

DOSSIER TECHNIQUE ET FINANCIER

PROGRAMME SANTÉ RDC :
PROGRAMME D'APPUI AUX DIVISIONS
PROVINCIALES DE LA SANTÉ ET AUX
ZONES DE SANTÉ (PADP)

RDC

CODE DGD : 3016484

CODE NAVISION : RDC 1419411



LA COOPÉRATION
BELGE AU DÉVELOPPEMENT .be

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS	4
RÉSUMÉ	10
FICHE ANALYTIQUE DE L'INTERVENTION.....	12
1 ANALYSE DE LA SITUATION	14
1.1 CONTEXTE GLOBAL	14
1.2 CONTEXTE SECTORIEL.....	16
1.3 CONTEXTE SPÉCIFIQUE.....	25
1.4 DIAGNOSTIQUE SPÉCIFIQUE DPS ET ZS – FFOM	39
2 ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	49
2.1 ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DU PROGRAMME.....	49
2.2 BÉNÉFICIAIRES	59
2.3 PARTENAIRES.....	60
2.4 LOCALISATION DE L'INTERVENTION.....	63
3 PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE.....	64
3.1 OBJECTIF GÉNÉRAL	64
3.2 OBJECTIF SPÉCIFIQUE.....	64
3.3 RÉSULTATS ATTENDUS.....	64
3.4 ACTIVITÉS À METTRE EN ŒUVRE	67
3.5 INDICATEURS ET SOURCES DE VÉRIFICATION	77
3.6 ANALYSE DES RISQUES	77
4 RESSOURCES	81
4.1 RESSOURCES FINANCIÈRES.....	81
4.2 RESSOURCES HUMAINES.....	83
4.3 RESSOURCES MATÉRIELLES	83
4.4 BUDGET	84
5 MODALITÉS D'EXÉCUTION.....	87
5.1 CADRE LÉGAL ET RESPONSABILITÉS.....	87

5.2	CYCLE DE VIE DE L'INTERVENTION.....	87
5.3	CADRE ORGANISATIONNEL POUR LE PILOTAGE ET LA MISE EN ŒUVRE	89
5.4	GESTION OPÉRATIONNELLE	96
5.5	ADAPTATION DU DTF	105
6	THÈMES TRANSVERSAUX.....	106
6.1	UNE APPROCHE BASÉE SUR LES DROITS HUMAINS	106
6.2	ENVIRONNEMENT	107
6.3	GENRE.....	107
6.4	SANTÉ DE LA MÈRE ET L'ENFANT ET LE VIH/SIDA.....	111
7	ANNEXES	113
7.1	CADRE LOGIQUE	114
7.2	CHRONOGRAMME	122
7.3	TDR PERSONNEL LONG TERME	123
7.4	BUDGET PREMIÈRE ANNÉE	130

ABRÉVIATIONS

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

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

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

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

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

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

RÉSUMÉ

L'intervention « Programme d'appui aux Divisions Provinciales de la Santé (DPS) et aux Zones de Santé (ZS) » (PADP) est une composante du programme santé de la coopération Belgo-Congolaise, qui dans son ensemble vaut 26 000 000 Euros.

Cet appui s'inscrit dans la dynamique de décentralisation en RDC avec la création d'un système de santé en multiples niveaux avec des rôles et responsabilités spécifiques à chacun. L'intervention est prévue pour une durée de 3 ans et compte sur un budget de 13.500.000 Euros.

Les grands défis auxquels l'intervention se donne l'ambition de faire face sont énumérés dans le chapitre 1, plus précisément en section 1.4. Les défis avancés sont structurés suivant la logique de la SRSS, et couvrent le niveau intermédiaire, la Division Provinciale de la Santé (DPS) et le niveau périphérique, la Zone de Santé (ZS).

Les orientations spécifiques de la composante PADP sont le focus permanent sur la qualité des services offerts à la population des ZS, l'introduction – généralisation d'un accès équitable à une offre de services avec tarif uniforme – forfaitaire subventionnée, un développement de l'outil ICT en phase avec le Plan National de Développement de l'Informatique en Santé (PNDIS), un accent sur l'approche basée sur le droits humains. Toute la composante introduit également la stratégie de financement des performances, qui veut que tout financement est conditionné par les performances des acteurs.

L'objectif spécifique de l'intervention est que les zones de santé ciblées montrent une meilleure performance en termes de qualité et accessibilité des soins de leurs services de santé à travers un accompagnement fonctionnel par les ECZS et les DPS. La composante se construit autour de 6 résultats attendus, 3 pour le niveau DPS et 3 pour le niveau Zones de Santé. Pour les DPS il y a lieu d'assurer les performances de DPS qui sont en voie d'être mises en place, renforcer le métier clé de l'appui technique, et dernièrement professionnaliser la gestion. Ce dernier et troisième résultat est d'importance critique pour l'approche multibailleurs et le contrat unique. Il est visé par ce résultat une gestion renforcée des ressources financières (et dans une moindre mesure aussi humaines et matérielles) afin de rendre possible un appui multiacteurs transparent. Les 3 résultats pour les zones de santé s'attendent au renforcement de l'équipe cadre de la zone de santé (ECZS), une mise à niveau des hôpitaux généraux de références (HGR) des 9 ZS et, last but not least, une amélioration de la capacité de résolution de problèmes au niveau des CS par un appui à la gestion, la qualité des soins, l'accès financier et la participation communautaire.

Les ressources mises sont du côté belge un financement sur 3 ans de 13.500.000 Euros, un appui conseil national et international avec l'expertise internationale permanente et perlée, une expertise nationale spécifiquement pour le résultat 3 (gestion des DPS en vue du contrat unique), et des ressources matérielles.

L'appui s'étend sur 3 divisions provinciales, à savoir la DPS de Kwilu avec siège à Bandundu-ville, la DPS de Sud-Ubangi avec siège à Géména, et la DPS de Tshopo avec siège à Kisangani. Les zones appuyées sont pour le Kwilu la ZS de Mokala et Mosango, pour Sud-Ubangi la ZS de Gemena, Bwamanda, Budjala et Tandala, et pour Tshopo les 3 ZS urbaines de Makiso-Kisangani, Kabondo et Lubunga. La durée de l'intervention est de 3 ans avec une durée de la convention de 4 ans. La durée limitée dans le temps a des conséquences importantes pour les caractéristiques des actions et activités à mener (ou ne pas mener) : il va de soi que cette composante s'attellera surtout à des activités « soft » et que le temps ne permettra pas de se lancer dans des constructions (à l'exception de quelques réhabilitations).

La composante s'exécutera en régie, avec une délégation importante de ressources et responsabilités vers le partenaire à travers de conventions de subsides. Cette modalité permet de contractualiser et responsabiliser les différents niveaux d'appui (DPS, ECZS, HGR, CS).

Les synergies entre les trois composantes sont amplement décrites et il convient de souligner dans ce résumé exécutif l'importance d'un programme cohérent et unique, avec un renforcement du niveau central, intermédiaire et périphérique suivant une vision programmatique, tout en intégrant dans les 3 provinces le focus sur la violence sexuelle.

FICHE ANALYTIQUE DE L'INTERVENTION

Titre de l'intervention	Programme d'appui aux Divisions Provinciales de la Santé (DPS) et aux Zones de Santé (ZS)
DGD Numéro de l'intervention	3016484
Code Navision CTB	RDC 14 194 11
Institution Partenaire	Ministère de la Santé Publique
Durée de la Convention Spécifique	48 Mois
Durée de l'intervention	36 Mois
Date estimée de démarrage de l'intervention	2015
Contribution du Pays partenaire	n.d.
Contribution belge	13.500.000 Euros
Secteur (codes CAD)	12110 Health policy and administrative management
Brève description de l'intervention	Ce programme contribue à la réalisation des objectifs du Gouvernement dans le secteur de la santé par son alignement à la stratégie sectorielle, la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) et à son plan de mise en œuvre, et le Plan National de Développement sanitaire (PNDS) 2011-2015. L'appui institutionnel aux DPS constitue une contribution de la Belgique à la mise en œuvre de la décentralisation dans le secteur de la santé.
Objectif Global	Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans le cadre global de lutte contre la pauvreté
Objectif Spécifique	Les zones de santé ciblées montrent une meilleure performance en termes de qualité et accessibilité des soins de leurs services de santé à travers un accompagnement fonctionnel par les ECZS et les DPS
Résultats	Résultat 1: Les performances de la DPS sont assurées en matière de planification, de coordination, de gestion de l'information et du contrôle de l'action sanitaire. Résultat 2: L'appui technique aux ZS par la Division Appui Technique est assuré. Résultat 3: La Gestion au sein de la DPS est renforcée pour une mobilisation efficace des ressources disponibles, leur utilisation efficace et une redevabilité permanente

	pour toutes les parties prenantes. Résultat 4: Les performances des ECZS sont assurées (en matière de planification, l'encadrement efficace des formations sanitaires et la gestion efficiente des ressources). Résultat 5: L'hôpital général de référence (HGR) a amélioré sa capacité de fournir des soins de qualité et accessibles et de gérer rationnellement ses ressources. Résultat 6: Les centres de santé ont amélioré la prise en charge en fournissant un paquet minimal d'activités complet par un personnel compétent et en interaction continue avec la communauté desservie.
--	---

1 ANALYSE DE LA SITUATION

1.1 Contexte Global

1.1.1 Contexte géo-socio-politique de la RDC

La République Démocratique du Congo est située en Afrique Centrale et à cheval sur l'Équateur. Elle est le deuxième pays le plus grand en Afrique avec une superficie estimée à 2.345.000 km².

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

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

Selon les estimations démographiques la RDC compte une population évaluée à plus de 67,5 millions d'habitants¹ (deuxième pays le plus peuplé d'Afrique), avec un taux d'accroissement naturel estimé à 2.53% en 2014, dont la tranche jeune représente environ 70%. La croissance démographique urbaine est en forte augmentation. La volonté des Autorités Congolaises d'opérer des réformes courageuses dans la gestion des affaires publiques et leur engagement dans différents processus du partenariat mondial, ont été des catalyseurs pertinents dans la voie des progrès enregistrés sur le plan macroéconomique qu'il faut poursuivre et rendre durables. Ainsi, grâce à un programme rigoureux de réformes et de redressement économique mis en œuvre depuis 2001, la RDC a atteint son point d'achèvement de l'Initiative en faveur des Pays Pauvres Très Endettés (I-PPTE) et de l'Initiative pour l'Annulation de la Dette Multilatérale (IADM) en juillet 2010 avec à la clé, l'effacement de près de 10 milliards de USA sa dette extérieure.

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

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

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

compétences du pouvoir central et des provinces.

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

1.1.2 Sur le plan économique

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

La RDC connaît une période de croissance économique forte et durable depuis 2009, avec une moyenne de 8.9 % pour la période 2014-2019 (FMI, 2014). Pour autant, le PIB par tête de la RDC (272 US\$ en 2013) reste parmi les plus faibles de la région et a augmenté moins rapidement que dans le reste de la région (RDP, 2014).

Grâce au resserrement de la politique monétaire et à la relative stabilité des indicateurs macroéconomiques, l'inflation dopé à plus de 53 % en 2009, est depuis retombé à moins de 3 % en 2012 (2,63 %). On estime qu'elle devrait s'établir à 0,73 % en fin 2013 contre 6,5 % ciblé en début d'année.

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

Pour lutter contre l'extrême pauvreté, le Gouvernement s'est engagé dès 2006 à mettre en place des réformes à travers une « Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté ». Le Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté - **DSCR 1** couvrait la période 2006-2008. Il a été suivi par un Programme d'Actions Prioritaires (PAP, 2009-2010) afin d'en opérationnaliser ses objectifs en collaboration avec ses Partenaires Techniques et Financiers (PTF). La deuxième Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (SCR 2) adoptée en 2011 fait de l'accès aux services sociaux de base un de ses axes prioritaires (Pilier III). Cette stratégie doit permettre de contribuer à une réduction de la pauvreté (- 11 points entre 2010 et 2015), à travers notamment l'amélioration de l'état de santé et nutritionnel.

Ce **DSCR** 2 (2011-2015) a été établi dans la foulée de l'atteinte du point d'achèvement. Le gouvernement a ainsi manifesté sa volonté de quitter la logique « **d'urgence 25** » pour aller vers une phase de croissance et de développement dont les 6 piliers étroitement liés et interdépendants les uns des autres sont les suivants :

- (i) Renforcer la gouvernance, la paix et l'autorité de l'Etat ;
- (ii) Consolider la stabilité macroéconomique, accélérer la croissance et promouvoir l'emploi ;
- (iii) Améliorer l'accès aux services sociaux de base et renforcer le capital humain ;
- (iv) Protéger l'environnement et lutter contre les changements climatiques ;
- (v) Lutter contre le VIH/Sida ;
- (vi) Promouvoir la dynamique communautaire.

En aval du DSCR 2, le pays a adopté en 2011 son deuxième Plan National de Développement Sanitaire (PNDS II), dont le cycle de réalisation est aligné sur la SCRP2 (2011-2015). Elle vise à consolider le système de santé afin de mieux prendre en charge les besoins de santé de la population.

1.2 Contexte Sectoriel

Il importe de rappeler que le DSCR 2 stipule que l'amélioration de l'état de santé des populations est un objectif à la fois économique et social de développement. La réalisation d'un tel objectif nécessite la contribution de l'ensemble des secteurs de la vie nationale, ce qui revient à agir sur les déterminants de la santé tels que l'eau et l'environnement, l'amélioration des conditions de vie des populations, l'éducation, la promotion de bonnes habitudes alimentaires, etc. L'objectif santé dans le DSCR consiste à prodiguer des soins de santé primaires de qualité à toute la population et en particulier aux groupes vulnérables en vue de combattre les grandes endémies telles que le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose, la trypanosomiase, etc... ainsi que les maladies non transmissibles.

1.2.1 Le système de santé en RDC – déconcentration et décentralisation

Le système national de santé de la RDC a une structure pyramidale hiérarchique classique. Le niveau central avec le Ministère de la Santé Publique (MSP) est actuellement en réforme pour évoluer de 13 à 7 directions. Le niveau provincial compte multiples acteurs comme le Ministre Provincial de la Santé, la Division Provinciale de la Santé - DPS, l'autorité déconcentrée au niveau provincial, les IPS. Le niveau opérationnel quant à lui est la Zone de Santé, ZS.

Avec la décentralisation, les provinces ont dans leurs attributions exclusives l'organisation et la gestion des soins de santé primaires. L'engagement de personnel médical reste une compétence nationale, concurrente, tandis que l'affectation du personnel médical revient exclusivement aux provinces. La législation médicale est une compétence exclusive du pouvoir central. Le contenu précis de ces compétences sera développé dans une loi-cadre sectorielle, en cours d'élaboration, et d'autres textes de loi connexes.

1.2.1.1 Le niveau central : National

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

Le niveau central définit les grandes orientations de la politique sanitaire, les stratégies d'interventions, les normes et les directives. Il assure un appui au niveau des provinces, avec le contrôle de conformité et le suivi de la mise en œuvre en province. Il n'intervient plus dans la mise en œuvre au niveau

opérationnel.

1.2.1.2 Le niveau intermédiaire : la Province

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

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

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

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

1.2.1.3 Le niveau opérationnel : la Zone de Santé

Ce niveau a pour mission la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires. Lors du dernier découpage de 2003, le pays fut divisé en 515 ZS. Une ZS est un espace géographiquement limité et couvrant une population théorique de 100.000 à 150.000 habitants avec un hôpital général de référence (HGR) et assurant un paquet complémentaire activités (PCA)². Elle est elle-même divisée en aires de santé (AS) qui, à travers un centre de santé (CS), couvre environ 5.000 à 10.000 habitants en leur offrant un paquet minimum d'activité (PMA). La ZS est gérée par une équipe cadre de zone de santé (ECZS), elle-même dirigée par un médecin chef de zone (MCZ). Un Comité de Gestion (COGE) présidé par le MCZ, un Conseil d'Administration (CA) présidé par le chef de division de la Division Provinciale de la Santé et un Comité de Direction de l'HGR (CODIR) présidé par le médecin directeur de l'HGR. L'ECZS assure le pilotage du développement de la ZS en tant que système intégré qui offre des soins de santé de qualité, globaux, continus et intégrés. L'AS, couverte par le CS, est lieu de déconcentration des services des soins de l'hôpital pour rapprocher les soins auprès des communautés.

² Dans les régions enclavées et isolées dans une ZS, le concept de Centre de Référence Médicalisé a été adopté

Le mode de tarification dans les ZS n'est pas uniformisé. Néanmoins, il est à observer dans une bonne partie des ZS un tarif forfaitaire par épisode maladie. Le tarif des soins est fixé avec la participation de la population (représentée par un Comité de Santé -COSA), en tenant compte de sa capacité contributive et participative.

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

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

Tableau 1 : Evolution de la situation de quelques indicateurs et résultats de santé de 2007 à 2014³

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

³ Source des données: EDS 2007 et 2013-2014

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

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

La prévalence de la **tuberculose** est en baisse depuis 1990 avec un taux de 94 pour 100 000 en 2012 contre 160 en 2003. L'incidence de la maladie (nouveaux cas/100000 habitants par an) rapporté par l'OMS était de 343 en 2000 et de 372 en 2009.

La **mortalité infantile**, évaluée à plus de 90‰ entre 1997 et 2007 a été réduite de presque moitié en 2013-2014 (58‰). La malnutrition continue cependant de toucher 43% des enfants dont près de la moitié sous forme sévère. La **mortalité maternelle** connaît une baisse constante pour atteindre 846 décès pour 100,00 naissances entre 2007 et 2014, mais reste supérieure à la moyenne régionale (510 pour 100,000). Entre 2001 et 2014, la couverture en soins prénataux est passée de 68 à 88% et le taux d'accouchement assisté de 61 à 80%, alors qu'on note une progression rapide de l'utilisation des moustiquaires imprégnées (56% en 2014 contre 6% en 2007). La couverture vaccinale demeure plus faible que celle des pays pairs et voisins (Rwanda 90%, Burundi 83%, Cameroun 53%). La proportion des enfants complètement vaccinés aurait chuté de 53% à 46% entre 2010 et 2013/2014 (EDS, 2014).

Si le coût est une barrière majeure pour l'**accès aux services de santé**, la qualité dégradée de ces services impacte négativement la demande. Le budget de l'Etat consacré au secteur de la santé est de 7,82 %⁴.

1.2.3 Les priorités et les politiques nationales

1.2.3.1 La Constitution

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

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

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

⁴ Comptes Nationaux de la Santé, 2012

1.2.3.2 Stratégie de Renforcement du Système de Santé - SRSS

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

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

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

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

1.2.3.3 Le Plan National de Développement Sanitaire - PNDS 2011-2015

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

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

sectorielle, ce qui permettrait d'améliorer l'exercice de budgétisation (« Programme d'actions prioritaires et cadre de dépenses à moyen terme 2011-2013 par MSP RDC de septembre 2010 »).

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

1.2.3.4 La couverture sanitaire universelle (CSU):

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

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

1.2.4 Diagnostic global du secteur

1.2.4.1 En relation avec le contexte de la RDC

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

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

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

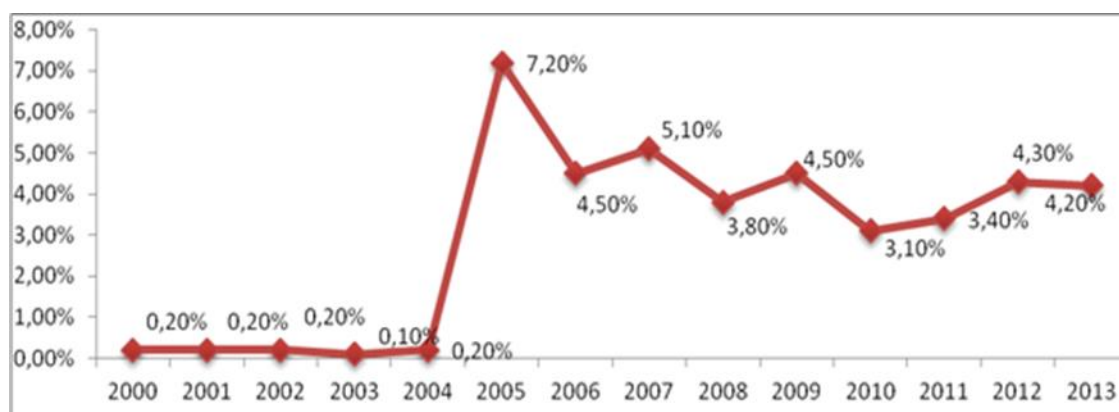


Figure 1 : Allocations budgétaires de l'Etat pour le Ministère de la Santé Publique, 2000-2013⁵

Les taux de décaissement⁶ restent faibles entraînant un bas niveau de réalisation des activités programmées. La faible exécution des dépenses publiques s'est accrue au cours des dernières années, alors que les crédits votés ont généralement été augmentés. Pour le secteur de la santé en particulier, le faible niveau d'exécution s'explique notamment principalement par une surévaluation des crédits sur ressources extérieures et une non-exécution des transferts vers les provinces. (RDP, 2014)

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

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

1.2.4.2 En relation avec le contexte de l'aide

Les stratégies avec une duplicité des interventions au niveau opérationnel ne sont pas harmonisées.

