

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE



SECRETARIAT GENERAL

**PROGRAMME D'APPUI AU NIVEAU CENTRAL DANS
LE CADRE DU PIC 2014-2015 DE LA COOPERATION
BILATERALE RDC-BELGIQUE**

Fiche d'identification globale

Octobre 2014

1. IDENTIFICATION DE LA PRESTATION DE COOPÉRATION

1.1. Dénomination de la prestation

Programme d'appui au niveau central dans le cadre du PIC 2014-2015 de la coopération bilatérale entre la RDC et la Belgique.

Ce programme contribue à la réalisation des objectifs du Gouvernement dans le secteur de la santé par son appui institutionnel aux structures ciblées du Ministère de la Santé Publique (MSP), par son alignement à la stratégie de renforcement du système de santé, et à son plan de mise en œuvre du Plan National de Développement sanitaire, PNDS 2011-2015.

Il s'agit d'une nouvelle phase « d'appui institutionnel » à quatre structures centrales déjà appuyées durant des phases précédentes à travers la coopération bilatérale ou la coopération déléguée avec l'Union Européenne.

1.2. Ministère Responsable de la prestation

Le Ministère de la Santé Publique est responsable de la préparation et la mise en œuvre de cette prestation. Les structures concernées sont:

1. La Direction d'Études et Planification
2. La Direction de la lutte contre la maladie (DLM)
3. Les structures du Système National d'Approvisionnements en Médicaments Essentiels (SNAME):
 - La direction de la Pharmacie du Médicament (DPM)
 - Le Programme National d'Approvisionnement en Médicaments (PNAM)
 - La Fédération des Centrales d'Achat des Médicaments (FEDECAME)
 - Les Centrales de Distributions Régionales de Médicaments Essentiels (CDR)
4. La Direction Administrative Financière (DAF)

1.3. Groupe cible et localisation

1.3.1. Groupes cibles

Les bénéficiaires directs sont les différentes directions centrales du Ministère de la Santé. Indirectement, toute la population congolaise bénéficiera de l'intervention à travers l'appui à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du Plan National de Développement Sanitaire de la RDC dans ses différentes composantes pris en compte par ce programme.

1.3.2. Localisation physique des interventions

Les interventions visant le niveau central (DPM, DLM, DEP, DAF, PNAM et FEDECAME) seront physiquement localisées à Kinshasa.

Les interventions du SNAME s'étendront en provinces dans les CDR, notamment à la CAAMEBASU basé à Kikwit dans le Kwilu, à la CAMENE basé à Gemena dans le Sud-Ubangi, à CAMEKIS à Kisangani dans la Tshopo, et dans les CDR de Matadi (CAAMEBO) et de Kisantu (CAAMEKI) dans la province du Bas-Congo.

1.4. Contexte et justification de l'appui de la Belgique au Ministère de la Santé

Dans sa spécificité d'assurer un appui institutionnel, l'appui de la Belgique en coopération bilatérale directe se caractérise essentiellement par un renforcement des capacités des structures bénéficiaires, notamment des directions et programmes, afin de leur permettre de réaliser l'ensemble des fonctions et missions leur confiées par le MSP.

Pour rappel, suite à la multiplicité de donateurs dans le secteur de la santé ainsi que des résultats mitigés, la Belgique voyait, lors de la préparation du Programme Indicatif de Coopération (PIC) 2009-2013, qu'une pertinence limitée de rester dans le secteur de la santé.

En vue des réformes institutionnelles dans le secteur de santé initiées depuis 2010, ainsi que les défis et besoins dans le secteur, le secteur de la santé a été réintégré dans le portefeuille de la coopération bilatérale comme un des secteurs prioritaires. En vue de l'obtention de résultats durables, la Belgique s'aligne aux nouvelles réformes au sein de la SRSS, comme p.ex. la Feuille de route gouvernance, dans l'optique d'un développement progressif de procédures communes d'élaboration et de financement de programmes dans une approche multi-bailleurs.

Cet accord a été confirmé à la commission mixte tenue à Kinshasa du 26 au 27 mars 2014 et matérialisé par le PIC 2014-2015 signé à Bruxelles le 4 avril 2014.

