



CTB



**MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
DIRECTION DE LUTTE CONTRE LA MALADIE**

RAPPORT DES RESULTATS 2012

**PROJET D APPUI INSTITUTIONNEL A LA
FONCTION DE LUTTE CONTRE LA
MALADIE (EN SIGLE AIFLMNC)
AU NIVEAU CENTRAL DU MSP EN RDC
RDC 0710011**

ACRONYMES	4
1 APERÇU DE L'INTERVENTION	5
1.1 FICHE PROJET	5
1.2 PERFORMANCES DU PROJET.....	5
1.3 EXECUTION BUDGETAIRE	6
1.4 RESUME	6
2 ANALYSE DE L'INTERVENTION.....	7
2.1 CONTEXTE.....	7
2.1.1 Contexte général	7
2.1.2 Contexte institutionnel	7
2.1.3 Contexte de gestion : modalités d'exécution	8
2.1.4 Contexte HARMO	8
2.2 OUTCOME.....	9
2.2.1 Analyse des progrès réalisés	9
2.2.2 Gestion des risques	11
2.2.3 Impact potentiel.....	13
2.2.4 Critères de qualité.....	13
2.3 OUTPUT 1	16
2.3.1 Analyse des progrès réalisés	16
2.3.2 Exécution budgétaire	17
2.3.3 Critères de qualité.....	17
2.4 OUTPUT 2.....	18
2.4.1 Analyse des progrès réalisés	18
2.4.2 Exécution budgétaire	19
2.4.3 Critères de qualité.....	19
2.5 OUTPUT 3.....	19
2.5.1 Analyse des progrès réalisés	19
2.5.2 Exécution budgétaire	20
2.5.3 Critères de qualité.....	20
2.6 OUTPUT 4.....	21
2.6.1 Analyse des progrès réalisés	21
2.6.2 Exécution budgétaire	22
2.6.3 Critères de qualité.....	22
2.7 OUTPUT 5.....	22
2.7.1 Analyse des progrès réalisés	22
2.7.2 Exécution budgétaire	23
2.7.3 Critères de qualité.....	23
3 THEMES TRANSVERSAUX.....	24
3.1 GENRE.....	24
3.2 ENVIRONNEMENT	24
3.3 AUTRES	24
4 PILOTAGE ET APPRENTISSAGE	24
4.1 PLAN D'ACTION.....	24
4.2 ENSEIGNEMENTS TIRES	25
5 ANNEXES.....	26
5.1 CADRE LOGIQUE D'ORIGINE	26
5.2 APERÇU DES MONITORINGS DES RESULTATS.....	34

5.3	RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS (Y – M) ».....	35
5.4	DECISIONS PRISES PAR LA SMCL ET SUIVI.....	39

Acronymes

AA	Assistant Administratif
AG	Administrateur Gestionnaire
AT	Assistante Technique
BC	Bas Congo
CBC	Coopération Belgo Congolaise
CNC	Comité National de Crise
CNP SS	Comité National de Pilotage du Secteur Santé
CT LM	Commission Technique de Lutte contre la Maladie
CTB	Coopération Technique Belge
DEP	Direction des Etudes et de la Planification
DGD	Direction Générale de Développement
DHSP	Direction de l'Hygiène et de la Salubrité Publique
DLM	Direction de Lutte contre la Maladie
DLS	Direction des Laboratoires de la Santé
DPS	Division Provinciale de la Santé
DTF	Document Technico Financier
ECP	Equipe Cadre Provinciale
EPP	Encadreur Provincial Polyvalent
FEE	Fonds d'Etudes et d'Expertise
HGR	Hôpital Général de Référence
INRB	Institut National de Recherche Biomédicale
LPSP	Laboratoire Provincial de Santé Publique
MEO	Mise en Œuvre
MSP	Ministère de la Santé Publique
MTR	Mid – Term Review / Evaluation à mi – parcours
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PA	Plan d'Action
PNAM	Programme National d'Approvisionnement en Médicaments
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLTHA	Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase Africaine
PTFs	Partenaires Techniques et Financiers
RDC	République Démocratique du Congo
RNLSP	Réseau National de Laboratoires de Santé Publique
RH	Ressources Humaines
SC	Sous-commission
SIMR	Surveillance Intégrée de la Maladie et de la Riposte
SG SP	Secrétaire Général à la Santé Publique
SMCL	Structure Mixte de Concertation Locale
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SU	Sud Ubangi
THA	Trypanosomiase Humaine Africaine
VIH/SIDA	Virus de l'Immunodéficience Humaine/ Syndrome d'Immuno Déficience Acquis
ZS	Zone Sanitaire/ Zone de Santé

1 Aperçu de l'intervention

1.1 Fiche projet

Nom du projet	Appui Institutionnel à la Fonction de Lutte contre la Maladie au Niveau Central du Ministère de la Santé Publique en République Démocratique du Congo (RDC)
Code du projet	CODE DGD : NN 300 45 08 / CODE NAVISION : RDC 07 100 11
Localisation	Kinshasa
Budget	6 500 000 euros
Institution partenaire	Direction de Lutte contre la Maladie
Date de la Convention Spécifique	60 mois – avril 2009 à avril 2014
Durée intervention	48 mois - 1 ^{er} juillet 2009 au 30 juin 2013
Groupes cibles	Bénéficiaires directs : Le personnel de la Direction de Lutte contre la Maladie (DLM), de la Direction de l'Hygiène (DHSP), de la Direction des Laboratoires (DLS), de l'Institut National de Recherche Biomédicale (INRB) et des Programmes Spécialisés Bénéficiaires indirects : Les cadres des Divisions Provinciales de la Santé (DPS), les prestataires du réseau de laboratoires et la population
Impact	L'état de santé de la population est amélioré dans le cadre global de la lutte contre la pauvreté
Outcome	Un appui institutionnel est apporté au Ministère de la Santé Publique (MSP) pour la mise en œuvre de la Stratégie de Renforcement du système de santé (SRSS) en ce qui concerne spécifiquement la fonction de lutte contre la maladie au niveau central
Outputs	R1. Les outils programmatiques sont rationalisés en alignement à la SRSS et la coordination des programmes spécialisés prioritaires est significativement améliorée
	R2. La surveillance épidémiologique et la gestion des catastrophes sont rationalisées
	R3. 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
	R4. Le contrôle sanitaire aux frontières, de l'hygiène et la salubrité publique sont rationalisés
	R5. La gestion des ressources et le fonctionnement de la DLM sont rationalisés

1.2 Performances du projet

	Efficienne	Efficacité	Durabilité
Outcome	B	B	C
Output 1	B	C	C
Output 2	B	B	B
Output 3	B	B	B
Output 4	B	B	B
Output 5	A	B	C

- Efficacité :** le degré selon lequel l'objectif spécifique ou le résultat est atteint tel que prévu fin 2012
- Efficience :** 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

1.3 Exécution budgétaire

Budget total (en €)	Total des dépenses au 31/12/2012 (en €)	Solde (en €)	Taux de décaissement total
6 500 000	2 803 014,43	3 696 985,57	43 %

Le montant des dépenses engagées en date du 31/12/2012 est de 898.781,63 euros, portant alors le montant total des dépenses à 3.701.796,06 euros et le taux d'exécution budgétaire avec les engagements à **57 %**.

1.4 Résumé

- Contexte de réforme ambitieuse dans un pays en post – crise, résultats de l'intervention largement dépendant des avancées de la réforme, évolution de la Réforme plus lente que celle décrite dans le Document Technique et Financier du projet (DTF)
- Performance globale de l'intervention moyenne, avancement dans l'ensemble des résultats mais les performances peuvent être améliorées dans l'ensemble des résultats – cette amélioration des performances a déjà été amorcée au cours de l'année 2012
- Approche participative dans l'exécution du travail, très bon résultats dans la mise en réseau, renforcement des institutions et des capacités institutionnelles du personnel national impliqué, appropriation des résultats de l'intervention par les différents décideurs (4 directeurs du niveau central)
- Meilleure interaction avec les provinces, liée à la mise en œuvre de la réforme au niveau intermédiaire, aux activités du réseau de laboratoires, aux formations des formateurs provinciaux en surveillance épidémiologique et à la création de la sous commission intégration
- Utilisation des résultats des activités de suivi & évaluation de l'intervention : audit système finalisé en janvier 2012 et évaluation externe de l'intervention en juillet 2012

Fonctionnaire exécution nationale	Assistant technique CTB
Docteur Benoît Kebela Ilunga	Docteur Geneviève Michaux
Directeur de la DLM du MSP	Assistante Technique DLM

2 Analyse de l'intervention

2.1 Contexte

2.1.1 Contexte général

En 2012, deux arrêtés ont été signés concernant la réforme de la fonction publique et la décentralisation, un portant sur la création des 26 Directions Provinciales de la Santé et un autre portant sur la restructuration du cadre organique du niveau central et du niveau intermédiaire du MSP. Il s'agit d'une première étape importante de la réforme, ayant pour effet direct une meilleure adhésion des acteurs aux changements avec un contexte plus favorable pour l'accompagnement par la DLM de la décentralisation et de l'intégration de la fonction de lutte contre la maladie. Cependant, la mise en œuvre du cadre organique au niveau central, l'opérationnalisation de la décentralisation à travers le découpage des provinces, le transfert concret des compétences, de charges et de ressources, demeurent un véritable défi et doivent encore faire l'objet de négociations et de compromis.

