



CTB RD CONGO



MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
SECRETARIAT GENERAL

AGENCE BELGE DE DEVELOPPEMENT
AIFLMNC

DIRECTION DE LUTTE CONTRE
MALADIE (D4)

RAPPORT ANNUEL 2010

Appui Institutionnel à la Fonction de Lutte
Contre la Maladie au Niveau Central
MSP RDC

Table des matières

1	FICHE PROJET	6
2	RESUME	7
2.1	Aperçu de l'intervention	7
2.1.1	Critères de qualité	7
2.1.2	Exécution budgétaire	7
2.2	Points saillants	8
2.3	Leçons apprises et recommandations	8
3	EVOLUTION DU CONTEXTE	9
4	ANALYSE DE L'INTERVENTION	10
4.1	Ancrage institutionnel	10
4.2	Objectif spécifique	10
4.2.1	Indicateurs	10
4.2.2	Analyse des progrès réalisés	11
4.2.3	Risques et hypothèses	12
4.2.4	Critères de qualité	14
4.2.5	Impact	14
4.2.6	Leçons apprises et recommandations	14
4.3	Résultat 1	16
4.3.1	Indicateurs	16
4.3.2	Bilan des activités	16
4.3.3	Analyse des progrès réalisés	17
4.3.4	Risques et hypothèses	17
4.3.5	Critères de qualité	17
4.3.6	Exécution budgétaire	18
4.3.7	Leçons apprises et recommandations	18
4.4	Résultat 2	19
4.4.1	Indicateurs	19
4.4.2	Bilan des activités	19
4.4.3	Analyse des progrès réalisés	19
4.4.4	Risques et hypothèses	20
4.4.5	Critères de qualité	20
4.4.6	Exécution budgétaire	20
4.4.7	Leçons apprises et recommandations	21
4.5	Résultat 3	22
4.5.1	Indicateurs	22
4.5.2	Bilan des activités	22
4.5.3	Analyse des progrès réalisés	22
4.5.4	Risques et hypothèses	23
4.5.5	Critères de qualité	23
4.5.6	Exécution budgétaire	23
4.5.7	Leçons apprises et recommandations	24

4.6	Résultat 4	25
4.6.1	Indicateurs	25
4.6.2	Bilan des activités	25
4.6.3	Analyse des progrès réalisés	25
4.6.4	Critères de qualité	25
4.6.5	Exécution budgétaire	26
4.7	Résultat 5	27
4.7.1	Indicateurs	27
4.7.2	Bilan des activités	27
4.7.3	Analyse des progrès réalisés	28
4.7.4	Risques et hypothèses	28
4.7.5	Critères de qualité	29
4.7.6	Exécution budgétaire	29
4.7.7	Leçons apprises et recommandations	29
5	BENEFICIAIRES	30
5.1	Les bénéficiaires directs	30
5.2	Les bénéficiaires indirects	30
6	SUIVI DES DECISIONS PRISES PAR LA SMCL	31

Abréviations

AG	Administrateur Gestionnaire
AGEFIN	Agence de gestion financière contractualisée par le MSP
AIFLMNC	Appui Institutionnel à la Fonction de Lutte contre la Maladie au Niveau Central
AM	Arrêté Ministériel
AQ	Assurance Qualité
AT	Assistant Technique
AV	Analyse Verticale
CAG	Cellule d'Appui à la gestion
CD	Chef de division
CDC	Centers of Disease Control
CNP SS	Comité National de Pilotage du Secteur Santé
CP	Coordination des Programmes
CPP SS	Comité Provincial de Pilotage du Secteur Santé
CSC	Cahier Spécial des Charges
CSF	Contrôle Sanitaire aux Frontières
CT LM	Commission Technique de Lutte contre la Maladie (organe du CNP SS)
CTB	Coopération Technique Belge actuellement Agence belge de Développement
D1	Directions des services généraux et ressources humaines
D4	Direction de Lutte contre la Maladie (DLM)
D5	Direction des Soins de Santé Primaires (DSSP)
D5SNIS	Division SNIS de la D5
D7	Direction d'Etudes et Planification (DEP)
D8	Direction des Laboratoires
D9	Direction de l'Hygiène
DEP	Direction d'Etudes et Planification (D7)
DIR	Directeur
DIR ADJ	Directeur Adjoint
DLM	Direction de Lutte contre la Maladie (D4)
DSSP	Direction des Soins de Santé Primaires (D5)
DTF	Document Technico Financier (de l'intervention CTB)
ECP	Equipe Cadre Provinciale
ECZ	Equipe Cadre de Zone de Santé
ESP	Ecole de Santé Publique
FIT	Logiciel comptable utilisé par la CTB
GAVI	The Global Alliance for Vaccines and Immunisation
GESIS	Logiciel de Gestion de l'Information Sanitaire
GIBS	Groupe Inter Bailleurs pour la Santé
GT	Groupe de Travail
HSF	Hygiène Sanitaire aux Frontières
HTA	Hypertension Artérielle
INRB	Institut National de Recherche Biomédicale
IT	Information Technology
LPSP	Laboratoire Provincial de Santé Publique

MCP	Médecin Coordonnateur Provincial
MSP	Ministère de la Santé Publique
NC	Niveau Central du MSP
NI	Niveau Intermédiaire du MSP
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNEL	Programme National d'Élimination de la Lèpre
PNHF	Programme National d'Hygiène aux Frontières
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLS	Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNLTHA	Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine
PRONANUT	Programme National de Nutrition
PS	Plan Stratégique
Q1, Q2 ... Qn	Quartile 1, quartile 2... 1 ^{er} trimestre, 2 ^{ème} trimestre ...
RNLSP	Réseau National de Laboratoires de Santé Publique
ROI	Règlement d'Ordre Intérieur
SC	Sous Commission
S&E	Suivi et évaluation
SE	Surveillance Epidémiologique
SIMR	Surveillance Intégrée de la Maladie et Riposte
SMCL	Structure Mixte de Concertation Locale
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système de Santé
TBC	Tuberculose
TdR	Termes de référence
THA	Trypanosomiase Humaine Africaine
ZS	Zone de Santé

1 Fiche projet

Pays	RDC
Nom abrégé	AIFLMMINSAN/ AIFLMNC
Secteur et sous secteur CAD	Santé, politique générale sanitaire, management administratif
Donneur	DGD Direction Générale de la coopération au Développement
Code Donneur	3004508
Institution nationale ou régionale chargée de l'exécution	CTB
Agence d'exécution	MSP, RDC, Direction de Lutte contre la Maladie
Nombre d'expert CTB en coopération internationale	1
Durée de la Convention Spécifique	60 mois / à partir du 29 avril 2009
Durée du projet	48 mois
Date de démarrage de la prestation	Convention de Mise en Œuvre (CMO) : 11 juin 2009 Démarrage du financement : 1 ^{er} juillet 2009 Démarrage assistance technique : 30 septembre 2009
Date de clôture de la prestation estimée	30 juin 2013
Modalités de gestion de la prestation	Régie
Budget total de la prestation	6.500.000 euros
Période couverte par le rapport	Janvier 2010 à décembre 2010

2 Résumé

2.1 Aperçu de l'intervention

2.1.1 Critères de qualité

Logique d'intervention	Efficacité	Efficienc	Durabilité	Pertinence
Objectif Spécifique	B	B	C	A
Résultat 1	B	B	B	A
Résultat 2	C	B	A	A
Résultat 3	B	C	C	A
Résultat 4	D	X	B	C
Résultat 5	B	B	B	A

L'interprétation des critères est la suivante, sur l'ensemble du document :

