



CTB RD CONGO



MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
SECRETARIAT GENERAL

AGENCE BELGE DE DEVELOPPEMENT
AIFLMNC

DIRECTION DE LUTTE CONTRE
MALADIE (D4)

RAPPORT ANNUEL 2011

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	Risques clés	8
2.4	Leçons apprises et recommandations	8
3	ANALYSE DE L'INTERVENTION	10
3.1	Contexte	10
3.1.1	Evolution du contexte	10
3.1.2	Ancrage institutionnel	10
3.1.3	Modalités d'exécution	10
3.1.4	Dynamique HARMO	10
3.2	Objectif spécifique	11
3.2.1	Indicateurs	11
3.2.2	Analyse des progrès réalisés	11
3.2.3	Risques et hypothèses	12
3.2.4	Critères de qualité	14
3.2.5	Impact	14
3.2.6	Leçons apprises et recommandations	14
3.3	Résultat 1	16
3.3.1	Indicateurs	16
3.3.2	Bilan des activités	16
3.3.3	Analyse des progrès réalisés	17
3.3.4	Risques et hypothèses	17
3.3.5	Critères de qualité	17
3.3.6	Exécution budgétaire	17
3.3.7	Leçons apprises et recommandations	18
3.4	Résultat 2	18
3.4.1	Indicateurs	18
3.4.2	Bilan des activités	18
3.4.3	Analyse des progrès réalisés	19
3.4.4	Risques et hypothèses	19
3.4.5	Critères de qualité	19
3.4.6	Exécution budgétaire	20
3.4.7	Leçons apprises et recommandations	20
3.5	Résultat 3	20
3.5.1	Indicateurs	20
3.5.2	Bilan des activités	20
3.5.3	Analyse des progrès réalisés	21

3.5.4	Risques et hypothèses	21
3.5.5	Critères de qualité	21
3.5.6	Exécution budgétaire	22
3.5.7	Leçons apprises et recommandations	22
3.6	Résultat 4	22
3.6.1	Indicateurs	22
3.6.2	Bilan des activités	22
3.6.3	Analyse des progrès réalisés	22
3.6.4	Critères de qualité	23
3.6.5	Exécution budgétaire	23
3.7	Résultat 5	23
3.7.1	Indicateurs	23
3.7.2	Bilan des activités	24
3.7.3	Analyse des progrès réalisés	24
3.7.4	Risques et hypothèses	24
3.7.5	Critères de qualité	25
3.7.6	Exécution budgétaire	25
3.7.7	Leçons apprises et recommandations	25
4	THEMES TRANSVERSAUX	25
4.1	Environnement	25
4.2	Genre	25
5	DECISIONS PAR LA SMCL ET SUIVI	26
6	LEÇONS APPRISES	27
7	ANNEXES	28
7.1	Cadre logique	28
7.2	Monitoring et évaluation	36
7.3	Exécution budgétaire	52
7.4	Les bénéficiaires	56
7.4.1	Les bénéficiaires directs	56
7.4.2	Les bénéficiaires indirects	56
7.5	Planification Q1 - 2011	57

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 chargée de l'exécution	CTB
Agence d'exécution	MSP, RDC, Direction de Lutte contre la Maladie
Nombre d'expert CTB	1
Durée de la Convention Spécifique	60 mois / à partir du 29 avril 2009
Personnes clés	Directeur de la Direction de Lutte contre la Maladie (DLM) Directeur de l'Institut National de Recherche Biomédicale (INRB) Directeur des Laboratoires de Santé AT DLM/ CTB
Groupes cibles	Personnel de la DLM, personnel de l'INRB, programmes spécialisés
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 2011 à décembre 2011
Objectif global	L'état de santé de la population est amélioré dans le cadre global de la réduction de la pauvreté
Objectif spécifique	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
Résultats attendus	<p>Résultat 1 (R1) : Les outils programmatiques sont rationalisés en alignement de la SRSS et la coordination des Programmes spécialisés prioritaires est significativement améliorée</p> <p>Résultat 2 (R2) : La surveillance épidémiologique et la gestion des catastrophes sont rationalisées</p> <p>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</p> <p>Résultat 4 (R4) : Le contrôle sanitaire aux frontières et l'hygiène et salubrité publiques sont rationalisées</p> <p>Résultat 5 (R5) : La gestion des ressources et le fonctionnement de la DLM sont rationalisés</p>

2 Résumé

2.1 Aperçu de l'intervention

2.1.1 Critères de qualité

Logique d'intervention	Efficacité	Efficienc	Durabilité	Pertinence
Objectif Spécifique	C	B	C	A
Résultat 1	C	A	B	B
Résultat 2	C	B	A	A
Résultat 3	B	C	C	A
Résultat 4	B	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 2011
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 2011	Dépenses totale au 31/12/2011	Solde budget	Taux d'exécution
6.500.000 €	115.538 €	626.597 €	778.516 €	1.520.651 €	4.979.349 €	23 %

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 mars 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. Quelques produits sont le fruit de ce leadership : vulgarisation de la SRSS et du PNDS auprès des structures sous la tutelle de la DLM, planification consolidée de la lutte contre la maladie, documents conceptuels sur l'intégration et intégration des activités des laboratoires de santé publique dans les laboratoires de diagnostic clinique. Cette année une tournée d'évaluation de la fonction de lutte contre la maladie a été effectuée dans les 11 provinces. Le processus d'accompagnement devra être accéléré en 2012. La majorité des Cahiers des Charges des Marchés publics, particulièrement ceux liés au réseau de laboratoires, sont prêts à être lancés.

2.3 Risques clés

Les deux risques majeurs sont l'évolution défavorable de la restructuration du cadre organique et la forte dépendance du fonctionnement de la DLM au financement CTB.

2.4 Leçons apprises et recommandations

Leçons apprises et recommandations	Parties prenantes	Chapitre
1. 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	3.2.6 3.3.7
2. Le circuit des Marchés Publics devrait faire l'objet d'une analyse en vue de son d'amélioration	Représentation CTB	6
3. Les responsabilités par produits devront être individualisées afin de faciliter l'organisation du travail et de mieux cibler les résultats	○ Directeur de la DLM ○ Personnel de la DLM	3.2.6
4. Bien que le cycle bilan – planification soit régulier (trimestriel) l'évaluation devrait cibler plus les résultats atteints (et les non atteints) et être complétée par un bilan de l'exécution budgétaire	○ Directeur de la DLM ○ AT DLM	6
5. Les résultats importants qui sont encore peu développés seront priorisés : a. Accompagnement des provinces b. Coordination des humanitaires	○ Docteur Tshapenda ○ Docteur Mwamba	3.2.6 3.3.7 3.4.7
6. C'est en menant des actions concrètes avec les programmes (alignement des plans stratégiques, documents intégration, plans annuels...) que le leadership de la DLM s'est amélioré. Mener des actions concrètes avec les humanitaires est une priorité. Deux portes d'entrée seront la lutte contre le choléra et l'actualisation du plan de contingence	○ Directeur DLM ○ Chef de division SE	6 3.4.7 3.4.7

Leçons apprises et recommandations	Parties prenantes	Chapitre
1. Des instructions devraient être développées pour la consolidation des plans annuels et des administratifs devraient être formés et ensuite impliqués dans cette tâche (pour éviter de passer trop de temps dans la planification)	○ SG, DEP	3.2.6 3.3.7
2. L'absence de textes réglementaires rend difficile l'introduction de changements institutionnels : la transformation de l'INRB en Etablissement Public et l'institutionnalisation du réseau de laboratoires sont deux priorités pour 2012.	○ SG, Directeur des Laboratoires, Cabinet du MSP	3.2.6 6
3. Tirer des leçons des échecs : la méthodologie Succès, Echecs, Potentialités et Obstacles pourrait être utilisée semestriellement	○ Directeur DLM ○ Personnel DLM	3.3.7
4. Elaborer le plan de formation en y incluant la formation du personnel administratif	○ Directeur DLM	3.7.7
5. Sélectionner un secrétaire de Direction	○ Comité de sélection	3.7.7
6. Développer un référentiel des compétences de la DLM	○ Dr Kebela	3.7.7
7. Faire réaliser l'évaluation externe de l'intervention	○ AT DLM	3.7.7

3 Analyse de l'intervention

3.1 Contexte

3.1.1 Evolution du contexte

La restructuration globale du cadre organique du Ministère de la Santé Publique (MSP) reste globalement lente. Au niveau central, le projet de cadre organique rationalisé et compatible avec la SRSS proposé en juin 2008 a été abandonné. La proposition émanant des travaux réalisés avec la fonction publique (2010-2011) semblait peu compatible avec les nouvelles fonctions du niveau central, l'effectif restant relativement pléthorique. Finalement une consultance a été organisée à la demande du Secrétaire Général à la Santé Publique, prenant en compte les Directions Centrales et les Programmes Spécialisés mais sans suite jusqu'à ce jour. Pour le niveau intermédiaire, au cours de l'année 2011, un avant projet portant sur la création des nouvelles provinces a été élaboré et la restructuration en quatre fonctions proposée par les expériences pilotes du Nord Kivu et du Kasaï Oriental a été vulgarisée à plusieurs reprises au niveau central. La restructuration des DPS et l'accompagnement des provinces par le niveau central ont été déclarées priorités du MSP à la revue annuelle mais ces avancées restent fragiles en absence des textes règlementaires.

La mise en œuvre et le suivi du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) ont aussi accusé du retard. L'articulation entre les niveaux central, intermédiaire et périphérique reste faible. Les visites de terrain, réalisées en marge de la revue en octobre 2011, ont édifié sur le faible niveau d'appropriation et de mise en œuvre de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) et du PNDS dans les ZS.

3.1.2 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.

Les effets sur les bénéficiaires directs, particulièrement en ce qui concerne l'intégration des activités de lutte contre la maladie, auraient été facilités 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. C'est cette année que les équipes cadres provinciales du Sud Ubungui et de Bandundu ont été créées.

3.1.3 Modalités d'exécution

C'est 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. Un audit de la cellule administrative a été réalisé en fin d'année 2011 et servira de base pour l'amélioration de ses performances en 2012.

Bien que des efforts soutenus aient été fournis par le personnel de l'intervention et du portfolio concernant le lancement des Marchés Publics, pratiquement aucun appel d'offres n'a pu être lancé suite à la lourdeur des circuits.

3.1.4 Dynamique HARMO

Toute l'intervention s'inscrit dans la stratégie de développement du MSP, la SRSS, qui a été ensuite renforcée par un document stratégique pour sa mise en œuvre le PNDS. Les actions menées avec le personnel de la DLM, les programmes spécialisés et le personnel de l'INRB sont des actions cherchant l'alignement au PNDS. La planification est faite selon le canevas national par l'ensemble des structures du niveau central, canevas dans lequel s'inscrivent théoriquement l'ensemble des ressources disponibles et des sources de financement. Mais cet outil n'a pas encore vraiment atteint les résultats escomptés :

l'existence d'un budget consolidé du financement du secteur de la santé, l'alignement de l'aide au PNDS et l'utilisation de cet outil pour le suivi des activités et du financement de la santé.

Certaines activités sont menées conjointement ou financées conjointement mais il n'y a pas de véritable mise en commun de fonds. Certaines procédures restent propres à l'intervention : la structure de pilotage de l'intervention alors qu'il existe des structures fonctionnelles de coordination en appui au MSP où elles pourraient être intégrées, le rapportage trimestriel et annuel de la Coopération Technique Belge (CTB), alors qu'il existe un système de rapportage au sein de la DLM, etc...

3.2 Objectif spécifique

3.2.1 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 : C
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 1 avant projet du regroupement de programmes ciblant des maladies tropicales négligées	
2. Nombre de ZS en développement avec plan des programmes intégrés au plan d'action annuel dans les Provinces tests choisies	N	N	(appui aux nouvelles DPS encore à développer)	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	0 guides sur 4 prévus 2 analyses en cours sur 8 prévues	Egalement indicateur du résultat 1
4. Augmentation de la proportion d'épidémies gérées à temps et correctement	N	N	314 épidémies, dont 300 notifiées en 14 jours et 0 avec riposte en 48 heures	Egalement indicateur du résultat 2

3.2.2 Analyse des progrès réalisés

Le renforcement institutionnel de la DLM s'est poursuivi au cours de l'année 2011. C'est surtout le leadership de la DLM dans la coordination des programmes qui s'est amélioré ainsi que la fonctionnalité de la Commission Technique de la DLM. Au cours de cette année, la DLM a finalisé la tournée en provinces sur l'analyse situationnelle en ce qui concerne la fonction de lutte contre la maladie. Elle a aussi débuté les activités de mise en réseau des laboratoires dans trois provinces. Malheureusement, les formations de formateurs provinciaux en Surveillance Intégrée et Maladie et Riposte n'a pas débuté et la base de données intégrée n'a pas été développée, deux résultats qui auraient pu avoir plus d'impact sur les provinces.

