à la CTB.
- Le plan d'actions et le suivi d'audit et/ou MTR doivent être mis à jour.

Les règles de gestion de la trésorerie de la CTB (transferts vers comptes opérationnels, gestion des caisses, ...) sont d'application.

#### 5.4.4.3 Dépassements budgétaires et changements budgétaires

Le budget de l'intervention donne les contraintes budgétaires dans lesquelles l'intervention doit être exécutée.

Le montant total du budget de l'intervention tels que définis dans ce document et dans la Convention Spécifique ne peuvent être modifiés que moyennant un échange de lettres entre les signataires de la Convention Spécifique (cf point 55 « adaptation du DTF » ci-après).

Des dépassements ne sont pas autorisés sauf accord de la SMCL sur la base d'une proposition de changement budgétaire élaborée par l'Unité de Direction du Programme selon les procédures de la CTB. Une proposition de changement budgétaire est également nécessaire dans les cas suivants :

- au niveau d'un résultat ou d'une rubrique des moyens généraux (Z-01, Z-02, etc.), lorsque le montant du dépassement est supérieur à 10% du dernier budget approuvé pour ce résultat ou cette rubrique.
- au niveau d'une ligne budgétaire, lorsque le montant du dépassement est supérieur à 20% du montant du dernier budget approuvé sur cette ligne et est strictement supérieur à 50.000 Euros.

Pour ces changements budgétaires un accord de la SMCL ou un accord écrit du Secrétaire Général et du Représentant Résident, est requis.

La réserve budgétaire peut uniquement être utilisée après accord préalable de la SMCL. La réserve budgétaire sera allouée prioritairement à appuyer la création et le fonctionnement de la future DAF.

L'intervention doit assurer un bon contrôle et un suivi budgétaire régulier des engagements afin d'anticiper la gestion des éventuels changements budgétaires nécessaires.

#### **5.4.4.4 Comptabilité et justification de dépenses**

Mensuellement, la comptabilité doit être élaborée et approuvée selon les procédures de la CTB. L'outil à utiliser est l'outil fourni par la CTB. La comptabilité doit être signée pour accord par la Direction de l'intervention, et approuvée par le Responsable Administratif et Financier de l'UDP. La comptabilité à envoyer à la CTB comprend un fichier électronique et si exigé, les pièces justificatives ainsi que les extraits bancaires et états de caisse. Les documents comptables doivent être à jour, précis et fiables et être conformes aux normes et règles comptables en vigueur.

Une dépense éligible est une dépense :

- identifiable, attestée par des pièces justificatives probantes, comptabilisée conformément aux standards en vigueur;
- en lien avec les activités et les critères définis dans le DTF et nécessaire pour l'atteinte des résultats ;
- prévue dans le budget et imputée sur la ligne budgétaire adéquate ;
- répondant aux principes de bonne gestion financière.

#### **5.4.4.5 Gestion des biens et des stocks**

Chaque bien et équipement acquis par l'intervention doit recevoir un numéro d'inventaire et doit être consigné dans un registre d'inventaire. Chaque semestre, un inventaire formel doit être réalisé et signé par la direction de l'intervention. L'utilisation du bien est strictement limitée aux activités de l'intervention. En cours de l'intervention, il peut être transféré sous tutelle et patrimoine d'une structure partenaire sur base d'un acte de transfert formel et suivant les procédures de la CTB.

Un suivi exhaustif des stocks doit être réalisé afin d'assurer que tous les mouvements sont autorisés, suivis sur des supports adéquats et régulièrement contrôlés. La direction de l'intervention doit assurer un contrôle formel mensuel des stocks.

A la fin de l'intervention, l'affectation du matériel, des équipements et des stocks divers sera définie dans le PV de la SMCL de clôture.

### **5.4.5 Gestion des Marchés Publics**

Avant chaque année, la direction de programme doit élaborer un planning des marchés publics pour

l'année suivante. Ce planning fait partie du plan annuel du programme. Trimestriellement, la direction du programme doit mettre à jour le planning, qui fera partie du rapportage opérationnel.

Pour tous les marchés, le programme respectera la législation en vigueur ainsi que les règles internes définies par la CTB.

Pour les marchés publics de moins de 25.000 Euros (sauf marchés complexes), le programme est responsable pour gérer les marchés publics. La cellule des marchés publics peut appuyer le programme. Pour les marchés publics de plus de 25.000 Euros, ainsi que pour les marchés complexes, la cellule des marchés publics appuiera l'élaboration ou le contrôle de la partie administrative du cahier de charges et la gestion administrative des marchés (publication, sélection, attribution, avenants,...). Le programme reste responsable de l'élaboration de la partie technique du cahier des charges. Pour les marchés de plus de 200.000 Euros, un avis de non-objection de la CTB Bruxelles doit être reçu avant de pouvoir lancer le marché. Pour le reste, les prescriptions prévues pour les marchés de plus de 25.000 Euros s'appliquent.

S'agissant d'un programme exécuté en régie par la CTB, les marchés de travaux et de services seront régis par le cadre juridique du 'Fonds Européen de Développement' en application de l'article 3§1, 1° de la Loi du 24 décembre 1993 relative aux marchés publics :

- L'Accord de partenariat ACP-CE signé à Cotonou le 23 juin 2000, tel que **modifié** par l'Accord modifiant l'Accord de partenariat ACP-CE signé à Luxembourg le 25/06/2005 et à Ouagadougou le 22 juin 2010, et son annexe IV;
- La décision 2001/822/CE du Conseil du 27 novembre 2001 relative à l'association des pays et territoires d'outre-mer à la Communauté européenne (« décision d'association outre-mer »), telle que modifiée par la décision 2007/249/CE du Conseil du 19 mars 2007;
- l'annexe V de la Décision n° 3/90 du Conseil des ministres ACP-CEE du 29 mars 1990 contenant le règlement de procédure de conciliation et d'arbitrage;
- Le Règlement (CE) du Conseil n°. 215/2008 du 18 février 2008 portant règlement financier applicable au 10ème Fonds européen de développement;
- Le Règlement (UE) n° 2015/323 du Conseil du 2 mars 2015 portant règlement financier applicable au 11e Fonds européen de développement.
- Le guide pratique ('PRAG') et les documents types et modèles présentés dans les annexes, tels que d'application au moment du lancement du marché public en question.

Le rôle et les tâches des organes et instances européens auxquels font référence les textes juridiques du Fonds Européen de Développement (FED), seront assumés par les organes et instances de la CTB sur règles et processus internes et mandats applicables au sein de la CTB.

La réglementation belge relative aux marchés publics est d'application pour les marchés de fournitures.

Pour les marchés mixtes, la réglementation qui doit être appliquée sera déterminée par le type de marché dont le montant estimé est le plus élevé.

#### 5.4.6 Gestion des Accords de subsides

Des accords de subsides pourront être établis avec des partenaires. Les accords de subsides ne s'appliqueront que dans le cas où la procédure des marchés publics n'est pas d'application<sup>21</sup>.

---

<sup>21</sup> Voir, Document CTB, Guide pour l'élaboration et le suivi de conventions de subsides, version du 19/06/2015, p.10.

Deuxièmement, ils seront évalués pour savoir s'ils sont éligibles.

Les Accords de subsides pour la mise en œuvre d'activités ou la mise en œuvre d'objectifs seront établis et exécutés conformément aux conditions générales de la CTB relatives à ces accords.

Les Accords de subsides non prévus dans le DTF seront soumis à l'approbation de la SMCL.

Les partenaires pré-identifiés pour ces accords sont : l'INRB, la FEDECAME, le QUAMED, CDR CAMENE (Sud Ubangi), CDR CAMEBSASU (Kikwit), CDR CAMEKIS (Tshopo).

La description financière et technique est reprise plus haut (voir point 3.4.2.1.4).

## 5.4.7 Monitoring et Evaluations

Le système de Monitoring et Evaluation (M&E) soutient les besoins de redevabilité, d'apprentissage continu et de pilotage stratégique.

Le système retenu pour le Monitoring et Evaluation sera basé sur le guide CTB « More Results » et note CTB sur le Backstopping.

### 5.4.7.1 Monitoring et Evaluations

Les différents éléments du système de Monitoring et Evaluation sont les suivants :

	Responsabilité	Système	Fréquence	Utilisateurs
<b>Baseline</b>	UDP	CTB	Unique	Programme, SMCL, MSP, CTB Rep
<b>Monitoring opérationnel</b>	UDP	CTB	Trimestriel	Programme, MSP ? CTB Rep ainsi qu'à la SMCL
<b>Monitoring des résultats</b>	UDP/ CTB EST Bxl	CTB	Annuel	Programme, MSP, CTB Rep, SMCL, ambassade belge
<b>Revue à Mi-parcours</b>	CTB Bxl : Conseiller OPS/Externes	CTB	Unique	Programme, CTB, SMCL, MSP, DGD
<b>Revue Finale</b>	CTB Bxl : Conseiller OPS/Externes	CTB	Unique	Programme, CTB, SMCL, MSP, DGD
<b>Monitoring final</b>	UDP	CTB	Unique	Programme, CTB Rep, SMCL, MSP, DGD

Tous ces processus seront élaborés et mise en œuvre en étroite collaboration avec le partenaire congolais. Ils seront organisés au niveau du programme, avec l'ensemble des 3 composantes du programme. L'approche utilisée pour les évaluations sera celle d'une 'évaluation réaliste'.

### 5.4.7.2 Baseline

Dès le démarrage du programme, l'UDP décidera, en concertation avec le partenaire congolais, quels éléments feront partie d'une « étude de base (baseline) » et quels éléments feront partie du « rolling baseline ». Ceci permettra de préciser la situation de référence des différents indicateurs de l'intervention et établir le cadre de monitoring. Le cadre du monitoring de l'intervention sera aligné sur des systèmes/méthodologies existants (si possible). Eu égard à la nature d'appui au développement institutionnel du programme pour lequel les acquis et contributions sont plus difficilement mesurables,



la méthode de monitoring pourra être adaptée. A cet effet, une démarche de recherche-action avec un 'rolling) baseline' spécifique sera mise en place. Dans ce cadre sont prévus des backstoppings techniques 2x/an et des missions d'appui scientifique. Une synergie particulière sera recherchée avec le projet RIPSEC

La Baseline permettra de préciser la méthode suivie et de mettre en place un cadre de monitoring du programme. Elle contiendra les éléments suivants :

- Matrice de monitoring;
- Plan de gestion des risques;
- Planning opérationnel mis à jour

Le rapport baseline est établi selon le calendrier défini dans la phase de démarrage au maximum 9 mois après le SMCL d'ouverture (SMCLO). Il est présenté à la SMCL, qui en prend acte et approuve la façon dont l'intervention effectuera le monitoring de ses résultats.

#### **5.4.7.3 Monitoring opérationnel trimestriel (MonOp)**

Chaque année une planification opérationnelle et financière pour l'année suivante est préparée par la direction de l'intervention et validée par la SMCL.

Le monitoring opérationnel est un processus continu basé sur cette planification et consolidé chaque trimestre.

Le Monitoring trimestriel comprendra:

- La planification des activités et sa mise à jour ;
- La planification financière et sa mise à jour ;
- La planification des MP et des accords d'exécution et de financement;
- L'état d'exécution des activités et dépenses prévues au trimestre précédent ;
- Le suivi de la gestion des risques ;
- Le suivi de la gestion des ressources humaines de l'intervention
- Le suivi des décisions de la SMCL.

Elles se feront selon les procédures et modèles fournies par la CTB.

#### **5.4.7.4 Monitoring des résultats (annuel)**

Le Monitoring de résultats traite la partie « stratégique » du cadre de résultats sur base annuelle : output – outcome et, dans une moindre mesure, le niveau de l'impact.

Le rapport de résultats constitue une base essentielle pour le suivi de l'intervention et de ses éventuels ajustements (tant au niveau du budget qu'au niveau des activités, du chronogramme, des indicateurs, etc.). Ce rapport est préparé par l'Unité de Direction du Programme (UDP). La SMCL en valide ou rejette les recommandations (pilotage stratégique).

Ce rapport, à la fois opérationnel et financier, est établi conformément aux canevas de la CTB et comprend :

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

Ce rapport annuel, après validation par la SMCL, est remis au plus tard le 31 mars de l'année qui suit celle sur laquelle il porte, à l'Etat partenaire via l'ambassade belge en RDC et à l'Etat belge, via la DGD à Bruxelles. Il doit donc être disponible le 01 mars au plus tard pour la validation.

#### **5.4.7.5 Monitoring final (Rapport final)**

Le monitoring final garantit la transmission à l'organisation partenaire et à la CTB ainsi qu'aux autres membres de la SMCL, des éléments clés de la performance de l'intervention et doit veiller à ce que les leçons apprises soient enregistrées dans leur « mémoire institutionnelle ». En outre, le rapport final déclenche la clôture administrative de l'intervention par l'Etat Belge

Le rapport final comprend :

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

Le rapport final doit être achevé au plus tard 1 mois avant la SMCL de clôture.

Après approbation par la SMCL, le rapport final est transmis à l'ambassade belge.

Le rapport final sera remis au plus tard 6 mois après l'échéance de la Convention Spécifique à l'Etat partenaire via l'ambassade belge en RDC et à l'Etat belge, via la DGD à Bruxelles.