Efficacité :	le degré selon lequel l'objectif spécifique ou le résultat est atteint tel que prévu fin 2010
Efficienc :	le degré selon lequel les ressources de l'intervention (fonds, expertise, temps) sont converties en résultats de façon économe
Durabilité :	le degré de probabilité de préserver et reproduire les bénéfices d'une intervention sur le long terme (au-delà de la période de mise en œuvre de l'intervention). Cela inclut le degré de probabilité selon laquelle les avantages nets sont susceptibles de résister aux risques
Pertinence :	le degré selon lequel l'intervention est cohérente avec les politiques et priorités locales et nationales ainsi qu'avec les attentes des bénéficiaires

Les scores sont définis de la manière suivante :

A :	très satisfaisant	aucun effort supplémentaire n'est requis
B :	satisfaisant	davantage d'efforts doivent être fournis
C :	insatisfaisant	prendre des mesures est nécessaire
D :	très insatisfaisant	prendre des mesures est indispensable
X :	non mesurable	

2.1.2 Exécution budgétaire

Contribution totale	Dépenses 2009	Dépenses 2010	Dépenses totales au 31/12/2010	Solde budget	Taux d'exécution
6.500.000 €	115.538 €	629.433 €	744.971 €	5.755.029 €	11,5 %

2.2 Points saillants

L'équipe de la DLM sous sa forme actuelle, rationalisée et appuyée par un budget de fonctionnement, a été fonctionnelle à partir de 2010. Le processus de sélection s'est relativement bien déroulé dans un délai raisonnable. La formation en team building a permis à l'équipe de se construire rapidement, de se perfectionner et de développer un mode de fonctionnement plus orienté vers ses fonctions premières de Direction Centrale. La création de la Commission Technique de Lutte contre la Maladie et l'amélioration de la coordination avec les programmes ont facilité le développement du leadership de l'équipe. La dynamique de collaboration dans le travail avec les autres structures du niveau central du MSP sont assurément une force de la DLM. Des acteurs des autres structures du niveau central ont été associés dans diverses activités de la DLM : les programmes, le Directeur et le personnel de l'INRB, le Directeur de la Direction des Laboratoires, le Directeur et le personnel de la Direction des Soins de Santé Primaires et de la Direction des Etudes et de la Planification. Les quelques résultats actuels sont l'alignement des plans stratégiques au PNDS, l'élaboration d'un plan de développement du réseau de laboratoires, le démarrage de l'audit organisationnel de l'INRB et en synergie avec le projet SURVAC, le développement des documents normatifs du réseau de laboratoires.

Cependant au sein de la DLM comme au sein des groupes de travail, il y a une tendance à prendre du retard dans la finalisation des travaux et l'atteinte des résultats. La cellule administrative devrait également sortir des activités de routine et mettre en place progressivement des outils/ et ou des modalités de gestion plus performants. Le renforcement institutionnel de la DML déjà obtenu devrait être renforcé. L'équipe de la DLM devra également veiller à ce que les effets sur les bénéficiaires indirects, personnel des services opérationnels et population, commencent à se ressentir.

2.3 Leçons apprises et recommandations

Décision/ Recommandations	Parties prenantes	Chapitre
1. Poursuivre l'adéquation du personnel : <ul style="list-style-type: none"> – Redéploiement du personnel non sélectionné – Plan de formation ciblant le renforcement des capacités institutionnelles – Sélection de personnel en fonction des besoins 	Membres de la SMCL Secrétaire Général Directeur de la DLM AT DLM	4.2.6 4.7.7
2. Poursuivre le renforcement institutionnel de la DLM : <ul style="list-style-type: none"> – Développement institutionnel avec l'appui d'une expertise externe – Evaluation axée sur les résultats 	Directeur de la DLM Secrétariat Technique DLM Expertise externe/AT DLM	4.2.6 4.7.7
3. Défragmenter la fonction de coordination : <ul style="list-style-type: none"> – Intégration des structures parallèles de coordination des programmes à la CT LM – Intégration des structures parallèles de gestion des épidémies, urgences et catastrophes 	Directeur de la DLM Membres DLM Programmes Partenaires	4.3.7 4.4.7
4. Améliorer la gestion des épidémies : <ul style="list-style-type: none"> – Renforcement des capacités des provinces – Mise en place des équipes d'intervention rapide – Mise en place de mécanismes de riposte 	Chef de division SE Membres de la Division PNUAH, INRB, D8, PNAM/D3 ...	4.4.7
5. Développer le réseau de laboratoires de santé publique : <ul style="list-style-type: none"> – Appui à l'adéquation du personnel et du statut de l'INRB – Validation des documents normatifs – Pilotage du suivi par la CT LM 	MSP, Cabinet, SG Directeur de la DLM Membre DLM / en appui à la CT LM	4.5.7.

Décision/ Recommandations	Parties prenantes	Chapitre
<p>6. Contribuer au développement de financements conjoints :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Diffusion et utilisation du manuel de procédures du MSP par les programmes – Participation à la définition des protocoles de financement conjoint 	<p>CAG AT DLM Programmes Partenaires</p>	<p>4.7.7</p>

3 Evolution du contexte

L'événement majeur dans le secteur santé en 2010 est que le MSP s'est doté d'un document stratégique pour les 5 ans à venir, le Plan National de Développement Sanitaire 2011 – 2015. Ce document constitue le plan de mise en œuvre de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé et est donc la référence pour l'ensemble des parties prenantes du secteur santé.

L'élaboration du PNDS a suivi une approche à la fois ascendante, plans de développement des ZS, plans consolidés au niveau des provinces et plan national, et une approche descendante, canevas élaboré par le niveau national, revue sectorielle ayant alimenté le diagnostic sectoriel, orientations stratégiques pour les provinces et finalement élaboration du PNDS. La méthodologie a également été inclusive, faisant participer les différentes parties prenantes dans le secteur santé, aux différents niveaux de la planification. Le Comité National et les Comités Provinciaux de Pilotage du secteur santé ont été dynamisés ou même rendus fonctionnels au cours des phases d'élaboration du PNDS et des PPDS. La mise en œuvre et le suivi du PNDS devraient favoriser le maintien de la fonctionnalité de ces structures fonctionnelles de coordination.

Bien que les travaux de concertation avec la fonction publique aient commencé en ce qui concerne la réorganisation du cadre organique du niveau central, le processus de décentralisation/ déconcentration pourrait encore prendre du temps. Ce contexte risque de réduire l'impact de l'intervention sur la défragmentation des soins et leur intégration, et donc aussi sur le bien être de la population.

Enfin, le renforcement institutionnel déjà obtenu et l'adéquation du personnel risquent d'être freinés par le non redéploiement du personnel non sélectionné lors de la première phase d'adéquation du personnel.

4 Analyse de l'intervention

4.1 Ancrage institutionnel

Toutes les ressources mises à disposition par l'intervention, y compris l'assistance technique de proximité, sont ancrées institutionnellement à la DLM, ce qui devrait concourir à une pertinence et un alignement des actions menées par rapport à la politique nationale, ainsi qu'à une appropriation durable d'une gestion rationnelle et efficaces des ressources par la partie nationale. C'est également le personnel administratif de la DLM qui est mis à contribution pour la gestion des ressources du budget. Cependant, l'exécution en régie de l'intervention limite l'appropriation de certaines fonctions administratives par la partie nationale, telles que par exemple la fonction de contrôle de conformité de la gestion financière et comptable ainsi que celle d'élaboration des cahiers des charges pour les Marchés Publics.

Les effets sur les bénéficiaires directs, particulièrement en ce qui concerne l'intégration des activités de lutte contre la maladie, auraient été facilité soit par un double ancrage, ancrage au niveau central et ancrage institutionnel fonctionnel au niveau intermédiaire, soit par l'existence de modèle fonctionnel d'accompagnement des ZS dans certaines provinces.