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

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

Au niveau central, il n'y a que 30% des Directions et 23% des Programmes Spécialisés qui reçoivent plus ou moins régulièrement une aide internationale au développement. Quel que soit le volume de cet appui, il reste encore très sélectif.

⁵ Source des données: DEP-MSP.

⁶ 30% d'après la DEP

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

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

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

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

1.2.4.3 En relation avec le système sanitaire de la RDC

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

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

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

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

agréments⁷. L'accroissement de la production de diplômés se fait au détriment de la qualité des compétences et donc de la qualité des services de santé offerts à la population. Le pays fait donc face à une production exponentielle de personnel médical, qui est largement supérieure à la capacité d'absorption du secteur public. La production de personnel de santé, toutes disciplines confondues, a explosé sur la dernière décennie, à travers le développement d'universités et d'écoles provinciales. Le nombre des écoles de formation paramédicale a doublé entre 1998 et 2013, alors que le nombre d'écoles de médecine a été multiplié par 20 en 20 ans, passant de 3 à 61 entre 1998 et 2013.

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

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

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

Tableau 2 : Evolution de la situation du personnel de santé entre 2009 et 2013⁸

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

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

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

⁸ Source: MSP, Annuaire Sanitaire 2013

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

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

Le **système d'information sanitaire** (SIS) constitue un réel problème, il ne permet pas de rendre disponible en temps réel l'information dont les décideurs et les prestataires ont besoin pour la prise de décision. En effet, le rapport d'évaluation de ce système a mis en évidence : (i) la faible qualité des données, (ii) l'existence d'un parallélisme des systèmes de suivi et évaluation avec les programmes spécialisés, (iii) la faible complétude et promptitude des rapports et (iv) une gestion non systématique et non informatisée de données.

1.3 Contexte spécifique

1.3.1 Description succincte des DPS de la fiche d'identification – état des lieux

L'article 2 de la constitution de 2006 de la République Démocratique du Congo spécifie un découpage du pays en 26 provinces, comprenant la ville-province de Kinshasa. Cette nouvelle organisation territoriale se met progressivement en route. L'actuel appui portera sur le Kwilu, le Sud-Ubangi et le Tshopo. Une description des trois DPS est donnée ci-dessous.

1.3.1.1 DPS de Kwilu

Le Kwilu compte en 2014 une population totale de 4.506.350 habitants. La superficie est de 99978 km². La densité de population est de 45 habitants par km². Comme démontré sur la carte suivante (Figure 2), le chef-lieu de la province du Kwilu, Bandundu Ville, est situé de façon totalement excentrée, et ne permet qu'un appui facile sur 4 zones de Santé. La ville de Kikwit est située au centre de la province et dessert 20 ZS.

L'Inpection Provincial de la Santé, le Ministre Provincial de la Santé et le Gouverneur de la Province du Kwilu résident à Bandundu-ville. Les 13 Programmes Spécialisés sont provisoirement sous la conduite de l'IPS.

Le nombre de PTF membres du CPP-SS est de 10. Aucun des 4 groupes de travail créés n'a pris effectivement fonction.

terme un maximum de 75 agents.

A noter que les bureaux pour la DPS ont été construits à Kikwit et non à Bandundu-ville. Les locaux construits à Kikwit ne peuvent toutefois pas abriter l'ensemble des agents.

1.3.1.2 DPS de Tshopo

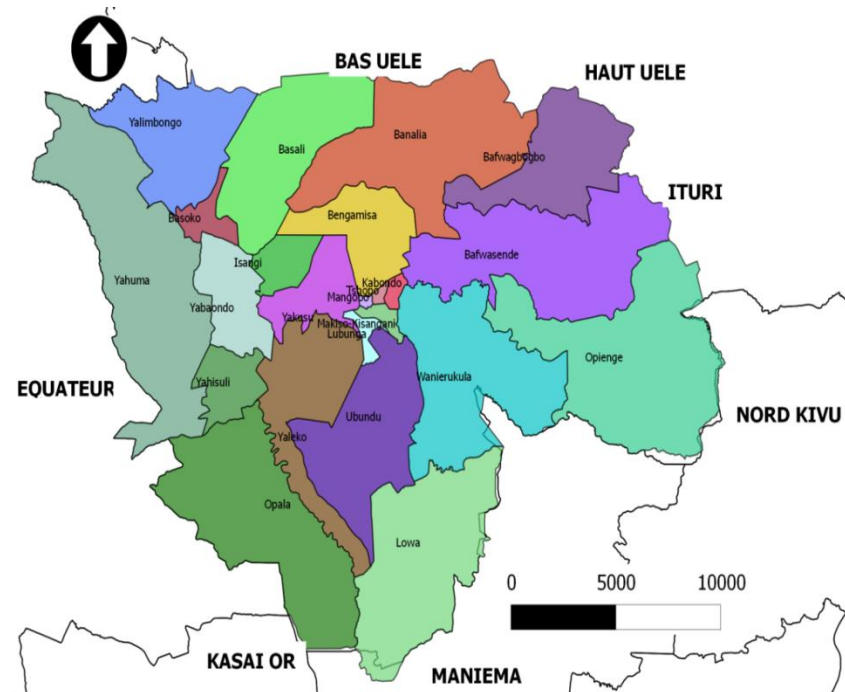


Figure 3 : carte topographique DPS Tshopo

Issue du nouveau découpage provincial, la Division Provinciale de la Santé (DPS) de la Tshopo a pour capitale Kisangani. La superficie de la DPS est de 197.637 km² pour une population totale de 2.789.550 habitants, soit une faible densité moyenne de 14 habitants / Km². Dans la DPS, les voies d'accès aux ZS sont multiples : routières, fluviales, aériennes et par chemin de fer (Ubundu). L'accessibilité géographique est difficile dans 6 ZS.

Tableau 4 : Synthèse DPS de Tshopo

Indicateur	Données
Nombre de Zones de Santé	23
Nombre d'Aires de Santé	408
Nombre d'Hôpitaux Généraux de Référence (HGR)	16
Nombre d'Hôpital Provincial	1
Nombre de CDR	1 (CAMEKIS)
Nombre de Centres de Santé offrant PMA complet	0 / 398
Nombre d' HGR offrant PCA complet	0 /16
Nombre d'ITM fonctionnels	3/20
Nombre de Laboratoire provincial	1

Des 23 Zones de Santé (ZS), 5 sont Urbaines à Kisangani, et 18 ZS Rurales. Selon la SRSS et le potentiel de développement des ZS : 6 ZS sont en développement dont les 3 ZS (Makiso-Kisangani, Kabondo, Lubunga) appuyées par la coopération belge dans le passé et 3 autres appuyées par CARITAS Projet ASSP(DFID)). 11 ZS sont en transition et 6 ZS sont en urgence dont 5 sans hôpital de référence.

L'Equipe Cadre Provinciale (ECP) : Dans le cadre de la réforme, de la rationalisation du personnel des DPS et la mise en place des « Métiers », la nomination des Chefs de Division et de bureaux a eu lieu le 28/10/2014 et leur installation officielle par le Gouverneur le 13/01/2015. A noter que l'Inspection Provinciale de la Santé (IPS) coexiste avec la nouvelle DPS et elle continue de s'occuper de l'ensemble de la Province Orientale, avec un manque de coordination entre les deux.

1.3.1.3 DPS de Sud-Ubangi

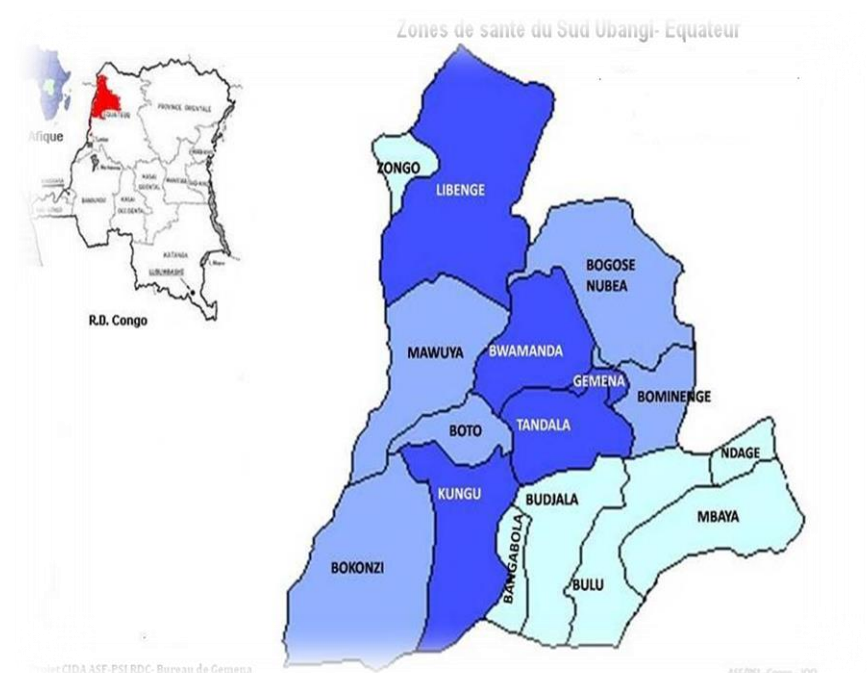


Figure 4 : Carte Topographique DPS Sud-Ubangi

Situé au Nord-Ouest de l'ancienne Province de l'Equateur, le Sud Ubangi compte 4 Territoires administratifs (Gemena, Budjala, Kungu et Libenge), et 15 secteurs, pour une population totale estimée à 2.779.081 hab sur une superficie de 51.648 Km². La densité de la population est de 53 hab./Km².

Tableau 5 : Synthèse DPS de Sud-Ubangi

Indicateur	Données
Nombre de Zones de Santé	16
Nombre d'Aires de Santé	244 (déservies par autant de CS)
Nombre d'Hôpitaux Généraux de Référence (HGR)	11
Nombre d'Hôpitaux Provinciaux	0, (à terme, ce sera l'actuel HGR neuf mais non équipé, de Gemena)
Nombre de CDR	1 (en transfert de Bwamanda à Gemena)
Nombre de Centres de Santé offrant PMA complet	0 (124 offrent le PMA de base)
Nombre d' HGR offrant PCA complet, conformément aux normes	4 (mais 10 offrent les 4 services de base du PCA (MI, Péd, GO, Chirurgie)
Nombre d'ITM fonctionnels	0
Nombre de Laboratoire provincial	1, basé à l'HGR Gemena

1.3.2 Description succincte des ZS – état des lieux

A. ZS de la DPS KWILU

La synthèse santé et les caractéristiques pour les HGR de Kwilu, se trouvent dans le document sous le Tableau 6 et le Tableau 7.

1.3.2.1 ZS de Mosango

La Zone de Santé de Mosango a une population de 117.896 habitants sur 3350km². Elle compte 16 CS avec PMA de base, un HGR et 1 Centre de Référence Médicalisé (CRM) couvrant 5/16CS enclavés.

L'HGR cogéré par une congrégation religieuse, est constitué de 4 services et compte 351 lits et 4 médecins généralistes y exercent. L'ECZS est composée de 8 membres et le BCZS un total de 32 membres, déduction faite de l'ECZS. Le CA (composé de 7 personnes) ne s'est pas réuni en 2014, mais l'ECZS se réunit très régulièrement (92%) et le CODIR se réunit dans la même %. Le taux de supervision est de 79%, à part les CS enclavés et le CRM. Il est à noter que ce dernier est délabré et le plateau technique à nettement améliorer. Il y a un réel problème en terme d'eau potable, de même en terme de fourniture électricité (photovoltaïque) principalement pour les communication entre les AS et la ZS. De même les infrastructures (dont 3 sont au norme) doivent être réhabilités et rééquipés. Nombre de PTF appuyant cette ZS est de 15 (y inclus l'ESF (Electriciens Sans Frontières).

Sur le plan du charroi, 4 véhicule 4x4, dont un vétuste) et de 6 motos.

1.3.2.2 ZS de Mokala

La Zone de Santé de Mokala à une population de 203.789 habitants⁹ sur 4000 km². Elle compte 26 aires de Santé et des formations sanitaires comme détaillé dans le Tableau 6. Une ambulance peut réaliser les transferts des CS vers l'HGR, mais le système de communication ne permet pas d'appeler le BCZS.

Le BCZS de Mokala est logé au sein de l'HGR. L'ECZS compte 5 membres qui se réunissent de façon hebdomadaire : le MCZ, le Médecin Directeur de l'HGR, le Gestionnaire, le Directeur Nursing et le superviseur principal. Le Bureau Central compte 34 agents. Le conseil d'administration a fonctionné correctement en 2014. Le COGE se réunit mensuellement.

L'HGR est un hôpital confessionnel. Il est de type pavillonnaire. Il est en état vétuste. Il n'a n'y eau ni électricité (groupe électrogène en panne). Le château d'eau n'est plus fonctionnel depuis plus de dix ans. Un résumé de quelques informations se trouve dans le Tableau 3.

⁹ Source d'information : Fiche d'Identification

Tableau 6: Synthèse Santé sur les ZS de Mokala et Mosango

Indicateur	Mokala	Mosango	Observations
Nombre d'Aires de Santé	26	16 (Dont 5 enclavées)	
Pharmacie de ZS	+ / mais ligne de crédit CDR suspendue pour la ZS	1 avec lignes de crédit disponibles	
Nombres de CS	26	16	
Nombre de CSR – hôpitaux secondaires	8	1	Souvent en très mauvais état, enclavé et sous-équipé
Nombre d'agents de santé	614	370	
Nombre d'agents salariés et/ou primes de risque	358 sur 614.	208 dans les CS et 122 dans l'HGR (	
Nombre total de médecins dans la ZS	12	5	
Tarification	Multiples systèmes de tarification : tarif par acte	TF	TF Mosango 'faiblement subventionné', mais à relever une mutuelle pour les femmes enceintes
Décès intrahospitalier 2013	20/10000	En 2014 : 154 ¹⁰	
Accouchements assistés	61 %	91% ¹¹	

¹⁰ 124 en 2012

¹¹ 97% en 2012

Tableau 7: l'HGR de Mokala et Mosango : quelques caractéristiques

Indicateur	Mokala	Mosango	Observations
Statut	Confessionnel	Gogestion avec une congrégation religieuse	
Nombre de médecins	3	4	
Nombre d'agents	34	122	
État	Vétuste	OK mais le bloc opératoire, la pharmacie et le laboratoire doivent être réhabilités	
Eau	L'HGR n'a plus d'eau depuis une dizaine d'années, château d'eau pas fonctionnel	OK	
Electricité	Groupe électrogène en panne	Groupe électrogène fonctionne	
Communication	Pas internet , pas de téléphone fixe, phonie dans le BCZS	Oui (par téléphone portable et intermitent)	
PCA	Non offert	Correct	
Pharmacie HGR	+ / ligne de crédit CDR actif	Ligne de crédit et bien géré	
Banque de sang	+ (nouvelle)	Oui	
Radiologie	Un petit appareil mobile de 1970 qui fonctionne encore.	Oui mais vieux	

B. ZS de la DPS TSHOPO

La synthèse santé et les caractéristiques pour les HGR de Tshopo, se trouvent dans le document sous le Tableau 8 et le Tableau 9.

1.3.2.3 La ZSU de Makiso-Kisangani

Dans la DPS de TSHOPO, la Zone de Santé Urbaine (ZSU) de Makiso-Kisangani couvre les 2 Communes de MAKISO et KISANGANI, sur une superficie de 801 km² avec une population générale de 199 023 habitants (soit une densité de 279 habitants / km²). La ZSU connaît une croissance démographique considérable suite à la création de nouveaux lotissements (Mangopi, Météo, Cimesta, Motumbe, Kilanga).

A noter qu'il existe 3 CS de diagnostic et traitement du VIH/Lèpre/Tuberculose, 1 CS pour la prise en charge de la violence sexuelle (VS), 18 CS qui font de la PTME et 20 CS opérationnels en PEV.

1.3.2.4 La ZSU de KABONDO

La ZSU de Kabondo s'étend sur 1439 km² pour une population totale de 163 970 hab. soit une densité moyenne de 114 hab. /km².

Parmi les 23 médecins on trouve 2 spécialistes, chirurgien et médecine interne. Sur les 301 il y en a seulement 25 qui ont des salaires d'Etat et le reste n'a que la prime de risque. 250 n'ont que des primes locales, et tous reçoivent sur des recettes propres.

1.3.2.5 La ZS de LUBUNGA

La ZSU de Lubunga située sur la rive gauche du fleuve Congo (voir carte plus haut) s'étend sur une superficie de 740 km² pour une population totale de 149 909 habitants soit une densité moyenne de 202 hab. /km².

Sur 17 CS fonctionnels 12 sont en mauvais état. Tous les 17 CS offrent un PMA de base tandis que 9 (soit 53%) offrent un PMA complet.

L'Equipe Cadre de Zone (ECZ) : Elle est composée de 13 membres et ne répond pas à la norme, avec une pléthore d'infirmiers (5 IS et 2 DN), et persistance de la verticalité au détriment de la polyvalence.

Un nouveau BCZS de Lubanga a été construit en 2014 par la coopération belge mais n'a pas été équipé en meubles.

Tableau 8 : synthèse santé sur le ZS de Makiso-Kisangani, Kabondo et Lubunga

Indicateur	Makiso-Kisangani	Kabondo	Lubunga	OBSERVATIONS
Nombre d'Aires de Santé	18	16	18	
Pharmacie de ZS	1	1	1	
Nombres de CS	18	16	17 (12 en mauvais état)	
Nombre d'agents de santé	614	254	134 dans les CS	
Nombre d'agents salariés et/ou primes de risque	358	244	118	
Nombre total de médecins dans la ZS	12	23	11	
FOSA avec Tarif forfaitaire/total FOSA	Oui, dans 13 CS sur 18	OUI dans 13 CS /16	13/17	
Décès intra hospitalier 2014 (ou derniers chiffres)	2,3 %	3 %	3,9 %	
Accouchements assistés (%)	80%	74%	78%	

Tableau 9 : les HGR de Makiso-Kisangani, Kabondo et Lubunga : quelques caractéristiques

Indicateur	Makiso-Kisangani	Kabondo	Lubunga	OBSERVATIONS
Statut	Etatique	Confessionnel	Etatique	
Nombre de médecins	16	23	19	
Nombre d'agents	416	301	107 (26 salariés par l'état)	
Accès à Eau	Pas d'eau courante	Pas d'eau courante	Château d'eau	Pas d'eau courante = pas relié au réseau. Mais possible puits propre.
Accès à l'Électricité	Groupe électrogène	Non relié au réseau public. Groupe propre et coupures intempestives	non	
Communication	non	non	non	Les HGR sont sous couverture GSM mais pas d'abonnement internet
PCA	Non offert	non	non	
Pharmacie HGR	ligne de crédit CDR actif	oui	oui	
Banque de sang	Peu fonctionnelle	fonctionnelle	Peu fonctionnelle	
Radiologie	Le service de radiologie n'est pas fonctionnel	Fonctionnel mais l'échographe est en panne	Non fonctionnelle	

C. Zones de santé du SUD UBANGI

La synthèse santé et les caractéristiques pour les HGR de Sud-Ubangi, se trouvent dans le document sous le Tableau 10 et le Tableau 11.

1.3.2.6 Zone de santé de Bwamanda :

Population : 228.712 hab. Superficie 2509 km² ; Couverture sanitaire: CS 16 ; HGR 01 ; CSR 03. Couverture sanitaire globale : 89,2%. 1 HGR de 244 lits montes.