La lenteur dans la restructuration du cadre organique rend difficile l'atteinte de certains résultats (défragmentation des programmes) et multiplie le nombre de collaborateurs dans la mise en œuvre de l'intervention. Le nombre d'experts médicaux a diminué en cours d'année, avec une surcharge de travail pour les experts restants. Ce problème vient d'être corrigé. Les épidémies ont également été particulièrement nombreuses en 2011. Cependant des efforts sont également encore à faire dans la réduction des interférences sur ce qui constitue le cœur du travail de la DLM et dans la gestion axée sur les résultats.

3.2.3 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"> - Bonne fonctionnalité de la Commission Technique de Lutte contre la Maladie en 2011 - Création d'une sous commission intégration, en lien direct avec la priorité d'appui aux DPS 	-----
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 - Mais la lenteur de la réforme facilite les résistances 	C
3. Nomination des RH de la DLM sélectionnées : <ul style="list-style-type: none"> - 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 retard administratif pour le redéploiement du personnel non sélectionné affecte la durabilité de cette adéquation « après-projet » 	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"> - Vulgarisation des cadres organiques des DPS mais pas de textes réglementaires - Prévoir un appui plus systématique à 2 ou 3 DPD dans le cadre de l'intégration de la fonction de lutte contre la maladie au sein des DPS 	B
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	-	-----
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"> - Vulgarisation des cadres organiques des DPS mais pas de textes réglementaires - Elément sur lequel la DLM a peu d'emprise 	B

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 a été validée mais le transfert des compétences au niveau provincial est encore à réaliser - Les efforts de coordination des humanitaires ont été insuffisants 	B

3.2.4 Critères de qualité

Critères	Score	Commentaires
Efficacité	C	
Effizienz	B	
Durabilité	C	Environnement, résultats insuffisamment consolidés
Pertinence	A	

3.2.5 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 et aussi de la restructuration du cadre organique au niveau central qui conditionneront 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.

3.2.6 Leçons apprises et recommandations

Décision/ Recommandations	Responsables	Deadline
Formulation des interventions/ mise en place des interventions		
1. 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	o Représentation CTB	NA

Efficacité		
8. Les responsabilités par produits devront être individualisées afin de faciliter l'organisation du travail et de mieux cibler les résultats	<ul style="list-style-type: none"> ○ Directeur de la DLM ○ Personnel de la DLM 	Q1 2012
9. Les résultats importants qui sont encore peu développés seront priorisés : a. Accompagnement des provinces b. Coordination des humanitaires	<ul style="list-style-type: none"> ○ Docteur Tshapenda (DLM) ○ Docteur Mwamba (DLM) 	A partir de Q1 2012
Effizienz (ressource temps de l'intervention)		
10. Des instructions devraient être développées pour la consolidation des plans annuels et des administratifs devraient être formés et ensuite impliqués dans cette tâche	○ SG, DEP	NA
Durabilité		
11. L'absence de textes réglementaires rend difficile l'introduction de changements institutionnels : la transformation de l'INRB en Etablissement Public et l'institutionnalisation du réseau de laboratoires sont deux priorités pour 2012.	○ SG, Directeur des Laboratoires, Cabinet du MSP	Q2 2012

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
5. Planification consolidée de la fonction de lutte contre la maladie	Planification	– Autres Directions centrales

3.3 Résultat 1

3.3.1 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 : C
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 analyses en cours sur 8 prévues	Modifier la méthodologie
2. Nb de ZS en développement avec plans des programmes intégrés au plan d'action annuel dans les Provinces tests choisies	N	N	(appui aux nouvelles DPS encore à développer)	
3. Nb de bases de données des Programmes intégrée à la base de données de la DLM	N	N	(rationalisation du nombre de données récoltées en cours)	Modifier la méthodologie
4. Nombre de documents produits par la DLM validés par les Commissions Techniques du CNP SS	N	N	3 groupes de documents validés sur 3 groupes produits (intégration, laboratoire, SIMR)	
5. Nombre de textes règlementaires relatifs à la coordination révisés sur nombre de textes règlementaires relatifs à la coordination			aucun	
6. Nombre de textes règlementaires relatifs à la coordination adoptés sur nombre de textes règlementaires révisés			aucun	

E : aspect environnement G : aspect genre

3.3.2 Bilan des activités

Activités et sous activités	Déroulement				Commentaires
	++	+	+/-	-	
1. Commission Technique de Lutte contre la Maladie fonctionnelle		x			
2. Coordination des Programmes fonctionnelle		x			
3. Finaliser 4 analyses verticales				x	2 appels d'offre infructueux
4. Documents conceptuels sur l'intégration		x			
5. Etat des lieux au NI finalisé		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
8. Plan consolidé de la lutte contre la maladie élaboré					Activité non programmée

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

3.3.3 Analyse des progrès réalisés

La Direction de Lutte contre la Maladie a coordonné les programmes dans l’alignement de leurs plans stratégiques et de leur plan annuel au PNDS. L’activité de consolidation des plans des différents programmes spécialisés a nécessité plusieurs séances de suivi de la part de la DLM. Cette activité a cependant entraîné une bonne appropriation du PNDS et de l’outil de planification par les programmes sous la tutelle de la DLM. Un guide d’intégration des activités de lutte contre la maladie dans les Zones de Santé (ZS) et un document de réflexion sur l’intégration de la fonction de lutte contre la maladie dans les DPS ont également été élaborés de manière participative avec les programmes spécialisés et les autres structures du niveau central. Les réunions de la Commission Technique de Lutte contre la Maladie, auxquelles participent les programmes spécialisés, ont été régulières. Tout cela a concouru à augmenter le leadership de la DLM sur les programmes. L’analyse verticale a permis de créer des liens académiques et avec d’autres experts du terrain mais la méthodologie devra être modifiée, car le retard pris dans la production des documents est devenu trop important. Il en est de même pour le développement de la base de données intégrée de la DLM.

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, vu l’évolution lente de la réforme.

3.3.4 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,...	– Commission intégration	C

3.3.5 Critères de qualité

Critères	Score	Commentaires
Efficacité	C	Réforme lente, méthodologie à modifier pour certaines activités
Effizienz	A	
Durabilité	B	
Pertinence	B	

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

3.3.6 Exécution budgétaire

Contribution totale	Dépenses 2009	Dépenses 2010	Dépenses 2011	Dépenses totale au 31/12/2011	Solde budget	Taux d’exécution
504.000 €	48 €	31.885 €	39.397 €	71.330 €	431.831 €	14 %

3.3.7 Leçons apprises et recommandations

Décision/ Recommandations	Responsables	Deadline
1. Des instructions devraient être développées pour la consolidation des plans annuels et des administratifs devraient être formés et ensuite impliqués dans cette tâche	○ SG, DEP	NA
Décision/ Recommandations	Responsables	Deadline
2. Tirer les leçons des deux premières analyses verticales et modifier la méthodologie	○ Docteur Mbuyi, docteur Michaux	Q1 2012
3. Tirer les leçons de l'activité d'élaboration d'une base de données intégrée pour la DLM et modifier la méthodologie	○ Monsieur Mathias Mossoko ○ Impliquer la commission intégration	Q2 2012
4. Proposer des actions concrètes d'appui dans l'intégration de la lutte contre la maladie dans 2 ou 3 provinces	○ Docteur Gaston Tshapenda ○ Impliquer la commission intégration	Q1 2012

3.4 Résultat 2

3.4.1 Indicateurs

Résultat 2 (R2) : La surveillance épidémiologique et la gestion des catastrophes sont rationalisées				Progrès : C
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	Plan de contingence partiellement actualisé	
2. Nombre d'épidémies détectées à temps et gérées correctement sur le total des épidémies	N	N	314 épidémies, dont 300 notifiées en 14 jours et 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	14 bulletins sur 18 77 %	

E : aspect environnement G : aspect genre

3.4.2 Bilan des activités

Activités et sous activités	Déroutement				Commentaires
	++	+	+/-	-	
1. Documents normatifs révisés				x	
2. Documents normatifs validés par les différentes parties prenantes				x	
3. Un atelier organisé dans le cadre de l'actualisation du plan national de contingence			x		
4. Bulletin épidémiologique régulièrement publiés		x			

Activités et sous activités	Déroutement				Commentaires
	++	+	+/-	-	
5. Modules de formation des formateurs rédigés				X	
6. Formation des formateurs dans 4 provinces				X	
7. Stratégie de surveillance épidémiologique actualisée				X	

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

3.4.3 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 finalisée : actualisation de la liste des maladies à surveiller, révision du guide technique et des guides de prise en charge par maladie. Mais les guides de formation, de même que l'actualisation du logiciel SIMR (surveillance intégrée de la maladie et de la riposte) – hebdomadaire sont encore en cours de validation par l'OMS AFRO. L'actualisation de la stratégie de surveillance afin de l'adapter au contexte actuel de décentralisation et les formation des formateurs n'ont pu être réalisées.

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 absence, depuis quelques années, de renforcement des compétences en surveillance intégrée de la maladie et riposte au niveau provincial, fait que des appuis techniques qui devraient être fournis par les provinces sont encore réalisés par la DLM. Les épidémies ont été très nombreuses au cours de l'année 2011.

Enfin, différents partenaires, structures, organisations gouvernementales interviennent dans le système d'alerte et de riposte. Le leadership de la DLM est encore très peu développé, particulièrement dans le domaine de l'appui et la coordination de la riposte.

3.4.4 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 coordination sera mise en place sous le leadership de la DLM pour le choléra	C

3.4.5 Critères de qualité

Critères	Score	Commentaires
Efficacité	C	
Efficience	B	
Durabilité	A	
Pertinence	A	

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

3.4.6 Exécution budgétaire

Contribution totale	Dépenses 2009	Dépenses 2010	Dépenses 2011	Dépenses totale au 31/12/2011	Solde budget	Taux d'exécution
329.500 €	0 €	19.494 €	50.334 €	69.828 €	259.672 €	22 %

3.4.7 Leçons apprises et recommandations

Décision/ Recommandations	Responsables	Deadline
1. Prioriser les formations en provinces et le pré positionnement de kits dans les provinces formées	○ Dr Mwamba	Q2 2012
2. Faire élaborer en marge de la formation un plan d'amélioration de la gestion des épidémies	○ Dr Aruna	Q2 2012
3. Finaliser le plan de contingence avec les différentes parties prenantes	○ Dr Mbuyi Gisèle ○ Appui au PNUAH	Q2 2012

3.5 Résultat 3

3.5.1 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	3 provinces		

E : aspect environnement G : aspect genre

3.5.2 Bilan des activités

Activités et sous activités	Déroulement				Commentaires
	++	+	+/-	-	
1. Audit organisationnel de l'INRB restitué			x		
2. Recommandations de l'audit mises en place			x		
3. Gestion centralisée et informatisée à l'INRB				x	
4. Marchés publics de l'INRB en exécution			x		
5. Marchés publics pour les provinces en exécution			x		
6. Atelier de démarrage de mise en réseau			x		
7. Supervision de 3 laboratoires provinciaux (LPSP)				x	
8. Formation du personnel des 3 LPSP en AQ				x	

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

3.5.3 Analyse des progrès réalisés

C'est en février 2011 que le protocole d'accord entre la CTB et l'INRB a été signé, protocole déléguant une partie de la gestion de l'intervention au Directeur de l'INRB. L'audit organisationnel de l'INRB est finalisé en janvier mais c'est finalement en mai 2011 qu'il est restitué en présence du Ministre de la Santé Publique. Une demande de financement sur Fonds d'Etude et d'Expertise est transmise en juin 2011 au MSP par le Directeur de l'INRB. Elle est destinée à recruter un prestataire pour l'élaboration d'un plan de financement de l'INRB et la mise en œuvre des recommandations de l'audit organisationnel. Elle a été validée par le Comité des Partenaires en septembre 2011 mais reste sans suite jusqu'à ce jour. Un atelier a été organisé en novembre 2011 afin de définir les fonctions et compétences du personnel administratif. Un plan de travail pour l'amélioration de la gestion a été établi.