4.2 Objectif spécifique

4.2.1 Indicateurs

Objectif Spécifique (OS) : Un appui institutionnel est apporté au MSP pour la mise en œuvre de la SRSS en ce qui concerne spécifiquement la fonction de lutte contre la maladie au niveau central				Progrès : B
Indicateurs de l'OS	E	G	Niveau de réalisation	Commentaires
1. Nombre de programmes défragmentés sur nombre de programmes à coordonner	N	N	0 programmes défragmentés sur 29 programmes à coordonner	
2. Nombre de ZS en développement avec plan des programmes intégrés au plan d'action annuel dans les Provinces tests choisies	N	N	Non mesuré	Méthode de mesure de l'indicateur non encore fonctionnelle
3. Nombre de Provinces appliquant les guides et outils programmatiques produits sur le nombre total de provinces	N	N	Pas encore de guides ou outils produits	Egalement indicateur du résultat 1
4. Augmentation de la proportion d'épidémies gérées à temps et correctement	N	N	Sur les 136 épidémies recensées au niveau national en 2010, 136 ont été notifiées dans les 14 jours et aucun n'a bénéficié d'une riposte en 48 heures	Egalement indicateur du résultat 2

4.2.2 Analyse des progrès réalisés

Les résultats obtenus concernent en premier lieu le leadership et la gouvernance. Tout d'abord, la DLM a passé le cap de la sélection du personnel. Ensuite, l'organisation de l'équipe DLM a été améliorée: la répartition des responsabilités par activités parmi les membres de la DLM, le suivi/ évaluation trimestriel systématique des activités, la mise en place de mécanisme de communication entre les membres de la DLM sont autant de facteurs qui ont augmenté son efficacité.

Enfin, la DLM a également obtenu des résultats dans sa mise en réseau avec les différentes structures du niveau central et les autres intervenants dans la lutte contre la maladie. La Commission Technique de Lutte contre la Maladie a été rendue fonctionnelle à partir de mai 2010, la coordination des programmes a été redynamisée et une dynamique de groupe de travail a ainsi été instaurée dans différents domaines d'activités : groupe de travail pour élaborer les documents de fonctionnement de la CT LM et le canevas d'alignement des plans stratégiques au PNDS, groupe de travail laboratoires, en synergie avec des activités du projet SURVAC, groupe de travail rationalisation du SNIS/ composante suivi évaluation des programmes, en collaboration avec la Direction des Soins de Santé Primaires et la Direction des Etudes et Planification et collaboration avec le personnel de l'INRB, dans le cadre du résultat 3 de l'intervention. Ces différents travaux ont permis l'alignement des plans stratégiques des programmes au PNDS, la planification du développement du réseau de laboratoires, le démarrage de l'audit organisationnel de l'INRB, l'appui au développement des documents normatifs du réseau de laboratoires.

Cependant au sein de la DLM comme au sein des groupes de travail, il y a une tendance à prendre du retard dans la finalisation des travaux et l'atteinte des résultats. La cellule administrative devrait également sortir des activités de routine et mettre en place progressivement des outils/ et ou des modalités de gestion plus performants.

C'est ainsi que l'équipe de Direction devra prendre les mesures pour que d'ici fin 2011, des guides soient produits à partir des analyses verticales, une base de données intégrée soit fonctionnelle au sein de la DLM, le cadre normatif et réglementaire soit défini pour le réseau de laboratoires et une amélioration nette de la gestion des épidémies soit constatée, entre autre en ce qui concerne la confirmation par diagnostic biologique. Un effort particulier devra également être fait pour mieux collaborer avec les autres secteurs et avec les partenaires technico financiers.

Par ailleurs, le renforcement institutionnel de la DLM devra être poursuivi. Une identification des capacités institutionnelles à renforcer sera réalisée et un plan d'action de formation élaboré. Avec l'appui d'une expertise externe, un plan de développement institutionnel de la DLM sera élaboré et progressivement mis en œuvre. Le redéploiement du personnel non sélectionné devra être fait progressivement. L'ensemble de ces actions devraient aboutir à la sélection d'experts techniques supplémentaires, en adéquation avec les besoins et dans une ambiance sereine.

4.2.3 Risques et hypothèses

Risques	Mesures d'atténuation DTF	Evolution du risque, mesures prises pour le gérer, autres commentaires	Niveau actuel du risque
1. Fonctionnalité du CNP SS et des Commissions Techniques au niveau central, du CPP SS au niveau provincial	L'appui à la DEP devrait permettre une opérationnalisation de ces comités	<ul style="list-style-type: none"> – Le Comité National et les Comités Provinciaux de Pilotage du secteur santé ont été dynamisés ou même rendus fonctionnels au cours de la phase de planification ascendante et descendante du PNDS et des PPDS. La mise en œuvre et le suivi de ces plans sont des activités qui favoriseront le maintien de la fonctionnalité de ces comités. – La DLM a créé la Commission Technique de Lutte contre la Maladie dès mai 2010. Lors de la planification 2011, elle a pris soin d'identifier les domaines à coordonner par la Commission Technique – Un budget de fonctionnement de la Commission Technique et de ses sous commissions est prévu, sur fonds CTB et fonds mondial 	A
2. Résistance aux changements de certains responsables des programmes spécialisés et de certains bailleurs	<p>Une bonne communication continue sur les activités conduites par la DLM en amont, pendant et en aval de l'exécution des analyses verticales peut prévenir des résistances majeures.</p> <p>Les cibles de ces activités de communication sont : (i) en intra sectoriel, au sein des structures de suivi de la mise en place de la Réforme (ii) avec les Partenaires Techniques et Financiers (GIBS et groupes de travail) et (iii) enfin à la communauté nationale (la presse audio – visuelle et nationale)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Les activités de communication ont été menées surtout en intra sectoriel, plus particulièrement avec les programmes et les autres directions centrales – Au sein de la Commission Technique, les personnes ressources des autres secteurs ainsi que celles du partenariat devront être mieux exploitées dès 2011 	B
3. Nomination des RH de la DLM sélectionnées : – Retard administratif – Nomination sans passer par le processus de sélection	L'équipe d'exécution devra rédiger un plan d'action qui sera adopté par le CNP SS et entériné par le Secrétaire Général du MSP	<ul style="list-style-type: none"> – Le processus de sélection a été adopté sauf pour le poste de Directeur, un Comité de Sélection incluant fonction publique, direction des services généraux et Cabinet a été fonctionnel à deux reprises – Mais le retard administratif pour le redéploiement du personnel non sélectionné bloque actuellement l'adéquation du personnel, particulièrement pour les postes d'experts techniques des différentes divisions 	C