Les motivations pour ce retour ont conduit à un choix des appuis qui tiennent compte des critères suivantes:

- Le degré d'appropriation et de volonté politique du Ministère de la Santé, nécessaire à la réalisation des axes stratégiques de la SRSS;
- Les leçons apprises concernant la durabilité des résultats issus d'interventions passées;
- Les progrès dans la gouvernance et dans les réformes sectorielles;
- Une approche innovante, d'emblée multi-bailleurs;
- Un recentrage vers les zones de concentration de la Coopération gouvernementale arrêtées dans le PIC 2010-2013.

Dans le souci d'améliorer la gouvernance et en vue de répondre avec efficacité et efficience aux attentes de la population en matière d'offre et d'accès aux services et soins de santé de qualité, le MSP et ses partenaires ont adopté la feuille de route gouvernance (en annexe). Celle-ci traduit la volonté des différentes parties prenantes d'améliorer le pilotage et la redevabilité dans le secteur de la santé et de faire avancer la mise en œuvre des réformes prioritaires inscrites dans la stratégie de renforcement du système de santé. Pour le MSP et ses partenaires, la gouvernance est l'un des déterminants parmi les plus importants de la santé en RDC étant donné que les investissements qui ne prennent pas (ou trop peu) en compte les questions de gouvernance, risquent de n'avoir qu'un impact limité sur l'amélioration de l'offre et la qualité des soins.

En ce qui concerne l'approche multi bailleurs, le Groupe Inter Bailleurs santé (GIBS), dont fait partie la Belgique, a signé une Charte de Partenariat (en annexe) qui engage

tous les partenaires de travailler dans une logique de complémentarité et de synergie dans les zones d'intervention.

L'intervention belge identifiée à travers la fiche d'identification s'inscrit pleinement dans la feuille de route gouvernance et les défis identifiés par le MSP, ceci dans une approche multi bailleurs.

En fonction de ce qui précède, pour le PIC 2014-2015 l'appui au secteur de la santé concerne 4 structures centrales appuyées durant les phases précédentes dans 3 zones de concentration.

Les structures retenues au niveau central sont:

- (i) la Direction des Etudes et Planification (DEP),
- (ii) la Direction de la Lutte contre la Maladie (DLM),
- (iii) le Système National d'Approvisionnement en Médicaments (SNAME)
- (iv) la Direction des Affaires Financières (DAF)

Les zones de concentration retenues sont le Kwilu, le Sud-Ubangi et la Tshopo. Une stratégie de sortie a été recommandée pour le Bas-Congo, afin de consolider les acquis du PIC 2010-2013. Pour cela on pourrait envisager un appui à travers du (i) Programme d'Etudes et d'Expertises, et/ou (ii) programme pluriannuel de MEMISA, et/ou (iii) un projet synergie, toujours avec MEMISA, en appui des Division Provincial de la Santé (DPS).

Appuis antérieurs bénéficiés par les structures qui sont visées au niveau central dans le cadre de ce nouveau PIC 2014-2015:

1.4.1. L'appui à la direction d'Etudes et Planification - DEP

L'appui à la DEP du MSP a visé: (i) d'élaborer les diagnostics macro-économiques et sectoriels, (ii) de définir les politiques, les objectifs et les stratégies macro-économiques et sectoriels, (iii) de programmer et budgétiser les projets et les programmes sectoriels, et (iv) de suivre et évaluer les politiques, les projets et les programmes macro-économiques et sectoriels.

Concrètement, cet appui a contribué à l'élaboration et la diffusion de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS), du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2011-2015) ainsi que son cadre de suivi évaluation. Il a également permis la redynamisation de la coordination des interventions au sein du secteur à travers le Comité National de Pilotage (CNP) du secteur de la santé et de ses commissions, l'organisation des revues annuelles sectorielles, et l'appui aux principales réformes en cours dans le secteur.

L'appui à la DEP est crucial pour la mise en œuvre de la réforme de l'administration sanitaire au niveau central et celle du financement du secteur au sein du MSP, de pair avec la poursuite de la réforme du niveau intermédiaire. Tout en reconnaissant la qualité du travail technique de la DEP, les évaluations et les audits de gestion ont reconnues et recommandé le renforcement de sa gestion administrative, ce qui constitue un focus pour la phase finissante et pour le futur programme.