Depuis 2001, la RDC est sur la voie du redressement économique et financier. Les réformes et les politiques macroéconomiques prudentes ont contribué à relancer la croissance et à réduire significativement l'inflation. Mais ces efforts ont été récemment fragilisés par la reprise des conflits dans les provinces de l'Est du pays, avec le risque d'une réduction de la contribution de l'Etat au financement du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011 – 2015.

Au cours du 3^{ème} et 4^{ème} trimestre 2012, une part non négligeable du temps ressources humaines de la DLM, - i) deux personnes à temps plein pendant environ 12 semaines dans la région touchée, ii) la préparation et la participation aux réunions du Comité National de Crise (CNC) à Kinshasa - a été consacré à la gestion de l'épidémie de fièvre hémorragique d'Ebola.

2.1.2 Contexte institutionnel

Parmi les défis du MSP, figure la qualité des services et des soins, défi qui passe par l'intégration des programmes spécialisés. L'ancrage au sein de la DLM reste donc très approprié. Le montage institutionnel de l'appui belge bilatéral, intervention à divers niveaux et dans différents volets prioritaires du secteur, reste aussi approprié, bien que les modalités de conception, de gestion et de suivi, doivent être révisées, afin de transformer le dispositif en véritable programme et de mieux anticiper les synergies avec les autres partenaires. Plusieurs exemples du bénéfice de ce dispositif institutionnel sont développés dans le critère HARMO.

L'intervention est aussi ancrée aux structures fonctionnelles de coordination du MSP, le Comité National de Pilotage du Secteur Santé (CNP SS) et les entités qui le constituent. Ces entités, formalisées par arrêté Ministériel, regroupent les acteurs impliqués dans le secteur santé : les sous-commission (SC) sont des groupes de travail technique, les commissions techniques des organes d'orientation technique et stratégique, et le CNP SS l'organe d'orientation stratégique et politique.

En 2012, trois SC ont été créées : i) la SC intégration, dont la finalité est de documenter les bonnes pratiques, de produire des documents et d'accompagner les provinces en matière d'intégration, - ii) la SC laboratoires, qui a permis la vulgarisation des expériences pilotes dans le réseau, et qui devrait aider à mobiliser les ressources pour son extension et iii) la sous-commission choléra, qui a entraîné une meilleure collaboration avec le secteur humanitaire et un meilleur leadership de la DLM dans ce volet.

2.1.3 Contexte de gestion : modalités d'exécution

L'appui institutionnel à la DLM est intégré dans la structure appuyée. L'assistante technique (AT) fait partie de l'équipe de la DLM et joue un rôle d'appui conseil au Directeur. Pour le développement du réseau de laboratoire, l'AT joue également le rôle d'appui conseil auprès du Directeur des Laboratoires et du Directeur de l'INRB. La responsabilité de la gestion administrative de la contribution belge est assurée par le staff de la DLM sous la responsabilité du Directeur de la DLM et de l'AT, mais selon les procédures de la CTB. Au niveau de l'INRB, le fonctionnement courant de l'INRB est géré par une comptable de l'INRB sous la responsabilité de la Direction de l'INRB.

Un audit système de la cellule administrative de la DLM a été réalisé en 2011 et finalisé en janvier 2012. Un plan de mise en œuvre des recommandations a été élaboré et exécuté, ce qui a permis l'amélioration de l'appui de cette cellule à la DLM.

Plus de tâches administratives de gestion de l'intervention ont également été déléguées aux services administratifs de l'INRB, qui par ailleurs ont mené avec la Direction plusieurs activités pour préparer la restructuration administrative et financière qu'implique la transformation de l'INRB en établissement public. La prestation de service de « restructuration financière et administrative de l'INRB », financée sur le Fonds d'Etudes et d'Expertise (FEE) de la DGD, a été attribuée en fin d'année et permettra de consolider ces démarches.

2.1.4 Contexte HARMO

Les interactions avec les autres appuis belges se sont multipliées en 2012. La SC intégration de la Commission Technique de Lutte contre la Maladie (CT LM) se nourrit des expériences des DPS appuyées par la CTB. Le Sud Ubangi a programmé des actions synergiques avec la DLM dans le cadre du réseau des laboratoires. La nécessité de sécuriser les structures abritant les laboratoires, a conduit la DLM à proposer des actions conjointes d'amélioration de la gestion administrative des hôpitaux de référence (HGR), et les Equipes Cadres Provinciales (ECP) du Bas Congo (BC) et du SU ont provoqué des démarches actuellement en cours pour que logiciel de gestion du MSP puisse servir d'outil pour mettre en place sous forme d'expérience pilote, dans l'ensemble des interventions bilatérales belges une gestion centralisée de l'ensemble des sources de financement. Le laboratoire de l'HGR Kisantu a été intégré dans l'expérience pilote de développement du Réseau National de Laboratoires de Santé Publique (RNLSP) et l'encadreur provincial polyvalent (EPP) de cette Zone de santé (ZS) a participé à l'atelier d'échanges du RNLSP.

Les contributions de la Direction des Etudes et de la Planification (DEP), sont la conduite du processus pour les signatures des deux textes réglementaires concernant la Réforme, la participation appréciée aux activités de la SC intégration, d'appui au métier gestion des DPS et de validation du décret transformant l'INRB en établissement Public. La DLM a partagé avec la DEP son expérience de coordination de la planification et d'amélioration de la gestion administrative. Le PNLTHA est membre de la SC intégration et le PNAM du groupe de travail sur le pré positionnement des kits d'urgence.

La participation d'un membre du Secrétariat Général de la Santé Publique (SG SP) comme consultant de l'évaluation externe, a permis une meilleure collaboration et implication de la DLM dans les travaux liés à la Réforme.

2.2 Outcome

2.2.1 Analyse des progrès réalisés

Les indicateurs ont été retenus lors de la SMCL de bilan de démarrage du 22 avril 2010. Les deux premiers indicateurs sont spécifiques à l'objectif spécifique, les quatre autres indicateurs servent également à évaluer l'atteint des résultats de l'intervention. Les indicateurs visent plutôt des aspects spécifiques que l'estimation d'un ensemble.

Outcome: «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 »				
Indicateurs	2010	2011	2012	Commentaires
1. Nombre de programmes défragmentés sur le nombre de programmes à coordonner	0/29	0/29	0/29	Un avant-projet d'arrêté pour la restructuration des programmes, réduit les programmes spécialisés à 10 au niveau central
2. Nombre de ZS en développement avec plan des programmes intégrés au plan d'action annuel dans les Provinces tests choisies	-----	Etat des lieux de la fonction de lutte dans les 11 provinces	Appui aux DPS en restructuration démarré	Plan de travail sur l'intégration élaboré dans 5 DPS
3. Nombre de provinces appliquant les guides et outils programmatiques produits sur le nombre total de provinces (O1)	-----	2 guides d'intégration diffusés dans les ZS et provinces	2 analyses verticales réalisées sur 8 prévues	Elaboration des normes de prise en charge du diabète en cours
4. Augmentation de la proportion d'épidémies détectées à temps et gérées correctement (O2)	136 épidémies, 136 notifiées endéans 14 j et 0 avec riposte en 48 h	314 épidémies, 300 notifiées en 14 jours et 0 avec riposte en 48 heures		
5. Nombre de provinces dont les laboratoires sont intégrés au réseau piloté par l'INRB (O3)	Pas de mise en réseau des laboratoires	3	3 + 1	Appui au laboratoire de l'HGR de Kisantu dans le processus d'accréditation
6. Existence d'une comptabilité globale actualisée de la DLM (O5)	-----	Sources et montants des divers financements intégrés au PA 2011	Sources et montants des divers financements intégrés au PA 2012	

* O= output

Analyse des progrès réalisés par rapport à l'outcome: Analyser la dynamique entre la réalisation des outputs et l'atteinte probable de l'outcome:	
<i>Lien entre les outputs et l'outcome :</i>	La DLM est responsable de la mise en place des normes pour la prise en charge des maladies, sous tous ses aspects. L'objectif spécifique reste pertinent. Mais l'appui à la DLM doit aussi l'aider, dans le cadre de la décentralisation, à déléguer une partie de ses fonctions aux provinces et à assurer en priorité les fonctions qui sont celles du niveau central: la législation, l'établissement des normes et le suivi-évaluation des provinces. Les cinq résultats restent en lien avec l'objectif spécifique. i) d'un côté, poursuivre le travail que faisait déjà la DLM (gestion des épidémies) mais en l'améliorant et de l'autre amener progressivement les activités des programmes à s'intégrer dans les structures administratives et opérationnelles (DPS et ZS) (résultats 1 et 2) - ii) un renforcement spécifique de l'institution elle-même est prévu comme résultat (résultat 5), les processus mis en œuvre pour atteindre les autres résultats constituent aussi des moyens pour renforcer l'institution, notamment à travers la formation du personnel – iii) l'appui à l'INRB est un élément important pour la surveillance épidémiologique et pour le renforcement global du service de santé en matière de prestations de laboratoire à tous les niveaux. La Direction des Laboratoires doit devenir une division de la DLM selon le nouvel organigramme adopté (résultat 3).- iv) la Direction de l'Hygiène doit aussi devenir une division de la DLM (résultat 4)
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'outcome :</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La lecture des indicateurs et l'analyse globale de l'exécution montre une bonne avancée pour les résultats 3 et 5, une moindre avancée pour les résultats 1 et 2. Le résultat 4 a été jugé moins prioritaire et a été mis en œuvre dans un second temps. ✓ Les avancées sont globalement les suivantes : l'équipe de travail de la DLM est plus performante, les structures de coordination sont fonctionnelles et d'un grand apport pour l'ensemble des missions de la DLM, des documents stratégiques devant améliorer la lutte contre la maladie et la réponse aux épidémies ont été élaborés, une nouvelle approche d'analyse des problèmes de santé a été introduite et commence à produire des résultats, l'INRB est renforcé institutionnellement, la mise en réseau des laboratoires est devenue réalité dans 3 provinces ✓ Les avancées plus spécifiques de l'année 2012 ont été l'ancrage au niveau des provinces, à travers les travaux de la sous-commission intégration et les formations des formateurs en surveillance intégrée de la maladie et de la riposte (SIMR), les avancées dans la transformation de l'INRB en établissement public, le démarrage des réflexions sur la restructuration des programmes et l'engagement de la plupart des Marchés Publics
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence :</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ L'adoption du cadre organique du niveau central et intermédiaire et la signature de l'arrêté portant restructuration des divisions provinciales de la santé entraîne une meilleure adhésion des acteurs aux changements, effet survenu en fin d'année 2012 ; le scénario couché dans le DTF était beaucoup plus optimiste quant à l'évolution de la Réforme. ✓ Le recrutement de 4 experts en santé publique supplémentaires fin 2011 a été un facteur d'amélioration des performances de la DLM ✓ L'épidémie de fièvre hémorragique d'Ebola a consommé un temps important des ressources humaines de la DLM
<i>Résultats inattendus :</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La nécessité de sécuriser les structures de référence abritant les laboratoires a suscité l'intérêt des HGR et des DPS pour l'amélioration de la gestion administrative et financière au sein des hôpitaux et des métiers gestion de la DPS, avec décision de plusieurs actions en cours dans ce domaine