#### **5.4.7.6 Backstopping sectoriel technique**

Le 'Backstopping sectoriel' semestriel fait partie du processus de renforcement du programme à travers un coaching par les experts techniques du service EST de Bxl ou des experts externes. Il sera basé sur la note conceptuelle sur le backstopping de la CTB.

L'objectif d'un backstopping est de renforcer le processus de réflexion commune et continue, avec comme point de départ les besoins au niveau local et/ou sectoriel, avec la perspective d'apprendre, de promouvoir le changement comportemental, l'augmentation de la qualité et la mise à l'échelle.

Le Backstopping est un appui technique / scientifique pour accompagner l'équipe d'implémentation du programme. Le processus de backstopping est caractérisé par un nombre de missions de suivi sur la durée du programme, avec en alternance un appui à distance. Il s'agit d'un processus d'appui continu.

Une réflexion commune sur les leçons apprises, les outputs, les impacts et les outcome de la nouvelle approche fera entre autre partie des missions de backstopping.

A part le backstopping sectoriel, des appuis techniques de la Représentation et d'autres départements de la CTB, seront organisés en fonction des besoins pour mieux gérer le programme.

#### **5.4.7.7 Revues (Evaluations), contrôle interne et Audits**

**Revue :**

La fonction principale des exercices de revue à Mi-Parcours et Finale est de fournir un point de vue extérieur sur le contexte et la performance du programme ainsi que d'analyser en profondeur le processus de développement en cours ou terminé. A cette fin, une approche « d'évaluation réaliste »

pourra être utilisée (à définir lors de l'établissement du système de suivi/évaluation). Les revues sont ainsi utilisées pour :

- i) Renforcer l'apprentissage et la compréhension du contexte
- ii) analyser s'il est nécessaire de réorienter les interventions afin d'atteindre l'objectif spécifique,
- iii) fournir les informations nécessaires à la prise de décisions stratégiques et
- iv) identifier les enseignements tirés et y réfléchir.

Étant réalisées par un acteur externe indépendant, les revues jouent un rôle important dans l'apprentissage et la redevabilité sur la performance de l'intervention. Les revues sont pilotées par la Direction des Opérations de la CTB selon les processus en vigueur. Les Revues doivent être présentées 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).

En outre, les deux gouvernements pourront chacun, le cas échéant, procéder à une évaluation externe de l'atteinte des objectifs et des différents aspects de l'exécution de l'intervention.

### **Contrôle interne**

Le contrôle interne est un processus intégré mis en œuvre par les responsables et le personnel d'une organisation et destiné à traiter les risques et à fournir une assurance raisonnable quant à la réalisation, dans le cadre de la mission de l'organisation, des objectifs généraux suivants :

- exécution des opérations ordonnées, éthiques, économiques, efficaces et efficaces ;
- respect des obligations de rendre des comptes ;
- conformité aux lois et réglementations en vigueur ;
- protection des ressources contre les pertes, les mauvais usages et les dommages.

La CTB peut initier à tout moment une mission de contrôle interne sur la gestion et l'avancement du projet. Elle en précise les objectifs et en informe l'Unité de Direction du Programme.

Suite à une mission d'évaluation ou de contrôle, l'UDP élabore un plan d'action avec l'appui du Controlling. Le programme rapporte à la SMCL sur l'état des lieux de la mise en œuvre de ce plan d'action. Le Controlling appuiera le programme dans la réalisation des actions.

### **Audits :**

L'intervention doit être auditée au minimum une fois sur la durée de mise en œuvre des activités (par prudence, un montant pour le financement de deux audits sera prévu dans le budget de l'intervention).

L'audit portera sur :

- la vérification que les comptes de l'intervention reflètent bien la réalité ;
- la maturité du système de contrôle interne et le respect des procédures ;
- la vérification de l'utilisation économique, efficiente et efficace des moyens de l'intervention.

La SMCL peut demander des audits supplémentaires s'ils les jugent nécessaires. La SMCL charge la CTB de l'élaboration des termes de référence et de la sélection de la firme d'audit. La firme d'audit doit être une firme certifiée (selon les standards internationaux) indépendante. Le rapport d'audit sera communiqué par la CTB à la SMCL. La direction de intervention doit élaborer un plan d'actions afin d'améliorer le système de contrôle interne et prouver que des mesures correctives ont été entreprises et appliquées.

De plus, chaque année, les comptes de la CTB sont audités par un collège de commissaires. Dans ce cadre, les commissaires réalisent également des audits des interventions mises en œuvre par la CTB. Le comité d'audit de la CTB peut aussi demander qu'une intervention soit auditée par l'auditeur interne de la CTB.

## 5.5 Adaptation du DTF

Pour toutes adaptations relatives à l'objectif spécifique de l'intervention, la durée de la Convention Spécifique, du budget total définis dans la Convention Spécifique, une demande motivée doit être introduite par le partenaire auprès de l'Etat belge après avoir reçu l'accord du SMCL. Si la Belgique accepte la demande, on procède à un échange de lettres signées par les deux parties en tenant compte de la Convention Spécifique.

Pour toute autre adaptation du DTF, la partie congolaise et la partie belge peuvent en cours d'intervention adapter le présent Dossier Technique et Financier, en fonction de l'évolution du contexte et du déroulement de l'intervention.

Pour les aspects ci-dessous, l'approbation préalable de la SMCL est requise:

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

La CTB informe l'ambassade belge si de telles modifications sont apportées.

En dehors des SMCL, des décisions ad-hoc pour le bon déroulement du programme peuvent être prises par les partenaires, via une procédure écrite (lettre tournante aux membres de la SMCL). Ces décisions sont effectives dès signature par le Président de la SMCL pour la partie Congolaise et le représentant de la CTB pour la partie Belge.

## 6 THÈMES TRANSVERSAUX

### 6.1 Une approche basée sur les droits humains

En RDC le droit à la santé est formellement ancré dans la Constitution de 2006 (Art. 47), qui en plus réaffirme de façon spécifique le droit à la santé de la jeunesse (Art. 43) ainsi que l'engagement de l'État dans la lutte contre la violence sexuelle (Art. 15). La réalisation du droit à la santé - internationalement reconnu comme un des droits sociaux, économiques et culturels – doit se faire de façon progressive à fur et à mesure de la disponibilité des ressources. Par définition l'État joue un rôle-clé comme responsable principale pour la réalisation du droit à la santé et a l'obligation de prendre les mesures nécessaires afin d'assurer sa réalisation progressive qui se situe sur plusieurs niveaux. Il s'agit notamment de l'amélioration de la **disponibilité** des services de soins de santé, de leur **accessibilité géographique et financière** et de leur **acceptabilité sociale et culturelle** ainsi que de l'assurance de la **qualité des soins**. Une approche basée sur les droits implique également qu'on garde un focus spécifique sur les droits et les besoins des populations les plus vulnérables, à base des principes de non-discrimination et d'égalité, ainsi que sur la participation communautaire et le renforcement de la redevabilité des différents acteurs concernés.

Les trois composantes du programme santé s'inscrivent pleinement dans cette approche basée sur les droits humains et n'envisage pas seulement le renforcement du rôle du MSP au niveau central dans le développement du cadre normatif et régulateur nécessaire mais met aussi un accent spécifique sur l'amélioration de l'accessibilité des soins de qualité au niveau opérationnelle. Ceci se fera au travers de plusieurs initiative comme, par exemple :

- une rationalisation et optimalisation de l'utilisation des ressources disponibles ;
- un appui au développement d'un système de financement de la santé afin de faciliter l'accès de la population aux soins ;
- un appui au développement d'un système d'approvisionnement de médicaments et d'équipements de qualité assurée ;
- un appui aux Centres de Santé (première niveau) et aux Hôpitaux Généraux de Références (2ième niveau) qui envisage la fourniture du Paquet Minimum d'Activités (CS) ainsi que le Paquet Complémentaire d'Activités (HGR) ;
- l'appui au développement des protocoles de prise en charge appropriées aux contextes socio-culturels et socio-économiques des régions d'intervention ;
- une attention spécifique pour les droits et les besoins des victimes de violences sexuelles.

La participation communautaire est assurée à plusieurs niveaux en collaborant avec les différentes structures communautaires établies par les systèmes de santé (les Réseaux Communautaires et les Comités d' Action Communautaire) et la promotion de la participation communautaire active dans différentes structures de concertation, dans les enquêtes de satisfaction ainsi que dans la sensibilisation et la prévention de la violence sexuelle.

### 6.2 Environnement

La rationalisation de l'utilisation des ressources disponibles est un des axes principaux proposés dans le présent programme, dans le cadre des différents appuis visant une planification et une organisation des soins plus efficaces. Cette approche comportera de nombreux aspects directement liés à une prise en compte de plus en plus forte de la préservation et de la gestion durable de l'environnement.

De plus, un important travail sera accompli pour **finaliser plusieurs documents « clés » de la politique nationale**. Dans le cadre de ces différents travaux, l'aspect environnemental devra être particulièrement bien intégré dans les travaux concernant :

- L'évolution de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé
- La feuille de route de la gouvernance dans le secteur de la santé
- Le plan stratégique de la réforme hospitalière et la rationalisation des hôpitaux (plans directeurs - plan de couverture)
- L'évolution du Plan national de développement de l'informatique de la santé
- La mise en place d'une politique de maintenance (infrastructures, équipements, charroi, etc.)
- La mise en œuvre des politiques sur la « Santé au Travail » et sur le « VIH sur le lieu de travail ».

L'implication la plus large possible du Ministère de l'Environnement dans tous ces travaux sera un élément clé de leur réussite.

Le présent programme prévoit des actions concrètes sur les aspects suivants :

- **Gestion des déchets.** Complémentairement aux autres composantes du programme, le développement d'une stratégie opérationnelle de gestion des déchets (étude) doit être soutenu au niveau central. A travers le contrat-cadre (signé entre la CTB et un bureau d'études spécialisé en gestion des déchets, y compris les déchets médicaux), le personnel des Directions appuyées sera formé et accompagné pour la mise en place d'un système efficace et adapté de gestion des déchets (tri, traitement...). Il sera également demandé aux experts du contrat-cadre (par souci de cohérence entre la stratégie et les approches proposées et la formation donnée), d'assurer la formation du personnel impliqué dans ces activités (personnel médical, personnel infirmier, techniciens...). Il sera prévu, dès l'étude initiale, au moins une mission de suivi après un an, pour vérifier si la stratégie est mise en place conformément aux recommandations. De même, les formations seront envisagées sous forme de coaching en plusieurs étapes plutôt que comme une seule formation initiale.
- **Maintenance** : mise en place d'un plan de maintenance pour les équipements des laboratoires nationaux, en collaboration étroite avec l'INRB et pour les différents équipements (matériel de bureau, matériel médical, charroi, etc.) fournis au niveau des différents bureaux des directions centrales appuyées dans le cadre du programme.
- **Ecoconstruction** : prise en compte stricte des critères écologiques de qualité (normes et modalités de construction, alimentation électrique, ventilation, récupération d'eau, tri et traitement des déchets, etc.) pour les bâtiments et les équipements destinés aux CDR appuyés dans le cadre du programme.
- **Critères écologiques** : prise en compte de critères écologiques pour les achats dans le cadre du programme, comme la consommation énergétique (véhicules, groupes électrogènes, unités frigorifiques..), la provenance (privilégier les matériaux locaux), les possibilités de recyclages ou de traitement en fin de vie, etc...
- **Mobilité** : organisation la plus rationnelle possible des différentes missions et ateliers en diminuant/rationalisant les déplacements (notamment ceux par voie aérienne) et en utilisant au maximum les systèmes de « téléconférence » pour les communications, le rapportage et la documentation.
- **Recueil et analyse de données** : prise en compte des aspects environnementaux dans le cadre (i) des données d'information qui intégreront le « Centre de Veille Stratégique », mis en place à la DEP et (ii) des différentes études qui seront menées avec les ESP du pays, en particulier en liaison avec le projet RIPSEC de l'UE.
- **Hygiène et environnement** : édition et la diffusion du « code de l'hygiène » (finalisé dans le cadre du précédent projet de la coopération belge) dans les différentes DPS du pays
- **Prévention & précaution** : mise en œuvre d'instructions pour les précautions universelles dans les centres de santé et les hôpitaux (dans le cadre de la politique de santé au travail et de lutte contre le sida) incluant les risques environnementaux.