1.4.2. L'appui à la Direction de Lutte contre la Maladie - DLM

L'appui à la DLM a débuté en 2009 avec comme principal focus le renforcement institutionnel de la Direction de Lutte contre la Maladie.

Cet appui a permis des avancées importantes:

- La mise en place d'une équipe de travail de la DLM rationalisée, avec un style de management participatif;
- La mise en place de nouvelles structures de coordination et l'élaboration des documents stratégiques qui ont contribué à améliorer l'efficacité et l'efficience de la lutte contre la maladie et la réponse en face des épidémies;
- L'introduction de nouvelles approches d'analyse des problèmes de santé et mise en réseau avec les provinces pour faciliter l'intégration de la lutte contre la maladie;
- Le renforcement institutionnel de l'INRB et le développement de sa fonction d'appui technique au réseau de laboratoire dans 3 provinces appuyées par la coopération belge (Bas-Congo, Bandundu et Sud-Ubangi).

La DLM est la première et la seule Direction centrale qui est passée d'une structure ancienne, avec un personnel important, sans cadre de travail adéquat et démotivé à une structure rationalisée. Cependant, la durée de l'intervention (48 mois, soit de juillet 2009 au 30 juin 2014) était trop courte pour répondre aux ambitions de changer durablement la structure institutionnelle et de faire avancer la coordination des programmes verticaux et la mise en œuvre de la réforme de l'intégration qui sont aux centres de l'action de la DLM.

1.4.3. L'appui aux structures du SNAME

L'appui aux structures du Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (SNAME) est dans sa deuxième phase dite de pérennisation des acquis, et se trouve en plein processus de clôture.¹ Ce projet apporte un appui institutionnel au PNAM, à la Direction des Pharmacies et des Médicaments pour l'assainissement du secteur pharmaceutique et des 3 CDR (Matadi, Kikwit et Bwamanda).

Cette phase, initialement prévue de janvier 2011 au 31/12/2013, vise l'amélioration de la qualité et l'accès aux soins destinés à la population couverte par les Zones de Santé (ZS), en assurant une disponibilité adéquate au niveau des formations sanitaires en médicaments, dispositifs médicaux et produits de diagnostic essentiels de qualité, à un prix accessible à tous.

Le projet a élaboré un modèle (en cours d'implémentation) de suivi de gestion des médicaments qui instaure la transparence dans le suivi de la consommation et de la valeur du capital médicament afin de garantir un approvisionnement régulier et pérenne.

¹ Ce projet dénommé faussement "appui aux CDR" concerne en réalité toutes les structures du SNAME qui sont la Direction de la Pharmacie et Médicament (DPM), le Programme National d'Approvisionnement en Médicaments (PNAM), les Centrales de Distribution Régionales de Médicaments Essentiels Génériques (CDR) et leur fédération (FEDACME).

Les premiers résultats ont montré qu'avec la tarification forfaitaire, les Centres de Santé (CS) peuvent s'autofinancer à 100% contre près de 50% pour les Hôpitaux Généraux de Références en l'absence de subvention.

L'appui belge a permis une meilleure maîtrise de la gestion financière des CDR dans le sens d'améliorer l'autonomie.

La dernière évaluation du projet a insisté sur la responsabilisation des Divisions Provinciales de la Santé (DPS) dans le suivi de l'approvisionnement des Zones de santé et le suivi de la gestion de leur capital médicament.

1.4.4. L'appui à la future DAF

L'appui à la mise en place de la DAF se fait dans le cadre de la réforme du financement de la santé. La DAF est une structure à créer et à intégrer dans le cadre organique pour reprendre e.a. les fonctions actuelles de la Cellule d'Appui et de gestion (CAG-MSP) dans le cadre de la réforme de la gestion financière du secteur de la santé et de la déconcentration de l'ordonnancement des financements publics.