Concernant les Marchés Publics, les cahiers des charges pour les Marchés d'équipement technique de l'INRB et des trois laboratoires provinciaux, de réhabilitation profonde de l'INRB et de construction de compléments d'infrastructures dans deux provinces sont finalisés. La mise en réseau de l'INRB et des trois laboratoires a débuté par un atelier national regroupant les différentes parties prenantes au cours duquel ont été validés les documents d'engagements dans le réseau, principes de fonctionnement et politique de qualité, et le plateau technique minimal du niveau provincial. Une première mission de supervision a été réalisée à Matadi et Bandundu. Le personnel a également été formé en Assurance Qualité. Une mission a également été réalisée au Sud Ubangui afin de compléter l'état des lieux de Gemena par ceux des laboratoires de Bwamanda et de Tandala.

3.5.4 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	A
2. L'application du processus d'adéquation du personnel à l'INRB	– Avant projet de transformation de l'INRB en Etablissement public transmise au Cabinet du MSP	C
3. Résistance du personnel au développement des missions de santé publique des laboratoires	– Stratégie de communication et de planification participative avec le personnel	B
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

3.5.5 Critères de qualité

Critères	Score	Commentaires
Efficacité	B	
Effizienz	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
CTB, Agence belge de développement
Rapport annuel

3.5.6 Exécution budgétaire

Contribution totale	Dépenses 2009	Dépenses 2010	Dépenses 2011	Dépenses totale au 31/12/2011	Solde budget	Taux d'exécution
1.800.000 €	0 €	30.157 €	107.645 €	137.802 €	1.692.355 €	7,6 %

3.5.7 Leçons apprises et recommandations

Décision/ Recommandations	Responsables	Deadline
1. Appuyer le processus d'adéquation du personnel et du statut de l'INRB	<ul style="list-style-type: none"> ○ MSP, Cabinet du MSP, ○ Directeur des Laboratoires 	Q2 2011
2. Prioriser l'appui à la gestion au sein de l'INRB <ul style="list-style-type: none"> a. Appui pour la planification budgétaire et le plan de décaissement b. Gestion centralisée et informatisée 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Directeur de l'INRB 	Q2 2011

3.6 Résultat 4

3.6.1 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

3.6.2 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					

3.6.3 Analyse des progrès réalisés

Les termes de référence pour la réalisation d'une prestation visant l'analyse situationnelle du contrôle sanitaire aux frontières ont été élaborés de manière participative avec le PNHF. Elle sera exécutée au cours du premier trimestre 2012.

3.6.4 Critères de qualité

Critères	Score	Commentaires
Efficacité	B	
Effizienz	X	
Durabilité	B	
Pertinence	C	Lenteur de la réforme

3.6.5 Exécution budgétaire

Contribution totale	Dépenses 2009	Dépenses 2010	Dépenses 2011	Dépenses totale au 31/12/2011	Solde budget	Taux d'exécution
235.500 €	0 €	0 €	0 €	0 €	235.500 €	0 %

3.7 Résultat 5

3.7.1 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 sélectionnées sur concours en fonction des besoins sur effectif du personnel de la DLM	N	+	Directeur nommé 14 personnels techniques et 4 administratifs sélectionnés 8 personnels d'appoint affectés	Discrimination positive pour les femmes au cours des sélections / sans effet.
2. Nombre sélectionnées en poste sur nombre total de personnes sélectionnées	N	N	Pas de données de base 18 personnes en poste sur 20 sélectionnées 8 personnels d'appoint affectés	
3. Existence d'un bâtiment affecté à la DLM avec 20 locaux équipés	N	N	(Marché d'élaboration du projet de construction attribué)	
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

3.7.2 Bilan des activités

Activités et sous activités	Déroulement				Commentaires
	++	+	+/-	-	
1. Adéquation du personnel (sélection de 4 médecins)			x		
2. Amélioration du cadre de travail (primes, organisation du transport, moyens de fonctionnement...)		x			
3. Personnel non sélectionné redéployé				X	
4. Evaluations et ajustements trimestriels du plan de travail		x			
5. Audit système de la cellule administrative		x			
6. Cahier des charges pour la sélection bureau d'études			x		
7. Cahier des charges pour les travaux				x	
8. Appui pour la participation des programmes à la finalisation du manuel de procédures			X		
9. Impression du manuel de procédures				x	

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

3.7.3 Analyse des progrès réalisés

Concernant la cellule administrative, 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. C'est ainsi qu'un audit système de la cellule administrative de la DLM a été exécuté fin 2011. L'effectif des experts techniques, médecins en santé publique, est passé de 7 à 11. Ces nouveaux sélectionnés ont rejoint leur poste en fin d'année 2011.

Un appui a été fourni à la CAG pour l'adéquation du manuel de procédures et l'élaboration de quelques outils de gestion, appui afin que quelques membres des programmes spécialisés puissent participer à ces travaux. Le budget pour l'impression du manuel et des outils n'a pas été exécuté.

3.7.4 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	– GAVI et Fonds Mondial RSS ne financent plus les primes du niveau central	C
2. Difficultés dans la poursuite de l'adéquation du personnel suite au non redéploiement du personnel non sélectionné	– Référentiel de compétences à développer avec un prestataire externe	C
3. Difficultés dans la réalisation opportune et de qualité des Marchés Publics vu leur grand nombre	– 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 – Contacts fréquents avec la Cellule de Passation des Marchés Publics	C

3.7.5 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

3.7.6 Exécution budgétaire

Contribution totale	Dépenses 2009	Dépenses 2010	Dépenses 2011	Dépenses totale au 31/12/2011	Solde budget	Taux d'exécution
2.424.400 €	41.200 €	331.097 €	345.950 €	718.247 €	1.706.153 €	0 %

3.7.7 Leçons apprises et recommandations

Décision/ Recommandations	Responsables	Deadline
12. Elaborer le plan de formation en y incluant la formation du personnel administratif	○ AT DLM	Q1 2012
13. Sélectionner un secrétaire de Direction	○ Comité de sélection	Q2 2012
14. Développer un référentiel des compétences de la DLM	○ Dr Kebela	Q2 2012
15. Faire réaliser l'évaluation externe de l'intervention	○ AT DLM	Q2 2012

4 Thèmes transversaux

4.1 Environnement

En 2011, les activités en relation avec les normes d'hygiène et de salubrité publique ont démarré.

4.2 Genre

Dans l'activité de sélection des ressources humaines, les candidatures féminines ont été favorisées à compétences égales.

5 Décisions par la SMCL et suivi

Décisions	Suivi
Recommandation	Suivi
<p><u>Construction</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Organiser une réunion avec les structures du MSP impliquées (PRONANUT, PNLMS...) pour pouvoir émettre les documents administratifs internes relatifs au dossier de construction et transmettre le CR au président avant le 21 février 2011 2. Veiller à fournir les éléments nécessaires pour que la SMCL puisse apprécier la pertinence des pour la construction du bâtiment administratif avant fin mars 2011 3. Prendre les dispositions pour que la SMCL puisse apprécier la pertinence des choix pour la construction du bâtiment administratif 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Devenue sans objet, car choix de construire un nouveau bâtiment 2. Visite de terrain et état d'avancement du dossier construction 3. Esquisse du bâtiment et élaboration du cahier des charges en cours ; association des différentes parties prenantes dans la Commission de Construction
<p><u>Remarques générales pour les réunions de SMCL</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Organiser des visites de terrain 2. Elargir la participation à la SMCL aux autres acteurs de l'intervention 3. Faire le suivi des recommandations 4. Faire un suivi des indicateurs 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Toutes les remarques ont été prises en compte
<p><u>Renforcer la coordination des humanitaires</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Renforcer la coordination des interventions humanitaires afin de reprendre le leadership de ces interventions avant fin juin 2011 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Non réalisé
<p><u>Elaborer le plan de formation du personnel</u></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identification des formations à réaliser en RDC faite lors de la planification annuelle 2. Plan des formations internationales encore en cours
<p><u>Redéploiement du personnel</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Veiller à trouver des solutions pratiques d'ici le 30 juin 2011 pour redéployer tout progressivement le personnel de l'ancienne équipe de la DLM, en attendant les conclusions de concertation avec la commission mixte Fonction Publique – Ministère de la Santé Publique 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Non réalisé

6 Leçons apprises

Leçons apprises	Public cible
a. Le circuit des Marchés Publics devrait faire l'objet d'une analyse en vue de son d'amélioration	Représentation CTB
b. Des formations pour l'élaboration des Cahier des Charges des Marchés Publics devraient être réalisées pour les administratifs	Représentation CTB
c. La planification au niveau central et son articulation avec les autres niveaux devraient être facilitées. Les administratifs devraient être formés et impliqués dans cette tâche.	SG, DEP
d. Bien que le cycle bilan – planification soit régulier (trimestriel) l'évaluation devrait cibler plus les résultats atteints (et les non atteints) et être complétée par un bilan de l'exécution budgétaire	Directeur de la DLM AT DLM
e. C'est en menant des actions concrètes avec les programmes (alignement des plans stratégiques, documents intégration, plans annuels...) que le leadership de la DLM s'est amélioré. Mener des actions concrètes avec les humanitaires est une priorité. Deux portes d'entrée seront la lutte contre le choléra et l'actualisation du plan de contingence	Directeur de la DLM Chef de Division Surveillance Epidémiologique
f. De même, et suite aussi aux recommandations de la revue annuelle, la DLM devra prioriser l'accompagnement des provinces au cours de l'année 2012	Personnel de la DLM
g. L'absence de textes réglementaires rend l'introduction de changements institutionnels peu aisée : la transformation de l'INRB en Etablissement Public et l'institutionnalisation du réseau de laboratoires sont deux priorités pour 2012.	SG, Directeur des Laboratoires

7 Annexes

7.1 Cadre logique

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.2 Monitoring et évaluation

Un audit système de la cellule administrative a été réalisé en novembre 2011. Un suivi des recommandations sera réalisé avec l'appui de la responsable financière de la CTB (voir tableau de travail proposé pour inscrire le plan de travail).

L'équipe de la DLM a également bénéficié d'une mission de backstopping de la part du siège. Une même stratégie d'échanges sur la perception des succès, des échecs rencontrés, des potentialités et des obstacles dans quelques domaines choisis par le personnel de la DLM pourrait être utilisée semestriellement (voir tableau établi lors d'une séance de travail d'1 jour ½ avec le personnel de la DLM).