1.3.2.7 Zone de Santé de Tandala :

Population totale : 274.967Hab. Superficie : 2000 km²; Densité : 137hab/km². Aires de santé (AS) opérationnelles 16 ; CS 16 ; Poste de santé: 25 ; HGR : 126 lits.

1.3.2.8 Zone de santé de Budjala :

Population totale : 125.766 hab. soit 6,2% de la population de la DPS Sud-Ubangi. Superficie de 3214 km². Densité de 38 hab./Km² (moyenne nationale : 25 hab./km², et de l'Equateur : 15 hab./km²). 13 AS planifiées et toutes opérationnelles (13 CS & 12 PS) ; 1 HGR et 1 CH; 1 ITM

1.3.2.9 Zone de santé de Gemena

Pop Totale de la ZS: 336923hab. Superficie : 2000 km². Densité : 168 hab./km² ; Nombre d'aires de santé: 21. AS opérationnelles/ PEV: 21 ; Sites PTME 5/24 ; UNTA 5; UNTI 1.

Tableau 10 : Synthèse Santé sur les ZS de Budjala, Bwamanda, Gemena et Tandala

Indicateur	BUDJALA	BWAMANDA	GEMENA	TANDALA	OBSERVATIONS
Nombre d'Aires de Santé	13	16	21	16	
Pharmacie de ZS	1	1	1	1	
Nombres de CS	13	16	21	16	
Nombre d'agents de santé	127	141	303	181	Certaines ZS présentent des effectifs inférieurs aux normes
Nombre d'agents rémunérés (salariés et/ou primes de risque)	100	36	100	103	MEMISA verse une petite prime au personnel à Budjala
Nombre total de médecins dans la ZS	4	4	20	4	Tous sont médecins généralistes sauf celui de Gemena qui a un master en santé publique.
FOSA avec Tarification forfaitaire/total FOSA	100%	100%	0%	0%	La DPS envisage l'instauration dans toutes les structures
Décès intra hospitalier 2014 (ou derniers chiffres)	4,80%	2,10%	2,60%	3,60%	
Accouchements assistés (%)	73%	54%	64%	70%	

Tableau 11 : les HGR de Budjala, Bwamanda, Gemena et Tandala: quelques caractéristiques

Indicateur	BUDJALA	BWAMANDA	GEMENA	TANDALA	OBSERVATIONS
Statut	Etatique	Confessionnel	Etatique	Confessionnel	
Nombre de médecins	3	4	19	4	
Nombre d'agents	50	85	183	80	
Accès à Eau	Non	Oui	Non	Non	Besoin de système d'eau avec citerne et des puits d'eau ou Forage+ système solaire de remontée d'eau
Accès à l'Électricité	Groupe electrogène disponible	panneaux solaires qui alimentent la maternité, bloc, soins intensifs et le laboratoire	Générateur éclaire tout l'HGR. Seul le Laboratoire a l'énergie solaire	générateur disponible irrégulièrement approvisionné en carburant.	les hôpitaux sont dans le noir la nuit sauf interventions chirurgicales nocturnes. Source d'énergie solaire souhaitable
Communication	Internet disponible abonnement MEMISA	Internet et phonie	non	aucun moyen de communication	Présence des réseaux de communication
PCA	inComplet	inComplet	inComplet	inComplet	En général, manquent des soins bucco-dentaires et ophtalmologie + Formation en anesthésie et réanimation. Les hopitaux de Bwamanda et de Tandala ont un plateau technique assez élevé
Pharmacie HGR	OUI et actif	OUI et actif	oui	Oui et actif	
Banque de sang	Fonctionnelle	Fonctionnelle	fonctionnelle	fonctionnelle	Les Banques sont vides par insuffisance des donateurs de sang et rupture en marqueurs pour la préqualification
Radiologie	Echographie+ appareil radiographique.	Echographie+ appareil radiographique.	echographie	Echographie+ appareil radiographique	utilisation programmée selon les interventions ou la stérisation...

1.4 Diagnostique spécifique DPS et ZS – FFOM

1.4.1 La DPS et les PTF vis-à-vis de la SRSS (DPS TSHOPO, SUD UBANGI et KWILU)

Situation de la Décentralisation : province, DPS/IPS	
Forces	Faiblesses
1. Rapprochement de l'administration sanitaire des administrés (agents) tenant compte des réalités locales et appropriation de l'action sanitaire par les acteurs ; 2. Mise en place des DPS. Existence d'infrastructures pour que la DPS joue son rôle. 3. Existence des textes, normes et réglementaires	1. Lenteur dans la mise en place de la réforme Résistance de certains hauts cadres et certains PTF ; 2. Insuffisance des ressources (financières, logistiques, etc....) 3. Sur le personnel : Les agents non classés, la Fuite des cerveaux vers les PTF; 4. Concentration des partenaires dans les milieux urbains 5. Duplicité des missions dévolues à l'IPS (organisation de la lutte contre les maladies)
Opportunités	Menaces
1. L'engagement du gouvernement et des partenaires en faveur de la décentralisation et de la réforme de l'administration publique. 2. Implications du Gouverneur dans l'installation de la DPS (Kikwit)	1. L'organisation des élections nationales, provinciales et locales. Risque d'influence des facteurs géo politiques. Non prise en compte des besoins en fonctionnement des DPS dans le budget provincial 2. Excentricité du siège de la DPS du Kwilu par rapport aux ZS
Qualité et gestion des Ressources Humaines : rationalisations, besoins de personnel et des ressources matérielles et financières	
Forces	Faiblesses
1. Existence d'un cadre organique des DPS rationalisé 2. Rationalisation des RHS en cours; Recrutement du personnel sur base d'un processus transparent de sélection. 3. Présence d'un noyau de cadres sélectionné et formé. Existence des compétences locales et qualifiées pour compléter la dotation des DPS. *	1. Insuffisance des RH compétentes, qualifiées et sélectionnées Les agents non classés ; 2. Faible rémunération des RH instabilité: des cadres formés et fuite des cerveaux suite au mauvais traitement payé 3. Absence d'infrastructures d'enseignement répondant aux normes, inexistence de diversité des filières d'enseignement** 4. Absence de service de maintenance technico-

4. Existence d'un logiciel de gestion Tompro	médicale 5. Non-alignement par plus de la moitié de PTF
Opportunités	Menaces
1. Les PTF qui appuient la permanence du personnel. 2. Volonté de certains partenaires dans l'alignement (Memisa, BM, UNICEF, FM, BTC/CTB, ...	1. Les PTF qui "vident de cadres les structures publiques. Les facteurs géopolitiques dans la nomination et affectation du personnel. 2. Lourdeur du processus de redéploiement du personnel issu des DPS par la Fonction Publique 3. Perquisitions des véhicules par les autorités publiques
Programmes verticaux et durabilité. Niveau d'intégration dans la DPS. Situation dans l'IPS	
Forces	Faiblesses
1. Implication d'animateurs de programmes dans la DPS (EPP). Disponibilité x transfert des compétences aux EPP 2. Processus d'intégration des activités des programmes spécialisés dans le PAO et PTT de la DPS ; 3. Participation des programmes aux revues de la DPS 4. Présence d'une feuille de route d'intégration dans le Kwilu	1. Procédures d'intégration des programmes non encore définies ; 2. Faible rapportage des programmes vers la DPS 3. absence d'un plan social de gestion des RH à l'IPS (retraite, etc) ; 4. Missions verticales des programmes dans les ZS 5. Pour la DPS, gestion opaque des ressources des programmes.
Opportunités	Menaces
Disponibilité et volonté de certains PTF à s'engager dans la charte de l'intégration (GIBS)	Non alignement de certains PTF qui appuient ces programmes
Fonctionnement et efficience de la DPS (ECP) et des ZS (ECZS). Régulation	
Forces	Faiblesses
1. ECP et ECZ mises en place et fonctionnent de manière minimale ; 2. Existence d'un noyau de l'ECP. 3. Normes d'organisation et de fonctionnement disponibles Élaboration et diffusion des instructions opérationnelles. 4. Élaboration des PTT tirés du PAO 5. Tenue des réunions des CA dans les ZS.	1. Insuffisance des ressources financières pour permettre un fonctionnement optimal 2. Faible capacité logistique des équipes de gestion de la DPS ; 3. Insuffisance des missions de supervision, de coaching et d'accompagnement des ZS 4. Chevauchement des activités 5. Les PAO 2015 ont pris du retard

Opportunités	Menaces
Existence des PTF pour le développement	Pour le Kwilu, excentricité de la DPS à Bandunduville (et son éclatement en deux sites : Kikwit et Bandunduville)
Coordination des PTF de la DPS et des Zones de santé.	
Forces	Faiblesses
1.*Tenues des réunions de coordination avec les PTF 2. Ouverture d'un compte bancaire pour la DPS et les ZS 3. Existence des organes de coordination : CPP-SS, CA, etc. 4. PAO existant qui devra inclure les différents bailleurs 5. Existence d'un projet « synergie » de Memisa	1. Absence d'un cadre formel avec les PTF pour leur alignement aux différents plans (budgets dans les PAO de la DPS et des ZS); 2. Manque des cadres du bureau gestion des ressources 3. Non maîtrise des informations financières des partenaires ; 4. Les commissions du CPP non fonctionnelles ainsi que des groupes de travail
Opportunités	Menaces
Groupes de travail, CPP. Processus vers "Contrat unique"	1. Budgets PTF figés à l'avance et gestion non partagée avec la DPS 2. Instabilité politique et sécuritaire
Fonction « Recherche » et mécanismes de capitalisation (mémoire institutionnelle)	
Forces	Faiblesses
1. Existence de compétences en capitalisation et recherche et expertise en SP dans les DPS 2. Existence d'un comité d'éthique.	1. Manque de financement pour les recherches opérationnelles 2. Déficit d'encadrement des ECZS à la recherche et la capitalisation
Opportunités	Menaces
1. Existence des PTF, du projet PADP de la CTB 2. Présence de projet de recherche	*Non prise en compte de la recherche comme priorité par le gouvernement
Gestion de l'information sanitaire	
Forces	Faiblesses
Existence d'un logiciel DHIS 2	1. Faible % du personnel de la DPS formé en

	DHIS2 2. Multiplicité de canevas 3. Personnel non formé dans les ZS
Opportunités	Menaces
Retour de bailleurs qui peut favoriser les renouvellements des abonnements au réseau Internet	Instabilité des personnels formés en gestion de l'information sanitaire

1.4.2 Zones de santé des DPS TSHOPO, SUD UBANGI et KWILU

Qualité des prestations de soins : 1 ^{er} échelon : les centres de santé.	
Forces	Faiblesses
Personnel : Disponibilité du personnel qualifié et formé partiellement (ordinogrammes de soins, maternité à moindre risque, PF, PCIMA...) Qualité des soins : Disponibilité des protocoles des soins (ordinogrammes, fiches techniques, GATPA, PTME ...) dans les CS. Permanence des soins infrastructures, matériels et équipements : Existence d'une majorité de structures de santé avec des infrastructures et équipement de base en bon état. Médicaments : Accès à des MEG de bonne qualité. Un bon pourcentage (73% x Tshopo) des Centres de santé ont des lignes de crédit MEG à la CDR. Disponibilité des médicaments traceurs, ... Supervisions/coaching Existence de personnel qualifié et formé pour la Supervision ainsi que des plans de supervisions /Coaching des prestataires des FOSA	Insuffisance du personnel en milieu rural et pléthore au niveau urbain ; insuffisance de sages-femmes de formation. Démotivation du personnel par la modicité de la rémunération ; Mouvement incessant du personnel. Personnels peu recyclés. PMA incomplet dans la majorité des FOSA et de faible qualité (équipement incomplet) ; Non-respect des ordinogrammes, non maîtrise des partogrammes par la majorité des prestataires. Faible réalisation des enquêtes de satisfaction programmées auprès des communautés Couverture sanitaire insuffisante (Sud-Ubangi). Infrastructures déficientes, Peu d'accès à l'énergie électrique et l'eau potable. Absences de bâtiments propres à l'État. Equipements manquants ou peu durables (chaîne de froid,...) Pratiques frauduleuses (pharmsac, rabattement, sous-notifications des malades, ...) Faible utilisation des lignes de crédits (33% en 2014 à Tshopo) : persistances des approvisionnements parallèles à la CDR

Existence du système de référence et contre référence	Persistance des ruptures de certains MEG à la CDR, longue durée de livraison, Faible gestion des MEG par les CS.
Hygiène	Faible réalisation de supervisions/ coaching des prestataires des CS ; contraintes logistiques.
Existence d'incinérateurs, fosses septiques et fosses à placenta.	Faible qualité de supervisions des prestataires : nécessité d'un accompagnement régulier.
	Manque de moyens de transport pour les évacuations. Mauvais accueil des malades ; Dysfonctionnement de la référence et contre référence.
	Aucun personnel formé en hygiène dans tous les CS. Mauvaise gestion de déchets biomédicaux au niveau des CS
	Délabrements parfois assez avancés des infrastructures et des équipements
	Ordinogrammes récents peu disponibles et souvent non ou mal utilisés
	Faible qualité relationnelle entre prestataires et bénéficiaires
Opportunités	Menaces
Existence des PTF d'appui à la ZS	Retrait des PTF. Prolifération des structures privées lucratives peu régulées
Participation communautaire	
Forces	Faiblesses
Existence des organes de participation communautaire (CAC, COGE, CODESA) dans les aires de santé ; existence des APA, des ASLO (Sud-Ubangi). Tenue des réunions de CODESA avec compte-rendu (76% à Tshopo).	Faible implication des membres communautaires. Peu des RECO formés. Démotivation (nécessité de revoir la notion de bénévolat) et conflits d'intérêt. Faible qualité des réunions tenues ;

Utilisation des services par la population (financement communautaire) 11% du budget du PAO 2014 (Tshopo)	Les membres de CODESA ne sont pas formés sur la cogestion ; Non Implication de certains APA. Non-respect des procédures de recrutement des RECO (élections et mandats non renouvelé, ...). Et bénévolat douteux dans certaines AS et démotivation Irrégularité de la tenue des CA Faible fonctionnalité des CAC
Opportunités	Menaces
Participation aux campagnes de masse et certaines formations. Appui des PTF et le retour de l'appui belge Présence de quelques mutuelles Projet CAO 4-5 mobilise la participation communautaire	L'arrêt de l'appui des PTF Statut et position peu claire des RECO Les us et coutumes et de certaines 'religions'
Qualité des prestations de soins : 2ème échelon : l'hôpital général de référence	
Forces	Faiblesses
Personnel Disponibilité du personnel qualifié et compétent (médecins et infirmiers) Infrastructures Quelques HGR réhabilités avec infrastructures adéquates.	Pléthore du personnel administratif et en âge de retraite. Absence des autres catégories : anesthésistes, dentistes, pharmaciens, kinés, technicien d'assainissement, radiologues Démotivation du personnel par la modicité de la rémunération. Insuffisance des matériels et équipement de base pour l'offre du PCA (réanimation, banque de sang) ; blocs opératoires parfois délabrés, état des

Matériels et équipements	lits et matelas. Inexistence de plan de maintenance, manque de ressources.
Qualité des soins et audits	Mauvais accueil des malades. Guide thérapeutique non actualisés (2009), non utilisation par les nouveaux médecins. Non réalisation des audits cliniques.
Disponibilité du guide thérapeutique et autres protocoles de soins (PTME, ARV, Tuberculose ...) Tenue des réunions scientifiques.	
Existence des Services de Base fonctionnels	Ruptures fréquentes des médicaments à l'HGR : difficultés/absence de ligne de crédit à la CDR, mauvaise gestion des MEG (flux matière et financier).
- Disponibilité en MEG - L'accompagnement de l'ECZ - Fonctionnalité du CODI	
Supervisions/coaching	Faible réalisation de supervisions des prestataires de l'HGR (supervisions internes, coaching de l'ECZ et ECP)
Hygiène hospitalière	Comité d'hygiène non fonctionnel (pas de réunions, pas d'activités). Absence d'équipement de base pour l'hygiène et assainissement. Absence de l'eau courante dans certains HGR.
Existence du personnel formé sur l'hygiène hospitalière et d'un comité d'hygiène notifié (Tshopo)	Mauvaise gestion des déchets biomédicaux. Absence de clôture dans les HGR.
Opportunités	Menaces
Existence des PTF d'appui à la ZS	Retrait des PTF.
Le retour de l'appui belge et la présence des autres PTF	Kisangani : La présence de l'ISTM dans les locaux de l'HGR. Prolifération des débits de boisson tout autour de l'HGR.
S'inspirer de la plateforme hospitalière (Kinshasa)	Non intégration des tradipraticiens
Acquisition d'ambulances médicalisées	Transformation des CSR médicalisé en « Hôpital secondaire »
Recueil des données et leur gestion	
Forces	Faiblesses
Existence de SNIS. Disponibilité des outils de rapportage (canevas SNIS mensuel,	Prestataires non formés en SNIS harmonisé et en DHIS2. Insuffisance des KITS informatiques ; Manque de connexion internet. Faible complétudes

registres,) au niveau des FOSA. Tenue des réunions d'analyse des données à tous les niveaux (CS, HGR et BCZ). L'accompagnement des EPCS par l'ECZ. Existence de gestionnaire des données. ECZ formés en monitoring	et promptitude. Non disponibilité des registres harmonisés (imprimés) dans FOSA ; Multiplicité des canevas de rapportage et logiciels des données : surcharge des prestataires. Faible analyse des données (CS et HGR); Non réalisation d'audits de qualité des données ; Archivage défectueux à tous les niveaux (CS, HGR et BCZ) ; Non-respect du circuit de rapportage par certains PTF et programmes spécialisés ; Faible réalisation de monitoring à la base (faible accompagnement et insuffisance de moyens Multiplicité de canevas Reprographie et registres non subventionnés Manque d'abonnement à Internet
Opportunités	Menaces
Retour de l'appui et présence des autres PTF Possibilité de validation des données avec le FBP	Retrait de PTF. Insécurité
Accessibilité et coût des soins	
Forces	Faiblesses
Relativement bonne couverture sanitaire. Application de la tarification forfaitaire dans la majorité des FOSA de ZS (41/55 Tshopo); Existence des initiatives d'accessibilité financière dans certaines ZS (mutuelles, MUSA, fond d'équité pour indigents, etc.)	Faible utilisation des services, taux élevé des évadés et créances non recouvrées, surtout à l'HGR. Absence de Mutuelles de santé ou mécanisme de prépaiement (assurance maladie) ; L'arrêt des inscriptions payantes des ménages ; Absence de subvention pour la prise en charge des indigents ;

La tarification forfaitaire si elle est appliquée	Faible fonctionnalité de l'ambulance ; Tarification payante par acte dans certaines FOSA (surtout HGR). Références trop tardives (non-respect des ordinogrammes) Surfacturation des prescriptions et prescriptions irrationnelles et orientation de patients vers des pharmacies 'ciblées'
Opportunités	Menaces
Retour de l'appui belge et présence des autres PTF Impact des mutuelles	Arrêt des subventions par la CTB Faible pouvoir d'achat de la population la rendant incapable de faire face au coût de soins en absence des subventions ; L'insécurité nocturne.
Gestion MEG	
Forces	Faiblesses
<u>Existence de la CDR</u> et le maintien des lignes de crédit MEG <u>Quelques Personnels formés</u> : en gestion des MEG et finances à tous les niveaux (CS, HGR et BCZ) ; Outils de gestion Disponibilité des outils de gestion imprimés des MEG (à tous les niveaux (CS, HGR et BCZ) Approvisionnements Majorité des CS avec ligne de crédit MEG à la CDR Recouvrement du capital médicament dans certains CS. (Tshopo) Gestion de stock Réalisation des inventaires à tous les	Non disponibilité de certains MEG à la CDR, Rupture régulière de stock et faible taux de satisfaction des commandes par la CDR (40%) ; Non maitrise de la tenue des outils de gestion des MEG dans certains FOSA (identification des besoins, ...) Insuffisance par l'ECZS de suivi des prestataires dans la gestion des MEG ; Absence de ligne de crédit pour les HGR et quelques CS. Faible utilisation des lignes de crédits (33% en 2014) : <u>persistances des</u>

niveaux (CS, HGR et BCZ) Disponibilité des intrants des programmes spécialisés <u>Accompagnement</u> par la DPS et le CDR des ZS dans la gestion des MEG selon les normes PNAM	<u>approvisionnements parallèles à la CDR</u> Faible recouvrement des couts de MEG. Mauvaises conditions de stockage des MEG dans le dépôt répartiteur ; Le surstock des intrants de lutte contre le VIH ; Rupture de certains items de la LNME au niveau des CDR
Opportunités	Menaces
Retour de l'appui belge Approvisionnement des intrants spécifiques par les PTF (programmes spécifiques)	La faillite de la CDR alors que les lignes de crédit des ZS ne sont pas absorbées ; Le détournement des fonds alloués au renouvellement des MEG ; La circulation des MEG de qualité douteuse. Arrêt des projets spécifiques (FM, PEPFAR...) Exigence de l'Etat de taxer les MEG Utiliser du 'capital médicament' pour certaines dépenses dans les ZS Multiplicité de lignes de crédits avec une comptabilité singularisée au niveau du CDR

2 ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

2.1 Orientations stratégiques du programme

2.1.1 Les principes généraux du programme

2.1.1.1 Définition d'un programme de coopération

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

Il s'agit en premier lieu d'une coordination politique de différentes interventions relativement indépendantes l'une de l'autre. En effet, le danger principal de plusieurs interventions dans un même secteur se trouve dans le fait que les initiatives d'innovation se contredisent et ne sont pas mises en commun. Les différentes initiatives de financement du secteur servent d'exemple. La BM, l'UE et la coopération belge, indépendamment l'une de l'autre, ont pris des initiatives pour remédier à la commercialisation¹² des soins de santé en RDC. Le résultat est l'existence de 3 approches différentes de financement des soins, qu'il faut après essayer harmoniser. Loin de dire que cette situation était évitable, mais entre interventions belges au moins, cette coordination des initiatives devrait être possible¹³.