La Belgique appuie la CAG par le biais de la coopération déléguée via l'Union Européenne (3 million d'euros). Une feuille de route a été adoptée avec des actions à mener pour l'amélioration de la fonctionnalité de la CAG, la mise en place de la Cellule de Gestion des Projets et Marchés Publics (CGPMP) séparé de la CAG, et la mise en place de la DAF conformément au processus de la réforme de l'administration publique.

Actuellement la CAG, qui fonctionne dans la philosophie d'un précurseur de la DAF, est en charge: (i) de la programmation des financements sectoriels, passation des marchés et la contractualisation, (ii) du suivi de la gestion financière de ces programmes, et (iii) de l'appui aux structures du MSP tandis que des marchés public qui sont organisés et réalisés par une autre cellule, la CGPMP.

En application de la feuille de route sur l'organisation et le fonctionnement de la CAG proposée lors de l'atelier de novembre 2013 sur son devenir, et en vue de la mise en place de la DAF, le MSP l'a transformée en lui confiant comme mandats: (i) sa liquidation, (ii) le suivi de l'exécution financière des fonds décaissés au bénéfice des structures de mise en œuvre, et (iii) l'élaboration d'une comptabilité de consolidée du MSP.

2. OBJECTIFS RESULTATS ATTENDUS DE LA PRESTATION

2.1. Objectif général

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

2.2. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques sont en relation direct avec la réforme institutionnelle initiée:

1. Renforcer les capacités managériales de la DEP et lui permettre d'assurer efficacement ses missions dans la mise en œuvre et le suivi-évaluation du PNDS pour l'amélioration de l'accès des populations aux services et soins de santé de qualité.
2. Renforcer le leadership de la Direction de la lutte contre la maladie dans son rôle de coordination et de gestion des maladies endémo- épidémiques et non transmissibles.
3. Renforcer les capacités des structures du SNAME (DPM, PNAM, FEDECAME et CDR) pour assurer une disponibilité adéquate en médicaments, dispositifs médicaux et produits de diagnostic essentiels de qualité, à un prix accessible à tous au niveau des formations sanitaires.
4. Contribuer à la mise en place et le développement de la DAF pour assurer la mise en œuvre de la réforme du financement de la santé.

Vue la spécificité de chaque volet, tous les parties (partenaire Congolais, CTB et Ambassade) ont conclu qu'il est indiqué de travailler avec 4 objectifs spécifiques desquels découlent les résultats par volet comme décrit ci-dessous. La baseline de renforcement issue des phases précédentes, sera établie lors de la formulation par la CTB ainsi que les Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV) qui permettront que les Objectifs Spécifiques soient mesurables et puissent être atteints à l'issue de l'intervention.

2.3. RÉSULTATS PROPOSES

L'appui envisagé aux structures du niveau central du MSP prend en compte les missions spécifiques de chaque structure et les problèmes auxquels elles sont confrontées.

2.3. 1. APPUI À LA DIRECTION D'ETUDES ET PLANIFICATION

Résultat 1: Une planification coordonnée est assurée à tous les niveaux afin de permettre le renforcement du système de santé et en particulier le développement des zones de santé.

Résultat 2: La coordination des appuis des différentes partenaires techniques et financiers du secteur de la santé en termes de synergie et de complémentarité et leur cohérence avec la stratégie sectorielle, sont assurées à tous les niveaux.

Résultat 3: L'élaboration des politiques, des normes et des stratégies du secteur est basée sur la recherche en système de santé à tous les niveaux, mais en particulier au niveau opérationnel.

Résultat 4: Le suivi du développement du secteur est assuré à travers la gestion de l'information stratégique du système de santé provenant de tous les niveaux sous forme de capitalisation d'expériences, d'études ou de bases de données pour l'analyse sectorielle et macro-économique.

Résultat 5: La DEP assure son développement administratif et financier.

2.3. 2.APPUI À LA DIRECTION DE LUTTE CONTRE LA MALADIE

Résultat 1: Le fonctionnement des programmes spécialisés prioritaires est cordonné dans la vision du renforcement de l'intégration dans le contexte de la réforme,

Résultat 2: La surveillance épidémiologique et la réponse contre les épidémies, les urgences et les catastrophes sont renforcées dans une vision multi-bailleurs et multi disciplinaire.