2.2.2 Gestion des risques

Identification du risque	Analyse du risque					Traitement du risque			Suivi du risque	
Description du risque	PI	TR	P	I	Note	Action(s)	Responsable	Date limite	État d'avancement	Statut
1. CNP SS non fonctionnelle	DTF	D	M	M	B	Création et utilisation systématique de la CT LM, coordination des programmes et sous commissions	Directeur DLM	Mai 2010 continu	Cependant performance globalement faible des différentes entités du CNP SS	OK
						Intégrer la fonction de capitalisation dans chacune des SC	Responsable de chaque SC	Février 2013		NOK
2. Résistance aux changements de certains responsables des programmes spécialisés et de certains bailleurs	DTF	D	M	E	C	Communication menée avec les autres structures du niveau central	Directeur DLM Responsables SC	Mai 2010 Continu	Les deux textes signés sont une étape importante pour l'adhésion mais le risque reste important	OK
						Communication menée avec les provinces : création SC intégration, plateforme d'échanges, et missions	Directeur DLM	Février 2011 Continu		OK
						Elaborer et exécuter plan de plaidoyer/lobbying ~ PTFs	Drs Yoka, Bikuku et AG Titulaire	Avril 2013		NOK
3. Nomination des RH de la DLM sélectionnées : retard administratif ou nomination sans passer par le processus de sélection	DTF	D	E	E	C	Affecter le personnel sélectionné récemment à la DLM (5 personnes)	SG SP	Fin 2012	Affectations faites mais personnel non sélectionné non réaffecté	OK
						Réaffecter le personnel non sélectionné	SG SP	Juin 2011		NOK
4. Absence d'application des dispositions portant sur l'intégration effective des ressources et activités des programmes spécialisés au niveau opérationnel	DTF	D	E	E	C	Vulgarisation de la SRSS et du PNDS dans les provinces	Personnel de la DLM	Depuis 2011	Démarches auprès de KPMG pour paramétrage PNDS et formation RH	OK
						Appui pour permettre l'utilisation du logiciel du MSP comme outil de gestion centralisée dans les DPS et HGR abritant les LPSP	AT DLM	Juin 2013		NOK

PI : Période d'identification du risque
DTF
Date d'identification (MM/YY)

TR : Type de risque
D de développement
R de réputation

P : Probabilité du risque I : Impact du risque
E = élevé (e)
M= moyen (ne)
F= faible

Statut
OK
NOK

Identification du risque	Analyse du risque					Traitement du risque			Suivi du risque	
Description du risque	PI	TR	P	I	Note	Action(s)	Responsable	Date limite	État d'avancement	Statut
5. Octroi d'un terrain par le MSP si une construction est nécessaire	DTF	D	F	F	A				Risque maîtrisé	OK
6. Les mesures transitoires et conservatoires en matière de décentralisation ne sont pas prises.	DTF	D	E	E	C	Il s'agit d'un risque sur lequel la DLM a peu d'emprise			Un plan progressif de MEO n'existe pas non plus	NOK
7. La DLM n'acquiesce pas la confiance des bailleurs de fonds dans les situations d'alerte épidémiologiques et / ou catastrophes	DTF	R	M	E	B	Mise en place d'une sous commission choléra	Dr Mbuyi Gisèle	Février 2012	Avancée nette mais très progressive	OK
						Renforcement du leadership de la DLM	Directeur de la DLM	Mars 2010 Continu		NA
8. Absence de résultats pérennes pour le réseau de laboratoires par manque de sécurisation des laboratoires	SMCL 30/01/12	D	M	M	B	Elaboration du plan	DLS	Mars 2012	Personnel BC rationalisé, sélection SU en cours Consensus sur appui à donner : métier gestion + HGR	OK
						Rationalisation personnel LPSP	DLS	A partir Juin 2012		NOK
						Améliorer les performances des cellules administratives des DPS et HGR abritant les LPSP	AA et AT DLM	A partir 08/2012		NOK
9. Absence de résultats pérennes pour l'INRB par non adéquation de son statut et de son organisation	SMCL 30/01/12	D	M	M	B	Elaborer le plan comptable et le plan budgétaire	Prestataire externe	Fin mai 2012	Reste la signature du Décret et le démarrage effectif de la prestation de restructuration administrative et financière prévue pour le 10/01/2013	OK
						Faire adopter par la commission des lois le projet de décret transformant l'INRB	Directeur INRB AG RH	Juillet 2012		OK
						Contribuer à l'attribution de la prestation de restructuration administrative sur FEE	AT DLM			NOK
10. Pas de stratégie d'exit satisfaisante de la coopération (bilatérale) belgo congolaise (CBC) du secteur santé	MTR 07/2012	D	E	E	C	Contribuer aux actions pour le maintien de CBC dans la santé	Directeur DLM AT	12/2012	Contribution à la préparation du COMPAR (15/01) Sélection d'un prestataire pour appui pour l'élaboration du plan de plaidoyer	OK
						Elaboration d'un plan multi bailleur DLM	Drs Bikuku, Yoka Et AG titulaire	01/2013		NOK
						Elaboration et exécution d'un plan de plaidoyer pour le financement de la DLM	Personnel de la DLM	15 mars 2013		NOK

2.2.3 Impact potentiel

L'impact recherché est de contribuer à l'amélioration de la santé de la population congolaise dans le contexte de lutte contre la pauvreté. La finalité de la mise en œuvre de la SRSS et du PNDS est d'assurer des soins de santé primaires de qualité à toute la population, en particulier aux groupes vulnérables, de lutter contre les épidémies et de combattre les grandes endémies. L'appui institutionnel à la fonction de lutte contre la maladie devait ainsi créer des conditions favorables pour une évolution à la fois efficace et efficiente vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Mais cet impact nécessite aussi la contribution d'autres secteurs de la vie nationale, pour agir sur les déterminants de la santé et en même temps le développement de services de santé de qualité et leur utilisation par la population.

Il est très difficile de parler d'impact pour une intervention de quelques années. Les réformes avancent sûrement mais lentement. La mise en œuvre du cadre organique au niveau central, l'opérationnalisation de la décentralisation à travers le découpage des provinces, le transfert concret des compétences, de charges et de ressources, demeurent un véritable défi et doivent encore faire l'objet de négociations et de compromis. L'intervention devait également fonctionner comme un élément d'un ensemble d'interventions, et se développer en synergie avec les autres volets pour mieux contribuer à l'appui au secteur. Cette coordination existe et a été renforcée au cours de l'année 2012, mais reste peu structurée. L'intervention ne peut cependant de manière isolée, qu'espérer un impact que sur quelques aspects. L'importance du lien avec l'opérationnel a été soulignée par le personnel de la DLM. Ces contraintes externes mais aussi des contraintes internes ont également entraîné une performance moyenne de la Direction. Cette performance s'est améliorée au cours de l'année 2012.