2.1.1.2 Description du programme dans son ensemble

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

La Figure 5 montre les 3 grandes composantes du programme. Important dans le schéma sont les liens horizontaux et verticaux entre les interventions individuelles, indiquant le besoin de communication et de coordination entre elles. Des mécanismes de communication et de coordination entre les différents niveaux seront établis pour assurer la cohérence entre eux, facilitant ainsi également la capitalisation des expériences de terrain. Chaque composante du programme identifiera ses propres activités et aura une indépendance de gestion et de décision. Des mécanismes de concertation et de planification conjointe seront établis cependant pour s'assurer que les synergies et actions complémentaires soient réalisées. Ces synergies et complémentarités sont explicitement listées (sans être exhaustives) dans chaque DTF. Ceci implique aussi que les acteurs (cadres nationaux, mais surtout les ATI et ATN) s'identifient avec le programme et mettent leurs compétences en commun dans un pool d'expertise, plutôt que d'être liés chacun uniquement à son volet ou projet spécifique.

¹² La commercialisation des soins est définie comme la dérive que les soins ont comme objectif principal d'enrichir le soignant au détriment de la qualité des soins et le bien-être du patient, indépendamment du fait qu'il s'agit de services publics ou privés.

¹³ Cette coordination politique est la raison principale pour laquelle le coordinateur du programme doit avoir obligatoirement un profil d'expert sectoriel.

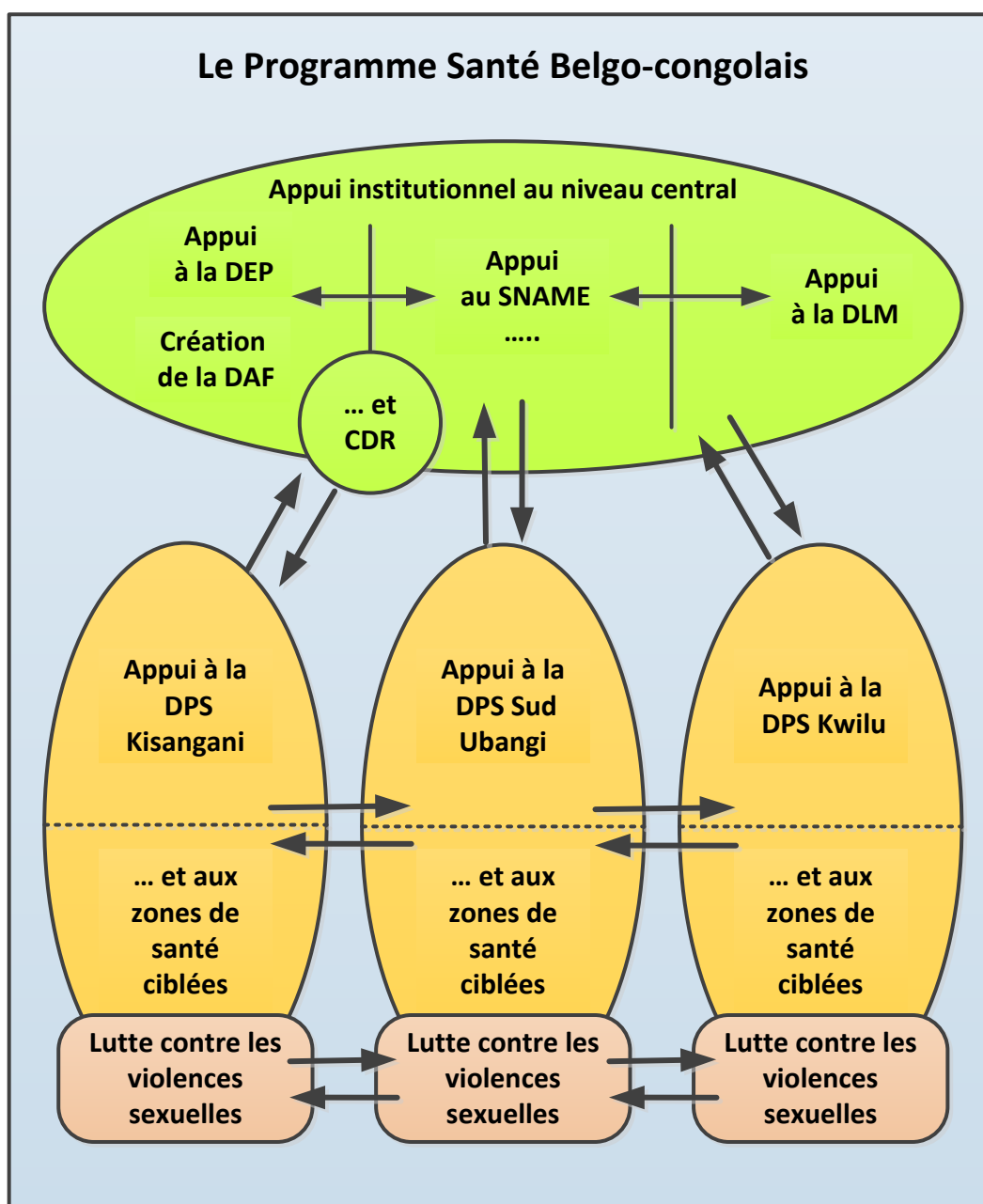


Figure 5 : Le programme santé Belgo-congolais

Cette coordination est tout d'abord une coordination au sein du secteur¹⁴ et se réalisera en appuyant les structures de coordination prévues dans la politique de santé du pays. Il s'agit du conseil national de pilotage du secteur de la santé (CNP-SS) au niveau national, des comités provinciaux de pilotage (CPP) et des conseils d'administration (CA) des Zones de Santé.

¹⁴ La coordination des entités congolaises est prioritaire sur la coordination des projets. Les interventions se coordonneront tout d'abord à travers la coordination des structures congolaises dans lesquelles elles sont intégrées.

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

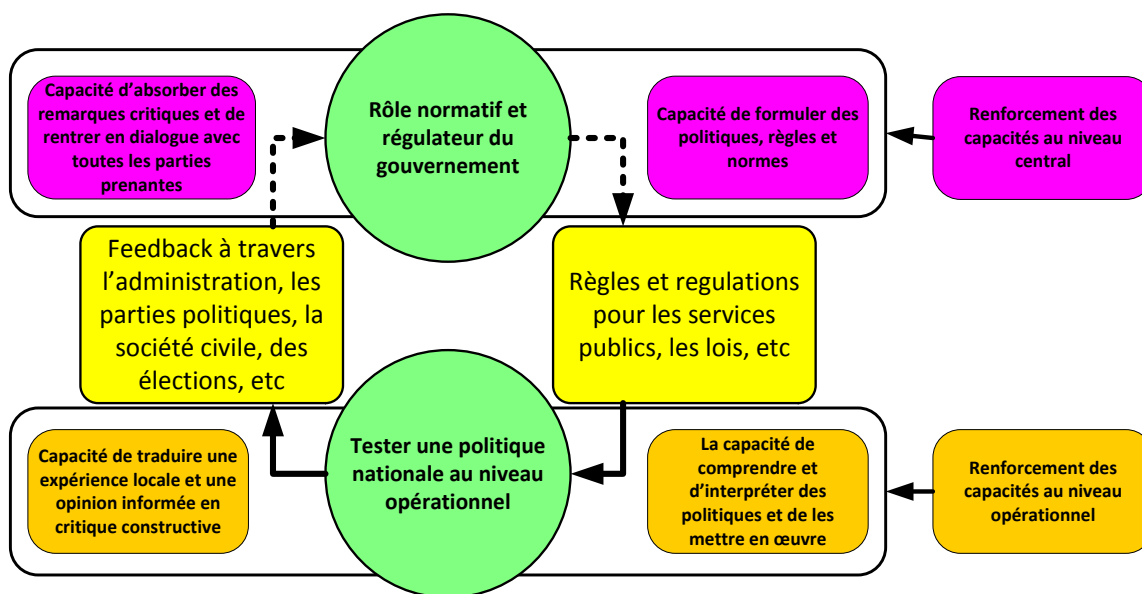


Figure 6: Conception globale d'un programme d'appui à un secteur technique

La Figure 6 montre comment le programme d'appui au secteur santé en RDC a été conçu. Le développement étant un processus cyclique de formulation d'une politique qui se confronte avec l'expérience de sa mise en œuvre, le programme d'appui intervient en appui aux différents niveaux d'organisation des soins avec des rôles distincts pour le niveau central (conception des politiques ; violet dans le schéma) et le niveau opérationnel qui est essentiellement sensé mettre en œuvre la politique mais pas sans une interprétation, voire une adaptation aux circonstances locales (orange dans le schéma). Chaque niveau doit disposer de plusieurs capacités techniques et opérationnelles pour faire face à ces rôles. Ainsi le niveau central doit développer une capacité de concevoir des politiques efficaces et réalistes, mais aussi une capacité d'écoute de toutes les parties prenantes afin d'apprendre des opinions, des leçons et des expériences documentées (recherche-action ; action probante). En partie, il s'agit ici d'une attitude plutôt que d'une capacité intellectuelle. Finalement, le niveau central doit développer et mettre en œuvre des stratégies de communication et de dissémination des politiques vers le niveau opérationnel. Les DPS, installées récemment conforme la politique de décentralisation du pays, ont aussi un rôle dans la conception et dissémination d'une politique sectorielle, adaptée au contexte de chaque province. Vu leur indépendance relative par rapport au niveau central, leur articulation et complémentarité avec ce niveau central restent à construire et le programme d'appui de la coopération belge aura une attention particulière pour appuyer le renforcement, voire la définition de ces relations fonctionnelles. Les opportunités de coordination et d'échange entre niveau central et DPS sont traduites dans ce DTF en activités de planification, capitalisation, évaluation et introduction conjointe d'outils de gestion et de soins. Les relations entre la future DOGS et les DPS seront particulièrement prises en compte dans le programme d'appui, étant donné que les enjeux de qualité des soins sont énormes et que cette direction centrale est relativement peu appuyée actuellement par les partenaires au développement.

Par contre, le niveau opérationnel devrait avoir la capacité de traduire les politiques en action concrète, être capable de réaliser le monitoring des initiatives et de traduire d'une façon autonome les expériences ainsi accumulées en propositions constructives d'adaptation des politiques à adresser, en premier lieu, au niveau provincial (DPS). Les DPS à leur tour devraient faire remonter les expériences et propositions au niveau central afin d'alimenter le développement continu d'une politique nationale cohérente. Les zones de santé constituent donc le véritable niveau opérationnel qui nécessite une relative autonomie de décision et d'action afin de pouvoir gérer les expériences concrètes et pratiques qui permettront une

réelle capitalisation.

2.1.3 Accompagnement du processus de développement sectoriel

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

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

Par rapport à la planification, les interventions s'alignent sur les plans annuels des institutions appuyées. A terme, la planification spécifique de la composante disparaîtra avec le contrat unique et la planification conjointe multi-acteur, qui indiquera quels aspects du plan provincial ou zonal seront activement appuyés que ce soit financièrement (conventions de subsides) ou techniquement et par quel acteur. Une telle approche s'inscrit parfaitement dans la volonté des autorités congolaises de coordonner l'ensemble des partenaires au développement autour d'un plan commun congolais. La partie congolaise considère que les PAO soient un outil de coordination : un seul plan opérationnel intégré par niveau prenant en compte les interventions de tous les bailleurs.

Pour une meilleure coordination entre parties prenantes, le ministère a créé à chaque niveau de la pyramide sanitaire un organe de coordination :

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

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

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

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

2.1.4 Une approche intégrée et coordonnée

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

2.1.4.1 Une évaluation et planification annuelle conjointe

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

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

2.1.4.2 Une coordination horizontale à 2 niveaux

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

Pour le niveau des DPS, la SMCL annuelle (voir chapitre 5, point 5.3.2.2 – SDS) permettra de réunir les parties prenantes pour profiter des échanges d'idées et des expériences. La SMCL biannuelle par contre se tiendra par province comme déterminé sous le point 5.3.2.1.

Les ateliers de capitalisation (voir point suivant) représentent une autre occasion évidente.

2.1.4.3 Des ateliers de capitalisation et la participation coordonnée aux revues annuelles du secteur

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

2.1.4.4 Mise en commun des compétences individuelles

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

2.1.4.5 Visites de coordination

L'ATI coordinateur fera des visites de terrain et organisera la communication et la mise en commun des expériences, soit lors des visites trimestrielles des DPS, soit à Kinshasa. Il pourra déléguer certaines visites de terrain à d'autres ATI du niveau central, ou les joindre à sa mission selon les thèmes à couvrir.

2.1.4.6 Visites de backstopping et d'appui scientifique international

Des visites de backstopping (EST siège) et d'appui scientifique (institutions ayant une expérience académiques internationales et congolaises) seront organisées au moins semestriellement. Un lien explicite sera fait avec le projet RIPSEC. Ces visites viseront en principe l'ensemble du programme et

animeront l'équipe du programme plutôt que les ATI individuellement. Cette approche n'empêche pas d'adresser des problèmes plus spécifiques ou des composants individuels du programme, mais remettra les constats et débats toujours en perspective avec l'ensemble du programme d'intervention.

2.1.4.7 Les évaluations externes intégrées

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

2.1.5 L'approche multibailleurs

L'approche multibailleurs est définie comme une approche, pilotée par les autorités congolaises, qui vise la mise en commun des moyens de tous les bailleurs autour du développement du secteur de santé en RDC. Cette intention reflète la ferme volonté de la partie congolaise pour créer plus de harmonisation et d'alignement dans le secteur parmi tous les bailleurs.

L'écart entre la situation réelle et les intentions reste néanmoins un point d'attention. Des bailleurs souvent présentent des points de vue divergents (vision sur le système de la santé, son développement, les logiques administratives différentes, et des stratégies divergentes avec comme exemple les nombreuses initiatives autour de la tarification des soins et le financement des services). Devant ces divergences une coordination nationale est capitale tant au niveau national que dans les provinces et les zones de santé. Un rôle important est donc réservé au GIBS afin d'arriver à une position conjointe, non seulement sur le diagnostic des faiblesses du système, mais aussi sur la manière d'y répondre. Dans ce contexte, la Belgique s'est toujours montrée dynamique et volontaire dans le passé et jusqu'à aujourd'hui de façon constante alignée sur les politiques et stratégies du partenaire. Le programme belge en santé en RDC considère cette approche multibailleurs comme un processus nécessaire et incontournable envers de plus en plus d'alignement et d'harmonisation. Il jouera dans ce sens un rôle très proactif.

Les interventions s'inscrivent dans la mise en place rapide d'une approche multibailleurs sur différents plans :

- Le coordinateur du programme renforcera techniquement le GIBS qui contient peu de compétences techniques de santé publique. Les autres ATI seront invités selon les besoins et thèmes abordés par l'ambassade belge.
- Les interventions belges appuient techniquement et financièrement la fonctionnalité des organes de coordination congolais qui ont comme but principal la coordination des bailleurs.
- Les interventions belges travailleront vers plus d'harmonisation (et d'alignement) sur certains dossiers techniques santé publique. A titre d'exemple, les interventions travailleront vers une harmonisation des stratégies de financement pour arriver à une stratégie nationale unique. L'ATI économiste de la santé lié à la DEP travaillera sur ce sujet presque plein temps. Les appuis aux DPS regarderont de leur angle la même problématique.
- La recherche-action et les exercices de capitalisation des expériences du niveau opérationnel prévus dans les interventions belges créeront de nombreuses occasions de concertation impliquant l'ensemble des bailleurs.
- Les ATI du niveau central participeront dans des groupes de travail techniques dans lesquels les autres bailleurs participeront également.
- Les interventions belges dans la santé s'intègrent à terme totalement dans les planifications des structures qu'elles appuient. La complémentarité avec les autres bailleurs qui appuient les mêmes structures et activités sera continuellement négociée conformément au contrat unique,

qui sera mis en place. Ceci aura par exemple comme conséquence, puisque la BM déjà finance les équipes DPS de Kwilu et de Sud Ubangi, que la Belgique financera l'équipe DPS de Tshopo pour leur revenu. C'est le principe de fongibilité horizontale.

- La flexibilité en termes de planification et gestion des interventions belges, combinée avec l'insertion complète dans les structures congolaises, permettra un ajustement continu des interventions lors de la phase d'implémentation toujours dans le respect de la fongibilité horizontale. Pour le démarrage, un budget détaillé par province est mis en annexe.
- Dans le domaine du financement des ressources humaines : le PADP appuiera les ressources humaines à travers le contrat unique qui sera signé au niveau des 3 DPS. Priorité sera donnée au financement de la partie financement basé sur les performances, sur base du cadre de performances défini conjointement avec toutes les parties prenantes et particulièrement poussé par la banque mondiale.

2.1.6 Stratégies spécifiques pour le PADP

Dans cette partie spécifique, en dehors de ce qui précède, le DTF décrit le focus stratégique spécifique de l'intervention, les idées maîtresses qui à tout moment devront guider l'intervention du niveau provincial et zonal. Il s'agit de :

1. La qualité des services offerts à la population.
2. Un financement des performances sur base des évidences de services réellement offerts
3. Une information fiable à travers une digitalisation suivant le PNDIS.

2.1.6.1 La qualité des services offerts à la population à la une des préoccupations

La qualité des soins et services consiste à mettre en œuvre le plus d'éléments possible pour garantir aux patients une qualité de prise en charge diagnostique et thérapeutique optimale. Lorsque la qualité des soins apportée est bonne, la population bénéficiera des meilleurs résultats possibles, et les risques de complications ou de maladies dues à la prise en charge du patient (pathologies iatrogènes) seront limités au maximum.

Cette intervention dans le secteur de la santé, si elle n'a aucun impact sur la qualité des soins et services, n'a guère de sens. Le programme santé – composante PADP - place la dimension «qualité des services rendues à la population » dans le top 3 de ses ambitions. C'est d'ailleurs aussi une des recommandations principales de l'évaluation finale des interventions précédentes.

Dans la mise en œuvre, multiples mécanismes seront mises en place pour travailler sur la qualité des services.