Résultat 3: Le contrôle sanitaire aux frontières et les interventions de l'hygiène de base sont rationalisés au niveau central et dans les DPS.

Résultat 4: Le fonctionnement du réseau des laboratoires est renforcé en appui à la lutte contre les épidémies et les endémies prioritaires.

Résultat 5: La gestion de la Direction de la lutte contre la maladie est renforcée dans la vision de la réforme.

2.3. 3.Appui aux SNAME

Les résultats du programme d'appui au SNAME prennent en compte les missions spécifiques de ses différentes structures (la DPM, le PNAM, la FEDECAME et les CDR).

Appui par rapport à la Direction de la Pharmacie et Médicaments:

Résultat 1: La DPM est organisée selon un modèle plus efficient en vue d'un fonctionnement optimal par rapport à la vision de la réforme.

Résultat 2: L'inspection du secteur pharmaceutique privé et public est renforcée pour assurer la surveillance du marché des médicaments en vue de garantir la circulation des médicaments de bonne qualité.

Appui par rapport au Programme National d'Approvisionnements en Médicaments (PNAM)

Résultat 1: Le PNAM est organisé selon un modèle plus efficient en vue d'un fonctionnement optimal de sa mission.

Résultat 2: La régulation des flux matières, financiers et informations et le suivi de la gestion des médicaments dans toutes les ZS s'approvisionnant auprès des CDRs appuyées, est améliorée par l'utilisation des outils standardisés de gestion élaborés par le PNAM.

Résultat 3: La coordination des CDR et le suivi de leur gestion pharmaceutique sont assurés pour le développement du secteur public des médicaments conformément à la politique pharmaceutique nationale.

Appui par rapport à la FEDECAME

Résultat 1: Le fond de roulement de la FEDECAME est augmenté pour permettre la coordination des approvisionnements et une meilleure disponibilité des médicaments dans les CDR .

Résultat 2: Les capacités de gestion financière, opérationnelles et logistiques (stockage, transport) de la FEDECAME sont renforcées pour augmenter l'efficacité de la chaîne d'approvisionnement et d'assurer l'appui à la gestion administrative, financière et comptable des CDR affiliées.

Appui par rapport aux Centrales de Distribution Régionales

Résultat 1: Les capacités techniques, gestionnaires et logistiques des CDR sont renforcées par la FEDECAME en collaboration avec le PNAM, pour assurer la coordination des approvisionnements dans leur rayon de couverture.

Résultat 2: Les CDR appuyées sont économiquement viables (fonds de roulement) et garantissent la disponibilité des Médicaments Essentiels Génériques (MEG) de bonne qualité aux Formations Sanitaires de leur couverture de distribution.

Résultat 3: Le suivi de la gestion des comptes capital médicament des ZS est assuré dans une approche multi-bailleur.

Un plan d'accompagnement spécifique sera défini par le PNAM pour l'appui à la Centrale Régionale et de Distribution d'Achats en Médicaments de Kisangani, qui intègre le programme d'appui aux CDR pour (i) le renforcement de son organisation et de son fonctionnement, et (ii) la collaboration entre la DPS Tshopo et la CDR pour l'accompagnement des Zones de Santé dans la gestion du capital médicament.

2.3. 4. APPUI À LA MISE EN PLACE DE DIRECTION DES AFFAIRES FINANCIÈRES (DAF)

La mise en place de la DAF portera sur la validation du projet de cadre organique établi en collaboration avec le Comité d'orientation de la Réforme des finances Publiques (COREF) et l'équipe de pilotage de la réforme de l'administration publique.

Selon le processus défini entre le MSP et ses partenaires à l'issue de l'atelier sur la réorganisation de la CAG tenu en novembre 2013 et en vue de son évolution vers la DAF, la mise en place de la DAF sera cadrée autour de trois axes de travail:

- La finalisation et l'approbation du cadre organique de la DAF
- La description des emplois de la DAF à servir de base pour la dotation de cette structure en personnel répondant au profil des compétences
- La sélection du personnel, leur capacitation et leur mise en service pour démarrer effectivement le fonctionnement de la DAF

Pour rappel, cette DAF devra réaliser les missions ci-après:

1. Concevoir, élaborer et vulgariser les avants projets des lois et textes réglementaires sur l'administration et les finances dans le secteur de la santé;

2. Normaliser, réguler et coordonner les politiques, stratégies et normes sur l'administration et le financement du secteur de la santé;
3. Assurer le suivi de la mise en œuvre des politiques, stratégies et normes sur l'administration et les finances du secteur de la santé.