2.2.4 Critères de qualité

1. PERTINENCE : le degré dans lequel l'intervention est cohérente avec les politiques et priorités locales et nationales ainsi qu'avec les attentes des bénéficiaires.		
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : Au moins un 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A ; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i>		
1.1 Quel est le degré de pertinence actuel du projet ?		
<input checked="" type="checkbox"/>	A	Clairement toujours ancré dans les politiques nationales et la stratégie belge, satisfait aux engagements en matière d'efficacité de l'aide, extrêmement pertinent par rapport aux besoins du groupe cible.
<input type="checkbox"/>	B	S'inscrit toujours bien dans les politiques nationales et la stratégie belge (sans être toujours explicite), relativement compatible avec les engagements en matière d'efficacité de l'aide, pertinent par rapport aux besoins du groupe cible.
<input type="checkbox"/>	C	Quelques questions par rapport à la cohérence avec les politiques nationales et la stratégie belge, l'efficacité de l'aide ou la pertinence.
<input type="checkbox"/>	D	Contradictions avec les politiques nationales et la stratégie belge, les engagements en matière d'efficacité de l'aide ; la pertinence vis-à-vis des besoins est mise en doute. Des changements majeurs sont requis.
1.2 La logique d'intervention, telle qu'elle est conçue actuellement, est-elle toujours la bonne ?		
<input type="checkbox"/>	A	Logique d'intervention claire et bien structurée ; logique verticale des objectifs réalisable et cohérente ; indicateurs appropriés ; risques et hypothèses clairement identifiés et gérés ; accompagnement de sortie d'intervention mis en place (si cela est applicable).
<input checked="" type="checkbox"/>	B	Logique d'intervention appropriée bien qu'elle puisse avoir besoin de certaines améliorations en termes de hiérarchie d'objectifs, d'indicateurs, de risques et hypothèses.
<input type="checkbox"/>	C	Les problèmes par rapport à la logique d'intervention peuvent affecter la performance d'un projet et sa capacité à contrôler et évaluer les progrès ; améliorations requises.
<input type="checkbox"/>	D	La logique d'intervention est erronée et nécessite une révision en profondeur pour que le projet puisse espérer aboutir.

2. EFFICIENCE DE LA MISE EN ŒUVRE JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel les ressources de l'intervention (fonds, expertise, temps, etc.) ont été converties en résultats de façon économe (appréciation de l'ensemble de l'intervention)

Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : Au moins un 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A ; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D

2.1 Dans quelle mesure les inputs (finances, RH, biens & équipements) sont-ils correctement gérés ?

<input type="checkbox"/>	A	Tous les inputs sont disponibles à temps et dans les limites budgétaires.
x	B	La plupart des inputs sont disponibles dans des délais raisonnables et ne nécessitent pas d'ajustements budgétaires considérables. Une certaine marge d'amélioration est cependant possible.
<input type="checkbox"/>	C	La disponibilité et l'utilisation des inputs posent des problèmes qui doivent être résolus, sans quoi les résultats pourraient courir certains risques.
<input type="checkbox"/>	D	La disponibilité et la gestion des inputs comportent de sérieuses lacunes qui menacent l'atteinte des résultats. Des changements considérables sont nécessaires.

2.2 Dans quelle mesure les outputs sont-ils correctement gérés ?

<input type="checkbox"/>	A	Tous les outputs ont été et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps et de bonne qualité ce qui contribuera aux outcomes planifiés.
x	B	Les outputs sont et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps, mais une certaine marge d'amélioration est possible en termes de qualité, de couverture et de timing.
<input type="checkbox"/>	C	Certains outputs ne s(er)ont pas livrés à temps ou de bonne qualité. Des ajustements sont nécessaires.
<input type="checkbox"/>	D	La qualité et la livraison des outputs comportent et comporteront plus que vraisemblablement de sérieuses lacunes. Des ajustements considérables sont nécessaires pour garantir au minimum que les outputs clés seront livrés à temps.

3. EFFICACITÉ JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel l'outcome (objectif spécifique) est atteint, tel que prévu à la fin de l'année N

Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : Au moins un 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A ; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D

3.1 Tel qu'il est mis en œuvre actuellement, quelle est la probabilité que l'outcome soit réalisé ?

<input type="checkbox"/>	A	La réalisation totale de l'outcome est vraisemblable en termes de qualité et de couverture. Les résultats négatifs (s'il y en a) ont été atténués.
x	B	L'outcome sera atteint avec quelques minimales restrictions ; les effets négatifs (s'il y en a) n'ont pas causé beaucoup de tort.
<input type="checkbox"/>	C	L'outcome ne sera atteint que partiellement, entre autres en raison d'effets négatifs auxquels le management n'est pas parvenu à s'adapter entièrement. Des mesures correctives doivent être prises pour améliorer la probabilité de la réalisation de l'outcome.
<input type="checkbox"/>	D	Le projet n'atteindra pas son outcome, à moins que d'importantes mesures fondamentales soient prises.

3.2 Les activités et les outputs sont-ils adaptés sur la base des résultats atteints dans l'optique de réaliser l'outcome (objectif spécifique) ?

<input type="checkbox"/>	A	Le projet réussit à adapter ses stratégies/activités et outputs en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. Les risques et hypothèses sont gérés de manière proactive.
x	B	Le projet réussit relativement bien à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. La gestion des risques est relativement passive.
<input type="checkbox"/>	C	Le projet n'est pas totalement parvenu à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes de façon appropriée ou dans les temps. La gestion des risques a été plutôt statique. Une modification importante des stratégies s'avère nécessaire pour garantir au projet la réalisation de son outcome.
<input type="checkbox"/>	D	Le projet n'est pas parvenu à réagir à l'évolution des circonstances externes ; la gestion des risques a été insuffisante. Des changements considérables sont nécessaires pour réaliser l'outcome.

3. DURABILITÉ POTENTIELLE : 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).		
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : Au moins 3 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A ; Maximum 2 'C', pas de 'D' = B ; Au moins 3 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i>		
3.1 Durabilité financière/économique ?		
<input type="checkbox"/>	A	La durabilité financière/économique est potentiellement très bonne : les frais liés aux services et à la maintenance sont couverts ou raisonnables ; les facteurs externes n'auront aucune incidence sur celle-ci.
<input type="checkbox"/>	B	La durabilité financière/économique sera vraisemblablement bonne, mais des problèmes peuvent survenir en raison notamment de l'évolution de facteurs économiques externes.
x	C	Les problèmes doivent être traités en ce qui concerne la durabilité financière soit en termes de frais institutionnels ou liés aux groupes cibles, ou encore d'évolution du contexte économique.
<input type="checkbox"/>	D	La durabilité financière/économique est très discutable, à moins que n'interviennent des changements majeurs.
4.2 Quel est le degré d'appropriation du projet par les groupes cibles et persistera-t-il au terme de l'assistance externe ?		
<input type="checkbox"/>	A	La SMCL et d'autres structures locales pertinentes sont fortement impliquées à tous les stades de la mise en œuvre et s'engagent à continuer à produire et utiliser des résultats.
x	B	La mise en œuvre se base en grande partie sur la SMCL et d'autres structures locales pertinentes, impliquées elles aussi, dans une certaine mesure, dans le processus décisionnel. La probabilité d'atteindre la durabilité est bonne, mais une certaine marge d'amélioration est possible.
<input type="checkbox"/>	C	Le projet recourt principalement à des arrangements ponctuels et à la SMCL et d'autres structures locales pertinentes en vue de garantir la durabilité. La continuité des résultats n'est pas garantie. Des mesures correctives sont requises.
<input type="checkbox"/>	D	Le projet dépend totalement des structures ponctuelles n'offrant aucune perspective de durabilité. Des changements fondamentaux sont requis pour garantir la durabilité.
4.3 Quel est le niveau d'appui politique fourni et le degré d'interaction entre le projet et le niveau politique ?		
<input type="checkbox"/>	A	Le projet bénéficie de l'appui intégral de la politique et des institutions, et cet appui se poursuivra.
x	B	Le projet a bénéficié, en général, de l'appui de la politique et des institutions chargées de la mettre en œuvre, ou à tout le moins n'a pas été gêné par ceux-ci, et cet appui se poursuivra vraisemblablement.
<input type="checkbox"/>	C	La durabilité du projet est limitée par l'absence d'appui politique. Des mesures correctives sont requises.
<input type="checkbox"/>	D	Les politiques ont été et seront vraisemblablement en contradiction avec le projet. Des changements fondamentaux s'avèrent nécessaires pour garantir la durabilité du projet.
4.4 Dans quelle mesure le projet contribue-t-il à la capacité institutionnelle et de gestion ?		
x	A	Le projet est intégré aux structures institutionnelles et a contribué à l'amélioration de la capacité institutionnelle et de gestion (même si ce n'est pas là un objectif explicite).
<input type="checkbox"/>	B	La gestion du projet est bien intégrée aux structures institutionnelles et a contribué d'une certaine manière au renforcement des capacités. Une expertise supplémentaire peut s'avérer requise. Des améliorations sont possibles en vue de garantir la durabilité.
<input type="checkbox"/>	C	Le projet repose trop sur des structures ponctuelles plutôt que sur des institutions ; le renforcement des capacités n'a pas suffi à garantir pleinement la durabilité. Des mesures correctives sont requises.
<input type="checkbox"/>	D	Le projet repose sur des structures ponctuelles et un transfert de compétences vers des institutions existantes, qui permettrait de garantir la durabilité, est improbable à moins que des changements fondamentaux n'interviennent.