## 6.3 Genre

Différents engagements internationaux, (CEDEF 1979<sup>22</sup>, CIPD 1994 23, la plateforme d'action de Beijing 1995<sup>24</sup>,...) poussent le gouvernement de la RDC à s'investir « davantage dans la santé en matière de procréation et dans les droits des femmes en privilégiant la réduction de la mortalité maternelle et les incidences par sexe du VIH/SIDA ainsi que l'amélioration de la situation économique et politique des femmes africaines. » (SNIGPP 2013)

La question du genre, n'est pas une compétence réservée uniquement au Ministère du Genre. Le genre en tant que thème transversale, oblige tous les ministères à caractère social à s'engager pour la promotion de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes. Le budget attribué à ces efforts s'élève à maximum 3% du budget global (chiffres Rapport Beijing 2014). « Ce qui a pour conséquences l'insuffisance des allocations allouées aux programmes en faveur de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes. » (Rapport Beijing 2014)

Il est de la compétence du Ministère de la Santé, de mettre en œuvre leur politique de santé, intégrant la question du genre avec le concours des organisations de la société civile et des partenaires au développement. Les objectifs de cette politique, se réfèrent :

- tout d'abord au **Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2015**
- ainsi qu'à la **Politique Nationale du Genre (PNG 2009)** qui comprend la promotion équitable: a) de la situation et de la position sociale de la femme autant que l'homme au sein de la famille et dans la communauté ; b) du potentiel et de la position de la femme autant que de l'homme au sein de l'économie du ménage et dans l'économie de marché ; c) de l'exercice des droits et devoirs des femmes et des hommes et le renforcement de l'accès et de la position des femmes au niveau des sphères de décision ; d) de l'impact des interventions en faveur de l'équité de genre et de l'égal accès des hommes et des femmes.
- en ce qui concerne la santé des mères et enfants, le **Plan d'Action National de Mise en Œuvre de la Politique Nationale Genre (2010)** s'engage plus particulièrement à assurer le respect du droit à la santé de la reproduction, à l'éducation et la prise en compte des besoins différenciés des femmes, des adolescent(e)s et hommes, par :
  - o le renforcement des capacités des acteurs du secteur santé en analyse et planification selon le genre et
  - o la dissémination d'information ciblée sur les avantages pour la famille et la communauté de respecter le droit à la santé de la reproduction de la femme et des adolescent(e)s ainsi que des hommes. et les besoins exprimés par eux
  - o l'intégration du genre dans les interventions du secteur santé dans toutes les étapes. Cette dernière action concerne les initiatives suivantes i) avant la prise des décisions examen de leur impact positif ou négatif sur les femmes et jeunes filles ii) adoption des mesures temporaires spéciales (discrimination positive) envers les femmes et jeunes filles, si nécessaire, iii) vérification ponctuelle par groupes intéressés (« sentinelle ») du progrès/ impact réalisé.
- et puis la **Stratégie Nationale de l'Intégration du Genre dans les Programmes et les Projets**

---

<sup>22</sup> Convention internationale contre toutes les formes des discriminations à l'égard de la Femme

<sup>23</sup> Programme d'action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement

<sup>24</sup> Conférences Mondiales sur la Femme démarrées en 1975 ayant abouties à la Déclaration de Beijing (1995) et à la mise en place d'une Plateforme d'action pour l'égalité des sexes

(2013), comprend trois axes stratégiques, à savoir : 1) la capacitation humaine et sociale de la femme autant que de l'homme ; 2) la promotion de l'égalité des sexes et du statut de la femme dans la société ; 3) la coordination et synergies à trouver entre les intervenants et interventions en matière du genre

- la **Stratégie Nationale de Planification et Budgétisation Sensible au Genre (2013)** attend les résultats suivants : a) les documents de planification stratégique et de cadrage budgétaire aux niveaux national, sectoriel et local sont élaborés selon une approche de prise en compte transversale de la dimension genre ; b) 1. Les capacités des acteurs impliqués en matière de PBSG sont renforcées ; c) le processus de planification et programmation budgétaire sensibles au genre est institutionnalisé ; d) Le mécanisme de suivi de la stratégie est mis en place
- la **Stratégie Nationale de lutte contre les Violences Basées sur le Genre (SNVBG 2009)** englobe cinq composantes: 1) la lutte contre l'impunité en matière de la violence sexuelle et basées sur le genre, 2) la protection et la prévention des civils, dont les femmes en particulier, les filles et les enfants contre tout risque de violence, 3) l'appui aux multiples réformes dans les secteurs de la Justice, de la Police Nationale, de l'Armée, des services de Sécurité et de l'Administration publique pour la prise en compte suffisante de la dimension genre compte tenu de son caractère transversal, 4) l'assistance multisectorielle à apporter aux victimes et survivants des violences basées sur le genre y compris la violence sexuelle ; 5) la collecte, la gestion et la diffusion régulière de toutes les données statistiques et informations en matière de lutte contre la violence sexuelle et basée sur le genre, afin d'en réduire sensiblement l'ampleur.
- finalement la RDC a adopté en 2010 aussi un document de Stratégie Genre de lutte contre la mortalité maternelle et infantile avec quatre composantes majeures, à savoir : (i) La Sensibilisation communautaire, particulièrement des hommes et des garçons sur la coresponsabilité des partenaires dans la santé sexuelle et de la reproduction, (ii) Le plaidoyer pour la prise en compte de la Planification familiale dans les politiques et programmes du développement national, (iii) La création et l'opérationnalisation de l'Office National de la Famille et de l'Enfant pour la prise en charge paramédicale, psychosociale et éducative des parents et (iv) L'essaimage des « Maisons de la Femme » pour le renforcement des capacités socioéconomiques des femmes au ménage.

Le programme tiendra compte dans le décours de son déroulement de plusieurs mesures particulières prenant en compte la dimension « genre » ; il s'agira notamment de :

- Former – dès le démarrage du programme – l'équipe du programme en matière du genre
- Procéder à un « Gender Budget Scan » et à l'élaboration d'un « Plan d'action genre » pour le programme
- Renforcer les capacités du staff et d'institutions partenaires, notamment en planification, budgétisation et suivi-évaluation axé sur le genre
- Intégrer les questions « sexo-spécifiques » dans tous les TDR des différentes formations, consultances, études ou analyses.
- Appliquer lors de toute préparation de formation le « Gender Equality Scorecard »<sup>25</sup>, qui vise l'amélioration des programmes de formation au niveau de la composition des participants, le contenu, la méthode et les facilitateurs.
- Intégrer systématiquement la désagrégation entre les sexes dans toutes les statistiques, la collecte des données et les analyses
- En se référant aux politiques et stratégies en matière du genre, intégrer progressivement d'autres indicateurs genre-sensibles plus spécialisés comme :

---

<sup>25</sup> <http://www.learn4dev.net/wp-content/uploads/2014/07/Gender-Equality-Scorecard-VF1.pdf>



- des indicateurs d'autonomisation de la femme (*empowerment*) mesurant les aspects spécifiques hommes / femmes, la relation entre les deux (rôle, accès, contrôle, image de soi) et le changement de ces aspects
- des indicateurs qui permettent de mesurer des effets éventuellement négatifs (surcharge de travail des femmes, violences conjugales, exclusion, etc.)
- des indicateurs qui permettent de mesurer des résultats pour les groupes vulnérables (ménages monoparentaux, Orphelins et Enfants Vulnérables, Personnes Vivantes avec le VIH, etc.)

Dans le cadre du présent programme, un important travail sera accompli **pour finaliser plusieurs documents « clés » de la politique nationale** ; dans ces différents travaux, l'aspect « genre » devra être particulièrement pris en compte dans les documents concernant notamment :

- L'évolution de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé
- Le cadre d'accélération de la réduction de la mortalité de la mère et l'enfant
- La feuille de route de la gouvernance dans le secteur de la santé
- La rationalisation des Ressources Humaines de santé aux différents niveaux du système et la politique salariale
- Les modalités de financement du secteur et la mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle

Le présent programme apportera de plus une attention particulière aux aspects suivants :

- L'importance de la prise en compte effective de la femme et de l'enfant, ainsi que des groupes vulnérables, dans les **différentes stratégies de financement de la santé**, en particulier dans la finalisation des processus législatif concernant la CSU et la mise en place plus générale de la protection sociale
- La place des aspects « genre » dans le développement de **l'information stratégique**, notamment au niveau (i) de l'élaboration de statistiques de routine adaptées (désagrégation des données H/F), (ii) des données d'information traitant des questions «sexo-spécifiques» et d'autres indicateurs genre-sensibles qui devront intégrer le « Centre de Veille Stratégique », qui sera mis en place à la DEP et (iii) des différentes études qui seront menées avec les ESP du pays, en particulier en liaison avec le projet RIPSEC de l'UE
- L'intégration systématique des **aspects « genre » dans le cadre des différents travaux stratégiques et opérationnels** (outils, normes, documents, etc.) menés par la DEP (en concertation étroite avec la future DOGS) et la DLM ; un focus particulier étant mené dans le cadre des maladies non transmissibles (aspects liés à la prévention) et de la prise en charge intégrée des victimes de violences sexuelles
- La prise en compte de la nécessité de former une représentation large des populations dans le cadre des stratégies de **réponses aux épidémies**

Le « gender-budgetting scan » révèle que l'ensemble, en termes budgétaires au moins, est « genre neutre » puisqu'il s'agit ici d'un appui institutionnel. Les seuls endroits où le programme doit avoir une attention particulière pour les aspects genre sont :

- Quand le programme appuiera des exercices de rationalisation du personnel, il faudra, en équivalence de compétence, préférer des femmes en poste.
- Si la DEP promeut la planification décentralisée et développe des outils de planification pour les niveaux opérationnels (les zones de santé), qu'elle ait une attention particulière pour les

aspects genre dans les activités des zones de santé.

- Dans la détermination des normes nationales et des indicateurs de performance la DEP doit exercer une attention particulière pour les aspects genre

Ces différentes occasions de se montrer 'genre sensitive' n'engendrent pas les budgets de l'intervention, mais demande une attitude mentale que le programme devra protéger.

## 6.4 Santé de la mère et l'enfant et le VIH/Sida

La situation sanitaire en RDC atteste des progrès significatifs mais le niveau de performance de la plupart des indicateurs sanitaires reste toujours en dessous de la moyenne des pays de l'Afrique subsaharienne. Les progrès enregistrés au cours de ces dernières années ne sont pas suffisants pour permettre à la RDC d'atteindre les objectifs fixés pour les OMD en 2015.

Face à ces indicateurs préoccupants de la santé de la mère et de l'enfant, les performances des services de santé sont insuffisantes.

Dans le cadre du présent programme, un important travail sera accompli pour **finaliser plusieurs documents « clés » de la politique nationale** ; dans ces différents travaux, les différents aspects concernant la santé de la mère et l'enfant, ainsi que les problématiques du VIH/Sida devront être particulièrement pris en compte dans les documents concernant :

- L'évolution de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé
- Le cadre d'accélération de la réduction de la mortalité de la mère et l'enfant
- La feuille de route de la gouvernance dans le secteur de la santé
- La rationalisation des Ressources Humaines de santé aux différents niveaux du système et la politique salariale
- Les modalités de financement du secteur et la mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle
- L'intégration du partenariat public privé dans l'organisation des soins avec droits et devoirs mutuels

Par ailleurs le présent programme visera à apporter un appui important à **l'amélioration de la santé de la mère et l'enfant par rapport aux principaux goulets d'étranglement**, qui entravent le bon fonctionnement des services :

- l'insuffisance de financement adapté et la nécessité de réformes pour une offre des soins de santé de qualité : un appui particulier sera accordé notamment à travers de la mise en place de la Tarification Forfaitaire « subsidiée » dans les provinces appuyées par le programme ; les tarifs forfaitaires pratiqués dans les CS et les HGR devraient rendre plus accessibles les tarifs relatifs à ce groupe cible
- la disponibilité des ressources humaines qualifiées pour mettre en œuvre les interventions à haut impact sur la santé de la mère et de l'enfant,
- la faible disponibilité des médicaments, réactifs et consommables, en lien avec la problématique de la chaîne d'approvisionnement
- le dysfonctionnement des plans de maintenance des équipements
- l'utilisation (i) d'un système de collecte de données désagrégé par sexe et âge au niveau des systèmes de routine de l'élaboration de statistiques, (ii) des données d'information traitant des questions spécifiques de la mère et l'enfant, ainsi que du VIH/Sida au niveau du « Centre de

Veille Stratégique », qui sera mis en place à la DEP et dans les différentes études qui seront menées avec les ESP du pays, en particulier en liaison avec le projet RIPSEC de l'UE

- la décentralisation et l'intégration de la prise en charge au niveau opérationnel de la lutte contre le VIH

La composante du programme au niveau national sera complémentaire avec la composante '**lutte contre le VSBG**' dans les 3 DPS appuyées. Il est essentiel que le volet de lutte contre la violence sexuelle (PLVS) établisse des relations de collaboration avec plusieurs directions et programmes spécialisés au niveau central et plus particulièrement avec le Programme National de la Santé de la Reproduction (PNSR), la Direction de Soins de Santé Primaires (DSSP, partie de la future DOGS) et le Système National d'Approvisionnement de Médicaments et d'Équipements (SNAME).