Dans le résultat 6, le niveau centre de santé et le niveau communautaire est le premier ciblé. Le paquet minimum d'activités à offrir aux populations ne peut pas être négocié et de façon uniforme et constante, la population doit avoir accès à ce paquet avec des prestations de qualité. Pour cela, des centres de santé doivent répondre à un minimum d'exigences en matière d'hygiène, sécurisation, personnel. Le matériel permettant de soigner doit être présent, le personnel doit être formé et motivé, des outils, normes, protocoles, instructions thérapeutiques doivent être disponibles. Et surtout, les communautés doivent être considérées et renforcées comme parties prenantes incontournables : c'est pour eux que toute la production de services de santé est faite, et c'est avec leur financement en grande partie que les services sont rendues possibles. Des enquêtes de satisfaction seront menées auprès des populations, les acteurs dans les comités de santé seront formés, les mécanismes de contrôle populaire mis en place. Dans le résultat 5, la qualité dans les 9 HGR appuyés est visé : audits cliniques suivant standards nationaux et internationaux, études sur les circuits des patients pour détecter les inefficiences et inefficacités, programmation moyen terme du développement des HGR, formations du personnel à

l'assurance qualité et l'accréditation seront de façon constante introduite. Dans les sites manquants les conditions d'hygiène de base, après conduite d'une étude permettant de fixer les grandes priorités dans le domaine de l'hygiène et la sécurisation, des actions appropriées seront menées (gestion des déchets, adduction d'eau). Le malade bénéficiera d'une meilleure qualité des services également grâce à une mise en place d'un système de transfert des patients. Les tarifs seront forfaitaires et subventionnés sur base de la qualité des prestations. Les populations participeront au processus à travers les comités de santé. Dans le financement des performances, le « contrôle communautaire » sera également développé pour contrôler et améliorer la qualité. Les résultats 2 et 4 contribueront indirectement à l'amélioration de la qualité, à travers la mise en place de mécanismes de supervision, formation et coaching.

2.1.6.2 Un tarif forfaitaire subsidié conjointement avec un financement basé sur les performances dans les hôpitaux généraux de référence.

La tarification fait appel à la notion de tarif qui se définit comme « dispositions réglementaires fixant le montant de la redevance payée par le particulier usager d'un service ». La tarification se définit alors comme l'action de fixer des tarifs de prestation de service ou de cession des biens. La tarification est la structure de paiement par catégorie de malade/maladie/service, qui est décidé par la structure compétente. Les tarifs doivent être préalablement portés à la connaissance du public et être affichés très visibles aux usagers.

Plusieurs systèmes existent :

- Tarif à l'acte : c'est l'acte médical qui est tarifé. De la sorte, le prix à payer sera la somme des différents actes dont a bénéficié l'utilisateur multipliée par les tarifs de chaque acte en totale abstraction de la pathologie traitée.
- Tarif à l'activité - pathologie : c'est l'activité (ou l'ensemble d'activités) exercée par un praticien qui est payée dans le cadre d'une pathologie.
- Tarif forfaitaire : le caractère du tarif forfaitaire est sa fixation à l'avance sans une véritable relation exclusive avec ce que doivent coûter les prestations dont va bénéficier l'utilisateur ou le client.
- Tarif forfaitaire subsidié : ici un bailleur intervient dans le financement du forfait : ce système a été développé dans certaines ZS de la RDC déjà et garantit un financement consistant des services offerts à la population : le financeur contribue donc au financement des « outputs » ou services offerts à la population.

Le FBP est le transfert d'argent ou de biens matériels d'un organisme de financement ou autre soutien à un bénéficiaire, basé sur la condition que celui-ci entreprenne une action mesurable ou atteigne une cible de performance prédéterminée. Lancé comme innovation depuis maintenant 15 ans en Afrique, le FBP a bel et bien fait preuve d'une capacité importante de lancer des dynamiques de changement dans le système de santé. Même si un FBP est sensible au contexte et qu'un FBP est donc souvent différent d'un pays à un autre, certains éléments restent invariables :

- Le FBP finance des outputs, des services offerts
- Le FBP varie en fonction d'une performance « mesurable »
- Le FBP s'inscrit dans un esprit de contrôle communautaire : le bénéficiaire est sondé, consulté et donnera son appréciation sur les services reçus.

Dans le cadre des zones appuyées, (voir également l'analyse de la situation), une double opportunité se présente : 1) dans la plupart des ZS la tarification est différente : certaines ZS appliquent de façon homogène des tarifs forfaitaires, d'autres appliquent un tarif à l'acte différent par aire de santé (AS), et dans les HGR les tarifs sont parfois à l'acte, parfois à l'activité, parfois par forfait. Le PADP voit ici une

opportunité d'harmonisation des tarifs dans toutes les ZS en favorisant une transparence et prévisibilité optimale pour les populations : un tarif forfaitaire. 2) De l'autre côté, il se présente une belle opportunité pour le PADP de fusionner les deux approches de financement, et d'appliquer des subsides au tarif forfaitaire uniformisé conjointement au FBP. Les avantages sont évidents : paiement d'outputs unifié avec tarif harmonisé, vérification de la qualité par les pairs et le bénéficiaires à travers le FBP, contrôle communautaire sur le système de subsides et du FBP. Dans les zones bénéficiant l'appui de la BM, une approche conjointe doit être développée, alors que dans les 3 ZS de Tshopo, le financement belge portera sur le TF et sur le FBP dans les HGR.

Les modalités de financement et les budgets nécessaires seront approuvées par la SMCL et par la SDS, afin de garantir une distribution équitable des ressources financières. A noter également que le FBP ne sera pas seulement mis en place au niveau de HGR, mais à tous les niveaux : au niveau des DPS dans le cadre du contrat unique pour le financement de la partie variable des ressources humaines, au niveau des Zones de Santé dans le cadre des performances des ECZS (voir Activité 4.1), et que cette approche nécessite l'action conjointe avec toutes parties prenantes, en fonction des moyens et du temps disponible.

2.1.6.3 Renforcement de la participation et du contrôle communautaire

Un système de santé performant doit être construit du bas vers le haut, suivant des concepts rationnels, universels, répondant à des valeurs essentielles. Cette construction implique une participation de toutes les parties prenantes de façon optimale. Le rôle et l'importance des communautés ici sont essentielles : ils contribuent considérablement sur le plan financier ; ils sont le bénéficiaire clé du système ; ils livrent les ressources humaines ; ils influencent les déterminants de la santé, ils portent une grande responsabilité dans la santé. Ceci dit, trop souvent, les professionnels de la santé ne les ont pas considéré à leur juste valeur, alors que la revitalisation des ZS (premier axe stratégique de la SRSS) sans inclusion des communautés risque de s'avérer illusoire.

C'est pour cela que le PADP développe implicitement et explicitement des mécanismes de participation et de contrôle communautaire : enquêtes de satisfaction après des communautés (Activité 4.2), renforcement des organes de participation communautaires au niveau des zones (CAC ; COGE ; CODESA) (Activité 4.2) et au niveau des DPS (Activité 1.3 et 1.4), formations des relais communautaires (Activité 6.3), mise en place de système de vérification communautaire dans le cadre du FBP (Activité 4.1 et 5.3), mise en place de mécanisme communautaire d'appui à la demande (Activité 4.3).

2.1.6.4 L'information sanitaire disponible grâce à la digitalisation et l'implémentation du PNDIS

A l'initiative de la DEP, la Belgique a financé en 2014-2015 le développement du PNDIS : Plan National de Développement de l'Informatique de la Santé. Ce PNDIS a comme objectif la mise en place d'un ensemble cohérent et efficace de technologies qui permettront une gestion optimale des informations de santé dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS et de la SRSS. L'informatisation du secteur de la santé n'est pas un objectif en soi, mais plutôt un instrument pour la réalisation des objectifs du PNDS et la SRSS.

Validé officiellement en mai 2015, le PNDIS devient un « incontournable » pour le développement du secteur. Tout investissement dans le domaine de l'ICT doit impérativement s'inscrire dans la stratégie du PNDIS, afin d'éviter le patchwork, les petites actions et investissements « ad hoc », qui dureront le temps de l'intervention.

Le PNDIS contribuera à la réalisation des objectifs du PNDS à travers 5 stratégies importantes:

- Une amélioration de la rentabilité du système de santé avec une traçabilité accrue des prestations, acteurs, bénéficiaires ;

- La rationalisation des investissements grâce à la gestion des informations sur les biens mobiliers et immobiliers du secteur et leur état fonctionnel ;
- Une amélioration de la réactivité du système de santé ;
- Une pérennisation des investissements à travers le renforcement des capacités humaines et des mécanismes durables de financement ;
- Une collaboration intersectorielle à travers une inter connectivité performante.

Il va de soi que ici aussi une bonne articulation avec la composante PANC est essentielle.

2.1.6.5 Une approche basée sur les droits humains

En RDC le droit à la santé est formellement ancré dans la Constitution de 2006 (Art. 47), qui en plus réaffirme de façon spécifique le droit à la santé de la jeunesse (Art. 43) ainsi que l'engagement de l'État dans la lutte contre la violence sexuelle (Art. 15). La réalisation du droit à la santé - internationalement reconnu comme un des droits sociaux, économiques et culturels – doit se faire de façon progressive à fur et à mesure de la disponibilité des ressources.

Par définition l'État joue un rôle-clé comme responsable principale pour la réalisation du droit à la santé et a l'obligation de prendre les mesures nécessaires afin d'assurer sa réalisation progressive qui se situe sur plusieurs niveaux. Il s'agit notamment de l'amélioration de la disponibilité des services de soins de santé, de leur accessibilité géographique et financière et de leur acceptabilité sociale et culturelle ainsi que de l'assurance de la qualité des soins. Une approche basée sur les droits implique également qu'on garde un focus spécifique sur les droits et les besoins des populations les plus vulnérables, à base des principes de non-discrimination et d'égalité, ainsi que sur la participation communautaire et le renforcement de la redevabilité des différents acteurs concernés..

Le programme santé s'inscrit pleinement dans cette approche basée sur les droits humains et n'envisage pas seulement le renforcement du rôle du MSP au niveau central dans le développement du cadre normatif et régulateur nécessaire mais met aussi un accent spécifique sur l'amélioration de l'accessibilité des soins de qualité au niveau opérationnel par cet appui au niveau aux DPS et zones de santé. Ceci se fera au travers de plusieurs initiatives comme, par exemple :

- une rationalisation et optimalisation de l'utilisation des ressources disponibles au niveau des DPS et ZS;
- un appui au développement d'un système de financement de la santé afin de faciliter l'accès de la population aux soins ;
- un appui au développement d'un système d'approvisionnement de médicaments et d'équipements de qualité assurée ;
- un appui aux Centres de Santé (première niveau) et aux Hôpitaux Généraux de Références (2ième niveau) dans la fourniture de services de qualité de façon permanente, conformément au Paquet Minimum d'Activités (CS) ainsi que le Paquet Complémentaire d'Activités (HGR) ;
- l'appui à la diffusion et l'utilisation des protocoles de prise en charge appropriées aux contextes socio-culturels et socio-économiques des régions d'intervention ;
- une attention spécifique pour les droits et les besoins des victimes de violences sexuelles.

La participation communautaire est assurée à plusieurs niveaux en collaborant et en renforçant les différentes structures communautaires (les Relais Communautaires, Comités d'Action Communautaire, CODESA) et la promotion de la participation communautaire active dans différentes structures de concertation, dans les enquêtes de satisfaction ainsi que dans la sensibilisation et la prévention de la violence sexuelle.

2.2 Bénéficiaires

Les bénéficiaires sont :

- la population Congolaise des ZS dans les Provinces de concentration éligibles de l'appui de cette intervention, qui bénéficie de meilleures prestations de santé comme détaillé en Tableau 12.
- les populations en général dans les autres zones de santé dans les provinces ciblées à travers l'appui aux DPS.
- les cadres du MSP tant au niveau intermédiaire que périphérique, et, en particulier, les prestataires, actuels et futurs, au sein des structures bénéficiaires de cet appui.
- les cadres du MSP du niveau central à travers son alimentation en informations stratégiques et bonnes pratiques.

Tableau 12 : DPS, ZS et populations bénéficiaires directs (source, Fiche d'Identification)

1. DPS Sud-Ubangi	2.705.262 habitants
ZS de Bwamanda	222.050 habitants
ZS de Budjala	118.546 habitants
ZS de Gemena	327.108 habitants
ZS de Tandala	251.615 habitants
2. DPS de la Tshopo	2.873.237 habitants
ZS de Kabondo	163 970 habitants
ZS de Lubunga	144.756 habitants
ZS de Makiso	193.226 habitants
3. DPS du Kwilu	4.288.456 habitants
ZS de Mosango	117.896 habitants
ZS de Mokala	203.789 habitants

2.3 Partenaires

Sous l'approche multibailleurs présidant la conception de ce projet, la question concernant les partenaires avec qui travailler devient essentielle. Le MSP et le Groupe Inter Bailleurs Santé (GIBS), dont fait partie la Belgique, ont signé une Charte de Partenariat, qui engage tous les partenaires à travailler dans une logique de complémentarité et de synergie dans les zones d'intervention. En pratique, cette synergie n'est pas encore très développée dans les provinces et dans les zones de santé. La développer, reste un défi majeur à relever par ce projet, en partant de l'unicité des fonctions et plans de chaque structure.

Au moment de la formulation (mai 2015) quelques partenaires avaient planifié des appuis aux deux niveaux, DPS et ZS. Une synthèse est présentée ici pour ce qui concerne, d'abord les 3 DPS, et ensuite les 9 ZS qui sont appuyées par le projet.

2.3.1 Partenariats au niveau de la DPS

La Division Provinciale de la Santé, en tant que nouvelle structure, nécessite des appuis concertés des bailleurs pour qu'elle puisse mettre en œuvre, durant la période 2015-2018, les fonctions qui lui sont attribuées dans la réforme. De façon sommaire, parmi les bailleurs prévus, seuls la BM et la CTB envisagent un appui institutionnel de l'ensemble de la DPS. Les autres, surtout UNICEF, Fond Mondial (Paludisme, TBC, SIDA) et GAVI ne prévoient que quelques appuis variables, toujours dans le cadre de ses programmes verticaux (vaccination, CAO 4&5, Palu, etc.). DFID intervient à la Tshopo via Caritas dans un programme d'appui aux SSP qui n'a que peu de ressources pour la DPS. Reste à apparaître le financement que doivent transférer les programmes spécialisés en intégration de leurs actions au niveau intermédiaire. Ces apports couvriraient selon le MSP/DEP plus de 50% des besoins de la DPS.

Tableau 13: Information sur la situation des appuis futurs des PTF aux 3 Divisions Provinciales de la Santé

Organisation (PTF)	Période des	Type d'appui dans chaque DPS			Commentaire
		Sud Ubangi	Kwilu	Tshopo	
BM	2015 - 2019	Aide via un contrat de performance couvrant personnel et activités.			Sans montants
CTB	2016-2018	4,5 m€			
UNICEF	2015-2017	Appuis prévus pour la DPS : Elaboration le PAO, Réunions de CPP+ activités du PAO sans spécifier. Fonds sous gestion de la DPS. Dans le cadre de ses interventions : CAO 4 et 5, Nutrition, Immunisation, PTME et WASH.		Idem. Sur les prog. Nutrition, Immunisation, PTME, WASH et Urgences	Sont Ok pour la synergie, mais sans précisions.
DFID → IMA → Caritas				Projet ASSP : Réunion de CPP et coordination	
Fond Mondial DPS	2015-2018	- Organiser les missions du cadre normatif SNIS -tenir les revues semestrielles de validation des données -réaliser les Audits semestriels des données	Idem qu'au Sud Ubangi : missions SNIS, revues semestrielles des données et audits.		
Fond Mondial ZS	> 2016	La DPS va gérer directement les fonds qui sont prévus pour les ZS			
	Paludisme	Dans le cadre du Renforcement du SS : Appui à la DPS dans le Suivi & Evaluation.			-
	TBC		Paquet d'intervention TBC	Paquet TBC	
	VIH-SIDA				
GAVI	2015-2019	Prévu Renforcement du système de santé - Fond pour la mise en place et fonctions normatives des DPS. (2015 : via OMS appui 1 coach x 6 mois x DPS),			
MEMISA (DGD Belgique)	2015	Petit appui pour combler le gap jusqu'à l'arrivée du projet CTB. Appui des DPS dans le cadre de concertation et d'harmonisation (CPP, PAO provincial...)			

2.3.2 Partenariats au niveau des zones de santé

Tableau 14 : Information sur la Situation des appuis aux Zones de Santé appuyées

PARTENAIRES	DOMAINE d'ACTIVITE	KWILU		TSHOPO			SUD UBANGI			
		MOSANGO	MOKALA	MAKISO	KABONDO	LUBUNGA	GEMENA	BWAMANDA	TANDALA	BUDJALA
BM	stratégie de financement (FBR)	X	X				X	X	X	X
UNICEF	Interventions à haut impact : CAO 4 et 5	x	x				X	X	X	X
	Nutrition, immunisation, PTME.	x	x	x	x	x	x	x	x	x
GAVI	Renforcement du Système de Santé (élaboration des PAO, réunions de suivi evaluation, du CA de Zone. Appui à la vaccination.	X	X	X	X	X	X	X	X	X
SANRU (Fond Mondial)	- missions du cadre normatif SNIS - revues de validation des données - Audits semestriels des données	X	X	X	X	X	X	X	X	X
MEMISA	Appui à l'ECZS, l'HGR, les CS. (coordination à faire lors du projet)	X								X
OMS	Appuis surtout pour la surveillance épidémiologique	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Congo Dorpen CDI Bwamanda	Appui léger à l'ECZS et les CS. (coordination à faire lors du projet) Appui à la mutuelle de santé.							X		
WORLD VISION	Appui au niveau Communautaire pour l'Accès aux Soins.						X			
IMT	HGR	X								
• Hôpital St Luc de Gent	HGR	X								

KOICA	HGR (qualité des soins)	X								
UNFPA	Santé de la Reproduction	X								
ESF	Appui à la fourniture d'électricité	X								
ACTION Damien	Appui au programme Tbc et Lèpre	X								
MSV	HGR (urgences et Pédiatrie)	X								
HPH (Hôpital pour hôpital)	HGR	X								
Sœurs des Pauvres de Bergame	Pharmacie, Maternité, gestion administrative et financière	X								

2.4 Localisation de l'intervention

La prestation porte sur 3 DPS au niveau des chefs-lieux des futures provinces et 9 ZS dans les territoires et/ou communes urbaines réparties dans les 3 provinces actuelles: le Bandundu, l'Equateur et la Province Orientale.

Les structures provinciales visées sont:

- La Division Provinciale du Kwilu dans la Province de Bandundu
- La Division Provinciale du Sud-Ubangi dans la Province de l'Equateur
- La Division Provinciale de la Tshopo en Province Orientale

Les Zones de Santé retenues sont:

- Les zones de Santé de Mosango dans le territoire de Masimanimba et la zone de Mokala dans le territoire d'Idiofa pour le Kwilu;
- Les zones de Santé de Gemena, Bwamanda et Tandala dans le territoire de Gemena et la zone de santé de Budjala dans le territoire de même nom au Sud-Ubangi;
- Les zones de Santé de Kabondo, Makiso-Kisangani et Lubunga dans la ville de Kisangani pour la Tshopo.

3 PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE

3.1 Objectif général

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

3.2 Objectif spécifique

Les zones de santé ciblées montrent une meilleure performance en termes de qualité et accessibilité des soins de leurs services de santé à travers un accompagnement fonctionnel par les ECZ et les DPS

3.3 Résultats attendus

Les résultats attendus sont les suivants :

A	1	Résultat 1: Les performances de la DPS sont assurées en matière de planification, de coordination, de gestion de l'information et du contrôle de l'action sanitaire.
A	2	Résultat 2: L'appui technique aux ZS par la Division Appui Technique est assuré.
A	3	Résultat 3: La Gestion au sein de la DPS est renforcée pour une mobilisation efficace des ressources disponibles, leur utilisation efficiente et une redevabilité permanente pour toutes les parties prenantes.
A	4	Résultat 4: Les performances des ECZS sont assurées (en matière de planification, l'encadrement efficace des formations sanitaires et la gestion efficiente des ressources).
A	5	Résultat 5: L'hôpital général de référence (HGR) a amélioré sa capacité de fournir des soins de qualité et accessibles et de gérer rationnellement ses ressources.
A	6	Résultat 6: Les centres de santé ont amélioré la prise en charge en fournissant un paquet minimal d'activités complet par un personnel compétent et en interaction continue avec la communauté desservie.

Les 3 premiers résultats portent sur les DPS, les 3 derniers sur les ZS.

Résultat 1: Les performances de la DPS sont assurées en matière de planification, de coordination, de gestion de l'information et du contrôle de l'action sanitaire.