Une étude préparatoire pour la mise en place des DAF a été déjà réalisée avec l'appui du projet de renforcement de la Gouvernance financé par la Banque Mondiale. Deux propositions de cadre organique de la DAF existent respectivement au Ministère de la Santé Publique et au Ministère de la Fonction Publique. L'atelier de consensus pour la validation de ce cadre organique est envisagé d'ici peu avec l'appui du Comité de coordination de la réforme du financement (COREF) en lien avec la réforme de l'Administration publique et la déconcentration de l'ordonnancement.

En fonction de l'évolution du processus en cours, l'intervention belge dans le cadre du PIC 2014-2015 devra assurer la matérialisation de la mise en place de cette DAF selon un modèle efficient et lui permettre la réalisation de ses fonctions et missions.

Cet appui sera additionnel à l'apport de 3.000.000 EUR qui est mise en œuvre via la Coopération déléguée avec l'UE et tiendra compte de la dynamique en cours avec les autres bailleurs potentiels dont l'USAID avec HFG, DFID, coopération canadienne, fonds GAVI, pour définir les contenus de son appui dans cette approche multi-bailleur.

3. MONTAGE INSTITUTIONNEL ET COHERENCE AVEC LES AUTRES BAILLEURS DE FONDS

Ce programme sera mis en œuvre par les structures du Ministère de la Santé Publique en collaboration avec la CTB et en partenariat avec les autres partenaires techniques et financiers qui apportent des ressources aux structures ciblées dans une vision de synergie et de complémentarité. Les 4 volets du programme constituent les 4 directions centrales.

Le pilotage des interventions sera assuré par les responsables des structures avec l'appui des assistants techniques immergés au sein des structures appuyées. La coordination au sein de chaque direction sera assurée à travers le PAO qui inscrira les appuis attendus des différents bailleurs et ce dans le cadre de la réforme de la gestion financière dans le secteur de la santé.

En application de la Charte de Partenariat, un mémorandum d'entente sera signé entre les différents bailleurs en vue d'harmoniser et d'aligner leurs financements respectifs pour garantir la mise en œuvre de l'ensemble des activités des directions appuyées. Ces efforts porteront aussi sur les procédures de gestion et sur l'assistance technique

qui sera immergée au sein de la structure. Le besoin en assistance technique sera clarifié lors de la formulation².

L'intervention belge s'inscrit dans la logique de la matérialisation de l'approche multi-bailleur tout en prenant en compte les avancées obtenues dans la dynamique y afférente. La Belgique s'emploiera à ramener les autres bailleurs et PTF à l'institutionnalisation de leurs appuis dans le secteur santé. A noter que le partenaire congolais reconnaît pleinement l'effort de la Belgique de travailler directement avec les ministères et les autorités. Convaincre les autres bailleurs de rentrer dans cet appui institutionnalisé, contribuera à terme à la durabilité de nos interventions ainsi qu'à la cohérence dans notre dialogue politique (cfr. Charte Partenariat).

Dans le cadre de la coopération entre le Royaume de Belgique et la République Démocratique du Congo, la coordination et le suivi bilatéral de l'ensemble de ce programme santé d'appui du niveau central, sera assurée dans la Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL) conformément aux modalités qui seront définies entre les deux parties.

En matière d'engagements mutuels, le financement belge est complémentaire aux apports additionnels et croissants congolais. Les modalités pour que chacun des parties respectent les engagements pris, seront définies dans la Convention Spécifique. Le suivi de la mise en œuvre de la Feuille de Route sur la gouvernance sera pris en compte dans le dialogue bi- et multilatéral avec la partie congolaise.