PLAN D'ACTION POUR LE SUIVI DES RECOMMANDATIONS DE L'AUDIT (tableau à remplir – rapport reçu fin décembre)

Observations	Recommandations	Priorité	Actions	Responsable(s)	Deadline	Statut
PROCESSUS : ORGANISATION GENERALE						
<p><u>Observation 1 - Organigramme</u> Absence d'organigramme de la cellule administrative de la DLM (page 14)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Un organigramme doit être disponible en version électronique. - Il doit être daté et signé par la Direction de la DLM et du projet CTB. - Il doit être accompagné de la liste du personnel avec leur fonction. - Il doit être diffusé au sein de l'équipe de la Cellule Administrative de la DLM 	Basse	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre l'organigramme en version électronique - Etablir la liste du personnel avec leur fonction - Mettre à jour les descriptions de fonctions existantes et élaborer les descriptions de fonctions non encore disponibles - Prévoir une personne back up en cas d'absence du titulaire (à indiquer dans la description de fonction) - Répartir les tâches de comptable et de caissier entre 2 personnes différentes (principe de séparation des fonctions - voir observation n°7) - Distribuer l'organigramme à l'équipe de la Cellule Administrative de la DLM - Afficher l'organigramme au Secrétariat de la DLM 			
	<ul style="list-style-type: none"> - L'organigramme doit être mis à jour en cas de changement et daté et signé par les Responsables 		<ul style="list-style-type: none"> - Mettre à jour l'organigramme en cas de changement dans l'équipe de la Cellule Administrative de la DLM 			

Observations	Recommandations	Priorité	Actions	Responsable(s)	Deadline	Statut
<p><u>Observation 2 – Manuel de procédures</u> Procédures absentes (courrier, stock), incomplètes, non suivies, non mises à jour et non conformes à la réalité (page 15 et svtes)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le manuel interne de procédures doit être réécrit sur base de la réalité et inclure les informations sur l'organisation générale, la gestion RH, la gestion financière, la gestion administrative y inclus la logistique et les achats - Les procédures doivent être complètes et détaillées - Les procédures doivent être approuvées par les Responsables - Les procédures doivent être datées lors de chaque changement 	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> - Structurer le manuel interne de procédures de la Cellule Administrative de la DLM par chapitre afin de tenir compte de l'ensemble des processus (établir une table des matières complète) - Revoir chapitre par chapitre et détailler chaque procédure. Les personnes directement concernées par l'application d'une procédure doivent être impliquées dans la rédaction des procédures qui les concernent. - Faire référence (chapitre, section, page) au manuel de procédures du Ministère de la Santé chaque fois qu'il est d'application - Faire référence (chapitre, section, page) au manuel de procédures de la CTB (gestion financière des projets) - Faire circuler des versions drafts auprès des responsables et de l'équipe de la Cellule Administrative de la DLM pour avis/commentaires/suggestions - Finaliser la version initiale (v0), faire approuver le manuel par les Responsables (signature + date) 			

Observations	Recommandations	Priorité	Actions	Responsable(s)	Deadline	Statut
<p><u>Observation 3 – Communication interne</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Le classement des PV des réunions avec la Direction n'est pas à jour, les PV ne sont pas signés, le suivi des décisions des réunions antérieures n'est pas complet, ni clair et le responsable de ce suivi n'est pas indiqué Les réunions avec la Cellule Administrative ne sont pas tenues régulièrement <p>(page 16 et svtes)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Un suivi des décisions prises pendant les réunions doit être assuré et justifié Les réunions avec la Cellule Administrative doivent être tenues systématiquement 2x/mois L'ordre du jour doit permettre de donner un aperçu du fonctionnement de la Cellule Les PV doivent être rédigés selon un template incluant l'ordre du jour, la liste des participants, un tableau de suivi des décisions Les PV doivent être signés par les participants et classés Le classement des PV doit être tenu à jour 	Moyenne	<ul style="list-style-type: none"> Numéroter les PV de réunion Classer systématiquement et chronologiquement les PV de réunion Inclure dans chaque PV un tableau de suivi des décisions (voir page 17) Dater et faire signer le PV par les participants Fixer les jours de réunion avec la Cellule Administrative Elaborer le template de PV de réunion (ordre du jour, participants, tableau de suivi des décisions) Numéroter les PV de réunion Dater et faire signer le PV par les participants Classer systématiquement et chronologiquement les PV de réunion Transmettre le PV de la réunion aux participants Elaborer un template de mémo pour la communication interne écrite/électronique Numéroter, dater et classer les mémos dans un classeur ad hoc 			

Direction de Lutte contre la Maladie, MSP, RDC

Observations	Recommandations	Priorité	Actions	Responsable(s)	Deadline	Statut
<p><u>Observation 4 – Classement et archivage des dossiers</u> Classement sans référence claire, absent (dossier personnel), incomplet, sans respect de la chronologie, non cohérent (page 17 et svtes) <u>Voir observation n°5 pour le courrier</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le classement des classeurs doit être organisé par type de documents et rangé dans le bureau adéquat. - Le classement des classeurs doit être référencié et chronologique - En ce qui concerne le classement des documents dans les classeurs, une liste d’aperçu (index) doit être disponible au début de chaque classeur et doit renseigner sur la présence du document concerné - Le classement des documents doit être contrôlé au moins 2x/an. 	<p>Elevée</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Définir un type de classement pour tous les documents administratifs (proposition : se baser/s’inspirer de l’index file CTB) => à intégrer dans le manuel interne de procédures - Elaborer les listes d’aperçu (index) par type de documents => à intégrer dans le manuel interne de procédures - Désigner un responsable pour le classement de chaque type de document et un contrôleur => à intégrer dans le manuel interne de procédures. Voir proposition page 19 - Organiser le classement selon le type de classement défini : étiqueter les classeurs et indiquer une référence claire, mettre à jour la liste d’aperçu par classeur, numéroter les intercalaires et classer les différents documents sous chaque intercalaire correspondant - Trier les documents, jeter les documents inutiles, archiver les documents si nécessaire (selon l’index file défini) - Classer les différents classeurs par ordre chronologique dans le bureau adéquat - Définir un index file pour le classement des documents électroniques sur le disque dur et organiser le classement électronique de chacun selon cet index file - Procéder à des back up réguliers (1x/semaine) à échéance fixe connue de tous les fichiers de données ainsi que de la messagerie électronique (voir page 22 pour l’organisation des back up sur le disque dur) - Conserver les back up informatiques dans un endroit sécurisé 			

Observations	Recommandations	Priorité	Actions	Responsable(s)	Deadline	Statut
<p><u>Observation 5 – Courrier</u> Le système de classement courrier entrant/courrier sortant n'est pas identique, le classement n'est pas fait dans un ordre chronologique, n'est pas organisé, n'est pas complet ni à jour. Le traitement du courrier n'est pas réalisé à temps (<u>page 19 et svtes</u>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le système de classement appliqué pour le courrier entrant/sortant doit être identique - Le courrier doit être classé par ordre chronologique, être référencié et classé dans les classeurs correspondants - Le processus de traitement du courrier doit être accéléré 	<p>Elevée</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Définir un type de classement pour le courrier (actions, observation 4 ci-avant) - Tenir un registre du courrier entrant reprenant n° d'ordre, date de réception, référence donnée par le secrétariat de la Cellule, origine/objet, destinataire + date de remise du courrier au destinataire, informations sur le traitement du courrier (réponse envoyée le ..., à ..., par ...) - Classer une copie de chaque courrier entrant référencié (= la référence du registre du courrier entrant) dans un classeur ad hoc par ordre chronologique - Tenir un registre du courrier sortant reprenant n° d'ordre, date d'envoi, référence donnée par le secrétariat de la Cellule (= le même que celui qui sera indiqué dans le courrier !), destinataire, objet, si d'application référence du courrier entrant correspondant - Classer une copie de chaque courrier sortant référencié (= la référence du courrier sortant) dans un classeur ad hoc par ordre chronologique et si d'application joindre l'accusé de réception par le destinataire - Procéder à des contrôles inopinés et réguliers du système de classement du courrier par le contrôleur désigné 			

Observations	Recommandations	Priorité	Actions	Responsable(s)	Deadline	Statut
PROCESSUS : CONTRÔLE INTERNE						
<p><u>Observation 6 – Contrôle général</u> Non application des procédures CTB (page 20)</p>	<p>- Une analyse détaillée des risques doit être faite et des procédures doivent être mises en place pour diminuer les risques identifiés</p>	Elevée	<p>- Elaborer le tableau de description des risques par processus (voir page 21)</p> <p>- Compléter si nécessaire et tenir à jour le plan d'action de suivi des recommandations de l'audit système et financier</p> <p>- Mener les actions du plan d'action de suivi des recommandations de l'audit système et financier</p>			
<p><u>Observation 7 – Ségrégation des tâches</u> Il y a cumul des fonctions de comptable et de caissier par l'assistant administratif (page 22)</p>	<p>- La séparation des fonctions de comptable et de caissier doit être effective.</p>	Elevée	<p>- Voir actions – Observation n°1</p>			
<p><u>Observation 8 – Informatique</u> Il n'y a pas de back up informatiques réguliers. (page 22)</p>	<p>- Un système de back up informatique régulier doit être mis en place et le back up doit être conservé dans un endroit sécurisé</p>	Elevée	<p>- Voir actions – Observation n°4</p>			

Observations	Recommandations	Priorité	Actions	Responsable(s)	Deadline	Statut
PROCESSUS : GESTION FINANCIERE ET COMPTABILITE						
<p><u>Observation 9 – Caisse</u> Pas de principe de séparation des fonctions (voir observation 7) Non respect des principes de gestion de caisse (absence de bons entrée/sortie), non justification des sorties dans un délai raisonnable, tenue d'une double caisse par la logisticienne, absence de contrôle inopiné (page 23)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les bons d'entrée/sortie de caisse numérotés doivent être utilisés et classés dans un classeur ad hoc - Le livre de caisse peut être tenu de manière électronique uniquement. Il sera imprimé et signé par le responsable chaque mois - Des contrôles inopinés de caisse doivent être effectués - Le livre de caisse doit être tenu à jour (chaque entrée/sortie de caisse doit être immédiatement reportée dans le livre de caisse) - La caisse doit être sécurisée 	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> - Acheter des carnets de bons d'entrée/sortie caisse préimprimés, avec entête de la DLM et CTB pour la gestion des fonds CTB - Elaborer un template de livre de caisse électronique répondant aux normes comptables - Enregistrer les entrées/sorties de caisse au jour le jour - Tenir un registre des avances à justifier (qui, quand, combien) - Imprimer, dater et faire signer le responsable chaque mois - Joindre au livre de caisse la preuve du contrôle physique (PV de comptage des billets) - Classer les bons d'entrée/sortie caisse ainsi que les livres de caisse dans un classeur ad hoc - Placer le coffre-fort dans un endroit où l'accès est limité - Remettre la clé du coffre-fort au caissier (pas dans les mains du comptable !) - Rédiger un mémo explicatif sur le délai de justification des fonds et le diffuser au sein de la DLM - Désigner un(e) caissier intérimaire 			

Observations	Recommandations	Priorité	Actions	Responsable(s)	Deadline	Statut
<p><u>Observation 10 – Comptabilité et pièces justificatives</u></p> <p>Les descriptions des transactions ne sont pas claires, les justificatifs ne sont pas toujours complets (mention manquante, signature manquante), sont parfois absents/insuffisants ou utilisés de façon incorrecte</p> <p>(page 24)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les pièces justificatives manquantes, incomplètes doivent être régularisées - Les transactions doivent être correctement libellées - Le forfait accordé au personnel pour le transport doit être approuvé par la Direction de la DLM et un système de suivi doit être mis en place 	<p>Moyenne</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Compléter les pièces justificatives relevées comme manquantes ou incomplètes (voir page 24 + pages 31 à 37) - Intégrer une section sur le libellé des transactions comptables dans le manuel interne de procédures (valable pour la comptabilité et la caisse) - Etablir un contrat pour l'assistant administratif depuis son entrée en service jusque fin 2010 - Etablir une base de fixation de forfait pour le transport du personnel et le faire approuver par la Direction - Intégrer une section sur le transport du personnel dans le manuel interne de procédures afin de formaliser la procédure - Etablir un tableau mensuel d'utilisation des véhicules mis à disposition par la DLM pour le transport du personnel (voir page 24) - Rendre disponible le tableau d'utilisation des véhicules au secrétariat et faire signer les agents - Rédiger un mémo explicatif sur l'octroi du forfait transport et le diffuser au sein de la DLM 			