- Avec la DSSP (DOGS) un protocole spécifique de prise en charge des victimes de violences sexuelles pour le secteur de la santé sera développé, conforme les normes. La diffusion et la formation continue par rapport à ce protocole ou d'autres normes sera également assurée.
- Avec le volet d'appui au SNAME, un plaidoyer sera fait par la composante 'lutte contre les VSBG' pour intégrer dans le système national d'approvisionnement les différents médicaments et intrants nécessaires pour la prise en charge globale des victimes/survivants, cad. les « *Kits PEP* », la contraception d'urgence, la prophylaxie et traitement des IST, la prophylaxie Hépatite B et les antibiotiques, ainsi que les antidépresseurs. des bénéficiaires directs, afin d'assurer. Les « *Kits PEP* » pour la prise en charge des victimes/survivants des VS sont principalement mise à disposition, gratuitement, par UNICEF et SANRU (qui opère pour le Fond Mondial). Bien que UNICEF organise l'approvisionnement à travers des Centres de Distribution Régionales (CDR), les fournisseurs ont développé de systèmes de parallèles et non-adéquates.
- Il est important d'impliquer le PNSR au niveau central (responsable au sein du MSP pour la lutte contre la violence sexuelle et la prise en charge des victimes/survivants) dans la mise en œuvre de la composante lutte contre les VSBG afin d'assurer au maximum le processus d'apprentissage et la capitalisation des expertises. Au niveau intermédiaire le programme maintiendra de relations de collaboration directe avec les coordonnateurs provinciaux pour le PNSR.
- Une concertation régulière avec le Programme National de la Santé Mentale (PNSM) est nécessaire afin de les informer sur la lutte contre les VSBG.
- Il faut assurer un input technique dans les réunions du GIBS (Groupe Inter-bailleurs pour la Santé) et dans les groupes de travail techniques ou la problématique de la prise en charge des victimes/survivants des VSBG est discutée (VIH/sida, santé mère-enfant, ...)

## 6.5 Tableau synthétique & indicateurs

Tableau 7 : indicateurs Thèmes transversaux et lien avec activités du DTF

OS	Résultats	Environnement	Genre	SME & VIH
OS1 : Appui DEP				
R 1	Planification coordonnée	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nb téléconférences organisées / (skype meetings)</li> <li>déplacements évités et/ou rationalisation des déplacements</li> </ul>	•	<ul style="list-style-type: none"> <li>Priorité accordée aux aspects SME/VIH dans les différents PAO</li> </ul>
R 2	Coordination, complémentarité	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en place de plans de maintenance coordonnés entre PTF</li> </ul>	•	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coordination effective avec le cadre d'accélération de la réduction de la mortalité mère / enfant</li> </ul>
R 3	Développement Information stratégique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prise en compte des aspects environnementaux dans les données du Centre de Veille Stratégique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Statistiques désagrégées H/F</li> <li>Questions «sexo-spécifiques» prises en compte dans le Centre de veille stratégique et dans les études avec les ESP et projet RIPSEC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Statistiques désagrégées H/F/enf</li> <li>Questions de la santé mère/enfant/ VH prises en compte dans le Centre de veille stratégique et dans les études avec les ESP et projet RIPSEC</li> </ul>
R 4	Elaboration politiques, normes et stratégies	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prise en compte des aspects environnementaux dans les documents clés stratégiques &amp; dans les études menées avec les ESP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prise en compte des aspects genre dans les documents clés stratégiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prise en compte des aspects SME &amp; VIH dans les documents clés stratégiques</li> <li>Développement d'un protocole pour la lutte contre le VSBG</li> </ul>
R 5	Management de la DEP renforcé	<ul style="list-style-type: none"> <li>Critères écologiques achat équipements</li> <li>Présence plan de maintenance et</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formation en « Genre » réalisée</li> <li>Plan action genre réalisé</li> </ul>	•

		<p>de gestion des déchets</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestion des déchets mise en place et adaptée</li> <li>• Etudes et formations délivrées et mises en oeuvre + suivi</li> </ul>		
OS 2 : Appui DLM				
R 6	Coordination spécialisés progr.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nb téléconférences organisées</li> <li>• Diffusion plan stratégique et code de l'hygiène</li> <li>• Diffusion instructions santé au travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégration effective des aspects genre dans les stratégies préconisées (nutrition, tabagisme, cancers maladies chroniques, éducation, prise en charge intégrée des victimes de violences sexuelles)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégration effective des aspects SME &amp; VIH dans les stratégies préconisées</li> <li>• Intégration opérationnelle des stratégies SME &amp; VIH dans les DPS</li> </ul>
R 7	Surveillance & réponse contre épidémies	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nb téléconférences organisées (i)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Statistiques désagrégées H/F</li> <li>• questions «sexo-spécifiques» prises en compte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Statistiques désagrégées H/F et enfant</li> <li>•</li> </ul>
R 8	Renforcement réseau des laboratoires	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence et mise en œuvre d'un plan de maintenance des équipements et de gestion de déchets.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>
R 9	Management de la DLM renforcé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idem R5 de OS1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idem R5 de OS1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>
OS 3 : Appui SNAME				
R 10	Appui à 3 CDR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Critères écologiques pour construction bâtiments</li> <li>• Présence et mise</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Statistiques désagrégées H/F (ii)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilité effective des médicaments destinés aux stratégies</li> </ul>

		en œuvre plan de maintenance et de gestion des déchets		développées <ul style="list-style-type: none"> <li>Intrants lutte VSBG intégré dans le système national d'approvisionnement</li> </ul>
R 11	Appui au PNAM	<ul style="list-style-type: none"> <li>Critères écologiques achat équipements &amp; plan de maintenance &amp; gestion des déchets</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Statistiques désagrégées H/F</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>idem R1</li> </ul>
R 12	Appui FEDECAME	<ul style="list-style-type: none"> <li>Idem R1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>idem R1</li> </ul>
R 13	Appui à la DPM	<ul style="list-style-type: none"> <li>Idem R2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Idem R2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Idem R1</li> </ul>

## 7 ANNEXES

## 7.1 Cadre logique

Logique d'intervention		Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses
OG	Objectif global	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicateurs nationaux liés au monitoring du PNDS</li> <li>% du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé</li> <li>Taux d'exécution du budget de l'Etat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>PNDS</li> <li>Budget de l'Etat</li> <li>Comptes Nationaux</li> </ul>	
OS 1	<b>Objectif spécifique 1</b> : Les capacités managériales de la DEP sont renforcées pour assurer ses missions dans la mise en œuvre, le suivi / évaluation du PNDS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicateurs nationaux liés au monitoring du PNDS</li> <li>Appréciation du bilan annuel des activités du PNDS</li> <li>Evolution des indicateurs nationaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Présentations au CNP-SS</li> <li>Revue sectorielles</li> <li>Rapports annuels d'activités SNIS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stabilité du contexte socio-politique</li> <li>Evolution favorable du contexte économique</li> <li>Poursuite processus réforme de la fonction publique</li> <li>Amélioration du financement public dans le domaine de la santé</li> </ul>
R 1	Résultat 1: Planification coordonnée pour le renforcement du système de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de missions de supervisions pour appréciation de la disponibilité de PAO produits avant l'année d'exécution, alignés sur un PNDS actualisé (2016-2020), priorisés et budgétisés (cible 2x/an)</li> <li>PAO unique à financement multi-bailleur pour le MSP élaboré et approuvé avant l'année d'exécution</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>PAO annuels</li> <li>Rapports d'ateliers</li> <li>Rapport missions d'accompagnement</li> <li>Rapports d'ateliers</li> <li>PV des réunions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Collaboration harmonieuse des différents services du MSP</li> <li>Collaboration concertée des PTF et du Gouvernement</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inventaire des outputs pertinents obtenus lors des ateliers d'échanges pour affiner les différents processus sectoriels et intersectoriels en cours</li> </ul>		
R 2	Résultat 2 : Coordination, complémentarité et cohérence des appuis avec la stratégie sectorielle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de réunions du CNP et de CCT (avec participation multi-bailleur) tenues avec rapport écrit décrivant l'inventaire des outputs apportés (cible : 2x/an)</li> <li>• Pool d'experts polyvalents mis en place pour accompagner les provinces (cible : 2x/an)</li> <li>• Inventaire des outputs pertinents dans le processus de dévolution de la CAG-F vers la DAF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PV des réunions CNP /CCT</li> <li>• Ordre de jour des réunions</li> <li>• Documents préparatoires techniques</li> <li>• Feuille de route de la mise en place de la DAF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuite de la dynamique enclenchée avec le contrat unique</li> <li>• Mise en place effective de la DOGS</li> <li>• Processus favorable de la restructuration de l'actuelle CAG-F en DAF</li> </ul>
R 3	Résultat 3 : Développement du secteur assuré à travers la gestion de l'information stratégique du système de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inventaire des études, recherches et dossiers de capitalisation d'expériences de terrain produits et validés par le CCT (cible – 4x/an)</li> <li>• Portail PAO/FBR articulé avec les données de l'information sanitaire (portail SNIS) d'ici fin 2016</li> <li>• Nombre d'analyses et de synthèses diffusées par le centre de veille stratégique en 2016. (cible 3x/an)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapports de missions</li> <li>• Liens fonctionnels entre les portails</li> <li>• Site web et données exploitables et compréhensibles</li> <li>• Rapports d'analyses et de synthèses</li> <li>• PV des réunions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moyens de télécommunication adéquat sur l'ensemble du pays</li> <li>• Réelle volonté de partage des différents acteurs</li> </ul>
R 4	Résultat 4 : Elaboration des politiques, des normes et des stratégies du secteur basée sur la recherche en	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de documents politiques élaborés ou adaptés sur la base des résultats de recherche ou de données probantes (centre de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapports / dossiers de recherche / publications</li> <li>• Documents politiques</li> <li>• Document stratégique sur la</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expertises scientifiques des ESP nationales facilement mobilisables</li> <li>• Ouverture réelle des acteurs du</li> </ul>

	système de santé	<p>veille stratégique et du centre de connaissance en santé en RDC)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Document sur la stratégie de gestion des connaissances et la communication élaboré, validé et diffusé à tous les niveaux du MSP</li> <li>Document stratégique de financement du secteur et de CSU cohérent élaboré sur base des différentes expériences dans le pays</li> </ul>	<p>gestion des connaissances et la communication</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rapport d'activités des centres de veille stratégique et de connaissance en santé</li> </ul>	<p>projet RIPSEC</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Capacités de l'ATI à servir d'interface entre la DEP et les ESP</li> </ul>
R5	Résultat 5 : Management interne de la DEP renforcé dans la vision de la réforme	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ressources humaines (recrutées par appel à candidature) présentes avec description de postes et évaluées régulièrement/ cadre organique rationalisé</li> <li>Evaluation positive de la cellule d'audit interne de la DEP sur le développement de ses compétences (administratives et organisationnelles, compétences financières et comptables)</li> <li>Nombre de restitutions systématiques à l'équipe élargie de la DEP après participations à des missions, conférences ou réunions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>PV des réunions</li> <li>Rapports d'activités sur la dynamique de travail</li> <li>Procédures DEP et MSP</li> <li>Rapport d'audit interne</li> <li>Rapport de missions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Instructions claires largement diffusées par le MSP</li> </ul>
	Activités pour atteindre le Résultat	Moyens		Contribution belge (€)
R 1	Résultat 1:Planification coordonnée pour le renforcement du système de santé			

A 1.1	Poursuivre les appuis aux processus de planification	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui au suivi des différents PAO aux différents niveaux</li> <li>• Appui aux mécanismes de suivi / évaluation</li> <li>• Appui élaboration PAO unique central pour le MSP</li> <li>• Appui élaboration des plans multisectoriels</li> </ul>	109.500 €
A 1.2	Développer les outils de planification	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluation &amp; actualisation des processus actuels</li> <li>• Développer les outils de "suivi des performances"</li> <li>• Interaction Portails Internet PAO et FBR</li> </ul>	68.000 €
R 2	Résultat 2 : Coordination, complémentarité et cohérence des appuis avec la stratégie sectorielle		
A 2.1	Appui aux organes et mécanismes de coordination	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui aux structures centrales</li> <li>• Appui aux structures décentralisées</li> </ul>	72.000 €
A 2.2	Appui technique à la mise en oeuvre de la stratégie sectorielle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordination &amp; suivi formulations programmes sectoriels</li> <li>• Soutien aux directions centrales (experts polyvalents)</li> <li>• Appui à la réflexion de la "Démarche Qualité"</li> <li>• Soutien au niveau décentralisé (coaching des DPS)</li> </ul>	203.500 €
A 2.3	Appui à la mise en oeuvre de la DAF	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborer un plan d'action</li> <li>• Mettre en œuvre le plan d'action</li> </ul>	90.000 €
R 3	Résultat 3 : Développement du secteur assuré à travers la gestion de l'information stratégique du système de santé		
A 3.1	Renforcement de la collecte des données	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse /synthèse études, enquêtes, expérience</li> <li>• Articulation avec données de l'information sanitaire</li> </ul>	31.500 €
A 3.2	Développement d'un outil "centre de veille stratégique"	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conception &amp; mise en place de l'outil</li> <li>• Diffusion des analyses</li> </ul>	110.000 €