La coordination sectorielle se fera à travers le CNP-SS et ses structures. Ce cadre de concertation sera redynamisé dans un cadre multi-bailleurs pour renforcer le dialogue sectoriel en vue de la complémentarité dans le cadre de l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'actions opérationnels des directions et structures appuyées.

Des liens seront établis entre la SMCL et le Comité National de Pilotage du Secteur de la Santé à travers le Comité de Coordination technique auquel la SMCL fera rapport sur les dispositions et les orientations arrêtées lors de ses réunions.

Les modalités d'organisation de ce mécanisme fonctionnel de coordination sera mieux clarifié lors de la formulation qui établira les liens avec le programme santé d'appui provincial.

² Le montage institutionnel ne prévoit pas de monter des unités de gestion de projet au sein des structures appuyées. Une assistance technique immergée au sein de la structure appuyée est envisagée. Le modèle de la DEP peut être utilisé mais en tenant compte des recommandations de l'évaluation finale. En dehors de l'Assistant Technique, il n'y a pas de personnel de la CTB prévu. Une unité conjointe d'appui à la gestion administrative et financière sera envisagée à la représentation de la CTB pour l'appui de l'ensemble du programme santé, conformément aux règles de la gestion en régie.

Pendant la période 2014-2015, outre l'appui de la Belgique, le niveau central comptera sur d'autres apports, notamment:

- Le Budget de l'Etat consacré à la santé et ses différentes interventions sociales, dont l'appui à la mise en place des DAF via la COREF;
- Les appuis des autres coopérations et partenaires techniques et financiers, comme c'est le cas de la COOPI à la DLM, de la Banque Mondiale à la DEP et de l'USAID via Health Financing Governance pour la mise en place et l'organisation de la DAF, ainsi que le nouveau programme indicatif de coopération de l'Union Européenne ;
- L'appui multilatéral du Fonds Mondial TBC, de GAVI ainsi que de l'Unicef et de l'OMS dans leur fenêtre consacré au renforcement du système de santé.

4. RELATION DE LA PRESTATION AVEC LE DSCRP ET LES OMD

Le document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (DSCRP) inclut l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD),

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2011-2015) s'inscrit dans le cadre de l'accélération de l'atteinte des OMD relatifs à la santé. De ce point de vue, l'appui belge apporté au secteur de la santé à travers ce projet, s'inscrit parfaitement dans le cadre de la stratégie de réduction de la pauvreté et l'accélération de l'atteinte des OMD liés au secteur de la santé (la réduction de la mortalité maternelle et infantile, l'amélioration de l'accès de la population aux services de lutte contre la TBC et le VIH/SIDA, e.a.).

5. BUDGET INDICATIF POUR LES DIFFÉRENTS VOILETS

Le cout global de l'appui au niveau central est de 9.500.000 € repartis de la manière suivante:

- 2.000.000 € pour le projet d'appui à la Direction d'Etudes et Planification
- 2.500.000 € pour l'appui à la Direction de Lutte contre la Maladie
- 4.000.000 € pour l'appui aux structures du SNAME (2.000.000 € libellé comme appui à la DPM et 2.000.000 € d'appui aux CDR prévu dans le PIC au niveau décentralisé)
- 1.000.000 € pour l'appui à la mise en place de la Direction des Affaires Financières (à ne pas confondre avec l'appui à la CAG dans sa forme actuelle en coopération déléguée via l'union Européenne)³

Cette répartition est à titre indicatif. La formulation affinera la répartition du budget en fonction des besoins réels dans le respect des engagements inscrits dans le PIC et les autres ressources disponibles.

6. MESURES VISANT LA DURABILITE ET LA PERENITE

- La rationalisation des ressources humaines dans les structures ciblées avec l'appui du programme;

- Le renforcement des capacités des ressources humaines et l'amélioration du cadre de travail pendant l'intervention;
- La dotation adéquate des ressources domestiques par le Gouvernement dans le cadre de l'appui au fonctionnement des structures de l'administration (appropriation de la réforme de l'administration publique).

Dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme des finances publiques et en vue de garantir l'efficacité de l'aide au développement, le Ministère de la Santé mettra progressivement en place les mécanismes de suivi de la gestion des ressources apportés par divers PTF.