A = risque faible

B = risque modéré

C = risque élevé

D = risque très élevé

Risques	Mesures d'atténuation DTF	Evolution du risque, mesures prises pour le gérer, autres commentaires	Niveau actuel R
4. Absence d'application des dispositions portant sur l'intégration effective des ressources et activités des programmes spécialisés au niveau opérationnel	L'application de ces dispositions devra faire partie de la grille d'évaluation des performances des décideurs à ces niveaux.	<ul style="list-style-type: none"> - Malgré l'atténuation des risques 1 et 2, la persistance du risque 6 compromet les effets de l'intervention sur les services opérationnels - Dans le cadre de l'intégration effective des activités, la DLM devra au cours de 2011 produire un document conceptuel sur ce qu'elle entend par l'intégration et le partager avec les programmes - Il est important aussi de développer le savoir faire dans l'intégration, de développer un modèle. Des activités seront proposées dans ce sens en 2011 : évaluation opérationnelle de l'intégration de la THA et intégration pilote de la prise en charge du diabète 	C
5. Octroi d'un terrain par le MSP si une construction est nécessaire	On peut estimer que le partenaire est largement intéressé pour accorder un terrain et adopter un plan Directeur	<ul style="list-style-type: none"> - Un retard administratif a été accusé dans la mise en place d'un Comité de Construction, Comité pourtant plus que nécessaire vu l'ampleur des travaux (travaux d'un montant de 700.000 euros) et le financement multi bailleurs (CTB, fonds GAVI) - Le MSP comme la CTB devront travailler dans une franche collaboration afin que les exigences du bailleur comme le transfert de compétences puissent être garantis/ et que les travaux puissent démarrer dans un délai raisonnable. Dans ce sens, il est proposé que l'ingénieur CTB soit membre du Comité de construction - Les Directeurs de la DEP, DLM et de la D1 (patrimoine du MSP sous sa responsabilité) proposeront la composition du Comité au Secrétaire Général afin que le Comité soit fonctionnel en février 2011 	C
6. Les mesures transitoires et conservatoires en matière de décentralisation ne sont pas prises.	<p>Le processus de décentralisation/ déconcentration est un chantier crucial au plus haut niveau de l'Etat. Voir également les 2 premiers risques du présent tableau. L'application de la feuille de route devrait faire également l'objet d'une évaluation des performances.</p> <p>Enfin, une identification des besoins à satisfaire en renforcement des compétences des décideurs, aux niveaux opérationnels, suivi d'un plan d'action peuvent être menés par le niveau central en concertation et collaboration avec les PTFs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Eléments sur lesquels la DLM a peu d'emprise - Cependant dans le cadre de la mise en œuvre et du suivi du PNDS, la DLM devrait participer avec les autres Directions Centrales, à la définition de la fonction d'encadrement des provinces et des CPP SS. Elle pourra entre autres susciter la réflexion à travers la restitution de la tournée effectuée par la DLM dans l'ensemble des Provinces aux autres Directions Centrales 	C

Risques	Mesures d'atténuation DTF	Evolution du risque, mesures prises pour le gérer, autres commentaires	Niveau actuel R
7. La DLM n'acquière pas la confiance des bailleurs de fonds dans les situations d'alerte épidémiologiques et / ou catastrophes	Voir également les 2 premiers risques du présent tableau. D'autre part si la DLM obtient des résultats attendus dès la première année de l'intervention, il est évident qu'un niveau de confiance suffisant sera obtenu.	<ul style="list-style-type: none"> La révision des documents et outils techniques sera validée au cours du premier trimestre 2011. La DLM s'attellera ensuite au transfert des compétences au niveau provincial Une sous commission sera constituée dès le 1^{er} trimestre afin d'identifier les sujets traités par les structures parallèles de coordination de gestion des épidémies, catastrophes et urgence afin de les intégrer à la CT LM 	A

4.2.4 Critères de qualité

Critères	Score	Commentaires
Efficacité	B	
Efficiences	B	
Durabilité	C	Maintien du financement, consolidation des résultats en 4 ans
Pertinence	A	

4.2.5 Impact

L'objectif général du secteur santé est de contribuer à l'amélioration de la santé de la population congolaise dans le contexte de lutte contre la pauvreté. La vision du MSP est reflétée par l'objectif sectoriel du secteur santé qui est d'assurer des soins de santé primaires de qualité à toute la population, en particulier aux groupes vulnérables en vue de combattre les maladies endémo-épidémiques et les maladies non transmissibles. L'objectif spécifique de l'intervention, en s'inscrivant en alignement à la SRSS est complètement cohérent avec la politique nationale. La SRSS a d'ailleurs été actualisée en marge de l'élaboration du PNDS, pour s'assurer de la cohérence de ces deux documents.

L'intervention vise une meilleure gouvernance et vigilance dans le cadre de la fonction de lutte contre la maladie à tous les niveaux. Cependant, l'intervention appuie le niveau central essentiellement en vue d'accompagner la politique nationale de déconcentration et de décentralisation. C'est l'évolution de la décentralisation qui conditionnera l'impact de l'intervention, particulièrement en ce qui concerne l'amélioration significative de la qualité des prestations offertes par les services de santé de la population, pour cet appui à travers principalement la défragmentation des programmes et l'intégration des activités de lutte contre la maladie dans les PMA et PCA des services.

4.2.6 Leçons apprises et recommandations

Décision/ Recommandations	Responsables	Deadline
Formulation des interventions/ mise en place des interventions		
1. Faire le plaidoyer pour un mode de collaboration plus « prévisible » avec les Instituts de Santé Publique ou Universités belges et/ ou renforcer les aspects d'assistance technique par CTB EST	o CTB EST	NA

Décision/ Recommandations	Responsables	Deadline
Formulation des interventions/ mise en place des interventions		
2. Si l'administration de l'intervention est intégrée à l'administration nationale et si le nombre de marchés publics de l'intervention est important, prévoir une formation du personnel sur l'élaboration des cahiers des charges afin de faciliter l'exécution	○ Représentation CTB, Portfolio Management	Q1 2011
Efficacité		
3. Plus focaliser l'évaluation trimestrielle sur l'évaluation de l'avancement des résultats	○ Dr Kebela, Dr Mubyi	Q1 2011
4. Mieux prendre en compte dans la planification le temps consacré à d'autres activités (rencontres régionales, activités conjointes avec les programmes, ... 30 % des activités ?)	○ Equipe DLM	NA
Efficienc e (ressource temps de l'intervention)		
5. Faire le plaidoyer pour le redéploiement du personnel non sélectionné	○ Membres SMCL, Secrétaire Général et Directeur DLM	Q1 2011
6. Elaborer un plan de développement institutionnel de la DLM et le mettre en œuvre	○ Dr Kebela, AT DLM ○ Equipe DLM ○ Appui d'une expertise externe	Q2 2011
7. Faire la sélection sur concours du personnel supplémentaire en fonction des besoins identifiés	○ Comité de sélection	Fin Q2 2011
Durabilité		
8. Identifier les capacités institutionnelles à renforcer et élaborer le plan de formation de la DLM	○ Dr Kebela, Dr Mwamba et AT DLM	Q1 2011

Les domaines d'activités qui pourraient être documentés déjà maintenant et alimentés progressivement par les décisions/ actions conséquentes sont :

Description	Domaine	Cibles potentielles
1. Mise en place de l'équipe de la DLM/ démarches et résultats	Ressources humaines	– Toutes les Directions Centrales
2. Mise en place de la Commission Technique de Lutte contre la Maladie et dynamique de groupe de travail	Leadership/ gouvernance	– Autres Directions Centrales – Programmes
3. Tournée dans les provinces/ réflexion sur la fonction d'accompagnement des provinces	Appui au niveau intermédiaire	– Autres Directions Centrales – Programmes – ECP
4. Mise en place de l'approche d'analyse verticale	Intégration	– Autres Directions Centrales – Programmes

4.3 Résultat 1

4.3.1 Indicateurs

Résultat 1 (R1) : Les outils programmatiques sont rationalisés en alignement de la SRSS et la coordination des Programmes spécialisés prioritaires est significativement améliorée				Progrès : B
Indicateurs du R1	E	G	Niveau de réalisation	Commentaires
1. % de guides produits suite à l'analyse verticale sur le nb d'analyses verticales prévues	N	N	0 guides publiés sur 4 prévus,	
2. Nb de ZS en développement avec plans des programmes intégrés au plan d'action annuel dans les Provinces tests choisies	N	N		Méthode de mesure de l'indicateur non encore fonctionnelle
3. Nb de bases de données des Programmes intégrée à la base de données de la DLM	N	N	Non applicable	Rationalisation du nombre de données récoltées en cours
4. Nombre de documents produits par la DLM validés par les Commissions Techniques du CNP SS	N	N	Aucun	Document stratégique PNDS volet lutte contre la maladie en cours
5. Nombre de textes règlementaires relatifs à la coordination révisés sur nombre de textes règlementaires relatifs à la coordination			Aucun	Inventaire des textes relatifs à la coordination des programmes
6. Nombre de textes règlementaires relatifs à la coordination adoptés sur nombre de textes règlementaires révisés			Aucun	