Observations	Recommandations	Priorité	Actions	Responsable(s)	Deadline	Statut
<p><u>Observation 11 – Rapports financiers</u></p> <p>Non respect des délais de la transmission des rapports financiers à la CTB</p> <p>Les rapports financiers mensuels ne sont pas signés par l'assistante technique (page 26)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les délais de rapportage financiers doivent être respectés et les rapports financiers mensuels doivent être signés par l'assistante technique 	Moyenne	<ul style="list-style-type: none"> - Décharger l'assistant administratif pour lui permettre de rentrer les rapports financiers mensuels dans les délais => confier la tenue de la caisse à une autre personne - Revoir les descriptions de fonction de chacun (voir observation n°1) - Présenter mensuellement les rapports financiers à l'assistante technique pour signature 			
PROCESSUS : MARCHES PUBLICS						
<p><u>Observation 12 – Marchés publics</u></p> <p>Les dossiers des MP audités ne sont pas complets</p> <p>Le registre des MP n'est pas complet (page 26)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les dossiers des MP audités doivent être complétés ainsi que le registre des MP 	Basse	<ul style="list-style-type: none"> - Compléter le registre des MP et les dossiers des MP audités (voir détail page 26) - Organiser le classement des marchés publics (= type de document) conformément aux actions à réaliser eu égard à l'observation n°4) 			
PROCESSUS : GESTION DU PATRIMOINE MATERIEL						
<p><u>Observation 13 – Inventaire</u></p> <p>L'inventaire 2010 n'est pas disponible</p> <p>La fiche d'inventaire au 30/09/2011 n'est pas complète</p> <p>Il existe 2 inventaires distincts (biens CTB et DLM) (page 27)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - L'inventaire doit être réalisé périodiquement et signé par l'assistante technique - Un seul inventaire distinguant l'origine des biens (DLM/CTB) doit être produit 	Moyenne	<ul style="list-style-type: none"> - Etablir l'inventaire au 31/12/2011 en remplissant chaque colonne et en ajoutant une colonne pour identifier les biens acquis dans le cadre de l'appui CTB - Faire signer l'inventaire par la Direction de la DLM et l'assistante technique CTB - Etablir un inventaire sous le format CTB pour les besoins de rapportage interne à la CTB et le faire signer par l'assistante technique - Etablir la concordance entre l'inventaire comptable et l'inventaire physique - Mettre régulièrement à jour l'inventaire et documenter les pertes/vol, biens déclassés 			

Observations	Recommandations	Priorité	Actions	Responsable(s)	Deadline	Statut
<p><u>Observation 14 – Véhicules</u> Non-utilisation de carnet de bord relié et pré numéroté, absence de visa/signature adéquate, absence de mise à jour et de classement des fiches de consommation et kilométrage des véhicules,</p> <p>(page 27)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les carnets de bord reliés complétés en bonne et due forme doivent être utilisés - Les carnets de bords doivent être visés 1x/semaine par la logisticienne - Les fiches de suivi de consommation de carburant et de kilométrage doivent tenues à jour, être signées par les chauffeurs et classées 	Moyenne	<ul style="list-style-type: none"> - Acheter de carnets de bord reliés et pré-imprimés avec entête de la DLM - Rédiger un mémo d'utilisation des véhicules (carnet de bord, fiches de suivi de consommation et kilométrage) à diffuser auprès des chauffeurs - Organiser une séance de travail avec les chauffeurs pour définir les modalités pratiques d'application de ce mémo - Intégrer une section sur la gestion des véhicules dans le manuel interne des procédures - Organiser le classement des documents relatifs aux véhicules (= type de document) conformément aux actions à réaliser eu égard à l'observation n°4) 			
<p><u>Observation 15 – Stocks</u> <u>Les fiches de stock ne sont pas tenues à jour, ne sont pas signées et ne sont pas correctement remplies.</u> <u>Il n'y a pas de bons de réception pour les sorties de stock</u></p> <p>(page 28)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les fiches de stock doivent être mises à jour et correctement remplies - Le template Fiche de stock doit être adapté pour l'accusé de réception - Un contrôle physique doit être effectué au moins 2x/an 	Moyenne	<ul style="list-style-type: none"> - Adapter le template Fiche de stock - Désigner le responsable du contrôle inopiné ou annoncé du stock - Procéder à un contrôle physique pour permettre la mise à jour des fiches de stock - Intégrer une section sur la gestion du stock dans le manuel interne des procédures - Organiser le stock physique de façon à avoir une bonne visibilité des quantités disponibles 			

Observations	Recommandations	Priorité	Actions	Responsable(s)	Deadline	Statut
<p><u>Observation 15 – Stocks</u> Les fiches de stock ne sont pas tenues à jour, ne sont pas signées et ne sont pas correctement remplies. Il n’y a pas de bons de réception pour les sorties de stock (page 28)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les fiches de stock doivent être mises à jour et correctement remplies - Le template Fiche de stock doit être adapté pour l’accusé de réception - Un contrôle physique doit être effectué au moins 2x/an 	Moyenne	<ul style="list-style-type: none"> - Adapter le template Fiche de stock - Désigner le responsable du contrôle inopiné ou annoncé du stock - Procéder à un contrôle physique pour permettre la mise à jour des fiches de stock - Intégrer une section sur la gestion du stock dans le manuel interne des procédures - Organiser le stock physique de façon à avoir une bonne visibilité des quantités disponibles 			
PROCESSUS : RESSOURCES HUMAINES						
<p><u>Observation 16 – Liste du personnel et description de fonction</u> Les descriptions de fonctions ne sont pas à jour et ne correspondent pas à la réalité (page 29)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les descriptions de fonction doivent être mises à jour 	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> - Voir observation n°1 			
<p><u>Observation 17 – Liste de présence</u> L’ensemble du personnel ne signe pas la liste de présence et la liste n’est pas signée/visée par l’AG ni par la Direction (page 29)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les listes de présence doivent être signées chaque jour par le personnel avant 10 du matin et contrôlées par l’AG 	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> - Rédiger un mémo informant le personnel des dispositions prises concernant la signature quotidienne des listes de présence. Le mémo doit être signé par la Direction de la DLM - En cas d’absence un justificatif doit être produit (ordre de mission, congé, formation, ...) - Le classement des listes de présence doit suivre les dispositions prises quant au classement des documents administratifs (voir observation n°4) 			

Direction de Lutte contre la Maladie, MSP, RDC

Observations	Recommandations	Priorité	Actions	Responsable(s)	Deadline	Statut
<p><u>Observation 18 – Dossiers du personnel</u> Les dossiers du personnel sont mal classés Il n'existe pas de plan de formation (page 30)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le classement et l'archivage des dossiers du personnel doit être amélioré - Un plan de formation du personnel doit être élaboré/finalisé - Faire signer un contrat de performance à tous les agents retenus pour le projet (????) 	Elevée	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser le classement des dossiers du personnel (= type de document) conformément aux actions à réaliser eu égard à l'observation n°4) - Intégrer une section Gestion du personnel dans le manuel interne de procédure - Elaborer/finaliser un plan de formation du personnel (identifier les besoins) 			
<p><u>Observation 19 – Paiement des primes</u> Absence d'approbation formelle des primes par la représentation, Direction DLM ou Ministère, absence de contrat individuel pour le niveau de primes, discordance entre montant prévu et payé (page 30)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le niveau des primes doit fait l'objet d'une approbation formelle et être inclus dans les contrats du personnel 	Moyenne	<ul style="list-style-type: none"> - Formaliser l'approbation du niveau de primes octroyées - Inclure le niveau de la prime octroyée dans le contrat du personnel 			
<p><u>Observation 20 – Evaluation et cercle de développement</u> Le personnel ne reçoit pas d'évaluation bien que cela soit prévu dans leur Statut (page 30)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La mise en place d'un système d'évaluation est recommandée 	Moyenne	<ul style="list-style-type: none"> - Intégrer l'évaluation du personnel dans le manuel interne de procédure (faire référence au manuel du Ministère, au Statut et compléter la procédure d'évaluation par rapport aux dispositions dans le cadre du projet DLM) 			

MISSION DE BACKSTOPPING PAR LE SIEGE CTB (novembre 2011)

	Succès	Echecs (ce qui n'a pas marché)	Potentialités	Obstacles (réalité à prendre en compte)
Formation	<ul style="list-style-type: none"> • Formation Team building au début du projet et évaluée • Formation en épidémiologie de terrain et évaluation, avec possibilité de formation plus longue • Formation des cadres provinciaux en SIMR (4 provinces) pour renforcer les capacités d'investigation • Cours d'anglais • Travail en équipe amélioré suite à la formation team building 	<ul style="list-style-type: none"> • Comment trouvez un équilibre entre besoins individuels et besoins institutionnels • Oubli de la vision de carrière • Pas de plan consolidé • Mise en place d'un système dynamique d'évaluation du personnel (formation en team building) 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité du fonctionnement de l'équipe • Expertise en formation en SIMR • Tous les outils sont prêts pour la formation des formateurs • Identification des compétences transversales et spécifiques • Cours à distance • Désigner les critères de sélection dans les deux domaines • Atelier d'écriture • Direction des formations continues 	<ul style="list-style-type: none"> • Effectif de la DLM ? • Insuffisance de la connaissance de l'anglais (perte d'opportunités)
Pérennisation (visibilité) (capitalisation) (taux d'exécution)	<ul style="list-style-type: none"> • Meilleure visibilité vis-à-vis des programmes • Meilleur leadership vis-à-vis des programmes • Meilleure leadership de la collaboration intra et intersectorielle 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'exécution budgétaire faible • Agenda de la partie congolaise non respecté • Retard dans l'élaboration de la convention entre la CTB et l'INRB 	<ul style="list-style-type: none"> • Secrétariat technique à améliorer • Augmentation de l'effectif du personnel • Capitalisation • Créer des liens académiques • Activités de marketing et de communication sociale sur la valeur ajoutée de la DLM • Financement des secteurs sociaux dans le cadre de l'IPPTE 	<ul style="list-style-type: none"> • Eventail de ressources financières potentielles faibles

	Succès	Echecs (ce qui n'a pas marché)	Potentialités	Obstacles (réalité à prendre en compte)
Recherche		<ul style="list-style-type: none"> • Pas de stratégie de recherche au sein de la DLM 	<ul style="list-style-type: none"> • Formations en RSS /RA • Faire appel à des consultants pour augmenter les capacités de recherche type épidémiologique descriptive et analytique • Faire une formation sur un thème déterminé • Aspect systémique • Définir la stratégie de recherche de la DLM 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les capacités
Analyse verticale	<ul style="list-style-type: none"> • Formation à l'approche • Deux analyses verticales • Liens avec le milieu académique et autres experts du terrain 	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats n'ont pas été « assez vite » 	<ul style="list-style-type: none"> • Travailler par atelier • Consultant international intégration : définir la place analyse verticale + renforcement de compétences spécifiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des consultants • Disponibilité des participants • Méthodologie
Intégration	<ul style="list-style-type: none"> • Etat des lieux des 11 provinces • Guide d'intégration des activités des programmes dans les ZS • Document de réflexion sur l'intégration de la fonction de lutte contre la maladie dans les DPS • Mécanismes de coordination ont entraîné une meilleure diffusion des politiques du MSP 		<ul style="list-style-type: none"> • Consultant international en appui pour définir la stratégie des activités sur l'intégration • Transformer l'outil de l'état des lieux en outil de routine 	<ul style="list-style-type: none"> • Maîtrise de l'agenda (priorités à définir)

	Succès	Echecs (ce qui n'a pas marché)	Potentialités	Obstacles (réalité à prendre en compte)
Nombre de personnel/ Charge de travail		<ul style="list-style-type: none"> • Surcharge de travail 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultance pour analyser de manière participative l'organigramme fonctionnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Ré analyser l'effectif nécessaire
Surveillance épidémiologique	<ul style="list-style-type: none"> • Outils • Régularité des réunions de la cellule de surveillance • Bulletin épidémiologique publié et diffusé mensuellement • Définition des items nécessaires pour un nombre de cas donné de maladies 	<ul style="list-style-type: none"> • Les aspects pratiques de positionnement des kits ne sont pas effectifs 	<ul style="list-style-type: none"> • Actualisation du plan de contingence national en cours • Utilisation du BEC comme moyen de dialogue • Commission technique médicaments et PNAM • Définir l'architecture du système de pré positionnement des Kits (Matériel hors PNAM) 	<ul style="list-style-type: none"> • Validation régionale pour certains outils • Culture de l'information insuffisante • Mobilité du personnel

7.3 Exécution budgétaire

Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of RDC0710011

Project Title: Appui institutionnel à la fonction de la lutte contre la maladie au niveau central du ministère de santé publique de la RDC