Ce premier résultat, résume aussi l'intention qui anime les deux suivants dédiés à la DPS : renforcer la nouvelle structure pour qu'elle soit en mesure de développer l'ensemble de ses fonctions normatives. Concrètement, cela veut dire arriver à que la DPS mette en fonctionnement les 4 métiers, égrenés en 6 bureaux, qui la composent :

1. Le bureau Appui Technique aux zones de santé ;
2. Le bureau Information Sanitaire et Recherche ;
3. Le bureau Gestion des Ressources ;
4. Le bureau Inspection et Contrôle ;
5. Le bureau en charge de l'Hygiène ;
6. Le bureau en charge de l'Enseignement des Sciences de la Santé

Les projets qui ont précédé, avaient déjà permis de traduire la SRSS au niveau intermédiaire, en expériences « pilote » qui ont établi une première structure fonctionnelle autour du chef de division et des EPP (encadreurs polyvalents provinciaux) recrutés. Cette option pilote « d'ouvrir le chemin en marchant » sera de mise dans la nouvelle étape pour déployer pratiquement les métiers de la DPS.

Dans ce parcours « à faire », le nouvel appui belge adopte l'approche multi bailleurs préconisée par le MSP. Ceci se traduit par l'adoption d'une attitude proactive et propositive de son dispositif (assistance technique, expertises ad hoc,...) tourné vers la synergie et la coordination avec les autres partenaires, confluant dans un schéma unitaire d'action au sein de la DPS. Les leçons du passé montrent que ce processus vers la mise en commun et l'unité d'action sera jalonné de résistances au changement, d'acteurs congolais et aussi de bailleurs.

La DPS aura une attention particulière pour la réalisation d'actions concrètes portant sur l'environnement. Il s'agit d'actions concernant notamment la gestion des déchets, la maintenance, l'hygiène et l'environnement ainsi que la prévention et la précaution, décrites dans le chapitre 6.

Résultat 2: L'appui technique aux ZS par la Division Appui Technique est assuré.

Ce résultat se concentre sur l'encadrement des zones de santé en tant que mission principale de la DPS. Il suffit de considérer les 5 fonctions du bureau Appui Technique pour saisir l'étendue de sa tâche : i) Accompagnement des ZS ; ii) Intégration des programmes verticaux ; iii) Suivi-évaluation des plans d'action des ZS ; iv) Appui à la qualité des soins ; v) en charge de la Logistique Médicale (médicaments, équipements, etc.). Dans leurs activités, les ZS porteront une attention particulière pour la réalisation d'actions concrètes portant sur l'environnement. Il s'agit d'actions concernant notamment la gestion des déchets, la maintenance, l'hygiène et l'environnement ainsi que la prévention et la précaution, décrites dans le chapitre 6.

Un focus particulier à l'intérieur du programme porte sur l'intégration de la lutte contre la violence sexuelle. Cette lutte fait l'objet d'un DTF apart, qui couvre cette troisième composante du programme santé de la coopération belge.

Résultat 3: La Gestion au sein de la DPS est renforcée pour une mobilisation efficace des ressources disponibles, leur utilisation efficiente et une redevabilité permanente pour toutes les parties prenantes.

C'est d'abord le niveau intermédiaire – la DPS – qui a été choisi par le MSP et ses partenaires pour commencer la mise en pratique de la réforme (SRSS). Dans ce cadre, deux chantiers étaient prioritaires : la rationalisation du personnel – qui est en cours - et la gestion unifiée et transparente des ressources, qui n'a pas démarré. Les financements proviennent fondamentalement de l'Etat, le gouvernement Provincial et les PTF. Globalement, les deux premiers assurent les salaires et primes de risque et les partenaires apportent, d'une part le financement d'activités avec des primes au personnel (FBP en voie d'être mis en place), pour le fonctionnement, et d'autre part, une bonne partie des investissements.

Ce résultat cible le renforcement de la fonction Gestion dans la DPS et, à travers elle, du fonctionnement de l'ensemble de la structure DPS, qui doit changer d'un modus operandi dans lequel les activités se font en fonction des programmes des bailleurs à un autre dans lequel les bailleurs appuient le programme unique de la DPS. Pour arriver à cela, la DPS devra garantir une gestion unifiée des financements en toute transparence où la redevabilité sera pour l'ensemble des activités du Plan d'Action de la structure, permettant à chaque contributeur de visualiser non seulement « sa partie » mais « le camembert » au complet. Les appuis prévus ici viendront renforcer l'équipe du bureau Gestion des Ressources de la DPS pour réussir la transition du système actuel – logique fragmentée par bailleur – à celui visé par la réforme – logique unique par structure -.

Résultat 4: Les performances des ECZS sont assurées (en matière de planification, l'encadrement efficace des formations sanitaires et la gestion efficiente des ressources).

Ce résultat concerne l'équipe d'encadrement de l'offre de soins et du développement de la zone de santé. Il s'agit de leur apporter la capacité d'assumer leur fonction dans le cadre de la réforme – rationalisation et polyvalence du personnel-, pour entrer dans une approche qualitative de l'encadrement des formations sanitaires.

L'ECZS aura un rôle clé dans l'accompagnement des FOSA dans la mise en œuvre des appuis à la qualité de l'offre de soins de santé et dans l'approfondissement et implantation des mécanismes d'accessibilité financière (tarification forfaitaire et mutuelles). Par la combinaison de ces fonctions, les membres de l'ECZ deviendraient des informateurs-clé concernant les résultats et les leçons à tirer des appuis du projet au sein de la ZS.

Résultat 5: L'hôpital général de référence (HGR) a amélioré sa capacité de fournir des soins de qualité et accessibles et de gérer rationnellement ses ressources.

Les actions pour atteindre ce résultat seront fondamentalement orientées à développer, d'une part, la qualité des soins et des services dans les unités fonctionnelles de l'HGR (gynéco-obstétrique, pédiatrie, médecine,...) et de l'autre, à faciliter l'accès des soins hospitaliers à la population, en planification conjointe avec l'ECZS (R4). Comme prémisses de base se maintiennent l'adhésion à la réforme et, en conséquence, au mouvement de rationalisation du personnel et d'optimisation de la gestion des ressources.

Résultat 6: Les centres de santé ont amélioré la prise en charge en fournissant un paquet minimal d'activités complet par un personnel compétent et en interaction continue avec la communauté desservie.

Ce résultat vise l'amélioration nette de la capacité des centres de santé à fournir un paquet de services de qualité à leur population. Mise à part les appuis qui vont confluer sur ce niveau au travers les actions des R.4 et R.5., des appuis propres vont se mettre en jeu pour renforcer le personnel médical, l'accessibilité des CS et l'implication des organes représentant la communauté dans la gestion des structures.

3.4 Activités à mettre en œuvre

Afin de faciliter la lecture, la description des moyens utilisés par le PADP est faite en détail dans le cadre logique, en annexe.

Résultat 1: Les performances de la DPS sont assurées en matière de planification, de coordination, de gestion de l'information et du contrôle de l'action sanitaire.

A.1.1. Appui à la mise en place des DPS

Après avoir pratiquement complété la sélection et nomination du chef de division et son chef de bureau, le MSP via son SG, a demandé (avril 2015) aux Ministères Provinciaux de la Santé du pays de compléter le recrutement des autres cadres de la DPS. Ce processus, impliquant la création d'un comité provincial de sélection → appel public à candidature → dépouillement des dossiers → interviews des candidats retenus → sélection finale → nomination → affectation,...devrait se poursuivre durant 2015. Il se trouve bien avancé dans les DPS Tshopo, Sud Ubangi et Kwilu. Le nombre de postes à pourvoir est variable selon la taille des DPS, mais les estimations établies par les différents bailleurs (voir BM-contrat unique), indiquent qu'autour d'une trentaine de personnes seraient nécessaires pour permettre le démarrage d'une DPS au complet. Ce chiffre pouvant progresser (cf. cadre organique du MSP) au fur et mesure du

développement de la DPS et de la capacité du gouvernement provincial et l'Etat d'assurer les rémunérations du personnel.

L'adoption de l'approche multibailleurs se traduit ici, comme dans les autres domaines, par la fixation d'une enveloppe commune de fonctionnement de l'institution, sur la base de laquelle seront fixées les contributions des différents bailleurs selon leurs capacités, dont celui de la contribution belge. En conséquence, celle-ci sera variable selon les DPS. Par exemple, mises à part l'appui belge, les DPS Sud Ubangi et Kwilu bénéficieront du financement de la Banque Mondiale (projet PDSS) qui prend en compte le personnel et les activités, ce qui ne sera pas le cas pour la DPS Tshopo.

Entrera sous cette activité également l'amélioration du cadre et les conditions de travail des équipes de la DPS. Ceci sous-entend des appuis en termes de réhabilitations légères¹⁵, équipements et matériel roulant (véhicules 4x4 et motos de supervision).

A.1.2 : Appui à l'élaboration des planifications (plan de développement moyen terme, PAO, ...)

Il s'agit d'appuyer la planification au niveau de la DPS qui se doit d'être l'endroit des synthèses des plans des zones de santé et des analyses et bilans conduisant à des prises de décisions fondées.

La planification est un moment clé dans le cycle de gestion de toute organisation. Multiples planifications seront à appuyer : PDP, POA's, PDRH, plans de formation,... Elle se fera sur base des outils existants et les outils développés par la DEP avec l'appui du PANC. Il est prévu un budget annuel par DPS pour des ateliers de planification à tenir dans le quatrième trimestre de l'année qui précède l'année planifiée.

A.1.3 : Appui au développement de mécanismes de coordination des parties prenantes

Il s'agit d'appuyer la coordination de toutes les parties prenantes actives dans chaque DPS d'une part.

D'autre part, pour les PTF, il s'agit d'appuyer le développement du **Plan d'Action Unique**, qui couvrira toutes les actions à financer, sa mise en œuvre et le déroulement régulier des diverses instances de concertation et de suivi, notamment les revues périodiques au niveau de la DPS. Le rythme pour la tenue de ces bilans ne devrait pas dépasser le semestre.

Ceci sous-entend également la conduite d'un bon dialogue sectoriel autour du CPP-SS et la facilitation des échanges d'informations entre toutes les structures et toutes parties prenantes au niveau provincial.

Le projet contribuera à la fonctionnalité des Comités Provinciaux de Pilotage (CPP) au sein du Ministère Provincial de la Santé (MPS). Le CPP ne se réduit pas à une réunion périodique mais reste une instance qui doit générer des commissions et groupes de travail pour l'avancement de la politique sanitaire au niveau provincial.

Au moment de la formulation, il n'y avait qu'un Ministre Provincial de la Santé par ancienne province : soit un ministre basé à Kisangani pour la Province Orientale (incluant la DPS Tshopo), un à Mbandaka pour l'Equateur (incluant la DPS Sud Ubangi), et un à Bandundu (incluant la DPS Kwilu). Cette situation doit évoluer en 2015 vers la pleine installation des nouvelles provinces, ce qui implique des élections d'où sortiront les gouverneurs provinciaux, qui vont nommer leur gouvernement, dont le ministre provincial de la santé.

Il va de soi que cet appui aux DPS sera fait en articulation optimale avec l'appui à la DEP du PANC.

¹⁵ Pour la DPS Sud Ubangi : Le bâtiment actuel nécessitera une ampliation pour abriter les 6 bureaux (prévu initialement pour quatre) et un dépôt (carburant, pièces de rechange, etc.).

A.1.4. Appui à la gestion de l'information sanitaire

Une bonne gestion de l'information sanitaire, fiable et pertinente, est un élément clé d'un système de santé. L'intervention travaillera sur la gestion de l'information sanitaire en termes de collecte, monitoring et diffusion, la finalisation et/ou actualisation de la cartographie sanitaire pour l'ensemble des ZS de la DPS, comme préalable au développement de la carte sanitaire complète, la capitalisation des expériences et bonnes pratiques pour alimenter les discussions sur la politique sanitaire. Ces pratiques feront l'objet des visites d'études et d'échanges pour améliorer la situation sur terrain. Le PNDIS, validé en 2015, sera pour les DPS appuyés le fil conducteur de tout investissement. En matière de production, manipulation et exploitation de données, une attention particulière sera donnée à l'intégration de l'information en DHIS 2.

Cette activité ne peut être conduite qu'en étroite synergie avec le PANC, qui a retenu dans sa logique d'intervention la gestion améliorée de l'information stratégique avec entre autre un focus sur la collecte des données et le développement d'un centre de veille stratégique.

A.1.5. Renforcement du métier « inspection et contrôle »

Ce métier est plutôt l'inspection et contrôle interne des services. Elle est complémentaire à l'inspection externe et déconcentrée. Elle reste à mettre en place dans les DPS en vue de l'application des normes, lois et textes légaux par les différents acteurs du secteur. A prévoir, des formations pour améliorer les capacités du pharmacien au sein de la DPS pour l'inspection des pharmacies aux différents niveaux, et des moyens pour mettre en œuvre leur programme de travail. Mêmes types d'appuis pour l'inspection des établissements scolaires, des formations sanitaires publiques, des FOSA privés, etc.

Résultat 2: L'appui technique aux ZS par la Division Appui Technique est assuré.

A.2.1. Assurer les supervisions en appui aux EC de toutes les ZS de la DPS

Ici le focus n'est pas uniquement mis sur les zones de santé appuyées par la coopération belge, mais bien sur l'ensemble des zones que la DPS est tenu d'appuyer. L'assistance technique appuiera l'organisation de la DPS dans ce sens. Cela impliquera un plan de supervision avec détermination d'axes de déplacements distribués en équipes avec l'objectif de voir toutes les zones. Selon les contextes, chaque équipe pouvant faire en moyenne 2 jours par zone de santé sur un maximum de 10 jours pour couvrir un axe complet.

Ce plan de supervision sera l'occasion d'avancer dans l'intégration, et des PTF impliqués, et des programmes spécialisés, de sorte que tous contribuent avec des ressources dans sa mise en œuvre.

A prévoir, en vue de renforcer les compétences en matière de qualité des soins de l'équipe de supervision, d'un clinicien expérimenté. Mobiliser un spécialiste pour l'un ou l'autre aspect spécifique selon la demande des ECZS, comme pratiqué par Memisa dans les ZS de Budjala et Mosango.

A.2.2. Appui au renforcement des capacités des ECZS par la DPS

Cette activité portera sur les appuis que la DPS fera en matière de développement des capacités des ECZS, pour qu'ils puissent assumer leurs fonctions et être performants. Il s'agit entre autres de leurs capacités en matière de la planification opérationnelle, ensuite de la mise en œuvre de ce plan et de suivi et évaluation. La DPS assurera un accompagnement (horizontal et vertical) des ZS et assurera la formation des cadres des ZS

A prévoir le développement des capacités des membres de l'EC/DPS selon leurs profils, leurs responsabilités et les besoins ressentis dans l'accompagnement des ZS.

A.2.3. Appuyer l'Intégration administrative et opérationnelle des programmes spécialisés, vers la suppression progressive des bureaux de coordination particuliers

Dans les DPS appuyées quelques chefs de bureau sont des ex-coordonateurs de programmes spécialisés. Cependant, bon nombre de ces programmes continuent à fonctionner en parallèle avec leurs équipes et ressources propres. La réforme préconise la polyvalence dans la DPS et les BZS de sorte que les plans à part des programmes spécialisés cèdent la place à une programmation conjointe dans un processus progressif de transfert de compétences. Ce transfert implique aussi la mise à disposition de ressources ce qui génère des résistances aux changements dans ces programmes. Le projet avec les autres bailleurs devra appuyer fortement ce processus pour qu'il ne soit pas dévié de son objectif premier : l'unicité d'action couvrant l'ensemble des fonctions par une équipe polyvalente.

Cette activité couvre aussi L'intégration du laboratoire provincial de santé publique (LPSP) comme chargé d'appuyer la qualité des laboratoires des prestataires dans les zones de santé (HGR et CS).

Le rôle du LPSP liée à l'avènement des épidémies est appuyé par le volet central – via l'INRB- du programme santé belgo-congolais. A part cela, il s'agit de développer leur rôle pour renforcer les laboratoires des hôpitaux généraux de référence. Dans ce but, le projet appuiera la réalisation de supervisons périodiques de l'équipe du LPSP vers les labos des HGR. Ensuite ceux-ci seront à même d'aller à leur tour superviser les labos des centres de santé. La contribution des autres PTF sera nécessaire pour couvrir l'ensemble des zones.

Cet appui est en lien étroit avec le volet B du PANC, qui appuie la DLM, et dans son premier résultat appuiera cette dynamique d'intégration à partir du niveau central. Un accompagnement actif du niveau DLM est donc capital pour la réussite de cette intégration.

Résultat 3: La Gestion au sein de la DPS est renforcée pour une mobilisation efficace des ressources disponibles, leur utilisation efficiente et une redevabilité permanente pour toutes les parties prenantes.

L'opérationnalisation progressive des DPS pour plus d'efficience est guidée par 3 principes : **Planification et Gestion conjointe** : un seul PAO élaboré avec toutes les parties prenantes et où les interventions des partenaires sont alignées ; **Financement multi bailleurs** : Complémentarité et synergie. Mise en place d'une structure de gestion unique avec des procédures consensuelles. **Mise en œuvre concertée** : Flexibilité et ajustement progressif des actions. Les appuis prévus par le projet vont renforcer l'équipe du bureau Gestion des Ressources de la DPS dans l'application de ces principes. Ce résultat s'articule autour de 3 activités.

A.3.1. Appuyer l'organisation du service chargé du partenariat et de l'administration des finances

Ce service aura une très grande responsabilité dans le développement des DPS dans la perspective du contrat unique. L'appui portera entre autres sur la mise en place des directives et outils nationaux en matière de gestion des ressources ; le renforcement des compétences des cadres du bureau pour l'application des normes et procédures de gestion ; la réglementation du processus contractuel avec les partenaires sectoriels (négociations des protocoles, intégration dans un plan budgétaire d'ensemble, etc.) ; la programmation financière conjointe, en rapport avec le plan de travail trimestriel, prenant en compte les financements des tous les PTF dans la province sanitaire et assurant leur traçabilité ; la mise en place des procédures permettant le suivi et l'évaluation de l'utilisation optimale des ressources, des dépenses et de la justification prompte des financements. D'abord de la DPS et, ensuite, appuyer les ZS pour améliorer leur capacité dans ce domaine, → Aboutir à l'établissement d'un costing annuel de toutes les activités de la DPS, par bureau ; la mise en place de mécanismes de contrôle interne et externe par les audits de gestion pour garantir la transparence et la redevabilité ; la mise en place d'un rapportage régulier des informations financières à tous les niveaux.

A.3.2. Appuyer l'organisation du service chargé des ressources humaines

L'appui portera sur la mise en place des directives et des outils nationaux en matière de gestion du personnel ; le renforcement des compétences des cadres du bureau pour l'application des normes et procédures pertinentes ; l'application des procédures permettant de mobiliser, d'acquérir et d'affecter le personnel du système sanitaire provincial ; le renforcement de capacités du personnel en vue d'améliorer la qualité des prestations et des services ; la mise en place des procédures permettant le suivi et l'évaluation de l'utilisation optimale des ressources humaines dans la réalisations des activités.

A.3.3. Appuyer l'organisation du service chargé de la gestion des ressources matérielles, de la logistique médicale et de la maintenance

L'appui portera sur la mise en place d'un système de suivi des approvisionnements et gestion des médicaments dans les ZS, sur base de l'approche Fiche de Suivi GM, en vue du maintien du capital MEG ; la gestion des ressources matérielles (réhabilitations/constructions, équipement, matériel roulant) en vue d'améliorer la qualité des services dans les Zones de Santé ; la maintenance, entretien des matériels roulant et générateur de la DPS;

En rapport avec la gestion des médicaments, il va de soi que ici le bon déroulement du volet C du PANC sera essentiel : toute la chaîne d'approvisionnement doit fonctionner pour que les médicaments arrivent chez le malade, et la gestion professionnelle du médicament dans les DPS et ZS en fera partie intégrante.

Résultat 4: Les performances des ECZS sont assurées (en matière de planification, l'encadrement efficace des formations sanitaires et la gestion efficiente des ressources).

A.4.1. Appui à la mise en place de l'ECZS

L'ECZS a pour mission d'assurer le pilotage du développement de la zone de santé en tant que système intégré qui offre des soins de santé de qualité, globaux, continus et intégrés. Pour cela elle doit d'abord s'établir en tant qu'structure stable capable d'exercer toutes ses fonctions, assurant ainsi son leadership vis-à-vis des prestataires de sa zone. Le projet se propose de l'appuyer dans ce but, suivant un schéma de financement lié à l'accomplissement des fonctions. Cet appui sera aussi orienté par l'approche multi

bailleurs, notamment dans la fixation du cadre de performances de l'ECZS.