E : aspect environnement G : aspect genre

4.3.2 Bilan des activités

Activités et sous activités	Déroulement				Commentaires
	++	+	+/-	-	
1. Rendre la Commission Technique de Lutte contre la Maladie fonctionnelle		x			
2. Dynamiser la coordination des Programmes		x			
3. Introduire l'outil d'analyse verticale			x		2 appels d'offre infructueux
4. Finaliser 6 analyses verticales				x	
5. Etat des lieux au NC et au NI			x		
6. Conceptualiser la base de données intégrée			x		Faible disponibilité de la division SNIS de la DSSP au cours du dernier trimestre
7. Définir une stratégie de recherche			x		Activité liée aux activités 3 et 4

Activités ++ : en avance + : dans les délais +/- : en retard de 3 à 6 mois - en retard de plus de 6 mois

4.3.3 Analyse des progrès réalisés

La Commission Technique du CNP SS est fonctionnelle. Les sous commissions mises en place ont intégré à plusieurs reprises des membres des programmes, d'ailleurs très souvent Directeurs adjoints des programmes. Dans le cadre de la rationalisation des données à récolter et dans le cadre de l'alignement des plans stratégiques au PNDS, la DLM a travaillé en étroite collaboration avec la Direction des Soins de Santé Primaires et avec la Direction d'Etudes et de Planification. Le leadership de la DLM sur les programmes sous sa tutelle s'est amélioré au cours de l'année. Les mécanismes de coordination ont d'ailleurs été redéfinis au cours d'un atelier de planification et de coordination organisé en fin d'année. C'est ainsi que sous l'impulsion de la DLM, les programmes se sont d'abord imprégnés du contenu du PNDS et ont ensuite finalisé l'alignement de leur plan stratégique au PNDS et à la SRSS. Un document stratégique, PNDS volet lutte contre la maladie, sera produit au cours du premier trimestre. Des résultats concrets concernant les outils programmatiques seront aussi obtenus au cours du premier semestre 2011 : définition de l'information stratégique utile à la DLM et rationalisation des systèmes de suivi évaluation des programmes, produits de l'analyse verticale pour le diabète et le VIH/SIDA.

Cependant, il n'est pas évident que les activités programmées permettent la défragmentation des programmes, c'est-à-dire leur réduction et leur intégration progressive à la DLM comme décrit dans le document technique et financier de l'intervention, raison pour laquelle une sous commission sera créée au premier trimestre 2011 qui aura pour mandat de produire un document technique sur cette défragmentation, sur base de l'analyse du cadre organique, des fonctions et des missions des différents programmes.

4.3.4 Risques et hypothèses

Ce résultat est concerné par la plupart des risques développés dans le chapitre sur l'objectif spécifique de l'intervention. Un seul autre risque est présenté ainsi que les mesures envisagées pour l'atténuer.

Risque	Mesure envisagée pour l'atténuer	Niveau du R
1. Persistance de structures parallèles de coordination avec maintien de la tendance maximaliste, approche de réduction maximale d'un problème de santé (verticalisation) plutôt que l'approche optimaliste, approche d'amélioration globale des soins (intégration administrative et opérationnelle)/ et de la fragmentation des soins - task forces, forums,...	<ul style="list-style-type: none"> - Une sous commission sera constituée dès le 1^{er} trimestre afin d'identifier les sujets traités par les structures parallèles de coordination des programmes afin de les intégrer à la CT LM - Cette sous commissions devra également faire des propositions pour mieux intégrer les partenaires et autres secteurs dans les sous commissions de la CT LM 	B

4.3.5 Critères de qualité

Critères	Score	Commentaires
Efficacité	B	Ralentissement dans l'atteinte des résultats des groupes de travail
Efficiences	B	
Durabilité	B	La rationalisation des programmes et le développement de la fonction d'encadrement des Provinces risquent d'être freinés à moyen terme
Pertinence	A	

A = très satisfaisant B = satisfaisant C = insatisfaisant D = très insatisfaisant X = critère non mesuré

4.3.6 Exécution budgétaire

Contribution totale	Dépenses 2009	Dépenses 2010	Dépenses totales au 31/12/2010	Solde budget	Taux d'exécution
504.000,00 €	48,43 €	31.885,48 €	31.933,91 €	472.066,09€	6,3 %

4.3.7 Leçons apprises et recommandations

Décision/ Recommandations	Responsables	Deadline
<ol style="list-style-type: none"> 1. Revoir les mécanismes de coordination des programmes pour améliorer leur efficacité 2. Revoir les règles de fonctionnement de la Commission Technique de Lutte contre la Maladie (CT LM) et de ses sous commissions pour améliorer leur efficacité 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dr Kebela Benoît, Dr Beya Christian, Dr Mbuyi Gisèle ○ Experts de la DLM associés dans la conception ○ Validation des mécanismes par les Programmes et membres de la CT LM 	Q1 2011
<ol style="list-style-type: none"> 3. Mettre en place une sous commission chargée d'identifier les thèmes traités par les structures parallèles de coordination des programmes afin de les intégrer à la CT LM 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dr Kebela Benoît, Dr Beya Christian ○ Quelques partenaires, quelques programmes et quelques experts DLM associés dans la conception ○ Validation des résultats par la CT LM 	Q1 2011
<ol style="list-style-type: none"> 4. Elaborer un document conceptuel sur l'intégration des activités de lutte contre la maladie dans les PMA/ PCA des services opérationnels 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dr Kebela Benoît, Assistante Technique de la DLM ○ Ensemble de l'équipe de la DLM associée dans la conception ○ Diffusion large auprès des programmes 	Q2 2011
<ol style="list-style-type: none"> 5. Développer le savoir faire, un modèle dans l'intégration en proposant des activités dans ce sens en 2011: <ul style="list-style-type: none"> ○ Evaluation opérationnelle de l'intégration de la trypanosomiase africaine en Equateur ○ Intégration pilote de la prise en charge du diabète 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Directeur Adjoint du PNLTHA, Médecin Coordonnateur du Programme en Equateur, Assistante Technique DLM ○ Dr Gisèle Mbuyi, Dr Monj Kacil et Programme National de Lutte contre le Diabète 	<p>Q2 2011</p> <p>Q4 2011/ Q1 2012</p>

4.4 Résultat 2

4.4.1 Indicateurs

Résultat 2 (R2) : La surveillance épidémiologique et la gestion des catastrophes sont rationalisées				Progrès :
Indicateurs du R2	E	G	Niveau de réalisation	Commentaires
1. Existence d'un plan national de contingence de gestion des urgences et catastrophes actualisé et budgétisé	N	N	Non actualisé	
2. Nombre d'épidémies détectées à temps et gérées correctement sur le total des épidémies	N	N	136 épidémies 136 notifiées en 14 jours 0 avec riposte en 48 heures	
3. Existence d'une base de données avec cartographie actualisée	N	N	Existence pour les MAPEPI Pas pour les autres données	
4. Nombre de bulletins épidémiologiques produits et diffusés sur nombre de bulletins prévus	N	N	6 bulletins sur 12 50 %	

E : aspect environnement G : aspect genre

4.4.2 Bilan des activités

Activités et sous activités	Déroulement				Commentaires
	++	+	+/-	-	
1. Actualiser les documents normatifs et les outils techniques			x		
2. Validation des documents normatifs par les différentes parties prenantes				x	Lié au retard de l'activité 1
3. Organiser un premier atelier dans le cadre de l'actualisation et de la validation d'un plan national de contingence				x	
4. Publier régulièrement le bulletin épidémiologique		x			Le bulletin a été publié 1 mois/ 2 alors qu'il était programmé mensuellement
5. Rédiger les modules de formation des formateurs et former les formateurs			x		

Activités ++ : en avance + : dans les délais +/- : en retard de 3 à 6 mois - en retard de plus de 6 mois

4.4.3 Analyse des progrès réalisés

La division de surveillance épidémiologique a bénéficié antérieurement d'un appui de la Coopération Française, ce qui lui a permis de mettre en place un système d'information sanitaire assez robuste concernant les maladies à potentiel épidémique ainsi qu'un mécanisme systématique d'analyse de ces données au niveau central, la tenue hebdomadaire de réunion de la cellule de surveillance épidémiologique, ces deux processus étant toujours fonctionnels au début de l'intervention financée par la CTB. La participation effective des partenaires et des autres structures du niveau central aux réunions hebdomadaires de la cellule de surveillance a cependant été redynamisée.