Budget Version: D02
 Currency: EUR
 Y/M: 31/12/2011

Year to month 31/12/2011

Report includes all closed transactions until the end date of the closed closing

	Status	Fin Mode	Amount	2010				2011				Total	Total Exp.	Balance	% Exec
				Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4				
A OBJECTIF SPÉCIFIQUE: UN			5.293.400,00	453.883,28	114.189,29	116.143,56	116.673,24	196.320,82	543.325,90	997.210,16	4.296.189,82	19%			
01 Les outils programmatiques			504.000,00	31.933,91	17.797,15	4.375,26	8.918,43	8.306,16	39.397,00	71.330,91	432.669,09	14%			
01 Relancer la Commission	REGIE		45.000,00	5.520,38	7.739,62	932,33	7.173,83	15.845,78	21.366,16	23.633,84	47%				
02 Elaborer les stratégies,	REGIE		294.000,00	21.254,27	9.998,78	2.410,93	8.918,43	1.132,32	22.460,47	43.714,74	210.285,26	17%			
03 Etablir une base de	REGIE		100.000,00	5.159,26	59,75	1.032,00		1.090,75	6.250,01	93.749,99	6%				
04 Définir et appliquer une	REGIE		27.000,00	0,00				0,00	0,00	27.000,00	0%				
05 Revoir les textes	REGIE		4.000,00	0,00				0,00	4.000,00	0,00	0%				
06 Renforcer les capacités des	REGIE		74.000,00	0,00				0,00	0,00	74.000,00	0%				
02 La surveillance			329.500,00	19.454,12	3.013,04	5.402,68	14.691,31	27.227,29	50.334,32	69.828,44	259.671,56	21%			
01 Actualiser le Politique	REGIE		5.500,00	3.054,36	88,23	28,11		116,34	3.170,72	2.329,28	58%				
02 Organiser la riposte en cas	REGIE		110.000,00	11.288,27	860,81	5.374,57	5.272,70	20.240,58	31.748,65	43.036,93	66.963,07	39%			
03 Publier régulièrement un	REGIE		73.000,00	3.207,50	2.064,00		9.418,62	6.986,70	18.469,32	21.676,82	51.323,18	30%			
04 Renforcer les capacités des	REGIE		141.000,00	1.943,97					1.943,97	139.056,03	1%				
03 Institutionnaliser l'INRB et			1.800.000,00	30.157,50	12.350,03	22.944,54	15.897,04	56.453,70	107.645,31	137.802,81	1.662.197,19	8%			
01 Elaborer un plan	REGIE		27.500,00	28.844,56					28.844,56	-1.344,56	105%				
02 Mettre en œuvre ce plan	REGIE		0,00	0,00				0,00	0,00	0,00	7%				
03 Renforcer les capacités	REGIE		978.000,00	0,00	11.596,97	20.060,33	6.506,57	41.496,25	79.860,12	79.660,12	888.339,88	8%			
REGIE			6.500.000,00	742.135,23	156.274,20	209.399,66	172.497,80	240.344,97	778.516,62	1.520.651,84	4.979.348,16	23,00			
COGEST															
TOTAL			6.500.000,00	742.135,23	156.274,20	209.399,66	172.497,80	240.344,97	778.516,62	1.520.651,84	4.979.348,16	23,00			

Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of RDC0710011

Project Title : **Appui institutionnel à la fonction de la lutte contre la maladie au niveau central du ministère de santé publique de la RDC**

Budget Version : **D02**
 Currency : **EUR**
 YTM :

Year to month : 31/12/2011

Report includes all closed transactions until the end date of the closed closing

Status	Fin Mode	Amount	2010				2011				Total	Total Exp	Balance	% Exac
			Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4				
04	REGIE	560.500,00	0,00								0,00	560.500,00	0%	
05	REGIE	234.000,00	1.312,94	753,05	2.884,21	9.390,48	14.957,44	27.985,19	29.298,13	204.701,87	13%	204.701,87	13%	
04	REGIE	235.500,00	0,00								0,00	235.500,00	0%	
01	REGIE	60.000,00	0,00								0,00	60.000,00	0%	
02	REGIE	60.000,00	0,00								0,00	60.000,00	0%	
03	REGIE	85.500,00	0,00								0,00	85.500,00	0%	
04	REGIE	30.000,00	0,00								0,00	30.000,00	0%	
05	REGIE	2.424.400,00	372.297,75	81.029,07	83.421,07	77.166,44	104.333,68	345.950,27	718.248,02	1.705.151,98	30%	1.705.151,98	30%	
01	REGIE	820.000,00	232.412,28	57.919,88	57.970,41	60.185,68	65.997,14	241.972,12	474.384,40	345.815,60	58%	345.815,60	58%	
02	REGIE	607.000,00	49.345,45	18.025,40	18.343,11	16.361,33	28.506,89	81.236,72	130.582,17	476.417,83	22%	476.417,83	22%	
03	REGIE	296.000,00	86.705,52	2.627,70	2.570,76	478,48	3.232,23	8.909,17	95.614,69	200.385,31	32%	200.385,31	32%	
04	REGIE	443.000,00	0,00								0,00	443.000,00	0%	
05	REGIE	31.500,00	0,00		2.223,67		2.891,21	5.114,88	5.114,88	26.385,12	16%	26.385,12	16%	
06	REGIE	25.000,00	418,85				3.301,21	3.301,21	3.720,06	21.279,94	15%	21.279,94	15%	
07	REGIE	100.000,00	211,87	182,62	1.570,30	140,96	505,00	2.398,88	2.610,55	97.389,45	3%	97.389,45	3%	
08	REGIE	1.900,00	0,00							1.900,00	0%	1.900,00	0%	
09	REGIE	100.000,00	3.203,98	2.274,47	742,82			3.017,29	6.221,27	93.776,73	6%	93.776,73	6%	
REGIE		6.500.000,00	742.135,23	156.274,20	209.399,66	172.497,80	240.344,97	778.516,62	1.520.651,84	4.979.348,16	23,00	4.979.348,16	23,00	
COGEST														
TOTAL		6.500.000,00	742.135,23	156.274,20	209.399,66	172.497,80	240.344,97	778.516,62	1.520.651,84	4.979.348,16	23,00	4.979.348,16	23,00	



Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of RDC0710011

Project Title : **Appui institutionnel à la fonction de la lutte contre la maladie au niveau central du ministère de santé publique de la RDC**

Budget Version : **D02**
 Currency : **EUR**
 YIM : **Report includes all closed transactions until the end date of the closed closing**

Year to month : 31/12/2011

Status	Fin Mode	Amount	2011				Total	Total Exp.	Balance	% Exec
			2010	Q1	Q2	Q3				
RESERVE BUDGETAIRE (MAX)		105.000,00	0,00				0,00	105.000,00	0%	
01 Réserve budgétaire		105.000,00	0,00				0,00	105.000,00	0%	
01 Réserve budgétaire REGIE	REGIE	105.000,00	0,00				0,00	105.000,00	0%	
MOYENS GÉNÉRAUX		1.101.600,00	288.251,95	42.084,91	93.256,10	55.824,56	523.441,66	578.158,34	48%	
01 Frais de personnel		762.500,00	230.375,99	35.899,11	82.387,37	54.612,24	41.149,55	214.048,27	58%	
01 Assistant technique	REGIE	600.000,00	199.931,14	35.899,11	41.763,37	35.447,79	41.149,55	154.259,82	59%	
02 Ressources financières et	REGIE	162.500,00	30.444,85		40.624,00	19.164,45		59.788,45	56%	
02 Investissements		15.600,00	8.612,02					8.612,02	55%	
01 Véhicules	REGIE	0,00	0,00					0,00	0%	
02 Equipement bureau et IT	REGIE	13.000,00	8.260,91					8.260,91	64%	
03 Aménagements du bureau	REGIE	2.600,00	351,11					351,11	14%	
03 Frais de fonctionnement		263.500,00	49.263,12	6.184,54	10.868,73	1.212,32	2.739,72	21.005,31	27%	
01 Loyer du bureau	REGIE	0,00	0,00					0,00	0%	
02 Services et frais de	REGIE	0,00	0,00					0,00	0%	
03 Frais de fonctionnement	REGIE	0,00	0,00					0,00	0%	
04 Télécommunications	REGIE	8.000,00	1.214,52	42,62	332,71	661,95	794,03	1.631,31	38%	
05 Fournitures de bureau	REGIE	6.000,00	439,78				36,67	476,45	8%	
REGIE		6.500.000,00	742.135,23	156.274,20	209.399,66	172.497,80	240.344,97	778.516,62	4.979.348,16	23,00
COGEST										
TOTAL		6.500.000,00	742.135,23	156.274,20	209.399,66	172.497,80	240.344,97	778.516,62	4.979.348,16	23,00



Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of RDC0710011

Project Title : **Appui institutionnel à la fonction de la lutte contre la maladie au niveau central du ministère de santé publique de la RDC**

Budget Version : **D02**
 Currency : **EUR**
 YTM :

Year to month : 31/12/2011

Report includes all closed transactions until the end date of the closed closing

	Status	Fin Mode	Amount	2011				Total	Total Exp.	Balance	% Exec
				2010	Q1	Q2	Q3				
06 Missions		REGIE	20,000,00	2,959,03			1,248,23	1,248,23	4,207,26	15,792,74	21%
07 Frais de représentation et		REGIE	4,000,00	0,00					0,00	4,000,00	0%
08 Formation		REGIE	0,00	0,00					0,00	0,00	0%
09 Frais de suivi scientifique		REGIE	221,500,00	42,688,56	10,115,46	35,56	15,710,64	15,710,64	58,399,20	163,100,80	26%
10 Frais financiers		REGIE	4,000,00	1,961,23	582,30	514,81	660,78	2,176,45	4,139,68	-139,68	103%
04 Audit et Suivi et Evaluation			60,000,00	0,00			134,87	134,87	134,87	59,865,13	0%
01 Frais de suivi et évaluation		REGIE	40,000,00	0,00			134,87	134,87	134,87	39,865,13	0%
02 Audit		REGIE	20,000,00	0,00					0,00	20,000,00	0%
99 Conversion rate adjustment			0,00	0,82	1,26		0,01	1,27	2,09	-2,09	7%
98 Conversion rate adjustment		REGIE	0,00	0,82	1,26		0,01	1,27	2,09	-2,09	7%

REGIE	6,500,000,00	742,135,23	156,274,20	209,399,66	172,497,80	240,344,97	778,516,62	1,520,651,84	4,979,348,16	23,00
COGEST										
TOTAL	6,500,000,00	742,135,23	156,274,20	209,399,66	172,497,80	240,344,97	778,516,62	1,520,651,84	4,979,348,16	23,00



7.4 Les bénéficiaires

7.4.1 Les bénéficiaires directs

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

7.4.2 Les bénéficiaires indirects

Il s'agit du personnel du niveau intermédiaire au sein des ECP et des services de laboratoires provinciaux. Les bénéficiaires les plus indirects de l'intervention sont la population.

7.5 Planification Q1 - 2011

Produits attendus	Sous activités	Chronogramme	Responsable	Points d'attention												
R.1 Les outils programmatiques sont rationalisés et la coordination des programmes est assumée																
Activité 1 : Relancer les Commissions d'Intégration et de Recherche (Activité telle que formulée dans le DTF et dans le logiciel comptable FIT)																
<i>Structure du Comité National de Pilotage du Secteur Santé (CNP SS) modifiée : 1 seule commission rattachée à la DLM / la Commission Technique de Lutte contre la Maladie (CT LM), composée de membres du MSP, de partenaires technico – financiers, de membres d'autres secteurs. En dehors de cette structure fonctionnelle de coordination, la DLM assure de manière interne la coordination des programmes (tous les membres de cette structure sont du MSP).</i>																
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			
<ul style="list-style-type: none"> – Structures de coordination fonctionnelles avec entre autres les produits suivants : <ul style="list-style-type: none"> ○ S & E du réseau de laboratoires ○ Définition du contenu des revues uniques pour la fonction de lutte contre la maladie ○ Intégration des structures parallèles de coordination ○ Analyse du cadre organique des programmes ○ Plans stratégiques des programmes et de la DLM pour la période de 2011 à 2015 	1. Organiser les réunions de coordination de la CT LM et des programmes trimestriellement														Dr Kebela, Dr Beya	1. Mécanismes de coordination revus pour assurer efficacité
	2. Mettre en place le système de suivi du réseau de laboratoires par la CT LM														Dr Kebela, Mr Malaba	2. CT LM et coordination des programmes / 30 membres chacune
	3. Redynamiser la sous commission « Rationalisation du SNIS »														Mr Mossoko Mathias	3. 2 ateliers techniques avec les programmes financés sur Fonds Mondial RSS
	4. Mettre en place les autres sous commissions en fonction des produits des groupes de travail														Dr Kebela, Dr Beya	4. Fonctionnement de 6 sous commissions financé, à raison d'une réunion hebdomadaire
Activité 2 : Elaborer les stratégies, directives et outils de prise en charge intégrée des maladies prioritaires (DTF et logiciel comptable FIT)																
<i>Intégration opérationnelle des activités des programmes dans les PMA et PCA des services et administrative dans les équipes managériales, ECP et ECZ. Développement de la fonction d'encadrement des provinces dans le contexte de la décentralisation.</i>																
<ul style="list-style-type: none"> – Guides d'intégration et de coordination produits pour le VIH/SIDA et le diabète et pour 2 autres problèmes de santé – Groupes conformés et fonctionnels pour la tuberculose, le paludisme, la trypanosomiase, la nutrition et l'hypertension artérielle 	5. Finaliser les analyses verticales du diabète et du VIH / SIDA														Dr Mwamba Dr Monj	1. Appui prestataires externes pour les 2 1 ^{ères} analyses/ incapacité de maladie d'1 prestataire
	6. Démarrer l'analyse de 5 problèmes de santé selon la même approche														THA : Dr Lubula et Michaux HTA : Dr Beya et Mbuyi TBC : Dr Kitenge et Yoka	2. Tous les experts de la DLM auront participé à l'exercice fin 2011