L'ensemble des fonctions de l'Équipe Cadre seraient concernées par cet appui concerté, soit : la planification aussi bien du développement des services que des activités, la coordination, la gestion des ressources, la formation du personnel, la supervision et l'audit médical, l'assurance qualité au niveau hospitalier et la recherche opérationnelle. Le lien avec le programme d'appui au niveau central PANC est également important dans la perspective de leur résultat visant l'élaboration des politiques, normes et stratégies basée sur les évidences, et il va de soi que le PANC pourra donc compter sur les évidences produites dans les 9 ZS du PADP.

Il faudra continuer la réforme pour aboutir à une composition rationalisée de l'ECZS faite de membres compétents et polyvalents. . La plupart des ECZS des zones appuyées est encore composée de 5 membres (MCZS, MDHGR, infirmier superviseur, Administrateur Gestionnaire, chef du nursing à l'HGR) ce qui est suffisant pour fonctionner. L'évolution vers les neuf membres (s'ajoutent un nutritionniste, un pharmacien, un animateur communautaire et un technicien d'assainissement).selon la norme de juillet 2012 se fera progressivement. A l'inverse, il y a encore des ZS qui souffrent d'un excès de personnel avec des fonctions réduites et limitées, qu'il faudra réduire¹⁶.

Cette tâche est fondamentale et ne requiert pas de ressources particulières. Il s'agit d'appuyer les EC dans leur organisation et surtout la coordination des PTF et ONG de la zone.

Pour ce qui est des conditions de rémunération du personnel, le projet, selon la même approche multibailleurs décrite plus haut, prévoit d'apporter un appui à l'ECZS, tout en insistant que c'est bien la responsabilité de l'état congolais de payer le personnel. Ceci dit, des stratégies de motivation peuvent être mises en place. Au Sud Ubangi, le projet se concertera avec les PTF présents qui appuient déjà les ZS, comme Memisa à Budjala, et Congo Dorpen (CDI)- à l'EC de la ZS de Bwamanda. Il sera dans ce cadre étudié la possibilité de démarrer le financement basé sur les performances (FBP) pour les ECZS, car ce système permet un financement sur base d'une production de services, et non un financement par individu, qu'il soit productif ou pas.

Les bureaux de zone abritant les ECZS, présentent parfois des déficiences structurelles ou d'accès à l'énergie électrique, pour combler lesquelles le projet prévoit d'apporter aussi son aide. Sont prises en compte des réhabilitations légères, accès au solaire, et du matériel bureautique et informatique avec accès à Internet si besoin. De même, chaque ECZ présente des besoins logistiques (motos principalement) particuliers pour lesquels un appui est prévu aussi.

Il y a aussi lieu de renforcer les compétences technique des membres des ECZS pour assurer l'encadrement des CS et des HGR ; ceci passera à travers le plan de formation de la ZS. Sur base des plans existants ou d'une identification des besoins de l'ensemble du personnel, avec toujours une approche partagée avec les autres PTF, il s'agira d'apporter les ressources nécessaires pour la mise en œuvre du plan.

A.4.2. Appui au pilotage des HGR, des CS et des organes de participation communautaire par l'ECZS

La notion de supervision intégrée est en général peu développée. Les « sorties » dites supervisions, des EC se font généralement au cas par cas et avec une unique orientation de régler des problèmes particuliers. Il reste une grande marge d'amélioration dans la qualité de l'accompagnement technique

¹⁶ Exemple de Tshopo : A ce jour l'ECZ de Makiso-K comprend 8 personnes, celle de Kabondo, 5 personnes, et celle de Lubanga 13.

vers les prestataires, qu'on l'appelle « supervision » ou non. Cette amélioration passe par un plan de déplacements trimestriels qu'on met en œuvre et qui fait l'objet d'un bilan et des feedback réguliers.

Une attention particulière sera donnée au processus de planification ascendante de qualité (PAO, PDZS, ...). L'ECZS est la première responsable du processus de planification remontant des FOSA et dont la synthèse leur incombe. De même, les ECZS devront accompagner les EPCS et CODESA dans l'élaboration à la base du PAO, dans la mise en œuvre, suivi et évaluation de leurs micro plans ;

A.4.3. Mise en place d'initiatives d'amélioration de l'accès financier pour les populations

Les mécanismes d'amélioration de l'accès aux soins et les innovations de projets précédents seront poursuivis et étendus. Il s'agit spécifiquement de la tarification forfaitaire et des formules similaires (inscriptions payantes à la Tshopo), la mise en place de mutuelles de santé suivant faisabilité.

➤ Développer le tarif forfaitaire dans les centres de santé opérationnels

Un processus bien balisé durant la phase précédente, sera appliqué pour la tarification forfaitaire. Là où elle n'est pas implantée une étude situationnelle et une étude de coûts permettra de déterminer ce que les patients peuvent payer. La TF sera d'application dans l'ensemble des structures de santé des zones appuyées y compris l'hôpital. (Ce n'est qu'à l'hôpital que les subsides interviennent)

Le circuit de l'argent au CS: Dans la plupart des centres de santé la caisse devrait être tenue par un membre du CODESA formé dans la gestion. L'équipe du centre de santé fait le bilan mensuel des entrées et valorise les 100% des médicaments consommés pour le maintien du capital médicament. Ces fonds vont remonter au bureau de la zone pour acquérir les médicaments à la CDR via la commande groupée. Le reste sera utilisé pour les charges récurrentes de la structure, soit les primes au personnel et le fonctionnement (carburant, etc).

➤ Appuyer le processus d'implantation des mutuelles

Durant la formulation, divers responsables de ZS et des DPS ont exprimé leur volonté d'organiser une mutuelle de santé dans leurs circonscriptions. La référence de celle fonctionnant dans la ZS de Bwamanda couvrant les soins à l'HGR, est souvent citée. Or, les études sur les mutuelles uniquement de santé, réalisées en Afrique montrent que leur viabilité reste très faible à moyen terme. Le projet appuiera la réalisation d'études de faisabilité là où existe une très forte volonté à niveau communautaire d'avancer sur cette voie.

Il est important de souligner à nouveau que la contribution des populations reste suivant les comptes nationaux de la santé la source la plus importante de financement de la santé, et que la mise en place d'initiatives d'amélioration d'accès financier va impérativement de pair avec le renforcement des communautés afin qu'ils exercent de façon optimale le contrôle. (Voir 3.4 résultat 6)

A.4.4. Mise en place de mécanismes d'amélioration de la qualité de l'information sanitaire et de génération des évidences en vue de renforcer la politique de santé

Plusieurs actions seront envisagées à l'intérieur de cette activité :

- i) appuyer la collecte et l'analyse des données pour orienter la prise des décisions ; Intensifier l'accompagnement des prestataires sur la tenue des outils harmonisés, l'analyse des données à la base et l'archivage des rapports (ECZ, trimestriel) ;
- (ii) renforcer et de documenter la dynamique de prise de décision au sein de l'ECZ dans une optique d'une gestion scientifique ; appuyer la réflexion au niveau opérationnel.
- (iii) appuyer la capitalisation des expériences grâce à la participation aux ateliers d'échange

d'expérience et les visites d'étude ou stage dans les ZS performantes. Appuyer la mise en place des bonnes pratiques, en rapport avec les problématiques répertoriées dans d'autres provinces. Ces bonnes pratiques seront validées après des visites d'études et d'échanges pour améliorer la situation sur terrain.

Ici aussi, le fil conducteur de tout investissement sera la PNDIS, validé en 2015.

Résultat 5: L'hôpital général de référence (HGR) a amélioré sa capacité de fournir des soins de qualité et accessibles et de gérer rationnellement ses ressources.

A.5.1. Appui à l'amélioration de la qualité des soins complet (PCA)

La qualité des soins résulte d'un processus multifactoriel qu'il convient de conceptualiser dans chaque hôpital. Multiples approches cohabitent actuellement en RDC¹⁷.

Un appui spécifique sera dédié pour l'établissement de Plans Directeurs des hôpitaux qui fixent les priorités dans les différentes composantes de la qualité (formations du personnel, assurance qualité, matériels, organisations des services, etc.). L'appui du projet s'inscrira dans cette perspective systémique de l'établissement : Divers appuis sont à considérer en vue d'un développement d'une Démarche Qualité Intégrée (DGI)¹⁸ :

- Plan de formation sur des sujets spécifiques liés à la qualité des soins. Organiser des stages pour les prestataires des soins dans certains hôpitaux (Radiographie, Pédiatrie et Gynécologie), Hygiène Hospitalière, etc)
- Appuyer le processus d'amélioration par la mise en place d'approches collaboratives, Audits cliniques, rationaliser les prescriptions médicales ;
- Renforcer l'organisation des services à l'HGR (la référence et contre-référence, accueil des patients, circuit des malades, organisation du nursing, etc.
- Développement de plan directeurs des HGR – préparation dossiers construction pour phase suivante, mission exploratoire au plus vite par un expert de EST-Infrastructure pour proposer un plan multi annuel d'action sur les 9 HGR : description de la situation, besoins en études, stratégie à suivre pour la préparation des SD, APS, APD, DAO et CSC.
- Amélioration du diagnostic : Mise en réseaux de labo des HGR autour du laboratoire de santé publique provincial (voir résultat 2). Appuyer l'organisation de contrôle de qualité des labos des HGR ;
- Appuyer l'hygiène hospitalière (formation des prestataires, équipement et suivi des activités) Assurer la fonctionnalité d'un comité d'hygiène dans chacun des hôpitaux. Seront inclus divers matériels pour la gestion des déchets biomédicaux (poubelles adaptées incinérateurs). Cette tâche incombe au nouveau membre de l'ECZS chargé de l'hygiène pour peu qu'il existe. La DPS est la responsable de leur affectation.

¹⁷ Approche 5 S, l'Evaluation de la Qualité par les Pairs (EQP), Systemic Quality Improvement (SQI), Monitoring Amélioré pour l'Action (MAA), Formation Sanitaire Complètement Fonctionnelle (FOSACOF/PBF).

¹⁸ En concertation avec la D5 - DOGS

A.5.2. Appui à l'organisation des services de et la rationalisation de l'HGR

Les unités fonctionnelles hospitalières devraient être rationalisées progressivement puis consolidés dans une vision de développement durable. Pour chaque unité, les normes donnent l'orientation du personnel nécessaire en rapport au nombre de lits. La DPS veillera pour que soient arrêtées les affectations intempestives.

En lien avec l'activité 5.1, et suite au développement des plans directeurs, qui tiennent en compte le paquet PCA actualisé, il est prévu de réhabiliter et équiper de façon complémentaire les HGR, en fonction des besoins de chaque hôpital et des moyens disponibles. Un accent important sera mis sur l'eau : en effet l'analyse de la situation a montré que pas moins de 4 HGR n'ont aucun accès à l'eau.

Comme indiqué dans le chapitre 2, un focus important portera sur l'informatisation, tout en gardant à l'esprit les grands principes et architectures du PNDIS.

A.5.3. Améliorer l'accessibilité pour la population des soins et des services de l'HGR

Le système de référence/contre référence est une problématique transversale qui constitue une priorité. La rénovation des moyens logistiques est une première mesure à prendre. La mise en place d'un fonds commun pour financer la mobilisation de l'ambulance sera à étudier, avec la participation communautaire (voir expérience de Mosango – Memisa)

Assurer une dotation en médicaments propre à chaque Hôpital auprès de la CDR (ligne de crédit ou autre mécanisme). Cet appui est prévu via le volet central d'appui à la SNAME du programme santé belgo-congolais.

Tarification forfaitaire subventionnée par un système de FBP (voir orientations stratégiques): la renforcer là où elle existe (exemple des HGR Bwamanda et Budjala) et l'introduire dans les HGR où elle n'existe pas (Makiso, Kabondo, Tandala, Gemena, Mokala). Dans chaque cas, ce sera la DPS et l'ECZS (voir R4) qui assumeront le leadership pour rallier toutes les parties y compris les PTF traditionnels des ZS.

Mutuelles: En lien avec ce qui a été dit à ce propos dans le R.4, ce sont les soins hospitaliers les premiers visés pour les membres des mutuelles. L'expérience de fonctionnement de la mutuelle de Bwamanda et l'organisation de l'HGR pour catégoriser les divers soins et pour l'accueil des membres sera la référence pour être répliquée dans les nouvelles mutuelles.

Résultat 6: Les centres de santé ont amélioré la prise en charge en fournissant un paquet minimal d'activités complet par un personnel compétent et en interaction continue avec la communauté desservie.

A.6.1. Améliorer la qualité du paquet de services offerts à la population

L'ECZS sera chargée d'établir l'état des besoins et comment ils sont couverts par rapports aux différentes thématiques du PMA : ex. former les IT en SSP

Pour l'amélioration de la qualité des soins et des services ainsi que la lutte contre les maladies, les directives et protocoles thérapeutiques seront généralisés et utilisés aux niveaux des Centres de santé. Une collaboration sera recherchée avec le niveau central pour l'actualisation, la production et la diffusion des outils les plus récents. Le projet appuiera des réunions de vulgarisation de la SRSS, PNDS et Normes de la Zone de Sante dans les FOSA ;

A.6.2. Appuyer la fonctionnalité des Centres de santé existants

Il s'agit de contribuer à compléter la capacité des CS pour fonctionner dans des conditions correctes et délivrer le PMA complet.

Toutefois, ce projet est un projet de transition avec des moyens limités, ce qui aura déterminé d'exclure les constructions au niveau primaire. Seront uniquement envisagées des travaux liés à l'accès à l'eau et l'énergie électrique pour les centres de santé, en coordination avec les apports des autres partenaires des zones. Nous prévoyons la réalisation de forages manuels pour l'eau potable dans les CS, selon le procédé qu'utilise déjà l'ONG MEMISA. Cette solution étant faisable au Sud Ubangi et au Kwilu (techniciens sur place), elle sera aussi envisagée à la Tshopo : (Memisa calcule qu'un forage manuel coûte « clé en main » environs 6.000 USD, tout compris).

Un complément en équipement et matériel médical est prévu dans les centres de santé, notamment les maternités ; quelques CS particulièrement isolés pourraient être doté en radiophonie (le kit complet avec le panneau solaire coûte 4.000 USD) ; certains CS pourraient être doté d'armoires adaptées pour la conservation des MEG (palettes et étagères)

Il s'agira également ici de renforcer la gestion de l'ensemble des ressources de l'aire de santé avec un accent plus particulier sur la gestion de médicaments dans les formations sanitaires: renforcement des capacités des FOSA dans la gestion administrative, financière et logistique - renforcement des capacités des CS dans la gestion des stocks et leur accompagnement régulier par l'ECZS - maintien du principe de recouvrement et protection du capital MEG instauré dans les FOSA.

Les bonnes pratiques développées dans les centres de santé en matière de participation communautaire et gestion financière seront consolidées et progressivement étendues dans d'autres zones de santé à titre de démonstration.

A.6.3. Dynamiser la participation et interaction avec la communauté de l'aire de santé

Le CODESA doit être fonctionnel et surtout le contact avec les besoins et préoccupations de la communauté en lien avec les relais communautaires existants. A prévoir des appuis pour l'élaboration de projets communautaires. Cet aspect peut être appuyé par le projet via des ONG bien implantés dans ce domaine (voir Memisa).

3.5 Indicateurs et sources de vérification

Les indicateurs sont détaillés en annexe 7.

Dans les indicateurs il est prêté attention à mettre l'accent sur les changements structurants pour le système de santé. Il est évident que les indicateurs nationaux déjà suivis et utilisés du PNDS seront également considérés tout au long de l'intervention.

Les Indicateurs de l'Objectif Spécifique et des résultats 4,5 et 6 ayant ** permettront de suivre les engagements de la RDC dans le domaine de ressources humaines.

Les engagements de la RDC sont les suivants :

- La RDC s'engage à augmenter le nombre absolu et le pourcentage de personnel de santé recevant un salaire ou une prime de performance augmentée de 2% par an.
- Les autorités de santé congolaises mettent en place des grilles de performance au niveau des DPS, ECZ et RHS.
- 80% du personnel est effectivement encadré dans l'année 2 et 3 de l'intervention.

3.6 Analyse des risques

Ce chapitre est complémentaire au cadre logique avec les hypothèses.

3.6.1 Risques liés à la mise en œuvre

L'intervention a été conçue sous une logique d'alignement complet aux structures nationales appuyées et en aucun cas en substitution du partenaire congolais. Tant au niveau provincial comme dans la zone de santé, ce sont les responsables congolais du projet (les membres des équipes cadres provinciales et de zone) qui assureront le pilotage de l'exécution. La contribution temporaire de l'assistance technique fournie, restera encadrée sous l'autorité du chef de division de la DPS et au-delà sous la coordination du Programme Santé belgo-congolais où la DEP assume le rôle de leader pour le MSP.

Concrètement, la planification se fera en toute transparence et son financement se réalisera dans le cadre des plans opérationnels des structures après discussion et consensus entre les parties.

Sous ces conditions, les risques dans la mise en œuvre sont très limités.

Risques	Niveau de risques	Mesures d'atténuation
Les autorités sanitaires nouvellement créées manquent encore d'appropriation et de leadership.	Elevé	Le projet renforce les autorités dans leur nouveau rôle. Il s'inscrit entièrement dans les plans d'activités de la province et des zones de santé et renforce ainsi l'autorité locale. Bonne articulation avec la composante du niveau central

3.6.2 Risques liés à la gestion

Les risques à la gestion ont été fortement réduits par la mise en place du dispositif gestionnaire du projet. Notamment par :

- La gestion en régie prévue parmi les modalités de mise en œuvre constitue un cadre favorable pour réduire les risques de gestion des projets.
- L'appui à la fonction Gestion de la DPS (ATN) doit améliorer la gestion des ressources apportées par le projet et par les autres bailleurs.
- un staff administratif et financier rodé aux procédures de gestion, sera fonctionnel dans la Coordination provinciale de la CTB au niveau de chacune des 3 provinces.

Ces dispositions tirent les leçons des risques de blocage et ralentissement des projets, dépendants de structures d'appuis lointains (Kinshasa), ce qui en RDC implique des contraintes logistiques énormes. Situées dans chaque province, ces équipes auront la capacité d'apporter leur appui sans retards aux acteurs de terrain. Cette capacité de « décentralisation » est essentielle pour la réussite de la gestion du projet.

Risques	Niveau de risques	Mesures d'atténuation
Manque de prestataires de services qualifiés	Moyen	Ouvrir les marchés à l'échelle régionale ou internationale en fonction des besoins
Appels d'offres infructueux	Moyen	Suivi rapproché et utilisation du dispositif d'appui CTB pour la réalisation des DAO

3.6.3 Risques liés à l'efficacité

L'apport belge n'est pas le seul et l'efficacité du projet sera étroitement dépendant des capacités des équipes cadres provincial et de zone de santé à coordonner l'ensemble des actions sanitaires menées par d'autres partenaires tant nationaux qu'internationaux. L'absence de coordination et d'alignement des autres programmes constitue en ce sens une menace à l'efficacité attendue du projet.

Risques	Niveau de risques	Mesures d'atténuation
Résistances aux changements du Ministère de la Santé, des responsables des programmes spécialisés et des bailleurs qui les financent.	Elevé	Travail en synergie entre l'adoption des normes du MSP visant l'intégration et le travail avec les PTF tant au niveau central (GIBS) que provincial (CPP).
Les équipes formées dans les provinces ne restent pas en poste	Moyen	Stratégies de motivation pour la rétention du personnel avec prise en charge des salaires et primes de risque sur le budget provincial après rationalisation des effectifs.
Les moyens mis par le projet sont insuffisant pour induire des	Moyen	Bonnes estimations financières établies par les UPP avec bon suivi en place ;

changements stratégiques		Bon fonctionnement de la SMCL dans choix de priorités stratégiques finançables ; Adaptation du budget via SMCL/SDS fonctionnel ; Approche multibailleurs fonctionnelle
--------------------------	--	--

3.6.4 Risques liés à la durabilité

Pour assurer la durabilité du programme, il est essentiel que les ressources qu'il engage ne dépassent pas les capacités de la République Démocratique du Congo. Dans la mesure où la SRSS représente une politique rationnelle et réaliste pour le niveau de développement du Congo, le risque que le projet appuiera des structures insensées semble réduit.

En général les mesures de rationalisation du système de santé et du personnel que le projet stimulera, devraient augmenter la viabilité du système. Cependant, cette question dévient sensible concernant la DPS en tant qu'structure nouvelle qu'il faut rendre fonctionnelle avec une nouvelle équipe et un personnel dont le nombre nécessaire est encore sujet à discussion vu les différences de taille entre les provinces sanitaires.