L'actualisation des outils de surveillance intégrée de la maladie et riposte a été partiellement réalisée : actualisation de la liste des maladies à surveiller, révision du guide technique et des outils dérivés, actualisation des modules de formation. Les guides techniques par maladie sont encore à réviser. La validation de ces outils devrait permettre de démarrer les activités de transfert de compétences au niveau des Provinces au cours du deuxième trimestre 2011. Ces missions en Province devront être mises à profit pour élaborer des plans de perfectionnement du système d'alerte et riposte en fonction des situations rencontrées sur le terrain. Des mécanismes d'amélioration de la réactivité du système d'alerte et riposte devront être mis en place, trois domaines seront particulièrement analysés : les moyens de communication au niveau intermédiaire, l'organisation de la confirmation du diagnostic par le laboratoire et la mise à disposition rapide des intrants en cas d'épidémies.

La division de surveillance épidémiologique est chargée de l'alerte et de la riposte. A l'instar des programmes chargés des grandes endémies et maladies non transmissibles, elle joue un rôle plus direct dans le contrôle de la qualité des prestations. Elle est donc soumise de par sa fonction à plus de sollicitations opérationnelles que les autres divisions. La quasi inexistance, depuis quelques années, de renforcement des compétences en surveillance intégrée de la maladie et riposte au niveau provincial, fait que des appuis dont la gestion devrait progressivement être déconcentrée vers les provinces sont encore ancrés au niveau de la DLM, ainsi des activités opérationnelles ont du être menées dans le cadre des interventions de la Coopération Italienne et de l'intervention SURVAC. Enfin, différents partenaires, structures, organisations gouvernementales interviennent dans le système d'alerte et de riposte. Le leadership de la DLM est encore insuffisamment développé, particulièrement dans le domaine de l'appui et de la coordination de la riposte.

4.4.4 Risques et hypothèses

Risque	Mesure envisagée pour l'atténuer	Niveau du R
1. Persistance de structures de coordination parallèle dans le domaine de la gestion des épidémies, urgences et catastrophes	– Une sous commission sera constituée dès le 1 ^{er} trimestre afin d'identifier les sujets traités par les structures parallèles de coordination afin de les intégrer à la CT LM	C

4.4.5 Critères de qualité

Critères	Score	Commentaires
Efficacité	C	Principalement, consolidation de résultats existants auparavant
Efficiences	B	Des efforts pourraient encore être faits dans l'utilisation de l'expertise / des RH
Durabilité	A	
Pertinence	A	

A = très satisfaisant B = satisfaisant C = insatisfaisant D = très insatisfaisant X = critère non mesuré

4.4.6 Exécution budgétaire

Contribution totale	Dépenses 2009	Dépenses 2010	Dépenses totales au 31/12/2010	Solde budget	Taux d'exécution
269.500,00 €	0,00 €	19.494,11 €	19.494,11 €	250.005,89 €	7,2 %

4.4.7 Leçons apprises et recommandations

Décision/ Recommandations	Responsables	Deadline
1. Mettre en place une sous commission chargée d'identifier les thèmes traités par les structures parallèles de coordination afin de les intégrer à la CT LM	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dr Mwamba ○ Associer le Directeur du PNUAH ○ Associer l'OMS et des partenaires membres des structures parallèles 	Q1 2011
2. Cibler le renforcement des capacités d'encadrement des ZS lors de formation des formateurs <ul style="list-style-type: none"> ○ Session de formation sur l'andragogie ○ Plan de perfectionnement en marge de la formation des formateurs ○ Mise en place des équipes d'intervention rapide 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dr Lubula ○ Associer le Professeur Kidinda pour la session de formation ○ Equipe de la DLM, autres formateurs ○ Dr Kebela 	Q1 2011 Début Q2 2011
3. Mettre en place des mécanismes d'alerte et de riposte, particulièrement dans les trois domaines suivants : <ul style="list-style-type: none"> ○ Moyens de communication ○ Organisation du diagnostic biomédical ○ Mise à disposition rapide des intrants 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Monsieur Mathias Mossoko, Dr Mbuyi Gisèle ○ Associer les structures concernées du MSP (PNUAH, INRB, D8, PNAM/D3...) et des partenaires travaillant dans l'humanitaire 	Groupe fonctionnel Q1 2011 Résultats Q3 2011

4.5 Résultat 3

4.5.1 Indicateurs

Résultat 3 (R3) : L'institutionnalisation de l'INRB comme laboratoire de santé publique et la planification du développement du réseau provincial des laboratoires de santé publique sont réalisés				Progrès : C
Indicateurs du R3	E	G	Niveau de réalisation	Commentaires
1. Nombre de provinces dont les laboratoires sont intégrés au réseau piloté par l'INRB	N	N	Non encore fonctionnel	
2. Nombre d'épidémies confirmées par diagnostic biomédical	N	N	Pas de données de base	

E : aspect environnement G : aspect genre

4.5.2 Bilan des activités

Activités et sous activités	Déroulement				Commentaires
	++	+	+/-	-	
1. Elaborer le plan d'intervention		x			
2. Organiser un audit organisationnel de l'INRB			x		
3. Réviser l'arrêté portant création et organisation de l'INRB		x			
4. Définir les règles de fonctionnement des laboratoires de santé publique provinciaux		x			
5. Définir le plateau technique par niveau, les procédures de bonne pratique ainsi que les normes d'assurance qualité et supervision		x			Les documents sont encore à finaliser et à faire valider par la Commission Technique de Lutte contre la Maladie
6. Appuyer le fonctionnement de l'INRB				x	La délégation partielle de la gestion du financement à l'INRB et l'existence d'une nouvelle procédure CTB dans le domaine a retardé le début du financement
7. Identifier les besoins en équipement et infrastructures de l'INRB et des laboratoires provinciaux			x		

Activités ++ : en avance + : dans les délais +/- : en retard de 3 à 6 mois - en retard de plus de 6 mois

4.5.3 Analyse des progrès réalisés

Le plan d'intervention de ce résultat a été élaboré avec l'appui d'un prestataire international et d'un expert CTB EST qui avait participé à la formulation de l'intervention de la DLM. Ce plan a été validé par la SMCL le premier juin 2010. A partir de juillet, un groupe constitué de membres de l'INRB, du laboratoire national de référence du PNLT, du laboratoire de référence du PNLS, de la Direction des laboratoires et de la DLM a travaillé sur la production des documents techniques et normatifs. Un atelier a été organisé par le MSP avec l'appui technique et financier du projet SURVAC afin de finaliser le guide technique du réseau de laboratoires pour la RDC. Il reste à finaliser les autres documents normatifs et à les faire valider par la CT LM. Parallèlement, le Directeur de l'INRB a organisé des séances de travail, auxquelles il a associé le Directeur de la

Direction des laboratoires et l'assistante technique DLM, pour une première révision en interne de l'organigramme et de l'Arrêté Ministériel portant création et organisation de l'INRB. Il s'agissait surtout d'y intégrer les fonctions de santé publique, insuffisamment prises en compte dans l'ancien arrêté. Un appel d'offres a été lancé pour la réalisation de l'audit organisationnel de l'INRB. La prestation a débuté en novembre et a abouti pour cette année à l'élaboration des descriptions de poste de l'ensemble de l'effectif (152 personnes) en personnel de l'INRB. En août 2010, la planification opérationnelle du développement de réseau de laboratoires était élaborée de manière participative, associant DLM, Direction des laboratoires et INRB.