Critères	Note
Pertinence	A
Effizienz	B
Efficacité	B
Durabilité	C

2.3 Output 1

2.3.1 Analyse des progrès réalisés

Output 1: «Les outils programmatiques sont rationalisés et la coordination des programmes est assumée »							
Indicateurs	2010	2011	2012	Commentaires			
1. Nombre de provinces appliquant les guides et outils programmatiques produits sur le nombre total de provinces (O1)	-----	2 guides d'intégration diffusés dans les ZS et provinces	2 analyses verticales réalisées sur 8 prévues	Elaboration des normes de prise en charge du diabète en cours			
2. Nombre de ZS en développement avec plan des programmes intégrés au plan d'action annuel dans les Provinces tests choisies	-----	Etat des lieux de la fonction de lutte dans les 11 provinces	Appui aux DPS en restructuration démarré	Plan de travail sur l'intégration élaboré dans 5 DPS			
3. Nb de bases de données des Programmes intégrée à la base de données de la DLM	-----	-----	-----				
4. Nombre de documents produits par la DLM validés par les Commissions Techniques du CNP SS	-----	3 groupes de produits validés (intégration, laboratoire, SIMR)	Validation des fiches techniques contrôle sanitaire	Guide de management du VIH/SIDA pour les ZS et documents stratégiques secteur laboratoire prêts			
5. Nombre de textes règlementaires révisés (relatifs à la coordination) sur nombre de textes existants	-----	-----	-----	Projet sur restructuration des programmes en cours d'analyse			
6. Nombre de textes règlementaires adoptés sur nombre de textes soumis par la DLM	-----	-----	-----				
État d'avancement des principales activités			État d'avancement :		Commentaires		
			A	B		C	D
1 Faire fonctionner la CT LM, la coordination des programmes				X			
2 Créer et faire fonctionner les sous commission intégration, choléra et laboratoires				X			
2 Réaliser les analyses verticales					X		
3 Etablir une base de données intégrée						X	Retard lié à l'intervention
4 Définir et appliquer une stratégie de recherche					X		
5 Revoir ou créer de nouveaux textes règlementaires						X	Retard lié à l'évolution de la réforme
6 Renforcer les capacités des RH de la DLM				X			
7 Accompagner les provinces dans le processus d'intégration				X			
<p>A Les activités sont en avance B Les activités sont dans les délais C Les activités sont retardées / des mesures doivent être prises</p> <p>D Les activités ont pris un sérieux retard (plus de six mois) / des mesures correctrices majeures sont requises</p>							

Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output 1: «Les outils programmatiques sont rationalisés et la coordination des programmes est assumée »	
<i>Lien entre les activités et l'output :</i>	C'est à travers les structures fonctionnelles de coordination et ses groupes de travail que des résultats ont été obtenus pour la planification et pour le réseau de laboratoires. Plus récemment, des avancées ont eu lieu pour l'intégration des activités des programmes et la coordination de la gestion du choléra. L'analyse verticale a permis de jeter les bases pour l'élaboration des normes de la prise en charge du diabète. Mais à cette approche doit être associée d'autres activités ciblant les stratégies de changements à introduire dans l'organisation des soins pour aboutir à une intégration administrative et opérationnelle. La mise en place d'une plateforme d'échange entre provinces et niveau central poursuit ce but.
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output:</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Appropriation des processus de coordination par l'ensemble des acteurs de la lutte contre la maladie, avec meilleure reconnaissance du leadership de la DLM ✓ Plus grande adhésion du personnel de la DLM et des programmes spécialisés au processus d'appui aux changements dans le cadre de l'intégration administrative et opérationnelle de la lutte contre la maladie ✓ Ancrage au niveau de provinces ayant entamé le processus de restructuration des DPS, à travers l'élaboration de plan de travail dans le cadre de l'intégration dans chacune des 5 provinces visitées ✓ Travail conjoint avec quelques Directeurs de Programmes Spécialisés sur la restructuration des programmes ✓ Outils programmatiques découlant de l'analyse verticale du diabète en cours d'élaboration
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Peu de progression dans l'accompagnement du PNLTHA pour l'intégration, par insuffisance de priorisation de cette activité de part et d'autre au départ, ensuite suivie d'une longue période de transition avec finalement changement du Directeur du PNLTHA ✓ Les premiers éléments concrets de la réforme – le nouveau cadre organique et l'arrêté sur la restructuration des DPS – font que certains cadres s'impliquent plus dans le processus de changements

2.3.2 Exécution budgétaire

Montant Total Prévu	Dépenses globales au 31/12/2012	Taux d'exécution global
454 500 EUROS	121 568,65 EUROS	27 %

2.3.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficienc	B
Efficacité	C
Durabilité	C

2.4 Output 2

2.4.1 Analyse des progrès réalisés

Output 2: « La surveillance épidémiologique et la gestion des catastrophes sont rationalisées »						
Indicateurs	2010	2011	2012	Commentaires		
1. Existence d'un plan national de contingence de gestion des urgences et catastrophes actualisé et budgétisé		Plan partiellement actualisé	Plan présenté à la CT LM	Mécanismes pour le pré positionnement des kits encore à définir		
2. Nombre d'épidémies détectées à temps et gérées correctement sur le total des épidémies	136 épidémies, 136 notifiées endéans 14 j et 0 avec riposte en 48 h	314 épidémies, 300 notifiées en 14 jours et 0 avec riposte en 48 heures	333 épidémies, ? notifiées en 14 jours et 0 avec riposte en 48 heures			
3. Existence d'une base de données avec cartographie actualisée	Existence pour les MAPEPI	Existence pour les MAPEPI avec cartographie	Existence pour les MAPEPI avec cartographie	Amélioration du SIMR hebdomadaire en cours		
4. Nombre de bulletins épidémiologiques produits et diffusés sur nombre de bulletins prévus		14 bulletins sur 18 77 %	24 sur 30 80 %			
État d'avancement des principales activités			État d'avancement :		Commentaires	
A en avance - B dans les délais - C retard - D retard majeur			A	B		C
1. Actualiser la stratégie nationale et les outils de surveillance épidémiologique et riposte				X		
2. Organiser la riposte en cas d'épidémies et catastrophes					X	
3. Publier régulièrement le bulletin épidémiologique				X		
4. Renforcer les capacités du personnel impliqué				X		
Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output 2: « La surveillance épidémiologique et la gestion des catastrophes sont rationalisées »						
<i>Lien entre les activités et l'output :</i>	Les activités intégrées au résultat sont principalement le développement d'outils pour améliorer l'alerte et la riposte. Les structures de coordination sont aussi cruciales pour ce résultat, la réunion hebdomadaire de la cellule de surveillance, vise à s'assurer de la détection et de la riposte aux phénomènes épidémiques par la province. La coordination et l'évaluation des interventions des organismes humanitaires est un autre défi à relever pour une meilleure efficacité et efficience de la gestion des épidémies.					
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output:</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les guides de prise se charge des épidémies et le guide de formation SIMR ont été finalisés. ✓ Les formations des formateurs provinciaux ont été organisées dans 9 provinces, en cofinancement avec l'OMS, en veillant à intégrer du personnel en charge de l'encadrement des ZS ✓ La sous commission choléra a été créée – les activités de suivi et évaluation ont donc été menées sous le leadership de la DLM ✓ Des appuis ponctuels ont été fournis dans le cadre de la gestion des épidémies et du renforcement des capacités des data managers dans quelques provinces 					

Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output 2 : « La surveillance épidémiologique et la gestion des catastrophes sont rationalisées»	
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cet output est celui qui était le plus performant avant le début de l'intervention et pour lequel la responsabilité de la DLM est clairement reconnue par tous depuis longtemps, du moins pour le volet de surveillance épidémiologique. Cela prend donc parfois un peu plus de temps à introduire des changements, par exemple une meilleure intégration de la fonction de gestion des épidémies au sein des DPS, une meilleure reconnaissance de la nécessité de changements dans l'organisation des activités et pas seulement celle de renforcer les capacités au niveau des provinces. ✓ La meilleure coordination des partenaires ne dépend pas seulement de la Direction mais aussi de la volonté politique du MSP

2.4.2 Exécution budgétaire

Montant Total Prévu	Dépenses globales au 31/12/2012	Taux d'exécution global
379 000 EUROS	154 877,43 EUROS	59 %

2.4.3 Critères de qualité

Critères	Note
Effizienz	B
Efficacité	B
Durabilité	B

2.5 Output 3

2.5.1 Analyse des progrès réalisés

Output 3: «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»						
Indicateurs	2010	2011	2012		Commentaires	
1. Nombre de provinces dont les laboratoires sont intégrés au réseau piloté par l'INRB	Pas de mise en réseau	3 LPSP intégrés	3 LPSP intégrés + Accréditation HGR Kisantu		Démarches en cours à l'OMS pour l'intégration de deux autres LPSP	
État d'avancement des principales activités			État d'avancement :		Commentaires	
A en avance - B dans les délais - C retard - D retard majeur			A	B		C
1. Contribuer à l'adoption du décret transformant le statut de l'INRB				X		
2. Mettre en œuvre les recommandations de l'audit organisationnel				X		
3. Mettre en place une gestion centralisée et informatisée à l'INRB					X	
4. Piloter le développement du réseau de laboratoire a Matadi, Bandundu et Gemena				X		
5. Exécuter les Marchés Publics de l'INRB et des Provinces				X		
6. Doter les laboratoires provinciaux d'un budget de fonctionnement					X	
7. Planifier et coordonner les activités du réseau				X		

Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output 3: « 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»	
<i>Lien entre les activités et l'output :</i>	Le renforcement institutionnel de l'INRB passe par la transformation de son statut et sa restructuration administrative et financière. C'est ce renforcement institutionnel qui lui permettra à la fois de maintenir son attrait pour des recherches de niveau international et de développer ses autres fonctions de laboratoire de santé publique, le pilotage technique du réseau et la formation continue. La Direction des Laboratoires contribue à aligner les prestations de l'INRB à la politique nationale et fournit l'appui administratif.
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output:</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Décret transformant l'INRB en établissement public adopté par la Commission des Lois du Gouvernement et soumis à signature ✓ Préparation à cette transformation par le personnel administratif : élaboration plan comptable, règlement intérieur, manuel de procédures, dossiers de pré retraite et retraite, et système d'évaluation des performances du personnel ✓ Dépenses engagées pour une grosse part des investissements ✓ Construction d'une équipe technique solide en charge du réseau au sein de l'INRB et appui technique trimestriel structuré aux trois provinces ✓ Echanges d'expériences, vulgarisation de l'expérience du réseau pilote aux et mise en place d'un comité de suivi évaluation du réseau ✓ Développement de l'assurance qualité dans le réseau pilote: formation en assurance qualité, contrôle de qualité externe des LPSP et accompagnement de l'HGR de Kisantu pour l'accréditation
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Blocage des Marchés Publics pendant 2 mois, par la SMCL, en attente de sécurisation des structures abritant les laboratoires de référence ✓ Pas d'efforts de rationalisation du personnel à l'HGR de Bandundu ✓ La stratégie nationale et le plan stratégique de développement du sous secteur laboratoires, documents largement inspirés par l'expérience pilote, ont été élaborés grâce à l'appui technique et au financement de l'OMS ✓ Contribution importante de l'Etat au budget de fonctionnement et d'investissement à partir du quatrième trimestre de 2012
<i>Résultats inattendus</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ L'absence d'émergence d'un leader reconnu par tous au sein de l'équipe en construction va paradoxalement accélérer la mise en place d'un coordonnateur du réseau au sein de l'INRB ; ceci devrait permettre un meilleur leadership de l'INRB dans la coordination technique du réseau, et un rôle plus stratégique, administratif et de suivi évaluation de la Direction des Laboratoires

2.5.2 Exécution budgétaire

Montant Total Prévu	Dépenses globales au 31/12/2012	Taux d'exécution global
1 800 000 EUROS	424 063,79 EUROS	24 %

Le montant des dépenses engagées en date du 31/12/2012 est de 398.781,63 euros (travaux de construction/ équipements à l'INRB et en provinces), portant alors le montant total des dépenses à 822 845,33 euros et le taux d'exécution budgétaire avec les engagements à **45 %**.

2.5.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficienc	B
Efficacité	B
Durabilité	B

2.6 Output 4

2.6.1 Analyse des progrès réalisés

Output 4: «Le contrôle sanitaire aux frontières et l'hygiène et salubrité publiques sont rationalisées»						
Indicateurs	2010	2011	2012		Commentaires	
1. Normes et standards sur l'hygiène disponibles et utilisées dans les 11 provinces	-----	-----	Fiches techniques hygiène aux frontières validées		Elaboration des termes de référence pour élaborer la stratégie nationale et le plan stratégique hygiène et salubrité publique	
2. Nombre de personnes en poste aux frontières formées aux techniques de contrôle sur nombre de personnes en poste aux frontières	-----	-----	Formation des formateurs provinciaux pour l'hygiène aux frontières			
3. Existence d'une base de données sur l'hygiène actualisée	-----	-----	-----			
État d'avancement des principales activités A en avance - B dans les délais - C retard - D retard majeur			État d'avancement :		Commentaires	
			A	B		C
1. Elaborer les normes, directives en matière d'hygiène aux frontières				X		
2. Former les formateurs provinciaux en matière d'hygiène aux frontières				X		
3. Elaborer la stratégie nationale et le plan stratégique en matière de salubrité publique					X	
4. Conceptualiser une base de données sur l'hygiène intégrée à la base de la DLM						X
Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output 4: « Le contrôle sanitaire aux frontières et l'hygiène et salubrité publiques sont rationalisées»						
<i>Lien entre les activités et l'output :</i>	Les activités ciblent la mise à disposition d'outils et le renforcement des capacités pour le contrôle sanitaire, et la définition des stratégies et la collaboration intersectorielle pour la salubrité publique. L'approche est donc moins globale que pour les autres outputs. Un gros défi tant pour l'hygiène aux frontières comme pour la salubrité publique est l'adéquation du personnel en nombre et en qualification.					
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output:</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Restitution de l'état des lieux et élaboration d'un plan d'intervention pluri annuel pour l'hygiène aux frontières ✓ Formation des formateurs provinciaux pour l'hygiène aux frontières ✓ Constitution d'un groupe de travail intersectoriel et impliquant les partenaires plus directement en appui à l'hygiène, qui a conçu les termes de référence pour l'élaboration des termes de référence pour l'élaboration de la stratégie nationale et du plan stratégique pour l'hygiène et la salubrité publique 					
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence</i>	✓ Difficulté de disponibilité de la Direction, mais qui s'est estompée dès que le groupe de travail intersectoriel a été mis en place					

2.6.2 Exécution budgétaire

Montant Total Prévu	Dépenses globales au 31/12/2012	Taux d'exécution global
235 500 EUROS	66 477,25 EUROS	28 %

2.6.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficiency	C
Efficacité	B
Durabilité	B

2.7 Output 5

2.7.1 Analyse des progrès réalisés

Output 5: «La gestion des ressources et le fonctionnement de la DLM sont rationalisés»				
Indicateurs	2010	2011	2012	Commentaires
1. Nombre personnes sélectionnées sur concours en fonction des besoins sur effectif du personnel de la DLM		Directeur nommé 14 personnels techniques et 4 administratifs sélectionnés 8 personnels d'appoint affectés	Directeur nommé 14 personnels techniques et 5 administratifs sélectionnés 9 personnels d'appoint affectés	Discrimination positive pour les femmes au cours des sélections – sans beaucoup d'effet
2. Nombre sélectionnées en poste sur nombre total de personnes sélectionnées		18 personnels en poste sur 20 sélectionnés	18 personnels en poste sur 20 sélectionnés	
3. Existence d'un bâtiment affecté à la DLM avec 20 locaux équipés		(Bureau d'étude pour élaborer le projet sélectionné)	(Cahier des Charges des travaux attribué et chantier installé)	Délocalisation d'une cabine SNEL retarde le démarrage des travaux
4. Existence d'une comptabilité globale de la DLM actualisée		Plan budgétisé consolidé de la lutte contre la maladie	Plan budgétisé consolidé de la lutte contre la maladie	
5. Existence d'un panier commun de financement pour la lutte contre la maladie aux niveaux central et intermédiaire		-----	(Démarches pour installer le TOMPRO et le paramétrer selon les programmes PNDS)	

Output 5: «La gestion des ressources et le fonctionnement de la DLM sont rationalisés»					
État d'avancement des principales activités A en avance - B dans les délais - C retard - D retard majeur			État d'avancement :		Commentaires
			A	B	
1. Mettre en œuvre les recommandations de l'audit système de la cellule administrative				X	
2. Doter la DLM d'un budget de fonctionnement				X	
3. Identifier les besoins en infrastructures et les rendre opérationnels					X
4. Constituer un fonds d'intégration provincial					X
5. Elaborer le plan de formation du personnel de la DLM et l'exécuter				X	
6. Imprimer et diffuser les documents produits par la DLM					X
Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output 5: « La gestion des ressources et le fonctionnement de la DLM sont rationalisés»					
<i>Lien entre les activités et l'output :</i>	L'amélioration des conditions de travail agissent sur la qualité du travail. Le plan de formation est aussi source de motivation. L'amélioration des performances de la cellule administrative soulage le travail des experts et améliore la réputation de l'administration de la Direction. Le budget de fonctionnement permet de couvrir les frais de gestion liés aux activités.				
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output:</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Amélioration des performances de la cellule administrative et régularisation de plusieurs procédures ✓ Plan de formation élaboré et exécuté ✓ Marché de travaux attribué et chantier en cours d'installation ✓ Démarche pour mettre en place le TOMPRO et ainsi pouvoir initier une comptabilité centralisée multi projets 				
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Refus de la SMCL d'harmoniser le taux des primes sur celui octroyé au personnel de la DEP, personnel en plus localisé dans le même bâtiment – problème géré par le Directeur de la DLM ✓ Secrétaire de Direction sélectionnée compétente et conviviale, ce qui a amélioré le travail en équipe au sein de la cellule administrative 				

2.7.2 Exécution budgétaire

Montant Total Prévu	Dépenses globales au 31/12/2012	Taux d'exécution global
2 424 400 EUROS	1 186 037,75 EUROS	49 %

Le montant des dépenses engagées en date du 31/12/2012 est de 500.000,00 euros (travaux de construction), portant alors le montant total des dépenses à 1 686 037,75 euros et le taux d'exécution budgétaire avec les engagements à **69 %**.

2.7.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficiency	A
Efficacité	B
Durabilité	C

3 Thèmes transversaux

3.1 Genre

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

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

3.2 Environnement

Le fait d'appuyer techniquement et financièrement le respect des normes en matière d'hygiène et de salubrité publique, le projet contribuera à mieux prendre en compte cette problématique.