R 4				Résultat 4 : Elaboration des politiques, des normes et des stratégies du secteur basée sur la recherche en système de santé			
A 4.1	Appui à la mobilisation des expertises	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interconnexion forte avec le projet RIPSEC</li> <li>• Connexion avec les institutions de recherche</li> <li>• Diffusion des différents documents</li> </ul>				110.000 €	
A 4.2	Appui à l'élaboration des politiques et des réformes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réalisation des documents clés du secteur</li> <li>• Modalités de financement du secteur / CSU</li> </ul>				54.000 €	
R 5				Résultat 5 : Management interne de la DEP renforcé dans la vision de la réforme			
A 5.1	Développement administratif et financier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui au développement administratif / organisationnel</li> <li>• Appui au développement financier</li> </ul>				20.000 €	
A 5.2	Développement de l'environnement de travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compléter besoins en matériel roulant</li> <li>• Compléter besoins en mobilier</li> <li>• Compléter besoins en bureautique</li> <li>• Appui au budget de fonctionnement courant</li> </ul>				325.000 €	
A 5.2	Développement de la dynamique de travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcement des modalités de communication</li> <li>• Participation forum internationaux</li> <li>• Participation paiement compléments de salaire personnel</li> <li>• Consultance Court terme DEP</li> <li>• ATI Economiste de santé</li> </ul>				1.161.000 €	
Logique d'intervention		Indicateurs objectivement vérifiables		Sources de vérification		Hypothèses	
OS 2	<b>Objectif spécifique 2</b> : Les capacités managériales de la DLM sont renforcées pour assurer son	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appréciation du bilan annuel des activités de la PNDS</li> <li>• Evolution des indicateurs</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentations au CNP-SS</li> <li>• Revues sectorielles</li> <li>• Rapports annuels d'activités</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stabilité du contexte socio-politique</li> <li>• Evolution favorable du contexte économique</li> </ul>	

	leadership de gestion multi-bailleurs des maladies endémo-épidémiques et des maladies non transmissibles	nationaux	SNIS • Rapports sectorielle analyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuite processus réforme de la fonction publique</li> <li>• Amélioration du financement public dans le domaine de la santé</li> </ul>
R 6	Résultat 6: Coordination & intégration des programmes spécialisés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de programmes spécialisés effectivement « coordonnés » par la DLM / nombre de programmes spécialisés existant en début de la présente intervention</li> <li>• Nombre de textes réglementaires &amp; juridiques produits et adoptés / nombre textes programmés dans les PAO des différents niveaux</li> <li>• Plan stratégique des MNT (avec intégration au niveau des DPS) réalisé et validé par le MSP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentations aux CNP-SS</li> <li>• PAO aux différents niveaux Rapport d'activités annuel DLM</li> <li>• Plan stratégique des MNT finalisé et disponible aux différents niveaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place effective de la réforme au niveau central</li> <li>• Mise en place effective de la DOGS</li> </ul>
R 7	Résultat 7 : Renforcement de la surveillance & réponse contre les épidémies	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan national de contingence actualisé, validé et disponible au niveau des DPS</li> <li>• Nombre d'épidémies détectées et gérées correctement / total épidémies enregistrées /an</li> <li>• Fonds de réserve pour mobilisation des équipes du niveau central et des DPS effectivement disponible</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentations aux CNP-SS et rapports d'activités annuels DLM</li> <li>• Plan de contingence effectivement disponible dans les DPS</li> <li>• Rapport d'évaluation externe sur l'efficacité des réponses aux épidémies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moyens de télécommunication adéquat sur l'ensemble du pays</li> <li>• Réelle volonté de partage des différents acteurs</li> </ul>
R 8	Résultat 8 : Renforcement du réseau des laboratoires provinciaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Missions de supervision formative réalisées par l'INRB / missions programmées dans les PAO de la DLM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapport annuel activités INRB et DLM</li> <li>• Rapport d'évaluation externe sur l'efficacité des réponses aux épidémies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expertises scientifiques INRB facilement mobilisables</li> <li>• Capacités de l'ATI à servir d'interface entre la DLM et les PTF</li> </ul>

R 9	Résultat 9: Management interne de la DLM renforcé dans la vision de la réforme	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ressources humaines (recrutées par appel à candidature) présentes avec description de postes et évaluées régulièrement/ cadre organique rationalisé</li> <li>Existence de procédures écrites conformes à la manuelle procédure nationale</li> <li>Existence de rapports systématiques / tous ateliers &amp; missions gérés par la DLM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapports d'activités annuels DLM</li> <li>Rapports d'activités du programme CTB</li> <li>Procédures existantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Instructions claires largement diffusées par le MSP</li> </ul>
	Activités pour atteindre le Résultat	Moyens		Contribution belge (€)
R 6	Résultat 6 : Coordination & intégration des programmes spécialisés			
B 1.1	Structuration des programmes spécialisés	<ul style="list-style-type: none"> <li>Appui fonctionnement CTLM (DLM + D Labo + D Hygiène)</li> <li>Appui Sous-Commission spécifique de la CTLM</li> <li>Appui juridique révision des textes (consultant national)</li> </ul>		24.000 €
B 1.2	Transfert des responsabilités des programmes spécialisés vers les DPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coaching DPS pour transfert de compétences aux EPP</li> <li>Analyse besoins en services logistiques spécifiques</li> </ul>		38.500 €
B 1.3	Mise en oeuvre des outils programmatiques, normes, et directives	<ul style="list-style-type: none"> <li>Appui élaboration/ mise à jour des différents textes</li> <li>Formation pour les différentes stratégies &amp; outils</li> <li>Diffusion textes réglementaires domaine de l'Hygiène</li> <li>Capitalisation des recherches existantes / en préparation</li> </ul>		88.000 €
R 7	Résultat 7 : Renforcement de la surveillance & réponse contre les épidémies			
B 2.1	Appui aux investigations & ripostes au	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actualisation la Politique Nationale /Plan contingence</li> <li>Actualisation modules de prise en charge &amp; kits d'intervention</li> </ul>		78.000 €

	niveau central	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en place Equipes d'Intervention Rapide (fonds de réserve)</li> <li>Renforcement des capacités des personnels impliqués</li> </ul>	
B 2.2	Appui technique au niveau des DPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formation en surveillance intégrée</li> <li>Appui à la mise en place des Equipe d'Interventions Rapides /DPS</li> <li>Pré positionnement des kits d'urgence dans les DPS</li> </ul>	57.000 €
B 2.3	Renforcement des outils d'information sanitaire spécifique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intégration données DPS dans base de données DLM</li> <li>Editer &amp; imprimer &amp; diffuser les bulletins épidémiologiques</li> </ul>	44.500 €
R 8	Résultat 8 : Renforcement du réseau des laboratoires provinciaux		
B 3.1	Renforcement de l'INRB dans le cadre des épidémies et endémies prioritaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soutien à la restructuration administrative et financière</li> <li>Soutien aux capacités de réponse en cas d'urgence</li> </ul>	27.000 €
B 3.2	Soutien par l'INRB du réseau de laboratoire de santé publique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Missions renforcement des capacités par l'INRB</li> <li>Missions suivi &amp; maintenance équipements par l'INRB</li> <li>Fourniture d'intrants spécifiques par l'INRB</li> <li>Mission de coordination par D/Laboratoires</li> </ul>	217.500 €
R 9	Résultat 9: Management interne de la DLM renforcé dans la vision de la réforme		
B 4.1	Développement administratif et financier	<ul style="list-style-type: none"> <li>Appui au développement administratif / organisationnel</li> <li>Appui au développement financier</li> </ul>	20.000 €
B 4.2	Développement de l'environnement de travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>Compléter besoins en matériel roulant</li> <li>Compléter besoins en mobilier</li> <li>Compléter besoins en bureautique</li> <li>Appui au budget de fonctionnement courant</li> </ul>	360.000 €

B 4.3	Développement de la dynamique de travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcement des modalités de communication</li> <li>• Participation forum internationaux</li> <li>• Participation paiement compléments de salaire personnel</li> <li>• Consultance Court terme DLM</li> <li>• ATI Santé Publique (mi-temps)</li> </ul>	891.000 €	
Logique d'intervention		Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses
OS	Objectif spécifique 3 : L'approvisionnement en médicaments, des CDR de Kisangani, Bwamanda et Kikwit est assuré par la FEDECAME, régulé par la DPM et suivi par le PNAM	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation régulière du chiffre d'affaires des 3 CDR du programme</li> <li>• Taux d'autonomie financière correct atteint par les 3 CDR du programme</li> <li>• Majorité des produits pré-qualifiés par la FEDECAME présents dans les CDR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapport d'audit externe de CDR (Bilan et compte d'exploitation des 3 CDR)</li> <li>• Répertoire DPM des produits enregistrés</li> <li>• Rapport d'évaluation PNAM</li> <li>• Rapport activités AT au PNAM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les autorités sanitaires sont engagées dans le processus d'appui au SNAME c'est-à-dire appui à la DPM, à la FEDECAME, au PNAM et aux CDR.</li> <li>• Les salaires des personnels engagés dans le SNAME sont régulièrement suffisants.</li> <li>• Les PTF complètent l'appui technique à la DPM et la situation du pays permet un assainissement et une régulation du secteur du médicament.</li> <li>• Les PTF apportent un appui complémentaire à la FEDECAME afin de lui permettre d'assurer un approvisionnement continu des CDR.</li> </ul>
R 10	Appui aux CDR de Kisangani, Bwamanda et Kikwit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Locaux de stockage effectivement disponibles et équipés</li> <li>• Présence d'un stock de sécurité suffisant dans les 3 CDR</li> <li>• Prix de cession acceptable dans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PV de réception des locaux</li> <li>• Compte d'exploitation des CDR et indicateurs de suivi PNAM</li> <li>• PV de réception et facture d'achat BCAF</li> <li>• Catalogue produits et prix</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les ZS et les FOSAS achètent exclusivement dans les CDR et non pas dans le secteur privé.</li> <li>• La LNME est respecté à tous les niveaux de soins.</li> <li>• Les circuits privés du médicament proposent un</li> </ul>



		les 3 CDR pour les produits traceurs	de cession <ul style="list-style-type: none"> <li>Analyse Vente clients dans CDR</li> </ul>	médicament enregistré au niveau national via la DPM et de qualité. <ul style="list-style-type: none"> <li>Le personnel de santé prescrit sous DCI et dans le respect de la liste des médicaments essentiels</li> </ul>
R 11	Appui au PNAM	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nb de CDR évaluées / 18 CDR par an</li> <li>Nb de CDR accréditées / nb d'évaluations effectuées</li> <li>Nb de réunions sous-commissions d'approvisionnement (MEG/PPP) / nb prévu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapport d'évaluation des CDR</li> <li>Rapport inter-CDR</li> <li>Indicateurs de suivi PNAM</li> <li>Rapport activités AT au PNAM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les salaires du personnel sont régulièrement suffisants</li> <li>Les indicateurs de suivi des CDR sont correctement remplis</li> <li>Le personnel est plus de 80% présent au PNAM</li> <li>L'organigramme technique proposé fin 2014 est mis en place et appliqué (selon audit organisationnel)</li> </ul>
R 12	Appui à la FEDECAME	<ul style="list-style-type: none"> <li>Locaux de stockage effectivement disponibles et équipés</li> <li>Augmentation significative du CA du BCAF Ouest</li> <li>Nombre correct de produits et de fournisseurs pré-qualifiés</li> <li>Prix de cession acceptable du BCAF pour les produits traceurs (prix référence centrale Afrique et catalogue IDA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>PV de réception des locaux</li> <li>Indicateurs de suivi du PNAM</li> <li>Compte d'exploitation BCAF</li> <li>Rapport de dépouillement des appels d'offres</li> <li>Listing prix de cession BCAF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le business plan de la BM débouche sur une réorganisation de la FEDECAME et des BCAF afin de renforcer la chaîne d'achat et de distribution</li> <li>Le FDR des BCAF est suffisant pour payer les fournisseurs dans les délais et stabiliser le stock de sécurité.</li> <li>La FEDECAME est appuyée techniquement et financièrement par d'autres PTF.</li> <li>Les autorités sanitaires facilitent l'acquisition de locaux de stockage au niveau central à Kinshasa (FEDECAME/ BCAF Ouest)</li> <li>Les PTF utilisent le circuit</li> </ul>

				FEDECAME et évitent définitivement les achats et la distribution des médicaments hors circuit FEDECAME
R 13	Appui à la DPM	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation significative du nombre de produits enregistrés en RDC</li> <li>• Augmentation significative du nombre d'inspecteurs formés au BPD</li> <li>• Augmentation significative du nombre d'inspections établissements pharmaceutiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Répertoire DPM des produits disposant d'une AMM</li> <li>• Rapports de la commission externe d'évaluation des AMM</li> <li>• Rapport d'expertise formation OMS</li> <li>• Rapport d'évaluation BPD des inspecteurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le business plan de la BM débouche sur une réorganisation de la DPM vers le statut le plus adapté au contexte (direction de la pharmacie ou agence)</li> <li>• L'enregistrement des médicaments, des établissements pharmaceutiques, le contrôle des importations et la mise en place de l'inspection sont les missions prioritaires ;</li> <li>• Des pressions économiques et/ou politiques n'empêchent pas la mise en place de la régulation du secteur pharmaceutique.</li> <li>• Le MSP est engagée dans le processus de régulation.</li> <li>• Les compétences techniques de la DPM sont suffisantes et sont orientées vers les missions prioritaires de celle-ci.</li> <li>• L'inspection sanctionne la concurrence déloyale</li> </ul>
Activités pour atteindre le Résultat		Moyens		Contribution belge (€)
R 10	Résultat 10 : Les trois CDR de Kisangani, Bwamanda et Kikwit assurent la disponibilité des médicaments FEDECAME			