Malheureusement, l'élan dans la mise en œuvre des activités a été freiné par la lourdeur administrative, liée à la nouveauté des procédures. Comme prévu dans le plan d'intervention, il sera important de mettre en place au sein de la Commission Technique de Lutte contre la Maladie, dès sa première réunion en 2011, un comité de suivi et évaluation du développement du réseau national de laboratoires de santé publique.

4.5.4 Risques et hypothèses

Risque	Mesure envisagée pour l'atténuer	Niveau du R
1. La délégation partielle de la gestion financière à l'INRB et aux laboratoires provinciaux	– Protocole d'accord entre la représentation CTB et les responsables des institutions auxquels le financement est délégué	B
2. L'application du processus d'adéquation du personnel à l'INRB	– Proposition de transformer le statut de l'INRB de Service Public intégré à l'administration du Secrétariat Général en Etablissement public sous la tutelle du MSP	B
3. Résistance du personnel au développement des missions de santé publique des laboratoires	– Stratégie de communication et de planification participative avec le personnel	C
4. Sous financement de l'INRB compromettant la durabilité du développement du réseau de laboratoires	– Proposition de faire élaborer un plan de financement de l'INRB – Pilotage du développement du réseau de laboratoires de santé publique par la Commission Technique de Lutte contre la Maladie	C

4.5.5 Critères de qualité

Critères	Score	Commentaires
Efficacité	B	
Efficience	C	Ressource temps perdue suite au retard administratif
Durabilité	C	
Pertinence	A	

A = très satisfaisant B = satisfaisant C = insatisfaisant D = très insatisfaisant X = critère non mesuré

4.5.6 Exécution budgétaire

Contribution totale	Dépenses 2009	Dépenses 2010	Dépenses totales au 31/12/2010	Solde budget	Taux d'exécution
1.800.000,00 €	0,00 €	30.157,49 €	30.157,49 €	1.769.842,5 €	1,6 %

4.5.7 Leçons apprises et recommandations

Décision/ Recommandations	Responsables	Deadline
1. Faire approuver le plan de développement et les documents normatifs relatifs au réseau de laboratoires de santé publique et mettre en place son pilotage par la CT LM	<ul style="list-style-type: none">○ Dr Kebela, Dr Beya○ Le Directeur des Laboratoires doit préparer les documents techniques à envoyer à la CT LM	Q1 2011
2. Appuyer le processus d'adéquation du personnel et du statut de l'INRB	<ul style="list-style-type: none">○ MSP, Cabinet du MSP	Q1 2011
3. Poursuivre l'appui au renforcement institutionnel de l'INRB	<ul style="list-style-type: none">○ Equipe de Direction de l'intervention	Q1 2011

4.6 Résultat 4

4.6.1 Indicateurs

Résultat 4 (R4) : Le contrôle sanitaire aux frontières et l'hygiène et salubrité publiques sont rationalisées				Progrès : C
Indicateurs du R3	E	G	Niveau de réalisation	Commentaires
1. Normes et standards sur l'hygiène disponibles et utilisées dans les 11 provinces	+	N	Non réalisé	
2. Nombre de personnes en poste aux frontières formées aux techniques de contrôle sur nombre de personnes en poste aux frontières	N	N	0 personnes formées	
3. Existence d'une base de données sur l'hygiène actualisée	+	N	Non réalisé	

E : aspect environnement G : aspect genre

4.6.2 Bilan des activités

Activités et sous activités	Déroulement				Commentaires
	++	+	+/-	-	
1. Faire l'état des lieux en matière d'hygiène aux frontières			x		
2. Valider les normes et standards en matière d'hygiène aux frontières			x		
3. Conceptualiser une base de données sur l'hygiène			x		

4.6.3 Analyse des progrès réalisés

Le démarrage des activités dans ce domaine était prévu en seconde partie de l'année et concernait dans un premier temps l'hygiène aux frontières. Le retard accumulé par rapport à d'autres activités, particulièrement en ce qui concerne la surveillance épidémiologique, et le moindre impact de ce résultat sur l'objectif spécifique sont autant de facteurs qui ont poussé à oublier ce résultat. Des efforts devront être faits dès le premier trimestre 2011, pour se concerter avec le Directeur du Programme National d'Hygiène aux Frontières et démarrer l'activité. La conceptualisation d'une base de données sur l'hygiène était mal programmée, car les activités liées à l'harmonisation intersectorielle des interventions en matière d'hygiène devraient précéder cette activité. C'est donc le deuxième volet à développer au cours de cette année, la collaboration intersectorielle dans le domaine de la salubrité publique, en collaboration avec le Directeur de l'Hygiène.

Dans le cadre de la soumission Fonds Mondial Round 9 RSS, la DLM devra également collaborer avec la Direction de l'Hygiène afin de produire la cadre normatif de la gestion des déchets biomédicaux.

4.6.4 Critères de qualité

Critères	Score	Commentaires
Efficacité	D	
Efficiences	X	Ne peut être jugée en absence de réalisation de l'activité
Durabilité	B	
Pertinence	C	

4.6.5 Exécution budgétaire

Contribution totale	Dépenses 2009	Dépenses 2010	Dépenses totales au 31/12/2010	Solde budget	Taux d'exécution
185.500,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	185.500,00 €	0 %

4.7 Résultat 5

4.7.1 Indicateurs

Résultat 5 (R5) : La gestion des ressources et le fonctionnement de la DLM sont rationalisés				Progrès : B
Indicateurs du R5	E	G	Niveau de réalisation	Commentaires
1. Nombre personnes recrutées sur concours en fonction des besoins sur effectif du personnel de la DLM	N	+	Directeur nommé 11 personnels techniques et 4 administratifs sélectionnés 8 personnels d'appoint affectés (voir annexe 5 rapport avancement Q4 2010)	Discrimination positive pour les femmes au cours de la 2 ^{ème} phase de sélection / sans effet.
2. Nombre sélectionnées en poste sur nombre total de personnes sélectionnées	N	N	Pas de données de base 15 personnes en poste sur 17 sélectionnées 8 personnels d'appoint sur 9	
3. Existence d'un bâtiment affecté à la DLM avec 20 locaux équipés	N	N	(Comité de chantier non en place)	
4. Existence d'une comptabilité globale de la DLM actualisée	N	N	(Sources et montants des divers financements intégrés au plan d'action 2011)	
5. Existence d'un panier commun de financement pour la lutte contre la maladie aux niveaux central et intermédiaire	N	N		

E : aspect environnement G : aspect genre

4.7.2 Bilan des activités

Activités et sous activités	Déroulement				Commentaires
	++	+	+/-	-	
1. Organiser l'adéquation du personnel		x			
2. Améliorer le cadre de travail (primes, organisation du transport, moyens de fonctionnement...)		x			
3. Redéployer le personnel non sélectionné				x	
4. Organiser une formation en team building		x			
5. Améliorer l'organisation managériale et technique		x			
6. Améliorer l'organisation administrative				x	
7. Elaborer et exécuter le plan de formation				x	
8. Constituer le dossier de construction et le faire valider par la SMCL				x	