Produits attendus	Sous activités	Chronogramme	Responsable	Points d'attention
<ul style="list-style-type: none"> – Document conceptuel utile pour : ○ Actualisation des normes des programmes ○ Actualisation des modules de formation en management des SSP 	7. Organiser un atelier sur le concept d'intégration		Dr Kebela Dr Michaux	<ol style="list-style-type: none"> 1. Appui du Pr Lutumba ? 2. Associer la DLM, des programmes mais aussi des managers du système de santé
	8. Elaborer un document conceptuel sur l'intégration d'un programme		Equipe DLM	
<ul style="list-style-type: none"> – Encadrement des provinces : ○ Situation des 11 provinces connue ○ Echange avec les autres directions centrales sur la fonction d'encadrement des provinces ○ Réalisations de missions conjointes en Province 	9. Finaliser l'état des lieux fonction de lutte contre la maladie au NI		Dr Monj K.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientations sur le contenu et le déroulement des revues provinciales intégrées uniques définies au plus tard fin mai (coordination avec les programmes)
	10. Finaliser l'état des lieux fonction de lutte contre la maladie au NC		Dr Michaux	
	11. Restitution globale de l'activité		Dr Mbuyi, Dr Yoka et Dr Monj K.	
	12. Réaliser des missions d'encadrement des provinces		Equipe DLM	
Activité 3 : Etablir une base de données intégrée sur les maladies transmissibles et non transmissible (DTF et logiciel comptable FIT) <i>Défragmenter les systèmes de suivi évaluation des programmes de la DLM et ensuite développer une base de données intégrée sur la lutte contre la maladie.</i>				
<ul style="list-style-type: none"> – Cadre normatif du SNIS/ suivi et évaluation des programmes défini – Rationalisation du nombre de données en concertation avec les différentes parties prenantes – Base de données intégrée de la DLM développée et utilisée pour la diffusion de l'information 	13. Analyser les attentes de la Province et de quelques ZS de Kinshasa		Mr Mossoko GT Dr Salumu, Dr Yoka, Dr Kitenge, Dr Bulambo, Dr Iyeti, Data Manager D5 SNIS Dr Boji	<ol style="list-style-type: none"> 1. Suivi des Sous Commissions renforcé 2. La D SSP vient de créer une commission SNIS/ veiller à être en synergie avec les travaux de cette commission, cependant impératif de développer la base de données sur la lutte contre la maladie cette année 3. Veiller à la compatibilité de la base avec le système du MSP
	14. Finaliser l'analyse des systèmes de S&E des programmes phares			
	15. Organiser un atelier avec les programmes pour exploiter ces données			
	16. Organiser un atelier national avec des ZS, provinces et programmes			
	17. Proposer les documents normatifs concernant la composante SNIS suivi évaluation des programmes			
	18. Créer une base de données intégrée sur la lutte contre la maladie		Mr Mossoko CD de la DLM	
Activité 4 : Définir et appliquer une stratégie de recherche en matière de lutte contre la maladie (DTF et logiciel comptable FIT)				
<ul style="list-style-type: none"> – Mener des actions d'évaluation/ ou de recherche locale en rapport avec l'intégration au NI et au NP 	19. Réaliser une analyse opérationnelle de l'intégration de la THA en Equateur		Dr Sese , MCP Equateur AT DLM	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intérêt du programme National de Lutte contre la THA
	20. Tester les normes développées pour la prise en charge du diabète		Dr Monj, Dr Mbuyi et PNCD	

Produits attendus	Sous activités	Chronogramme	Responsable	Points d'attention
<ul style="list-style-type: none"> – Logiciel de surveillance épidémiologique actualisé et amélioré – Missions d'appui à l'investigation ou à la riposte en cas de besoins 	32. Actualiser le SIMR hebdomadaire dans les 11 provinces		Mr Mossoko Base de données	
	33. Réaliser des missions d'appui pour l'investigation et la riposte aux épidémies		Dr Mwamba Equipe DLM	
Activité 3 : Publier régulièrement un bulletin épidémiologique				
<ul style="list-style-type: none"> – Au moins 8 bulletins épidémiologiques publiés et diffusés dans les 515 ZS du pays 	34. Elaborer et publier le bulletin épidémiologique mensuel		Dr Lubula Mr Mossoko, C.Nseya	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2010 : 6 bulletins publiés 2. Personne responsabilisée pour assurer la diffusion des articles pour lecture
	35. Diffuser le bulletin épidémiologique dans les 515 ZS du pays		C.Nseya, Julie Kalanga	
Activité 4 : Renforcer les capacités des personnes impliquées				
<ul style="list-style-type: none"> – Au moins 4 formations de formateurs organisées en Province 	36. Organiser une session de formation sur l'andragogie		Dr Lubula	<ol style="list-style-type: none"> 1. Personnes ressources : Professeur Kidinda
	37. Intégrer les éléments de la formation dans la formation des formateurs		Dr Lubula	
	38. Faire observer la formation organisée à Kinshasa		Dr Lubula	
	39. Organiser la formation des formateurs en SIMR		Equipe DLM	
	40. Faire élaborer un plan de perfectionnement de la gestion des épidémies en marge de la formation		Equipe DLM	
R.3. La rationalisation de l'INRB comme LNSP et la planification du développement du réseau de laboratoires provinciaux sont réalisés				
Activité 3 : Renforcer les capacités organisationnelles et institutionnelles de l'INRB				
<ul style="list-style-type: none"> – Renforcement institutionnel de l'INRB : ○ Révision du statut, des missions et de l'organigramme de l'INRB ○ Adéquation du personnel ○ Gestion globale, informatisée et comptabilité analytique ○ Renforcement des capacités du personnel 	41. Réaliser un audit organisationnel de l'INRB et la restructuration de l'INRB		Dir Kebela (GT : Dir D8, AT DLM, Dir INRB)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Audit organisé par un prestataire 2. Un logiciel standard est déjà choisi par le MSP/ c'est donc ce logiciel qui devrait être intégré à l'INRB
	42. Mettre en place une gestion comptable centralisée, informatisée		Dir Adj INRB (AG T INRB, AT DLM)	
	43. Elaborer un plan de formation du personnel et l'exécuter		Equipe de l'INRB	

Produits attendus	Sous activités	Chronogramme	Responsable	Points d'attention
Activité 3 : Renforcer les capacités organisationnelles et institutionnelles de l'INRB				
<ul style="list-style-type: none"> – Renforcement des ressources financières et matérielles : ○ Matériel logistique / charroi et informatique ○ Equipement technique ○ Réhabilitation de l'infrastructure ○ Approvisionnement en réactifs et consommables 	44. Identifier et élaborer les spécifications techniques des équipements		Ingénieur Biomédical, Directeur Adjoint de l'INRB	<ul style="list-style-type: none"> 1. Une contre expertise sera recherchée pour les spécifications techniques des équipements (IMT ?) 2. Pour les infrastructures, un avis technique sera sollicité auprès de l'ingénieur PM/ CTB
	45. Commander le matériel logistique, les équipements techniques et informatiques		Directeur INRB, AT DLM, PM S	
	46. Identifier les priorités de réhabilitation du bâtiment		Dir INRB, Dir DLM Ingénieur, Equipe	
	47. Elaborer le cahier de charge et exécuter le marché des travaux		Directeur INRB, Comité de Suivi	
	48. Elaborer le plan d'approvisionnement en réactifs		Directeur INRB, chefs de départements	
Activité 4 : Renforcer les capacités organisationnelles et institutionnelles de 3 laboratoires provinciaux de santé publique				
<ul style="list-style-type: none"> – Renforcement institutionnel des 3 LSP : ○ Gestion informatisée ○ Règlement de fonctionnement des Laboratoires ○ Adéquation du personnel 	49. Réviser la cadre organisationnel et élaborer le règlement de fonctionnement des laboratoires		Mr Malaba (Dir INRB, Dir DLM, AT DLM)	1. Gestion informatisée négociée au même moment que pour l'INRB
	50. Mettre en place une gestion informatisée		Mr Malaba	
<ul style="list-style-type: none"> – Renforcement des ressources financières et matérielles : ○ Matériel logistique / motos ○ Equipement technique ○ Réhabilitation de l'infrastructure ○ Approvisionnement en réactifs et consommables 	51. Identifier et élaborer les spécifications techniques des équipements		Directeur Malaba, Directeur INRB, Directeur DLM	1. A Gemena, financement de la réhabilitation de l'hôpital par le Gouvernement
	52. Identifier les priorités en réhabilitation			
	53. Elaborer le cahier des charges et exécuter les travaux		Mr Malaba, AT et ingénieur CTB	
	54. Elaborer le cahier des charges pour les commandes de matériel		Mr Malaba AT DLM	
	55. Elaborer le plan d'approvisionnement en réactifs		INRB, Mr Malaba	

Produits attendus	Sous activités	Chronogramme	Responsable	Points d'attention
Activité 5 : Etablir le cadre réglementaire et les mécanismes de fonctionnement du Réseau National de Laboratoires de Santé Publique				
<ul style="list-style-type: none"> – Organisation du réseau : ○ Validation des outils techniques utilisés, des procédures de gestion et des engagements de chaque partie prenante ○ Supervision en cascade réalisée dans les 3 provinces ○ Assurance Qualité démarrée dans les 3 provinces 	56.Organisation d'un atelier national regroupant les différentes parties prenantes		Directeur DLM, Directeur D8, INRB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le Directeur du LPSP de Goma sera invité comme personne ressource à l'atelier de démarrage 2. La formation en assurance qualité sera organisée au niveau des 3 provinces 3. Le Directeur D8 sera impliqué dans l'AQ
	57.Superviser les 3 laboratoires provinciaux		Responsable RNLSP INRB	
	58.Superviser les laboratoires de la province		Directeur des LPSP	
	59.Former le personnel des trois laboratoires provinciaux en AQ		Mr Malaba Responsable AQ INRB	
<ul style="list-style-type: none"> – Organisation de la planification et du suivi évaluation du RNLSP : ○ Cadre réglementaire et normatif finalisé ○ Suivi et évaluation organisé 	60.Redynamiser la sous commission laboratoires		Mr Malaba, Dr Monj K.	<ol style="list-style-type: none"> 1. La sous commission n'a toujours pas remis de documents finalisés à la DLM 2. Le plan laboratoires sera présenté à la 1^{ère} réunion de la CT LM
	61.Mettre en place un comité de suivi du réseau (membres de la CT LM et autres personnes ressources)		Dr Kebela Dr Beya	
	62. Appuyer la planification et la coordination administrative du réseau		Mr Malaba, Directeur DLM	
	63.Appuyer l'écriture d'une soumission pour financement du RNLSP			
R.4. Le contrôle sanitaire aux frontières et de l'hygiène et salubrité publique est rationalisé				
Activité 1 : Mettre à disposition des agents impliqués des textes réglementaires et directives en matière de contrôle sanitaire aux frontières				
<ul style="list-style-type: none"> ○ Normes et directives en matière d'hygiène aux frontières et en matière d'hygiène et salubrité publique développées ou actualisées 	64.Réaliser l'état des lieux de l'hygiène aux frontières et proposer des interventions		Dr Mbuyi, Dr Yoka et Dr Bulambo (GT D9 et PNHF)	4.
	65.Actualiser et valider les directives et normes de l'hygiène aux frontières			
	66.Développer un cadre de concertation intersectoriel sur l'hygiène et la salubrité publique		Dr Mbuyi, Dr Yoka et Dr Bulambo (GT D9 et PNHF)	
	67.Développer des normes et directives en matière d'hygiène et salubrité publique		Dr Mbuyi, Dr Yoka et Dr Bulambo (GT D9 et PNHF)	