3.3 Autres

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

4 Pilotage et apprentissage

4.1 Plan d'action

Sur base de l'analyse de l'intervention, les décisions d'actions suivantes ont été prises :

Plan d'action	Source	Acteur	Date limite
1. Intégrer la fonction de capitalisation dans chacune des sous commission, et au sein des structures bénéficiaires principales	2.2.2	Dr Tshapenda, Yoka, Mbuyi et Michaux	Q1 2013
2. Elaborer un plan pluri annuel pour la DLM, un plan de plaidoyer et de lobbying et l'exécuter	2.2.2	Dr Yoka et Dr Bikuku	Q2 2013
3. Appuyer les démarches pour l'utilisation du logiciel du MSP à la DLM, dans les DPS et HGR abritant les LPSP	2.2.2 2.7.1	AT DLM, avec la DEP	Q2 2013
4. Améliorer les performances des cellules administratives des DPS et HGR abritant les LPSP	2.2.2	AT DLM, avec les ASSNIPs	Q1 2013
5. Faire un suivi rapproché de l'état d'avancement du développement de la base de données intégrée	2.3.1	Directeur DLM Data manager DLM	Q1 2013
6. Définir les normes de prise en charge du diabète et les tester dans quelques ZS	2.3.1	Dr Nsio Justus	Q2 2013
7. Elaborer et exécuter le plan d'accompagnement des DPS dans l'intégration des interventions des programmes spécialisés	2.3.1	Dr Tshapenda	Q1 2013
8. Contribuer à l'élaboration des normes d'intégration de la lutte contre la THA au niveau des DPS et des ZS	2.3.1	Directeur DLM	Q2 2013
9. Elaborer et exécuter le plan d'accompagnement des DPS dans la gestion des épidémies, y compris la mise en place des équipes d'intervention	2.4.1	Dr Mbuyi	Q1 2013
10. Associer un prestataire externe pour faciliter la définition des mécanismes de pré positionnement des kits d'urgence	2.4.1	Dr Mbuyi	Q2 2013

Plan d'action	Source	Acteur	Date limite
11. Actualiser la stratégie nationale de l'alerte et de la riposte aux épidémies	2.4.1	Dr Bulambo	Q3 2013
12. Formaliser la coordination technique du RNLSP au sein de l'INRB et l'intégrer dans l'organigramme de l'INRB	2.5.1	Pr Muyembe	Q3 2013
13. Mobiliser les ressources pour le sous secteur laboratoires	2.5.1	Dr Malaba	Q2 2013
14. Veiller à maintenir le rythme de réalisation des Marchés publics	2.5.1 2.7.1	AT DLM, COCO Direction INRB et DLM	Q2 2013

4.2 Enseignements tirés

Expériences à capitaliser	Domaine	Cibles potentielles
1. Construction 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, dynamique de groupe de travail et de plateforme d'échanges avec le niveau intermédiaire	Leadership/ gouvernance Coordination	– Autres Directions Centrales – Programmes
3. Tournée dans les provinces/ réflexion sur la fonction d'accompagnement des provinces	Appui au niveau intermédiaire Intégration	– Autres Directions Centrales – Programmes – ECP/ DPS
4. Apport de l'analyse verticale – exemple de la prise en charge du diabète	Intégration	– Autres Directions Centrales – Programmes
5. Développement du sous secteur laboratoires	Qualité des soins	– Autres Directions Centrales – Programmes – ECP/ DPS
6. Fonction administrative : renforcement des institutions et appui à la fonction technique	Qualité de la gestion	– Autres structures du niveau central – ECP/ DPS

Enseignements tirés	Public cible
1. Confier la responsabilité administrative au partenaire national contribue au renforcement institutionnel, motive le partenaire et garantit une meilleure appropriation et mémoire de l'appui fourni	– DGD – CTB
2. Procéder à la sélection du personnel, améliorer les conditions de travail et constituer une véritable équipe de travail stabilise le personnel et renforce les institutions	– DGD – CTB – AT
3. Créer une relation d'appui conseil entre l'assistant technique et les cadres responsables de l'intervention est un facteur de réussite pour l'alignement et une meilleure efficacité des interventions (volets spécifiques)	– Partie Nationale – CTB – AT
4. Mieux structurer la coordination des interventions – c'est-à-dire mettre plusieurs mécanismes en place et investir du temps – est nécessaire pour créer de véritables synergies et une meilleure cohérence de l'appui (programme)	– DGD – Partie Nationale – CTB – AT

5 Annexes

5.1 Cadre logique d'origine

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

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

5.2 Aperçu des monitorings des résultats

Evaluation à mi parcours	Juillet 2012
Planning de l'évaluation finale	Mars 2013
Missions de backstopping depuis le 01/01/2012	-----

5.3 Rapport « Budget versus Actuels (y – m) »

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 : **D03**

Year to month : 31/12/2012

Currency : **EUR**

YtM : **Report includes all closed transactions until the end date of the closed closing**

Status	Fin Mode	Amount	2012				Total	Total Exp.	Balance	% Exec		
			2011	Q1	Q2	Q3					Q4	
A OBJECTIF SPÉCIFIQUE: UN			5.293.400,00	997.210,17	263.092,62	279.939,19	191.520,51	291.090,73	1.026.843,08	2.022.853,22	3.270.546,78	38%
01 Les outils programmatiques		454.500,00	71.330,91	9.339,49	7.817,84	11.475,92	21.804,49	50.237,74	121.568,65	332.831,35	27%	
01 Relancer la Commission	REGIE	52.500,00	21.366,16	6.214,29	293,80	887,12	11.733,39	16.088,39	38.464,66	13.035,45	75%	
02 Elaborer les stratégies,	REGIE	184.500,00	43.714,74	4.126,20	2.123,23	10.665,81	9.871,10	26.720,34	70.443,08	114.056,92	38%	
03 Elaborer une base de	REGIE	100.000,00	6.250,01						6.250,01	93.749,99	6%	
04 Définir et appliquer une	REGIE	47.000,00	0,00						0,00	47.000,00	0%	
05 Revoir les textes	REGIE	4.000,00	0,00						0,00	4.000,00	0%	
06 Renforcer les capacités des	REGIE	65.500,00	0,00		5.411,01			5.411,01	5.411,01	61.088,99	8%	
02 La surveillance		379.000,00	69.828,44	20.862,67	106.645,87	12.319,83	7.058,97	154.877,44	224.705,87	154.294,13	59%	
01 Actualiser le Politique	REGIE	6.500,00	3.170,72						3.170,72	2.329,28	58%	
02 Organiser la riposte en cas	REGIE	124.500,00	43.036,63	11.487,32	38,14	1.372,36		12.907,32	55.944,75	68.555,25	45%	
03 Publier régulièrement un	REGIE	73.000,00	21.876,82	7.421,59	8.801,00	9.335,69	7.659,97	30.617,95	52.294,77	20.705,23	72%	
04 Renforcer les capacités des	REGIE	176.000,00	1.643,97	9.634,28	98.906,72	1.610,68		111.361,66	113.295,63	62.704,37	64%	
03 Institutionnaliser l'INRB et		1.800.000,00	157.802,61	96.568,01	24.836,56	53.554,79	111.298,53	286.260,89	424.063,70	1.375.936,30	24%	
01 Elaborer un plan	REGIE	28.844,56	28.844,56						28.844,56	-0,01	100%	
02 Mettre en œuvre ce plan	REGIE	0,00	0,00						0,00	0,00	0%	
03 Renforcer les capacités	REGIE	946.855,45	76.660,12	87.018,41	15.068,99	24.743,63	49.051,80	175.773,94	255.433,96	691.221,49	27%	
04 Renforcer les capacités	REGIE	660.500,00	0,00	3.464,17		468,69	33.189,21	34.112,06	34.112,06	626.387,92	6%	
	REGIE	6.500.000,00	1.620.661,83	338.530,50	332.666,44	234.625,52	376.550,11	1.282.362,58	2.803.014,41	3.696.985,59	43,00	
	COGEST											
	TOTAL	6.500.000,00	1.620.661,83	338.530,50	332.666,44	234.625,52	376.550,11	1.282.362,58	2.803.014,41	3.696.985,59	43,00	



Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of RDC0710011 Printed on 20/02/2013

page: 1

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 : **D03**

Year to month : 31/12/2012

Currency : **EUR**

YTM : **Report includes all closed transactions until the end date of the closed closing**

S:statu	Fin Mode	Amount	2012					Total	Total Exp.	Balance	% Exec
			2011	Q1	Q2	Q3	Q4				
05 Etaler le cadre réglementaire	REGIE	264.000,00	29.288,13	6.094,45	9.760,57	20.342,46	32.167,52	76.374,97	106.673,10	150.325,90	40%
04 Le contrôle sanitaire aux		235.600,00	0,00	11.037,14	18.537,79	4.019,00	32.889,32	66.477,25	66.477,25	169.022,75	28%
01 Mettre à disposition des	REGIE	60.000,00	0,00	11.037,14	18.537,79	4.019,00		33.587,83	33.587,83	26.412,37	56%
02 Mettre à disposition des	REGIE	60.000,00	0,00						0,00	60.000,00	0%
03 Renforcer les capacités des	REGIE	65.500,00	0,00				32.889,32	32.889,32	32.889,32	62.510,56	36%
04 Constituer une base de	REGIF	30.000,00	0,00						0,00	30.000,00	0%
05 La gestion des ressources		2.424.400,00	715.248,01	117.325,02	122.068,14	110.157,15	118.239,42	457.789,74	1.186.037,75	1.238.362,25	49%
01 Rendre adéquates les RH	REGIE	1.047.286,48	474.364,40	72.655,44	76.520,00	72.150,00	62.827,51	278.134,05	752.518,45	294.758,03	72%
02 Appuyer le budget de	REGIE	447.000,00	130.562,17	20.055,04	33.028,05	21.335,19	30.501,76	123.041,09	253.624,13	193.375,87	67%
03 Identifier les besoins en	REGIE	248.713,52	95.614,68	1.809,25	154,44	2.325,87	12.338,31	17.325,00	112.942,60	135.770,84	46%
04 Identifier les besoins en	REGIE	443.000,00	0,00						0,00	443.000,00	0%
05 Constituer et rendre	REGIE	47.500,00	5.114,08			3,53		3,53	5.118,51	42.381,49	11%
06 Organiser la participation	REGIE	25.000,00	3.720,00	3.333,35	3.810,85	1.453,55	1.333,71	10.661,47	14.381,53	10.515,47	56%
07 Organiser des stages et/ou	REGIE	80.500,00	2.510,55		14.503,60	12.228,63	-239,00	26.493,52	29.104,17	51.795,83	26%
08 Offrir des stages pour des	REGIE	5.000,00	0,00						0,00	5.000,00	0%
09 Mener des activités de	REGIE	80.000,00	6.221,27	9.710,00			2.417,01	12.127,01	18.348,28	61.651,72	23%
X RÉSERVE BUDGÉTAIRE (MAX		85.000,00	0,00						0,00	85.000,00	0%
01 Réserve budgétaire		85.000,00	0,00						0,00	85.000,00	0%
	REGIE	6.500.000,00	1.520.651,83	338.530,50	332.656,44	234.625,52	376.550,11	1.282.362,58	2.803.014,41	3.696.985,59	43,00
	COGEST										
	TOTAL	6.500.000,00	1.520.651,83	338.530,50	332.656,44	234.625,52	376.550,11	1.282.362,58	2.803.014,41	3.696.985,59	43,00



Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of RDC0710011 Period: 2000-2012

page: 2

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 : **D03**

Year to month : 31/12/2012

Currency : **EUR**

YTM : **Report includes all closed transactions until the end date of the closed closing**

Status	Fin Mode	Amount	2011	2012				Total	Total Exp.	Balance	% Exec
				Q1	Q2	Q3	Q4				
01 Réserve budgétaire REGIE	REGIE	85.000,00	0,00						0,00	85.000,00	0%
Z MOYENS GÉNÉRAUX		1.121.600,00	523.441,66	75.437,88	52.717,25	49.105,01	86.459,34	256.719,52	780.181,10	341.438,81	70%
01 Frais de personnel		862.800,00	444.424,26	69.503,19	41.781,03	37.174,74	42.931,19	181.420,15	626.844,41	236.856,69	73%
01 Assistant technique	REGIE	700.000,00	354.193,96	37.084,68	41.781,03	37.174,74	42.931,19	158.011,64	513.202,60	180.787,43	73%
02 Ressources financières et	REGIE	162.800,00	90.230,30	22.408,51				22.408,51	112.641,81	49.858,19	69%
02 Investissements		10.800,00	8.812,02						8.812,02	1.987,98	81%
01 Véhicules	REGIE	0,00	0,00						0,00	0,00	0%
02 Equipement bureau et IT	REGIE	10.000,00	8.280,91						8.280,91	1.719,09	83%
03 Aménagements du bureau	REGIE	600,00	351,11						351,11	248,89	59%
03 Frais de fonctionnement		188.600,00	70.298,42	1.418,94	1.658,85	2.480,72	1.802,68	7.459,31	77.727,73	110.772,27	41%
01 Loyer du bureau	REGIE	0,00	0,00						0,00	0,00	0%
02 Services et frais de	REGIE	0,00	0,00						0,00	0,00	0%
03 Frais de fonctionnement	REGIE	0,00	0,00						0,00	0,00	0%
04 Télécommunications	REGIE	8.000,00	3.045,83	580,70	77,48	211,07	455,76	1.325,01	4.370,84	3.629,16	56%
05 Fournitures de bureau	REGIE	1.000,00	476,45						476,45	523,55	48%
06 Missions	REGIE	20.000,00	4.207,26		493,55	1.534,95		2.028,52	6.236,78	13.764,22	31%
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%
	REGIE	6.600.000,00	1.520.951,83	338.530,50	332.658,44	234.625,52	376.650,11	1.282.382,58	2.803.014,41	3.696.985,69	43,00%
	COGEST										
	TOTAL	6.600.000,00	1.520.951,83	338.530,50	332.658,44	234.625,52	376.650,11	1.282.382,58	2.803.014,41	3.696.985,69	43,00%



Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of RDC0710011 Printed on 20/02/2013

page: 3

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 : **D03**

Year to month : 31/12/2012

Currency : **EUR**

YTM : **Report includes all closed transactions until the end date of the closed closing**

Status	Fin Mode	Amount	2012					Total	Total Exp.	Balance	% Exec
			2011	Q1	Q2	Q3	Q4				
09 Frais de suivi scientifique	REGIE	141.500,00	58.389,20					58.389,20	83.100,80	41%	
10 Frais financiers	REGIE	14.000,00	4.130,66	838,24	1.065,82	734,69	1.446,83	4.105,79	8.245,46	66%	
04 Audit et Suivi et Evaluation		60.000,00	134,87	14.450,00	9.279,27	3.449,66	40.595,50	67.774,32	67.909,19	-7.909,19	113%
01 Frais de suivi et évaluation	REGIE	40.000,00	134,87		9.279,27	3.449,66	40.595,50	53.324,32	53.459,19	-13.459,19	134%
02 Audit	REGIE	20.000,00	0,00	14.450,00				14.450,00	14.450,00	5.550,00	72%
99 Conversion rate adjustment		0,00	2,09	65,75				65,75	67,84	-67,84	7%
98 Conversion rate adjustment	REGIE	0,00	2,09	65,75				65,75	67,84	-67,84	7%

REGIE	6.600.000,00	1.520.651,83	338.530,50	332.656,44	234.825,52	378.550,11	1.282.362,58	2.803.014,41	3.696.985,59	43,00
COGEST										
TOTAL	6.600.000,00	1.520.651,83	338.530,50	332.656,44	234.825,52	378.550,11	1.282.362,58	2.803.014,41	3.696.985,59	43,00

Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of RDC0710011 Printed on 20/02/2013

page 4

5.4 Décisions prises par la SMCL et suivi

Décision		Action			Suivi	
Description	PI	Action(s)	Responsable	Dead line	État d'avancement	Statut
1. Assurer la durabilité de la restructuration du de la DLM	SMCL 02/2011	- Préparer administrativement les affectations de tout personnel sélectionné	Directeur DLM	Continu	Commission d'affectation pour l'ensemble du personnel sélectionné, y compris les sélections les plus récentes	OK
		- Réaffecter le personnel non sélectionné	Directeur DLM SG SP	04/2011	Action intégrée à celles à mener en 2013 pour la mise en place du cadre organique du niveau central – redynamisation cellule de la réforme an cours au niveau central	NOK
2. Renforcer la coordination et reprendre le leadership des actions humanitaires	SMCL 02/2011	- Négocier le financement d'actions de suivi et évaluation avec l'OMS	Equipe DLM	06/2011	Evaluation des actions de lutte, contre le choléra, menées par les ONG au Bas Congo	OK
		- Intégrer cette fonction de coordination aux structures de coordination formelles du MSP	Directeur DLM		Création de la CT LM en mai 2010 – création de la sous commission choléra en 02 2010	OK
		- Reprendre le leadership des actions humanitaire	Directeur DLM			NOK
	SMCL 01/2012	- Harmoniser les partenaires autour d'un plan de contingence adopté par la DLM	Directeur DLM	Non précisé	Premier draft révisé par la CT LM – budgétisation à améliorer ; Termes de références pour activité de définition des mécanismes de pré positionnement élaborés	NOK
3. Fournir les garanties que le processus de réorganisation et de rationalisation de l'INRB et LPSP soit acquis	SMCL 01/2012	- Elaborer le plan de sécurisation et réorganisation des structures abritant les laboratoires	Directeur DLS	Mars 2012		OK
		- Contribuer à l'adoption et à la signature du décret transformant le statut de l'INRB	Directeur INRB	Fin 2012	Décret adopté par la commission des lois du gouvernement mais doit encore être signé	NOK
		- Rendre le staff des LPSP adéquat en effectif	Directeur DLS	Fin 2012	Effectif rationalisé au Bas Congo Sélection du personnel sur concours programmé au SU mais pas d'avancée à Bandundu	NOK

Décision		Action			Suivi	
Description	PI	Action(s)	Responsable	Dead line	État d'avancement	Statut
3. Fournir les garanties que le processus de réorganisation et de rationalisation de l'INRB et des LPSP soit acquis (suite)	SMCL 01/2012	- Renforcer les cellules administratives des DPS et HGR abritant les laboratoires	AA DLM AT DLM	Fin 2012	Termes de référence d'appui aux cellules revus avec les DPS et HGR Démarches avec KPMG/TOMATE concernant le logiciel du MSP	NOK
		- Contribuer à la contractualisation d'un prestataire sur FEE pour la mise en œuvre de l'audit à l'INRB	Directeur INRB et AT DLM	Fin 2012	Bureau d'études contractualisé / démarrage des activités en janvier 2013	OK
		- Préparer la transformation de l'INRB en établissement public	AG RH INRB	Fin 2012	Plusieurs outils développés : plan comptable, plan budgétaire pour le fonctionnement, manuel de procédures et système évaluation du personnel	OK
		- S'assurer du décaissement des fonds inscrits sur le budget de l'Etat pour l'INRB	Directeur et AG titulaire INRB	Fin 2012	Premier décaissement en Q4 2012 ; exécution de dépenses d'investissements également en cour	OK
		- Créer la sous commission laboratoires qui aura pour mission le suivi et évaluation des activités	Directeur DLS		Sous commission créée en 02/2012	OK