C.1.1	CDR Kisangani viable avec disponibilité MED	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipement bâtiments</li> <li>• Equipements informatiques/ CDR</li> <li>• Construction bâtiment (stockage) à la CDR</li> <li>• Moyen de locomotion (Vehicule 4x4)</li> <li>• Stock sécurité selon procédures d'achat BCAF</li> <li>• Mission d'échange d'expérience (surtout apisoft)</li> <li>• Licence annuelle Apisoft</li> <li>• Contribution à la participation à l'interCDR</li> <li>• Stock démarrage (achat CDR) pour Zones de santé ciblées</li> </ul>	529.000 €
C.1.2	CDR Bwamanda viable avec disponibilité MED	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipement bâtiments</li> <li>• Equipements informatiques/ CDR CAMENE</li> <li>• Construction bâtiment (stockage) /CDR CAMENE</li> <li>• Stock sécurité selon procédures d'achat BCAF</li> <li>• Licence annuelle Apisoft (5000 euros/an)</li> <li>• Contribution à la participation à l'interCDR</li> </ul>	401.000 €
C.10.3	CDR Kikwit viable avec disponibilité MED	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipement bâtiments</li> <li>• Equipements informatiques</li> <li>• Construction bâtiment (stockage), en contribution autres PTF</li> <li>• Moyen de locomotion (moto yamaha DT 125)</li> <li>• Stock sécurité selon procédures d'achat BCAF</li> <li>• Licence annuelle Apisoft</li> <li>• Contribution à la participation à l'interCDR</li> </ul>	378.500 €
C.1.4	Appui commun à l'autonomie des CDR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subvention CDR CAMENE avec dépôts Karawa Gemena Gbadolite</li> <li>• Subvention CDR CAMEBASU y compris le Dépôt relais d'Idiofa</li> <li>• Subvention CDR CAMEKIS</li> <li>• Audit comptable des CDR</li> </ul>	495.000 €

R 11	Résultat 11: Le rôle du Programme National d'Approvisionnements en Médicaments (PNAM) dans la coordination et supervision du SNAME renforcé.		
C.2.1	Appui commun à l'autonomie des CDR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Achat véhicule 4 X4</li> <li>• Equipements informatiques et bureautiques</li> <li>• Groupe électrogène ou panneau solaire</li> <li>• Fonctionnement</li> <li>• Compléments de salaire cadres et agents PNAM: 25 personnes</li> <li>• Consultance Court terme MED</li> <li>• ATI Appui à la SENAME</li> </ul>	1.004.000 €
C.2.2	PNAM coordonne et supervise le SNAME	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluation CDR 18 CDR, 9 par an</li> <li>• Organisation table ronde inter CDR annuelle</li> <li>• Atelier mise à jour du Guide CDR</li> <li>• Mission d'accréditation des CDR</li> <li>• Réunions de la sous commission "appro" (4 réunions/an)</li> <li>• Promotion de "comportements rationnels"</li> <li>• Communication et marketing social: diffusion directives</li> <li>• Organisation atelier d'appui AT PNAM et AT perlé</li> </ul>	291.500 €
R 12	Résultat 12: Appui à la FEDECAME		
C.3.1	Appui BCAF Kinshasa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Achat Véhicule BCAF 4X4</li> <li>• Equipement logistique manutention</li> <li>• Stock sécurité selon procédures d'achat BCAF</li> <li>• Fonctionnement</li> <li>• Salaires personnels complémentaires</li> <li>• Echange compétences internationales entre centrales</li> </ul>	489.000 €
C.3.2	Appui au secrétariat FEDECAME	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fonctionnement secrétariat</li> <li>• Communication réunions partenaires</li> </ul>	105.800 €

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi assurance qualité Quamed 5000/an</li> <li>• Audit comptable annuel</li> <li>• Organisation atelier d'appui AT PNAM et AT perlé</li> </ul>	
R 13	Résultat 13: Appui à la DPM		
C.4.1	Appui à la fonction réglementation: élaboration textes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui expertise OMS fonction réglementation: élaboration textes</li> </ul>	30.000 €
C.4.2	Appui formation Enregistrement et Inspection	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui expertise OMS formation enregistrement / formation Inspection</li> </ul>	50.000 €

## 7.2 Chronogramme

	Résultats / activités	AN 1				AN2	AN3
		T1	T2	T3	T4		
	<b>OS1 : Les capacités managériales de la DEP sont renforcées</b>						
<b>R 1</b>	<b>Résultat 1: Planification coordonnée pour le renforcement du système de santé</b>						
	Poursuivre les appuis aux processus de planification	x	x	x	x	x	x
	Développer les outils de planification		x	x			
<b>R 2</b>	<b>Résultat 2 : Coordination, complémentarité, cohérence avec stratégie sectorielle</b>						
	Appui aux organes et mécanismes de coordination	x	x	x	x	x	x
	Appui technique à la mise en oeuvre de la stratégie sectorielle	x	x	x	x	x	x
	Appui à la mise en oeuvre de la DAF	x	x			x	x
<b>R 3</b>	<b>Résultat 3 : Développement du secteur assuré à travers la gestion de l'information stratégique du système de santé</b>						
	Renforcement de la collecte des données	x	x	x	x	x	x
	Développement d'un outil "centre de veille stratégique"		x	x	x		
<b>R 4</b>	<b>Résultat 4 : Elaboration des politiques, des normes et des stratégies du secteur basée sur la recherche en système de santé</b>						
	Appui à l'élaboration des politiques et des réformes	x		x		x	x
	Appui à la mobilisation des expertises	x	x	x	x	x	x
<b>R 5</b>	<b>Résultat 5 : Management interne de la DEP renforcé dans la vision de la réforme</b>						
	Développement administratif et financier	x	x	x			
	Développement de l'environnement de travail	x	x	x			
	Développement de la dynamique de travail	x		x	x	x	x
	<b>OS 2 : Les capacités managériales de la DLM sont renforcées</b>						
<b>R 6</b>	<b>Résultat 6 : Coordination &amp; intégration des programmes spécialisés</b>						
	Structuration des programmes spécialisés	x	x	x	x		
	Intégration des programmes spécialisés dans les DPS	x	x	x		x	
	Mise en oeuvre des outils programmatiques, normes, et directives	x		x		x	x
<b>R 7</b>	<b>Résultat 7 : Renforcement de la surveillance &amp; réponse contre les épidémies</b>						
	Appui aux investigations & ripostes au niveau central	x	x	x	x	x	x
	Appui technique au niveau des DPS	x	x	x	x		
	Renforcement des outils d'information sanitaire spécifique		x	x	x		
<b>R 8</b>	<b>Résultat 8 : Renforcement du réseau des laboratoires provinciaux</b>						
	Renforcement de l'INRB dans le cadre des épidémies et endémies prioritaires		x	x	x		
	Soutien par l'INRB du réseau de laboratoire de santé publique	x	x	x	x	x	x
<b>R 9</b>	<b>Résultat 9: Management interne de la DLM renforcé dans la vision de la réforme</b>						
	Développement administratif et financier	x	x	x			
	Développement de l'environnement de travail	x	x	x			
	Développement de la dynamique de travail	x		x	x	x	x
	<b>OS 3: Appui au SNAME</b>						
<b>R 10</b>	<b>Résultat 10: Appui aux CDR de Kisangani, Bwamanda et Kikwit</b>						
	<b>Appui à la CDR KISANGANI (CAMEKIS)</b>						
	Construction des magasins de stockage		x	x		x	
	Equipement		x	x		x	
	Licence annuelle Apisoft	x		x		x	x
	Subvention le fonctionnement	x		x		x	x
	Constitution du stock de sécurité	x		x		x	
	Contribution à la participation à l'interCDR		x		x	x	x
	Lignes de crédit aux Zones de santé ciblées( capital médicament)		x				
	Audit comptable des CDR			x		x	x

Appui à la CDR BWAMANDA(CAMENE)						
	Construction bâtiment (stockage) au dépôt transit de Gemena		x	x		
	Equipement dépôt de Gemena: Mobilier, étagères métalliques, palettes plastique, kit informatique, extincteurs, groupe électrogène, élévateur et split			x		
	Licence annuelle Apisoft	x		x		x x
	Subvention au fonctionnement( y compris les dépôts de Karawa )	x		x		x x
	Constitution du stock de sécurité	x		x		x
	Contribution à la participation à l'interCDR		x		x	x x
	Audit comptable des CDR			x		x x
Appui à la CDR KIKWITT(CAMEBASU)						
	Construction des magasins de stockage		x	x		
	Moto DT 125, mobilier de bureaux, étagères métalliques et palettes plastiques du magasin de stockage, extincteurs, groupe électrogène, coffre fort métallique, élévateur, split, et équipement informatique complémentaire (LCD, Laptop et Desktop)			x		
	Licence annuelle Apisoft	x		x		x x
	Subvention au fonctionnement( y compris les dépôts d'Idiofa)	x		x		x x
	Constitution du stock de sécurité	x		x		x
	Contribution à la participation à l'interCDR		x		x	x x
	Audit comptable des CDR			x		x x
<b>R 11</b>	<b>Résultat 11: Appui au PNAM</b>					
Développement de l'environnement de travail						
	Véhicule 4 X4		x			
	Equipements informatiques et bureautiques		x			
	Groupe électrogène ou panneau solaire		x			
	Fonctionnement( carburant, fournitures de bureau et électricité)	x	x	x	x	x x
	Primes cadres et agents PNAM: 25 personnes	x	x	x	x	x x
PNAM coordonne et supervise le SNAME						
	Evaluation CDR 18 CDR , 9 par an( mission conjointe de suivi du PNAM et des D	x	x	x	x	x x
	Organisation table ronde inter CDR annuelle(18CDR +PNAM+FEDECAME)		x		x	x
	Atelier mise à jour du Guide CDR		x			
	Mission d'accréditation des CDR		x	x		x
	Réunions de la sous commission "appro" ( 4 réunions/an)	x	x	x	x	x x
	Promotion de "comportement rationnels" prescription et dispensation		x	x	x	x
	Communication et marketing social: diffusion directives		x	x	x	x x
	Organisation atelier d'appui AT PNAM et AT perlé( rédaction outils techniques)		x		x	x x
<b>R 12</b>	<b>Résultat 12: Appui à la FEDECAME</b>					
Appui BCAF Kinshasa						
	Véhicule BCAF 4X4		x			
	Equipement logistique manutention		x	x		x
	Appui FDR ou stock sécurité selon procédures d'achat BCAF		x			
	Fonctionnement (2000 euros/mois*12): carburant, électricité, internet, communic	x	x	x	x	x x
	Salaires personnel complémentaire (pharmacien1200/mois+comptable assistant 800/m	x	x	x	x	x x
	Primes si salaire absent cadres et agents BCAF: 6 personnes ( soit 5000 mois )	x	x	x	x	x x
	Echange compétence entre les centrales à travers le monde selon TDR ( 1 ou 2 visites de 2 pharm		x	x	x	
Appui au secrétariat FEDECAME						
	Fonctionnement secrétariat (entretien, réparations 200 euros/mois- fournitures bu	x	x	x	x	x x
	Primes si salaire absent cadres et agents FEDECAME: 3 personnes ( soit 2500 r	x	x	x	x	x x
	Communication réunions partenaires	x	x	x	x	x
	Suivi assurance qualité Quamed 5000/an( cotisation + AG quamed des pharmaciens BCAF)	x		x	x	
	Audit comptable annuelle		x		x	x x
	Organisation atelier d'appui AT PNAM et AT perlé	x	x	x	x	x
<b>R 13</b>	<b>Résultat 13: Appui à la DPM</b>					
Appui à la fonction réglementation: élaboration textes						
	Appui expertise OMS fonction réglementation: élaboration textes		x	x	x	x
Appui formation Enregistrement et Inspection						
	Appui expertise OMS formation enregistrement et formation Inspection		x	x		

## 7.3 Termes de Références du personnel long terme

### 7.3.1 Coordinateur de Programme – Coordinateur d'intervention – ATI en Santé Publique

#### 7.3.1.1 Finalité et objectifs du poste

L'expertise apportée par l'ATI en Santé Publique est un appui institutionnel aux directions centrales (DEP et DLM) ; cette expertise sera largement renforcée par la remontée de l'expérience de terrain (appui à 3 provinces), procurée par la vision d'ensemble du programme de la coopération belge (dont l'ATI est le coordinateur).

Cette expertise apporte un renforcement de compétences et de savoir-faire pour :

- assurer la complémentarité entre les différents niveaux du programme de la coopération belge suivant une approche de programme d'appui unique
- accompagner les directions centrales et les divisions provinciales (en particulier pour les provinces appuyées par le programme) dans le cadre de la réforme du secteur de la santé
- appuyer la DEP dans son rôle stratégique, en tenant compte des résultats des recherches sur le système de santé (expériences, études analyse des données macro-économiques et sectorielles)
- appuyer la DEP pour assurer une planification coordonnée à tous les niveaux, et une coordination (i) au sein du ministère, (ii) avec les ministères connexes à la santé, (iii) avec l'ensemble des différents partenaires techniques et financiers du secteur de la santé
- appuyer la DLM dans son rôle stratégique (i) de structuration des programmes spécialisés (tant au niveau central que provincial), (ii) de mise en oeuvre des outils programmatiques, des normes et des directives nécessaires dans le domaine de la lutte contre les maladies, (iii) de surveillance et de ripostes adéquates aux grandes épidémies et endémies ; iv) collaboration avec la future DOGS pour la structuration des soins et des stratégies d'assurance qualité.
- appuyer les bureaux de la DEP et de la DLM par rapport à leurs développements managériaux internes
- représenter le programme santé auprès le GIBS et l'Ambassade à sa demande

L'ATI rapporte au Représentant Résident. Il entretient un contact régulier avec le backstoppeur EST au sein de la cellule EST santé à Bruxelles. .