Z. Moyens généraux												
Qualité/ Suivi évaluation												
<ul style="list-style-type: none"> – Un audit système réalisé – Un appui technique fourni à la DLM dans le cadre du suivi scientifique (appui institutionnel) – Des appuis techniques fournis à d'autres structures : <ul style="list-style-type: none"> ○ Appui partiel AT cartographie sanitaire/ Mama Yemo ○ Appui partiel au protocole d'accord CTB/ division SNIS de la DSSP – cartographie sanitaire 	90. Faire organiser un audit système de la cellule administrative de la DLM											Siège CTB Bruxelles Portfolio Santé
	91. Appuyer le paiement de salaire de l'AT											Siège CTB Bruxelles
	92. Organiser un appui perlé pour l'évaluation du cadre organisationnel de la DLM et son amélioration											Equipe de direction intervention
	93. Participer au financement du protocole entre la CTB et la division SNIS de la DSSP											Equipe de direction intervention

Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of RDC0710011

Project Title : **Appui institutionnel à la fonction de la lutte contre la maladie au niveau central du ministère de santé publique de la RDC**

Budget Version : **D02**

Currency : **EUR**

YtM :

Year to month : 31/12/2011

Report includes all closed transactions until the end date of the closed closing

2011

	Status	Fin Mode	Amount	2010	Q1	Q2	Q3	Q4	Total	Total Exp.	Balance	% Exec
A OBJECTIF SPECIFIQUE: UN			5.293.400,00	453.883,28	114.189,29	116.143,56	116.673,24	196.320,82	543.326,90	997.210,18	4.296.189,82	19%
01 Les outils programmatiques			504.000,00	31.933,91	17.797,15	4.375,26	8.918,43	8.306,16	39.397,00	71.330,91	432.669,09	14%
01 Relancer la Commission		REGIE	45.000,00	5.520,38	7.739,62	932,33	7.173,83	15.845,78	21.366,16	23.633,84	47%	
02 Elaborer les stratégies,		REGIE	254.000,00	21.254,27	9.998,78	2.410,93	8.918,43	1.132,32	22.460,47	43.714,74	210.285,26	17%
03 Etablir une base de		REGIE	100.000,00	5.159,26	58,75	1.032,00		1.090,75	6.250,01	93.749,99	6%	
04 Définir et appliquer une		REGIE	27.000,00	0,00					0,00	27.000,00	0%	
05 Revoir les textes		REGIE	4.000,00	0,00					0,00	4.000,00	0%	
06 Renforcer les capacités des		REGIE	74.000,00	0,00					0,00	74.000,00	0%	
02 La surveillance			329.500,00	19.494,12	3.013,04	5.402,68	14.691,31	27.227,29	50.334,32	69.828,44	259.671,56	21%
01 Actualiser le Politique		REGIE	5.500,00	3.054,38	88,23	28,11		116,34	3.170,72	2.329,28	58%	
02 Organiser la riposte en cas		REGIE	110.000,00	11.288,27	860,81	5.374,57	5.272,70	20.240,58	31.748,66	43.036,93	66.963,07	39%
03 Publier régulièrement un		REGIE	73.000,00	3.207,50	2.064,00		9.418,62	6.986,70	18.469,32	21.676,82	51.323,18	30%
04 Renforcer les capacités des		REGIE	141.000,00	1.943,97					1.943,97	139.056,03	1%	
03 Institutionaliser l'INRB et			1.800.000,00	30.157,50	12.350,03	22.944,54	15.897,04	56.453,70	107.645,31	137.802,81	1.662.197,19	8%
01 Elaborer un plan		REGIE	27.500,00	28.844,56					28.844,56	-1.344,56	105%	
02 Mettre en œuvre ce plan		REGIE	0,00	0,00					0,00	0,00	?	
03 Renforcer les capacités		REGIE	978.000,00	0,00	11.596,97	20.060,33	6.506,57	41.496,25	79.660,12	79.660,12	898.339,88	8%
COGEST			6.500.000,00	742.135,23	156.274,20	209.399,66	172.497,80	240.344,97	778.516,62	1.520.651,84	4.979.348,16	23,00
TOTAL			6.500.000,00	742.135,23	156.274,20	209.399,66	172.497,80	240.344,97	778.516,62	1.520.651,84	4.979.348,16	23,00



Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of RDC0710011

Project Title : **Appui institutionnel à la fonction de la lutte contre la maladie au niveau central du ministère de santé publique de la RDC**

Budget Version : **D02**
 Currency : **EUR**

Year to month : 31/12/2011

Report includes all closed transactions until the end date of the closed closing

	Status	Fin Mode	Amount	2011				Total	Total Exp.	Balance	% Exec
				2010	Q1	Q2	Q3				
04 Renforcer les capacités	REGIE		560.500,00	0,00				0,00	560.500,00	0%	
05 Etablir le cadre réglementaire	REGIE		234.000,00	1.312,94	753,06	2.884,21	14.957,44	29.298,13	204.701,87	13%	
04 Le contrôle sanitaire aux			235.500,00	0,00				0,00	235.500,00	0%	
01 Mettre à disposition des	REGIE		60.000,00	0,00				0,00	60.000,00	0%	
02 Mettre à disposition des	REGIE		60.000,00	0,00				0,00	60.000,00	0%	
03 Renforcer les capacités des	REGIE		85.500,00	0,00				0,00	85.500,00	0%	
04 Constituer une base de	REGIE		30.000,00	0,00				0,00	30.000,00	0%	
05 La gestion des ressources			2.424.400,00	81.029,07	83.421,07	77.166,44	104.333,68	345.950,27	1.706.151,98	30%	
01 Rendre adéquates les RH	REGIE		820.000,00	232.412,28	57.918,88	57.970,41	65.897,14	241.972,12	345.615,60	58%	
02 Appuyer le budget de	REGIE		607.000,00	49.345,45	18.025,40	18.343,11	28.506,89	81.236,72	476.417,83	22%	
03 Identifier les besoins en	REGIE		296.000,00	86.705,52	2.627,70	2.570,76	3.232,23	8.909,17	200.385,31	32%	
04 Identifier les besoins en	REGIE		443.000,00	0,00				0,00	443.000,00	0%	
05 Constituer et rendre	REGIE		31.500,00	0,00		2.223,67	2.891,21	5.114,88	26.385,12	16%	
06 Organiser la participation	REGIE		25.000,00	418,85			3.301,21	3.720,06	21.279,94	15%	
07 Organiser des stages et/ou	REGIE		100.000,00	211,67	182,62	1.570,30	140,96	2.398,88	97.389,45	3%	
08 Offrir des stages pour des	REGIE		1.900,00	0,00				0,00	1.900,00	0%	
09 Mener des activités de	REGIE		100.000,00	3.203,98	2.274,47	742,82	3.017,29	6.221,27	93.778,73	6%	
REGIE			6.500.000,00	742.135,23	156.274,20	209.399,66	172.497,80	778.516,62	1.520.651,84	23,00	
COGEST											
TOTAL			6.500.000,00	742.135,23	156.274,20	209.399,66	240.344,97	778.516,62	4.979.348,16	23,00	

Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of RDC0710011

Project Title : Appui institutionnel à la lutte contre la maladie au niveau central du ministère de santé publique de la RDC

Budget Version : D02

Currency : EUR

Year to month : 31/12/2011

Report includes all closed transactions until the end date of the closed closing

	Status	Fin Mode	Amount	2011				Total	Total Exp.	Balance	% Exec
				2010	Q1	Q2	Q3				
X RÉSERVE BUDGÉTAIRE (MAX)			105.000,00	0,00				0,00	105.000,00	0%	
01 Réserve budgétaire			105.000,00	0,00				0,00	105.000,00	0%	
01 Réserve budgétaire REGIE	REGIE		105.000,00	0,00				0,00	105.000,00	0%	
Z MOYENS GÉNÉRAUX			1.101.600,00	288.251,95	42.084,91	93.256,10	55.824,56	44.024,15	235.189,72	523.441,66	48%
01 Frais de personnel			762.500,00	230.375,99	35.899,11	82.387,37	54.612,24	41.149,55	214.048,27	444.424,26	58%
01 Assistant technique	REGIE		600.000,00	199.931,14	35.899,11	41.763,37	35.447,79	41.149,55	154.259,82	354.190,96	59%
02 Ressources financières et	REGIE		162.500,00	30.444,85	40.624,00	40.624,00	19.164,45		59.788,45	90.233,30	56%
02 Investissements			15.600,00	8.612,02					8.612,02	6.987,98	55%
01 Véhicules	REGIE		0,00	0,00					0,00	0,00	?
02 Equipement bureau et IT	REGIE		13.000,00	8.260,91					8.260,91	4.739,09	64%
03 Aménagements du bureau	REGIE		2.600,00	351,11					351,11	2.248,89	14%
03 Frais de fonctionnement			263.500,00	49.263,12	6.184,54	10.868,73	1.212,32	2.739,72	21.005,31	70.268,42	27%
01 Loyer du bureau	REGIE		0,00	0,00					0,00	0,00	?
02 Services et frais de	REGIE		0,00	0,00					0,00	0,00	?
03 Frais de fonctionnement	REGIE		0,00	0,00					0,00	0,00	?
04 Télécommunications	REGIE		8.000,00	1.214,52	42,62	332,71	661,95	794,03	1.831,31	3.045,83	38%
05 Fournitures de bureau	REGIE		6.000,00	439,78			36,67	36,67		5.523,55	8%
REGIE			6.500.000,00	742.135,23	156.274,20	209.399,66	172.497,80	240.344,97	778.516,62	1.520.651,84	23,00
COGEST											
TOTAL			6.500.000,00	742.135,23	156.274,20	209.399,66	172.497,80	240.344,97	778.516,62	1.520.651,84	23,00



Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of RDC0710011

Project Title : **Appui institutionnel à la fonction de la lutte contre la maladie au niveau central du ministère de santé publique de la RDC**

Budget Version : **D02**

Currency : **EUR**

Year to month : 31/12/2011

Report includes all closed transactions until the end date of the closed closing

	Status	Fin Mode	Amount	2011				Total	Total Exp.	Balance	% Exec	
				2010	Q1	Q2	Q3					Q4
06 Missions		REGIE	20.000,00	2.959,03				1.248,23	1.248,23	4.207,26	15.792,74	21%
07 Frais de représentation et		REGIE	4.000,00	0,00						0,00	4.000,00	0%
08 Formation		REGIE	0,00	0,00						0,00	0,00	?
09 Frais de suivi scientifique		REGIE	221.500,00	42.688,56	5.559,62	10.115,46	35,56	15.710,64	58.399,20	163.100,80	26%	
10 Frais financiers		REGIE	4.000,00	1.961,23	582,30	420,56	514,81	660,78	2.178,45	4.139,68	-139,68	103%
04 Audit et Suivi et Evaluation			60.000,00	0,00				134,87	134,87	134,87	59.865,13	0%
01 Frais de suivi et évaluation		REGIE	40.000,00	0,00				134,87	134,87	134,87	39.865,13	0%
02 Audit		REGIE	20.000,00	0,00						0,00	20.000,00	0%
99 Conversion rate adjustment			0,00	0,82	1,26			0,01	1,27	2,09	-2,09	?
98 Conversion rate adjustment		REGIE	0,00	0,82	1,26			0,01	1,27	2,09	-2,09	?

REGIE	6.500.000,00	742.135,23	156.274,20	209.399,66	172.497,80	240.344,97	778.516,62	1.520.651,84	4.979.348,16	23,00
COGEST										
TOTAL	6.500.000,00	742.135,23	156.274,20	209.399,66	172.497,80	240.344,97	778.516,62	1.520.651,84	4.979.348,16	23,00