Activités ++ : en avance + : dans les délais +/- : en retard de 3 à 6 mois - en retard de plus de 6 mois

4.7.3 Analyse des progrès réalisés

L'équipe de la DLM sous sa forme actuelle, rationalisée et appuyée par un budget de fonctionnement, a été fonctionnelle à partir de 2010. La formation en team building lui a permis de se construire rapidement, de se perfectionner et de développer un mode de fonctionnement plus orienté vers ses fonctions premières de Direction Centrale. La redynamisation du CNP SS, l'élaboration participative du PNDS, la création de la Commission Technique de Lutte contre la Maladie et l'amélioration de la coordination avec les programmes sont autant de facteurs qui ont facilité le développement de l'équipe de la DLM. De nombreux acteurs des autres structures du niveau central du MSP ont été associés dans les activités de la DLM : les programmes, le Directeur et le personnel de l'INRB, le Directeur des Laboratoires, le Directeur et le personnel de la Direction des Soins de Santé Primaires et de la Direction des Etudes et de la Planification.

Concernant les ressources humaines, la cellule administrative a été handicapée au départ par la démission de l'assistant administratif sélectionné, appelé à un poste de Direction. La gestion budgétaire et financière a atteint un niveau de qualité satisfaisant, mais des progrès restent à faire pour les fonctions de gestion de services et acquisition de biens, de secrétariat et logistique. Le plan de formation n'a pas été finalisé alors que plusieurs capacités institutionnelles sont à renforcer. L'effectif des experts techniques devrait idéalement être augmenté mais le non redéploiement du personnel non sélectionné au cours de la première phase gêne la poursuite de l'adéquation du personnel.

Aucune réalisation n'avait été programmée au cours de la période analysée pour stimuler la constitution de panier de financement commun concernant la coordination et l'intégration des activités de lutte contre la maladie. Des actions dirigées vers cette activité devront être programmées au cours de l'année 2011.

4.7.4 Risques et hypothèses

Ce résultat est concerné par la plusieurs risques développés dans le chapitre sur l'objectif spécifique de l'intervention.

Risque	Mesure envisagée pour l'atténuer	Niveau du R
1. Durabilité du financement non garantie	– Les financements prévus par d'autres partenaires devraient atténuer ce risque (financement GAVI et round 9 Fonds Mondial RSS)	B
2. Difficultés dans la poursuite de l'adéquation du personnel suite au non redéploiement du personnel non sélectionné	– Elaboration et mise en œuvre d'un plan de développement institutionnel de la DLM avec l'appui d'une expertise externe	C
3. Difficultés dans la réalisation opportune et de qualité des Marchés Publics vu leur grand nombre	– Sensibilisation des différentes parties prenantes impliquées dans l'identification des biens/ prestations de service et dans l'élaboration des spécifications techniques pour le respect des timings – Contre expertise des spécifications techniques en cas de biens très spécifiques – Renforcement des capacités de l'administration pour qu'elle puisse appuyer l'élaboration des cahiers de charge	C

4.7.5 Critères de qualité

Critères	Score	Commentaires
Efficacité	B	
Efficience	B	
Durabilité	B	
Pertinence	A	

A = très satisfaisant B = satisfaisant C = insatisfaisant D = très insatisfaisant X = critère non mesuré

4.7.6 Exécution budgétaire

Contribution totale	Dépenses 2009	Dépenses 2010	Dépenses totales au 31/12/2010	Solde budget	Taux d'exécution
2.424.400,00 €	41.200,34 €	331.097,39 €	372.297,073 €	2.052.102,27 €	15,4 %

4.7.7 Leçons apprises et recommandations

Décision/ Recommandations	Responsables	Deadline
1. Identifier les capacités institutionnelles à renforcer et élaborer le plan de formation	○ Dr Kebela, Dr Mwamba et AT DLM	Q1 2011
2. Contribuer à la diffusion et utilisation du manuel de procédures du MSP par les programmes et stimuler la définition de protocoles de financement conjoint	○ CAG, AT DLM ○ Programmes et leurs PTFs	Q2 2011
3. Elaborer et mettre en œuvre un plan de développement institutionnel de la DLM	○ Dr Kebela, AT DLM ○ Equipe de la DLM	Début Q2 2011
4. Mettre en place des mécanismes pour le redéploiement du personnel non sélectionné	○ Dr Kebela	Q2 2011

5 Bénéficiaires

5.1 Les bénéficiaires directs

Les bénéficiaires directs de l'intervention sont le personnel de la DLM, de l'INRB et des programmes spécialisés.

Pour le personnel de la DLM, l'assistante technique avait transmis quelques questions au personnel et réunis autour du Directeur, ce sont les points suivants qui sont ressortis des échanges.

1. Concernant les éléments/ acquis (positifs et négatifs) de l'appui CTB à la DLM :

- Les éléments positifs :
 - l'amélioration des conditions de travail
 - la motivation du personnel
 - l'amélioration du processus de gestion
 - le renforcement du travail en équipe
 - le renforcement du leadership de la DLM
- Les éléments négatifs :
 - l'insuffisance de la mise en œuvre du renforcement des capacités du personnel
 - le faible appui à la surveillance épidémiologique et aux investigations des épidémies
 - la faiblesse dans la recherche opérationnelle

Il est à souligner que deux éléments négatifs concernent l'insuffisance de résultats plus en relation avec le terrain, gestion des épidémies et recherche opérationnelle.

2. Concernant les événements qui ont influencé positivement/ ou négativement l'évolution de l'intervention:

- Les éléments positifs :
 - l'octroi de la prime GAVI à tout le personnel (sélectionné ou non), qui a contribué à diminuer les tensions entre les deux catégories de personnel
 - les formations d'épidémiologie de terrain organisée par le projet SURVAC qui ont permis une mise à niveau du personnel
- L'élément négatif :
 - le non redéploiement du personnel

Pour les autres bénéficiaires directs, il n'y pas eu de concertation avec eux. Le personnel des programmes valorise progressivement l'appui de la DLM, comme en témoignent les concertations spontanées avec les experts DLM et non plus uniquement avec le Directeur de la DLM. Le personnel de l'INRB semble avoir apprécié l'approche participative de l'intervention et l'appui de proximité de l'assistance technique, cependant le retard administratif dans le décaissement du financement lié à la nouvelle procédure administrative a éteint l'enthousiasme.

5.2 Les bénéficiaires indirects

Il s'agit du personnel du niveau intermédiaire au sein des ECP et des services de laboratoires provinciaux. Les activités n'ont pas encore démarré. Enfin, le projet étant encore à ses débuts, il n'y pas non plus d'effets sur la population, les bénéficiaires les plus indirects de l'intervention.

6 Suivi des décisions prises par la SMCL

Le bilan et le planning de la DLM, incluant les différents apports techniques et financiers à la DLM, figurent dans le document de planification annuelle. Ce plan d'action 2011 de la DLM a été décliné selon les axes du PNDS et inclut les différents apports financiers des partenaires. Une feuille de route reprend ensuite les priorités stratégiques par domaines d'activités, avec identification des responsabilités individuelles des membres de la DLM.

Après la SMCL, des démarches ont été faites pour clarifier les différents éléments du dossier de construction : emplacement et type de travaux souhaités, montage financier et procédures à suivre, recherche de locaux pour délocalisation, ... mais le dossier n'a pas pu être constitué faute de mise en place du Comité de Suivi du Chantier.

Le secrétariat de la SMCL n'a pas mené d'actions particulières concernant la recommandation adressée à la SMCL elle - même.