#### 7.3.1.2 Lieu de travail et cadre institutionnel

Travail basé à Kinshasa, au sein de la Direction de la Lutte contre les Maladies (DLM) et de la Direction d'Etudes et Planification (DEP) et du Ministère de la Santé en République Démocratique du Congo. Des déplacements réguliers dans les provinces appuyées par le programme (Tshopo, Kwilu, Sud-Ubangui) seront nécessaires.

#### 7.3.1.3 Durée

Le poste est prévu pour la durée du financement, soit 36 mois.

#### 7.3.1.4 Responsabilités

Les responsabilités de l'ATI en santé publique sont partagées en plusieurs niveaux interdépendants.

- Volet coordination : l'ATI doit assurer la coordination technique au niveau de l'ensemble du programme, afin d'apporter une vision globale et harmonisée du programme de la coopération



belge.

- Volet technique : l'ATI doit assurer (i) un encadrement technique de qualité pour l'ensemble du programme et (ii) un appui au développement institutionnel au niveau des directions centrales DEP et DLM par rapport aux aspects santé publique.
- Volet gestion : l'ATI est responsable plus spécifiquement de la gestion de l'intervention (en régie) au niveau des activités menées avec la DLM, ainsi que la consolidation des plans et rapports dans le cadre de la composante 'niveau central' et dans le cadre du programme dans son ensemble.

### 7.3.1.5 Tâches

*Volet coordination (estimé à 40% de son temps):*

L'ATI sera responsable des tâches suivantes :

- Apporter un appui technique au niveau des différentes instances de coordination et de dialogue du niveau national
- Organiser un échange régulier et la capitalisation des expériences entre les appuis centraux et provinciaux et veiller à la bonne exécution et cohérence des différentes composantes du programme (notamment dans le cadre des différentes SMCL)
- Assurer la complémentarité des différents appuis du programme avec les différents partenaires (en particulier, les acteurs belges ainsi que les autres PTF) dans le domaine de la santé en RDC
- Organiser le suivi technique et scientifique externe et assurer la communication avec l'équipe de suivi scientifique.
- Rédiger les termes de référence des évaluations externes, appuyer les évaluateurs et assurer les différentes discussions concernant les conclusions de leurs visites
- Veiller à la prise en compte des thèmes transversaux (environnement, genre, VIH/Santé Reproductive) au sein du programme
- Assurer (la partie technique) des cercles de développement des conseillers techniques internationaux du PASS en concertation avec la représentation CTB

*Volet technique (estimé à 40% de son temps):*

L'ATI sera responsable en particulier des tâches suivantes :

- En étroite collaboration avec l'équipe de la DEP et l'ATI en Economie de la Santé, appuyer la DEP (i) dans la mise en œuvre de la stratégie sectorielle, (ii) dans l'élaboration des protocoles des études et de la réplique des expériences de terrain ainsi que dans la diffusion des résultats des recherches
- En étroite collaboration avec l'équipe de la DEP et l'ATI en Economie de la Santé, apporter un soutien à la mise en place de mécanismes de coordination au niveau du Ministère avec tous les acteurs concernés.
- En étroite collaboration avec l'équipe de la DLM, apporter un soutien important à la DLM dans (i) la structuration et la coordination des programmes spécialisés au niveau central (ii) l'intégration des programmes spécialisés au niveau des provinces, (iii) la mise en œuvre des normes et des directives nécessaires dans le domaine de la lutte contre les maladies, (iv) la rédaction des différents outils programmatiques, v) la collaboration avec la future DOGS.
- En étroite collaboration avec l'équipe de la DLM et avec le soutien de l'Institut National de

Recherches Biomédicales (INRB), apporter un soutien important à la DLM dans (i) la mise en œuvre des mécanismes généraux de surveillance et de ripostes adéquates aux grandes épidémies et endémies (politique de contingence, normes, directives, outils, équipes d'interventions, formations nécessaires, etc.), (ii) la mise en place des mécanismes adéquats correspondant au niveau des provinces, (iii) le renforcement du réseau de laboratoires provinciaux.

- En étroite collaboration avec l'équipe de la DLM, appuyer le management interne de la DLM et assurer la documentation de cette expérience.

*Volet gestion (estimé à 20% de son temps) :*

L'ATI sera responsable en particulier des tâches suivantes :

- Appuyer les directions centrales concernées par le programme dans la préparation des différentes SMCL ; il s'agira notamment des plans de travail de l'intervention, des rapports d'avancement trimestriels, des rapports de suivi & évaluation selon les canevas de la CTB.
- Proposer, en collaboration étroite avec les directions centrales concernées par le programme, aux structures de suivi (comité de pilotage, SMCL) toutes actions utiles concernant des réorientations nécessaires du programme (au niveau des résultats à atteindre ou activités, avec ou sans impacts budgétaires).
- Assurer ensemble avec le directeur de la DEP le monitoring de l'avancement du programme, ainsi que le secrétariat de la SMCL et du comité de pilotage.
- Veiller à la réalisation des activités prévues dans le cadre logique concernant l'appui à la DLM pour l'atteinte des résultats attendus.
- Assurer – pour le volet spécifique DLM – la responsabilité des achats et fournitures d'équipements et matériels apportés par la CTB ainsi que du suivi financier et comptable du projet CTB ; il sera cependant aidé directement dans cette tâche par l'administrateur comptable & le RAF.
- Superviser, avec le Directeur de la DLM, le personnel national qui reçoit des compléments de salaire sur le budget de la CTB.
- Gérer les performances de l'équipe du programme
- Il sera appuyé dans ces fonctions de coordination par le RAF, à qui il délèguera le plus possible les tâches de gestion administratives et financières.

Toute autre tâche d'un Coordinateur de Programme telle que décrite dans la note « structure organisationnelle programme » de la CTB.

#### **7.3.1.6 Profil**

Assistant Technique International, expert en Santé Publique possédant une large expérience des différentes composantes des systèmes de santé en Afrique subsaharienne.

Niveau de formation :

- Médecin de Santé Publique

Expérience prouvée:

- Expérience professionnelle de minimum 10 ans dans le domaine de la Santé Publique, dont minimum 5 ans dans un contexte de pays en développement
- Expérience en gestion du cycle de projet dans le cadre de la coopération internationale :

planification, organisation, gestion, coordination, supervision, suivi-évaluation du système de santé

- Expérience en accompagnement d'un processus de gestion du changement

#### Expérience additionnelle souhaitée

- Expérience en épidémiologie d'intervention
- Expérience préalable dans un poste comme expert au sein d'une organisation de coopération dans le domaine de la santé publique
- Connaissance du contexte congolais

#### Aptitudes :

- capacité avérée à travailler dans un milieu multiculturelle et multidisciplinaire
- Compétences interpersonnelles avérées (capacité de facilitation, accompagnement, négociation, flexibilité, attitude empathique, travail en réseau) ; aptitudes en animations d'équipe et en formation

#### Aptitudes techniques :

- Bonne capacité de réflexion conceptuelle ; capacités à mener de la recherche-action et des enquêtes
- Excellente maîtrise du français, bonne maîtrise de la lecture anglophone
- Bonne maîtrise de l'outil informatique (Word, Excel, Powerpoint, Base de données).

### **7.3.1.7 Gestion du contrat**

Contrat siège CTB géré en régie par la CTB, sous droit belge.

## **7.3.2 ATI expert en Economie de la Santé**

### **7.3.2.1 Finalité et objectif de la fonction**

L'expertise apportée par l'ATI en Economie de la Santé est essentiellement un appui institutionnel aux directions centrales (DEP et DLM), en concertation étroite avec les appuis apportés dans le cadre du programme belge au niveau provincial.

Cette expertise apporte un renforcement de compétences et de savoir-faire pour :

- accompagner les directions centrales et les divisions provinciales (en particulier pour les provinces appuyées par le programme) dans le cadre de la réforme du secteur de la santé
- appuyer la DEP dans son rôle stratégique, en tenant compte des résultats des recherches sur le système de santé en termes d'expériences et de capitalisation des études (en particulier dans le domaine des données macro-économiques sectorielles)
- appuyer la DEP pour assurer une planification coordonnée à tous les niveaux, et une coordination (i) au sein du ministère, (ii) avec les ministères connexes à la santé, (iii) avec l'ensemble des différents partenaires techniques et financiers du secteur de la santé
- appuyer la DEP dans les aspects spécifiques du renforcement sectoriel en ce qui concerne (i) l'appui aux structures centrales et décentralisées, ii) la mise en place de la future Direction des Affaires Financières, (iii) le développement de la gestion de l'information stratégique, (iv) l'élaboration des politiques et des documents clés du secteur, notamment dans le domaine du

financement et la mise en place de la Couverture Santé Universelle.

- appuyer les bureaux de la DEP et de la DLM par rapport à leurs développements managériaux internes.

L'ATI rapporte au Coordinateur de Programme. .

### **7.3.2.2 Lieu de travail et cadre institutionnel**

Travail basé à Kinshasa, au sein de la Direction d'Etudes et Planification (DEP) et de la Direction de la Lutte contre les Maladies (DLM) du Ministère de la Santé en République Démocratique du Congo. Des déplacements dans les provinces appuyées par le programme (Tshopo, Kwilu, Sud-Ubangui) seront nécessaires.

L'ATI rapporte au coordinateur de Programme.

### **7.3.2.3 Durée**

Le poste est prévu pour la durée du financement, soit 36 mois.

### **7.3.2.4 Objectifs – résultats**

#### **7.3.2.5 Responsabilités**

Les responsabilités de l'ATI en économie de la santé sont partagées en plusieurs niveaux interdépendants.

- Volet technique : l'ATI doit assurer un encadrement technique de qualité et le renforcement des capacités pour l'ensemble du programme, en particulier sur les aspects de financement des soins
- Volet gestion : l'ATI est responsable plus spécifiquement de la gestion de l'intervention (en régie) au niveau des activités menées avec la DEP.

#### **7.3.2.6 Tâches**

*Volet technique :*

L'ATI sera responsable, en étroite collaboration avec l'équipe de la DEP et l'ATI de Santé Publique, des tâches suivantes :

- participer à la mise en place des mécanismes de coordination au niveau du Ministère avec tous les acteurs concernés.
- apporter un appui technique au niveau des différentes instances de coordination et de dialogue du niveau national
- donner un appui (i) dans la mise en œuvre de la stratégie sectorielle, (ii) le développement de l'information stratégique, notamment au travers de la mise en place d'un « centre de veille stratégique »
- apporter un appui dans (i) l'élaboration des protocoles des études, la réplique des expériences de terrain ainsi que dans la diffusion des résultats des recherches et (ii) dans l'articulation des interactions avec les écoles de santé publiques nationales et internationales, en particulier avec le projet RIPSEC de l'Union Européenne
- apporter un appui dans (i) l'élaboration des documents clés du secteur (PNDS 2016-2020, etc.) (ii) la poursuite du processus de réforme du secteur de la santé (la décentralisation et les nouvelles configurations du niveau intermédiaire, la réforme sur les ressources humaines, la mise en place de la future Direction de l'Organisation et de la Gestion des Services des soins de Santé, etc.).

- apporter un soutien important à la DEP dans (i) l'élaboration et la validation de la stratégie de financement de la santé (costing de la stratégie, articulation des mécanismes de financement existants, etc.) (ii) la finalisation du projet de loi sur la couverture santé universelle
- appuyer la réflexion stratégique autour du financement de la santé au sein de la commission financement et couverture santé universelle du comité national de pilotage
- faciliter un échange régulier entre les appuis centraux et provinciaux du programme et la capitalisation des expériences du programme en autres PTF, en particulier concernant les aspects de financement
- en étroite collaboration avec les différentes directions centrales (i) suivre et appuyer le processus de restructuration de l'actuelle CAG-F en DAF (ii) appuyer le fonctionnement de la future DAF (élaboration et validation du manuel de procédures, évaluation de la mise en œuvre, etc.).
- donner un appui technique à la réorganisation interne de la DEP et DLM et assurer la documentation de cette expérience.
- participer à la rédaction des termes de référence des évaluations externes, et appuyer les évaluateurs et assurer les différentes discussions concernant les conclusions de leurs visites
- Exécuter toute autre tâche lui confiée par le coordinateur

*Volet gestion :*

L'ATI sera responsable en particulier des tâches suivantes :

- Appuyer le Coordinateur de Programme dans la préparation des différentes SMCL ; il s'agira notamment des plans de travail de l'intervention, des rapports d'avancement trimestriels, des rapports de suivi & évaluation selon les canevas de la CTB.
- Proposer, en collaboration étroite avec les directions centrales concernées par le programme, aux structures de suivi (comité de pilotage, SMCL) toutes actions utiles concernant des réorientations nécessaires du programme (au niveau des résultats à atteindre ou activités, avec ou sans impacts budgétaires).
- Veiller à la réalisation des activités prévues dans le cadre logique concernant l'appui à la DEP pour l'atteinte des résultats attendus.
- Assurer – pour le volet spécifique DEP – la responsabilité des achats et fournitures d'équipements et matériels apportés par la CTB ainsi que du suivi financier et comptable du projet CTB ; il sera cependant aidé directement dans cette tâche par l'administrateur comptable et le RAF.

### **7.3.2.7 Profil**

Assistant Technique International, expert en Economie de la Santé possédant une large expérience des différentes composantes des systèmes de santé en Afrique subsaharienne

Niveau de formation :

- Economiste de santé, avec un diplôme universitaire

Expérience prouvée:

- Expérience professionnelle de minimum 7 ans dans le domaine du financement de la Santé, dont au minimum 4 ans dans un contexte de pays en développement
- Expérience en gestion du cycle de projet dans le cadre de la coopération internationale : planification, organisation, gestion, coordination, supervision, suivi-évaluation du système de

santé

- Expérience en accompagnement d'un processus de gestion du changement
- Expérience en renforcement des capacités en lien avec les aspects d'économie de la santé

#### Expérience additionnelle souhaitée

- Expérience dans le domaine de la couverture sanitaire universelle ou dans les financements des politiques de santé au niveau d'un ministère de la santé
- Expérience préalable dans un poste similaire au sein d'une organisation de coopération dans le domaine de la santé publique.
- Connaissance du contexte congolais.

#### Aptitudes :

- capacité avérée à travailler dans un milieu multiculturelle et multidisciplinaire
- Compétences interpersonnelles avérées (capacité de facilitation, accompagnement, négociation, flexibilité, attitude empathique, travail en réseau) ;
- aptitudes en animations d'équipe et en formation

#### Aptitudes techniques :

- Bonne capacité de réflexion conceptuelle ;
- capacités à mener de la recherche-action et des enquêtes
- Excellente maîtrise du français, bonne maîtrise de la lecture anglophone
- Bonne maîtrise de l'outil informatique (Word, Excel, Powerpoint, Base de données).

### **7.3.2.8 Gestion du contrat**

Contrat siège CTB géré en régie par la CTB, sous droit belge.

## **7.3.3 ATI expert en Gestion Pharmaceutique**

### **7.3.3.1 Finalité et objectifs**

L'expertise apportée par l'ATI gestionnaire pharmaceutique est essentiellement un appui institutionnel au développement du Système National d'Approvisionnements en Médicaments Essentiels (SNAME), en concertation étroite avec les appuis apportés dans le cadre du programme belge au niveau central et provincial.

Les structures du Système National d'Approvisionnements en Médicaments Essentiels (SNAME) sont : (i) La direction de la Pharmacie du Médicament (DPM), (ii) le Programme National d'Approvisionnement en Médicaments (PNAM), (iii) la Fédération des Centrales d'Achat des Médicaments (FEDECAME), (iv) les Centrales de Distributions Régionales de Médicaments Essentiels (CDR).

Les missions prioritaires du SNAME sont (i) d'assurer un approvisionnement régulier, suffisant et pérenne de médicaments essentiels de qualité sous forme générique et à un prix accessible à la population et (ii) de contribuer à promouvoir l'utilisation rationnelle des médicaments.

Cette expertise apporte un renforcement de compétences et de savoir-faire pour que :

- Le Programme National d'Approvisionnements en Médicaments puisse jouer son rôle de

coordination, de suivi et supervision du fonctionnement de la FEDECAME, des CDR et des pharmacies des zones de santé (ZS).

- Les trois CDR de Kisangani, Bwamanda et Kikwit- appuyées dans le cadre du programme de la coopération belge – puissent assurer la disponibilité des médicaments de qualité et à prix accessible provenant de la FEDECAME jusqu'au zones de santé
- Le fonctionnement de la FEDECAME – et en particulier le Bureau d'achat de Kinshasa puisse assurer une disponibilité continue des médicaments dans les CDR.
- Les principales fonctions règlementaires de la DPM – en particulier l'enregistrement et l'inspection – puissent être renforcées.

### **7.3.3.2 Lieu de travail et cadre institutionnel**

Travail basé à Kinshasa, au sein du Programme National d'Approvisionnement en Médicaments (PNAM) du Ministère de la Santé en République Démocratique du Congo. Des déplacements conséquents (25% du temps de prestation) dans les provinces du pays seront nécessaires.

L'ATI expert en gestion pharmaceutique rapporte au Coordinateur de Programme. Il supervise les fonctions suivantes (à compléter).

### **7.3.3.3 Durée**

Le poste est prévu pour la durée du financement, soit 36 mois.

### **7.3.3.4 Objectifs – résultats**

### **7.3.3.5 Responsabilités**

Les responsabilités de l'ATI gestionnaire pharmaceutique sont partagées en deux niveaux interdépendants.

- Volet technique : l'ATI doit assurer un encadrement technique de qualité pour le volet d'appui au SNAME en particulier au PNAM.
- Volet gestion : l'ATI est responsable plus spécifiquement de la gestion de l'intervention (en régie) au niveau des activités menées dans le cadre du SNAME.

### **7.3.3.6 Tâches**

*Volet technique :*

L'ATI sera responsable, en tant que senior manager de l'équipe du PNAM et en étroite collaboration avec l'équipe de la DPM des tâches suivantes, regroupant une fonction de manager d'équipe et une fonction de gestionnaire d'activités pharmaceutiques.

En tant que manager en appui à la direction du PNAM, il devra assurer et identifiera les besoins de renforcement pour :

- la mise en place du plan stratégique et du plan annuel du SNAME (planification des activités annuelles par ordre de priorités, élaboration d'indicateurs de résultats et évaluation semestrielle et annuelle à partir d'un tableau de bord, etc.)
- l'organisation des ressources humaines et la mise en place des compétences (identification et mise en place du plan de formation)
- l'organisation des missions des partenaires
- la gestion de l'Assistance Technique court terme

En tant que technicien, il assurera un appui

- pour le renforcement technique du PNAM (organisation interne des activités prioritaires, préparation des documents et outils techniques, suivi SNIS-MED, besoins des partenaires, etc.). Proposition des TDR pour les missions d'appui technique.
- aux CDR, pour un encadrement technique et un suivi de la mise en œuvre des CDR (analyse des différentes activités des bureaux, gestion financière, mise en place des actions correctrices, proposition de TDR pour les missions d'appui technique, etc.)
- à la FEDECAME, pour (i) identifier les besoins techniques et financiers, (ii) soutenir le bureau achats dans le suivi des flux financiers et matières, (iii) analyser les indicateurs de performance, (iv) proposer des TDR pour les missions d'appui technique,
- pour la DPM, en relation étroite avec les autres partenaires impliqués, identifier les besoins de renforcement notamment en matière de réglementation, d'enregistrement et d'inspection. Suivi des activités financées.

En tant que membre de l'équipe du programme, il devra également appuyer toute autre tâche, qui lui sera confiée par le coordinateur.

*Volet gestion :*

L'ATI sera responsable en particulier des tâches suivantes :

- Appuyer le Coordinateur de Programme dans la préparation des différentes SMCL ; il s'agira notamment des plans de travail de l'intervention, des rapports d'avancement trimestriels, des rapports de suivi & évaluation selon les canevas de la CTB.
- Proposer, en collaboration étroite avec les directions centrales concernées par le programme, aux structures de suivi (comité de pilotage, SMCL) toutes actions utiles concernant des réorientations nécessaires du programme (au niveau des résultats à atteindre ou activités, avec ou sans impacts budgétaires).
- Veiller à la réalisation des activités prévues dans le cadre logique concernant l'appui au SNAME pour l'atteinte des résultats attendus.
- Assurer – pour le volet spécifique SNAME – la responsabilité des achats et fournitures d'équipements et matériels apportés par la CTB ainsi que du suivi financier et comptable du projet CTB ; il sera cependant aidé directement dans cette tâche par l'administrateur comptable et le RAF.
- Superviser, avec le Directeur du PNAM, le personnel national qui reçoit des compléments de salaire sur le budget de la CTB.

### **7.3.3.7 Profil**

Assistant Technique International gestionnaire pharmaceutique, présentant un profil de pharmacien ou médecin de santé publique/économiste de la santé avec une forte compétence pharmaceutique, managérial d'équipe et une expérience des systèmes de santé en Afrique subsaharienne

Niveau de formation :

- diplôme universitaire (diplôme de pharmacien, médecin, économiste de la santé ou équivalent)

Expérience prouvée:

- Expérience professionnelle de minimum 7 ans dans le domaine de la gestion du médicament au niveau d'un système de santé, dont au minimum 4 ans dans un contexte de pays en développement



- Expérience avérée dans le domaine de la santé publique et/ou diplôme correspondant.
- Expérience en gestion du cycle de projet dans le cadre de la coopération internationale : planification, organisation, gestion, coordination, supervision, suivi-évaluation du système de santé
- Expérience en accompagnement d'un processus de gestion du changement

#### Expérience additionnelle souhaitée

- Expérience préalable dans un poste similaire au sein d'une organisation de coopération dans le domaine de la santé publique.
- Connaissance du contexte congolais.

#### Aptitudes :

- capacité avérée à travailler dans un milieu multiculturelle et multidisciplinaire
- Compétences interpersonnelles avérées (capacité de facilitation, accompagnement, négociation, flexibilité, attitude empathique, travail en réseau) ; aptitudes en animations d'équipe et en formation

#### Aptitudes techniques :

- Bonne capacité de réflexion conceptuelle ;
- capacités à mener de la recherche-action et des enquêtes
- Excellente maîtrise du français, bonne maîtrise de la lecture anglophone
- Bonne maîtrise de l'outil informatique (Word, Excel, Powerpoint, Base de données).

#### **7.3.3.8 Gestion du contrat**

Contrat siège CTB géré en régie par la CTB, sous droit belge.

## **7.4 Présentation du projet RIPSEC**

Le projet de Renforcement Institutionnel pour des Politiques de Santé basées sur l'Evidence en RD Congo (RIPSEC) est un projet initié par l'IMT Anvers sur financement de l'Union Européenne.

L'action proposée par ce projet est de renforcer les capacités institutionnelles des établissements nationaux de formation et de recherche en santé publique afin de leur permettre d'assurer des formations adéquates, de conduire des recherches de qualité et de remplir adéquatement leur rôle d'appui stratégique aux autorités sanitaires nationales, provinciales et locales.

Elle se propose en outre de mettre en place les structures et processus nécessaires pour pouvoir synthétiser de façon systématique les évidences disponibles en santé publique; de manière à alimenter le débat politique et à améliorer la qualité du travail normatif en santé.

Pour y parvenir, le projet se propose de: (i) Développer la capacité de gestion de connaissances en santé en RDC par le biais d'un Centre de Connaissances Santé au Congo (« CCSC »); (ii) Renforcer la capacité scientifique des ESP de la RDC et de l'INRB en matière de recherche et d'enseignement en systèmes de santé; (iii) Renforcer la capacité de formation des ESP par la création de zones de santé de démonstration en matière de couverture universelle.

Pour ce qui est du centre de connaissances ou Agence d'Evaluation de Technologies de la Santé, il sera dédié à appuyer la prise de décision basée sur l'évidence (efficacité, efficience, acceptabilité

sociale), à travers l'analyse et la synthèse de l'information scientifique, comme c'est le cas dans de nombreux pays. Le CCSC appliquera une méthode de recherche pour informer l'élaboration des politiques de santé basées sur l'évidence. Il devra gérer la masse d'informations relatives à la santé, produites dans les différentes institutions de recherche nationales et ailleurs dans le monde, et pertinentes pour la prise de décisions. Il s'inspirera aussi des centres d'expertise en soins de santé comme le KCE en Belgique.

Après le choix et à la priorisation par les ESP et l'INRB des questions à explorer, il bénéficiera de la guidance scientifique de l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP) à Rabat au Maroc, et de l'IMT Anvers. Il devra réaliser au moins 2 analyses et synthèses de l'évidence par an.

Pour dépasser le cadre temporel limité d'un programme financé par des fonds extérieurs, et pour son développement harmonieux et rationnel, le CCSC sera intégré au réseau EVIDENT (« Enhancing Evidence-Informed Decision-making in Health and Nutrition ») dirigé par l'IMT/Anvers et qui regroupe depuis janvier 2014 des partenaires de neuf pays différents (Afrique du Sud, Belgique, Bénin, Ghana, Maroc, Pays Bas, Royaume Uni, Tanzanie et Ouganda). Ce réseau vise aussi à promouvoir la prise de décisions basée sur l'évidence.

A ce stade du projet, il n'y a pas encore d'indication sur l'emplacement de ce CCSC : ceci fera l'objet de discussions avec les différentes parties prenantes lors du démarrage de RIPSEC; même si a priori deux possibilités se présentent: Kinshasa ou Lubumbashi.