L'appui au financement des RH constitue une menace importante en termes de durabilité si elle ne s'inscrit pas dans une lancée de rationalisation et mécanisation.

Dans le cas présent, il existe plusieurs facteurs qui contribuent à atténuer ce risque :

Risques	Niveau de risques	Mesures d'atténuation
L'appui au financement des ressources humaines durant le projet n'est pas maintenu après sa fin.	Elevé	La rationalisation et la mécanisation progressive de tous les employés des DPS et ZS comme conditionnalité pour l'appui de la coopération belge au financement des ressources humaines.
		Le PADP financera principalement des performances, alors que l'état financera progressivement la totalité des salaires et primes de responsabilité pour tous les employés des DPS et ZS appuyées.

3.6.5 Risques fiduciaires

Risques	Niveau de risques	Mesures d'atténuation
Risque de détournement des fonds ou allocation inappropriée du budget	Faible	Respect des principes de double signature, séparation des fonctions et audits réguliers.
Risque d'utilisation des ressources matérielles et logistiques, financées par l'intervention, à des fins personnelles	Faible	Equipe d'assistance technique et administrative fonctionnelle assurant le suivi au niveau de chaque province.
Risques de double paiement des mêmes frais, une fois sur le Budget de l'Etat ou d'un autre bailleur et une fois sur le budget de l'intervention.	Moyen	Suivi rapproché de l'utilisation des financements multibailleurs par l'assistant technique en appui à la Gestion de la DPS ; Dispositif en place pour suivi informatisé multi-acteur pour les DPS ; Audits réguliers ; Utilisation de comptes en banque pour tout bénéficiaire ; Concertation permanente avec autres PTF et acteurs et transparence en rapportant sur les appuis données au niveau des CPP-SS ; Renforcement du contrôle communautaire sur les appuis fournis.

4 RESSOURCES

4.1 Ressources financières

4.1.1 Contribution belge

BUDGET TOTAL			Euro	%
A		Objectif spécifique (part) : Les zones de santé ciblées montrent une meilleure performance en termes de qualité et accessibilité des soins de leurs services de santé à travers un accompagnement fonctionnel par les ECZ et les DPS	10.374.338	77%
A	1	Résultat 1: Les performances de la DPS sont assurées en matière de planification, de coordination, de gestion de l'information et du contrôle de l'action sanitaire.	2.656.188	20%
A	2	Résultat 2: L'appui technique aux ZS par la Division Appui Technique est assuré.	223.650	2%
A	3	Résultat 3: La Gestion au sein de la DPS est renforcée pour une mobilisation efficace des ressources disponibles, leur utilisation efficiente et une redevabilité permanente pour toutes les parties prenantes.	910.500	7%
A	4	Résultat 4: Les performances des ECZS sont assurées (en matière de planification, l'encadrement efficace des formations sanitaires et la gestion efficiente des ressources).	1.948.000	14%
A	5	Résultat 5: L'hôpital général de référence (HGR) a amélioré sa capacité de fournir des soins de qualité et accessibles et de gérer rationnellement ses ressources.	3.723.000	28%
A	6	Résultat 6: Les centres de santé ont amélioré la prise en charge en fournissant un paquet minimal d'activités complet par un personnel compétent et en interaction continue avec la communauté desservie.	913.000	7%
X	1	Réserve budgétaire	179.512	1%
Z		Moyens généraux	2.946.150	22%
Z	1	Frais de personnel	2.278.050	17%
Z	2	Investissements	235.500	2%
Z	3	Frais de fonctionnement	241.300	2%
Z	4	Audit et Suivi et Evaluation	191.300	1%
TOTAL			13.500.000	100%

4.1.2 Contribution Congolaise

La contribution de la Partie Congolaise couvrira essentiellement :

- Les salaires et primes de risque de tous les fonctionnaires appelés à contribuer à l'exécution du programme au niveau de la DPS : il est au moment de la formulation impossible d'avancer avec exactitude des données chiffrées, car les DPS sont en voie d'être créées.

Tableau 15 : Estimation contribution RDC pour les DPS

DPS	Nombre d'agents salariés et/ou primes de risque
Kwilu	75
Tshopo	75
Sud Ubangi	75
Total	225
Total financier durée intervention	3969000 US Dollar¹⁹

- Les salaires et primes de risque de tous les fonctionnaires appelés à contribuer à l'exécution du programme au niveau ds ZS²⁰ appuyées :

Tableau 16 : Contribution RDC pour les RH dans les Zones de Santé

Zone	Nombre d'agents salariés et/ou primes de risque
ZS Mokala	358
ZS Mosango	330
ZS Makiso-Kisangani	358
ZS Kabondo	244
ZS Lubunga	118
ZS Budjala	100
ZS Bwamanda	141
ZS Gemena	100
ZS Tandala	103
Total	1852
Total financier durée intervention	23 001 840 US Dollar

¹⁹ Pour les DPS il n'existe pas encore un tableau avec les effectifs. Calcul sur base de salaire mensuel + prime de risque (total en moyenne 490 USD).

²⁰ Pour les ZS : Voir détail des effectifs en Tableau 6, Tableau 8, Tableau 10. Calcul sur base de salaire mensuel + prime de risque (total en moyenne de 345 USD).

- La mise à disposition de locaux en nombre adéquats pour accueillir le personnel de la prestation;
- Le financement des frais d'entretien et maintenance des infrastructures publiques financées dans le cadre du projet ;
- La prise en charge des frais d'approvisionnement en eau et en électricité là où le réseau public est organisé ;
- La contre-valeur de la TVA sur tous les achats effectués dans le cadre du projet et de l'impôt et des taxes sur toute prime de personnel payé par la CTB., droits de douane, taxes d'entrée, ainsi que toutes autres taxes (y compris la TVA) ou charges fiscales et administratives présentes et à venir sur les fournitures et équipements, travaux et prestations de service .

4.2 Ressources humaines

4.2.1 Assistant Technique International Santé

Avec le chef de Division de la DPS, il s'assurera que toutes les tâches qui incombent à l'équipe de projet sont accomplies suivant le planning approuvé par la SMCL. Les modalités de fonctionnement sont décrites dans le chapitre 5. Le profil de poste se trouve dans les annexes, chapitre 7.

4.2.2 Assistant Technique National

Le profil du ATN est décrit en chapitre 7. Il travaillera uniquement dans l'atteinte du R3 et pour cela figure dans le budget sous le troisième résultat.

4.2.3 Appui Finance et Administration

Vu l'existence d'interventions dans d'autres secteurs, menées par la coopération belge, il est opté pour une approche provinciale, dans la conduite des démarches administratives et financières. A Kwilu et Tshopo (pas à Sud-Ubangi), des bureaux de coordination provinciale existent déjà et les services de support administratif et financiers seront « achetés » chez ces bureaux provinciaux. Les modalités de mise en œuvre seront définies dans un SLA, un accord entre l'UPP et la coordination provinciale qui définira le cadre exact de cet achat de services. Un même système sera adopté pour les services logistiques, marchés publics et autre fourni par la Représentation de la CTB.

Un comptable-vérificateur spécifique sera recruté également par province et travaillera au sein de la coordination provinciale sur les dossiers spécifiques santé et sur les conventions de subvention.

4.3 Ressources matérielles

Cette intervention sera principalement une intervention « soft » qui n'investira qu'exceptionnellement dans des infrastructures. La durée de l'intervention est bien trop courte. Par contre des équipements logistiques, informatiques et médicaux seront acquis en début d'intervention principalement. Pour le matériel roulant le cadre logique spécifie entre autre les ambulances (A.5.3), les 4x4 (véhicules des supervisions) et les motos (A.1.1). Pour les investissements en ICT, un alignement total sur le PNDIS (voir A.1.4 et A.4.4) sera favorisé. Les équipements médicaux seront acquis après la mission d'exploration sur l'établissement des plans directeurs (voir A.5.1 et A.5.2).

4.4 Budget

BUDGET TOTAL en Euro				Mode d'exéc.	BUDGET TOTAL	%	ANNEE 1	ANNEE 2	ANNEE 3
A			Objectif spécifique (part) : Les zones de santé ciblées montrent une meilleure performance en termes de qualité et accessibilité des soins de leurs services de santé à travers un accompagnement fonctionnel par les ECZ et les DPS		10.374.338	77%	3.687.446	4.761.446	1.925.446
A	01		Résultat 1: Les performances de la DPS sont assurées en matière de planification, de coordination, de gestion de l'information et du contrôle de l'action sanitaire.		2.656.188	20%	1.160.396	885.396	610.396
A	01	01	Appui à la mise en place d'une DPS performante	regie	1.094.328		674.776	209.776	209.776
A	01	02	Appui à l'élaboration des planifications (plan de développement moyen terme, PAO, ...)	regie	413.460		137.820	137.820	137.820
A	01	03	Appui au développement de mécanismes de coordination des parties prenantes	regie	518.400		172.800	172.800	172.800
A	01	04	Appui à la gestion de l'information sanitaire	regie	315.000		40.000	260.000	15.000
A	01	05	Renforcement du métier "inspection et contrôle"	regie	315.000		135.000	105.000	75.000
A	02		Résultat 2: L'appui technique aux ZS par la Division Appui Technique est assuré.		223.650	2%	92.550	65.550	65.550
A	02	01	Assurer les supervisions en appui aux EC de toutes les ZS (63) de la DPS	regie	110.250		36.750	36.750	36.750
A	02	02	Appui au renforcement des capacités des ECZS par la DPS	regie	81.900		45.300	18.300	18.300
A	02	03	Appuyer l'intégration administrative et opérationnelle des programmes spécialisés, vers la suppression progressive des bureaux de coordination particuliers	regie	31.500		10.500	10.500	10.500
A	03		Résultat 3: La Gestion au sein de la DPS est renforcée pour une mobilisation efficace des ressources disponibles, leur utilisation efficiente et une redevabilité permanente pour toutes les parties prenantes.		910.500	7%	411.000	351.000	148.500
A	03	01	Appuyer l'organisation du service chargé du partenariat et de l'administration des finances	regie	655.500		313.500	193.500	148.500
A	03	02	Organisation du service chargé des ressources humaines	regie	195.000		60.000	135.000	
A	03	03	Organisation du service chargé de la gestion des ressources matérielles, de la logistique médicale et de la maintenance	regie	60.000		37.500	22.500	

A	04		Résultat 4: Les performances des ECZS sont assurées (en matière de planification, l'encadrement efficace des formations sanitaires et la gestion efficiente des ressources).		1.948.000	14%	777.000	649.000	522.000
A	04	01	Appui à la mise en place d'ECZS performantes	regie	1.033.500		466.500	283.500	283.500
A	04	02	Appui au pilotage des HGR, des CS et des organes de participation communautaire par l'ECZS	regie	274.500		130.500	40.500	103.500
A	04	03	Mise en place d'initiatives d'amélioration de l'accès financier pour les populations	regie	190.000		90.000	100.000	0
A	04	04	Mise en place de mécanismes d'amélioration de la qualité de l'information sanitaire et de génération des évidences en vue de renforcer la politique de santé	regie	450.000		90.000	225.000	135.000
A	05		Résultat 5: L'hôpital général de référence (HGR) a amélioré sa capacité de fournir des soins de qualité et accessibles et de gérer rationnellement ses ressources.		3.723.000	28%	1.066.500	2.122.500	534.000
A	05	01	Appui à l'amélioration de la qualité des soins complet (PCA)	regie	474.000		364.500	79.500	30.000
A	05	02	Appui à l'organisation des services de et la rationalisation de l'HGR	regie	1.539.000		0	1.539.000	
A	05	03	Améliorer l'accessibilité pour la population des soins et des services de l'HGR	regie	1.710.000		702.000	504.000	504.000
A	06		Résultat 6: Les centres de santé ont amélioré la prise en charge en fournissant un paquet minimal d'activités complet par un personnel compétent et en interaction continue avec la communauté desservie.		913.000	7%	180.000	688.000	45.000
A	06	01	Améliorer la qualité du paquet de services (PMA) offerts à la population	regie	235.500		133.500	88.500	13.500
A	06	02	Appuyer la fonctionnalité des Centres de santé existants		596.500		19.500	572.500	4.500
A	06	03	Dynamiser la participation et interaction avec la communauté de l'aire de santé	regie	81.000		27.000	27.000	27.000
X	01		Réserve budgétaire		179.512	1%	0	0	179.512
X	01	01	Réserve budgétaire REGIE	regie	179.512				179.512

Z		Moyens généraux		2,946,150	22%	1,102,383	921,883	921,883
Z	01	Frais de personnel		2,278,050	17%	749,350	764,350	764,350
Z	01 01	Conseillers Techniques Internationaux DPS	regie	1,620,000		540,000	540,000	540,000
Z	01 02	Equipe finance et administration	regie	566,250		178,750	193,750	193,750
Z	01 03	Autres frais de personnel	regie	91,800		30,600	30,600	30,600
Z	02	Investissements		235,500	2%	235,500	0	0
Z	02 01	Véhicules	regie	105,000		105,000	0	0
Z	02 02	Equipement bureau	regie	30,000		30,000	0	0
Z	02 03	Equipement IT	regie	100,500		100,500	0	0
Z	03	Frais de fonctionnement		241,300	2%	80,433	80,433	80,433
Z	03 01	Frais de fonctionnement des véhicules	regie	86,400		28,800	28,800	28,800
Z	03 02	Télécommunications	regie	10,800		3,600	3,600	3,600
Z	03 03	Fournitures de bureau	regie	10,800		3,600	3,600	3,600
Z	03 04	Missions	regie	45,000		15,000	15,000	15,000
Z	03 05	Frais de représentation et de communication externe	regie	10,000		3,333	3,333	3,333
Z	03 06	Formation (y compris sensibilisation VIH)	regie	13,500		4,500	4,500	4,500
Z	03 07	Frais financiers	regie	54,000		18,000	18,000	18,000
Z	03 08	Autres frais de fonctionnement	regie	10,800		3,600	3,600	3,600
Z	04	Audit et Suivi et Evaluation		191,300	1%	37,100	77,100	77,100
Z	04 01	Frais de suivi & évaluation (partagé)	regie	60,000		0	30,000	30,000
Z	04 02	Audit (partagé)	regie	51,300		17,100	17,100	17,100
Z	04 03	Capitalisation	regie	20,000		0	10,000	10,000
Z	04 04	Backstopping (y compris Infra)	regie	60,000		20,000	20,000	20,000
TOTAL				13,500,000	100%	4,789,829	5,683,329	3,026,841

5 MODALITÉS D'EXÉCUTION

5.1 Cadre Légal et Responsabilités

Le cadre légal de l'intervention « Programme d'Appui aux Divisions Provinciales de la Santé et Zones de Santé dans le cadre du PIC 2014-2015 de la Coopération Belgo-Congolaise » (PADP) est fixé par :

- La Convention Générale signée entre la République Démocratique du Congo et le Royaume de Belgique en date du 27 mars 1990.
- Le Programme Indicatif de Coopération (2014-2015) signé entre la République Démocratique du Congo et le Royaume de Belgique en date du 4 avril 2014.
- La Convention Spécifique à signer entre la République Démocratique du Congo et le Royaume de Belgique à l'issue du processus de formulation du programme. ci-après dénommées les Parties. Le présent Dossier Technique et Financier (DTF) fait partie intégrante de la Convention spécifique. En cas de contradiction entre le texte du DTF et celui de la Convention Spécifique, c'est cette dernière qui prévaut.

Conformément aux procédures de la coopération belgo-congolaise en vigueur en République Démocratique du Congo, le programme sera mis en œuvre en régie par la CTB, en concertation avec l'ensemble des partenaires concernés et plus particulièrement avec les autorités provinciales (gouvernorat, Ministre Provincial de santé, Division Provinciales de la Santé (DPS)).

5.2 Cycle de vie de l'intervention²¹

La Convention Spécifique porte sur une durée de quarante-huit (48) mois, à compter de la date de signature de celle-ci.

L'exécution de l'intervention est prévue pour une période de trente-six (36) mois.

Le cycle de vie de l'intervention comprend trois phases principales : Préparation, Mise en Œuvre et Clôture administrative.

5.2.1 Préparation

La phase de préparation de l'intervention couvre la période comprise entre l'approbation technique du DTF par la Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL) de formulation d'une part et la notification à la CTB par l'Etat belge de la signature de la Convention de Mise en Œuvre (CMO) d'autre part.

Les actions-clés suivantes doivent être réalisées pendant la phase de préparation:

- Préparation des démarches réglementaires nécessaires
- Identifications des RH à mobiliser
- Mobilisation de la contrepartie nationale
- Lancement des recrutements des RH internationales et nationales

²¹ (Les guides de démarrage et de clôture des interventions constituent les documents de référence pour les phases de préparation, de démarrage et de clôture. Le manuel de gestion administrative et financière de la CTB en République Démocratique du Congo constitue la base de travail pour la phase de mise en œuvre)

- Préparation d'éventuels marchés (CSC) nécessaires en vue de la Baseline
- Préparation d'autres marchés éventuels
- Ouverture du compte principal
- Préparation des achats (CSC) de matériel (dont véhicules)

Les dépenses qui peuvent être effectuées pendant cette phase, dite « avant CMO » peuvent uniquement être des dépenses liées au recrutement et à la logistique de l'intervention.

Tableau 17 : dépenses avant CMO (en €)

Frais de personnel	10.000
Frais de recrutement de personnel	10.000
Frais logistiques	348.000
Achat véhicules, motos	105.000 150.000
Achat matériel ICT	93.000
Total	358 000

5.2.2 Exécution

La phase d'exécution se divise en 3 sous-phases : démarrage effectif, mise en œuvre, clôture opérationnelle.

5.2.2.1 Démarrage effectif

La phase de démarrage proprement dite débute dès la notification de la Convention de Mise en Œuvre et se conclut par la validation par la SMCL des éléments du rapport de démarrage.

Au début de cette phase la direction de l'intervention prend fonction et la SMCL d'ouverture de l'intervention se tient.

Les actions-clés suivantes doivent être réalisées durant cette étape (certaines assurant la continuité avec des démarches entamées durant la phase de préparation):

- Finalisation des processus de recrutement de l'assistance technique internationale et nationale et installation des RH dans leur fonction;
- Ouverture des comptes de l'intervention et l'établissement des mandats du personnel de l'intervention;
- Réalisation des formations nécessaires;
- Poursuite de marché(s) éventuel(s) relatif(s) à l'établissement de la Baseline;
- Etablissement du manuel de gestion opérationnelle de l'intervention sur base du présent DTF et en faisant référence au manuel de gestion administrative de la CTB applicable en République Démocratique du Congo;

- Actualisation du tableau des risques ;
- Planification opérationnelle et financière de l'intervention;

La SMCL valide les éléments suivants :

- Le manuel de gestion opérationnelle de l'intervention
- La première planification opérationnelle et financière
- Le plan de travail de la Baseline

Le PV de cette SMCL et les éléments qu'elle valide constituent le rapport de démarrage.

5.2.2.2 Mise en œuvre

La mise en œuvre opérationnelle de l'intervention démarre à l'approbation du rapport de démarrage par la SMCL et se termine lors de l'approbation par la SMCL du planning de clôture.

5.2.2.3 Clôture opérationnelle

La phase de clôture débute au plus tard 6 mois avant la fin de l'exécution de l'intervention selon les modalités décrites dans le Guide de clôture des interventions de la CTB.

Programmation de la clôture : trois mois avant la phase de clôture, une planification détaillée des activités et des produits attendus de cette phase sera élaborée par la Direction de l'intervention et soumise à l'approbation de la SMCL.

Rapport final : il sera rédigé et présenté pour approbation à la SMCL dans les trois mois à dater de la fin des activités opérationnelles. Ce rapport final sera accompagné des documents de clôture opérationnelle et financière. Une fois ce rapport approuvé, l'équipe d'intervention est déchargée.

Au terme de la Convention Spécifique, les dépenses ne sont plus autorisées, sauf si elles sont liées à des engagements pris avant la fin de ladite Convention et actés dans le P.V. de la SMCL de clôture.

Après la clôture financière du projet, les fonds non utilisés seront gérés selon les modalités prévues dans la Convention Spécifique.

5.2.2.4 Clôture Administrative

Le rapport final est mis à jour en fin de période de clôture opérationnelle et est envoyé par la CTB à la DGD pour demande de réception définitive. Une fois ce rapport approuvé par la DGD l'intervention est administrativement clôturée.

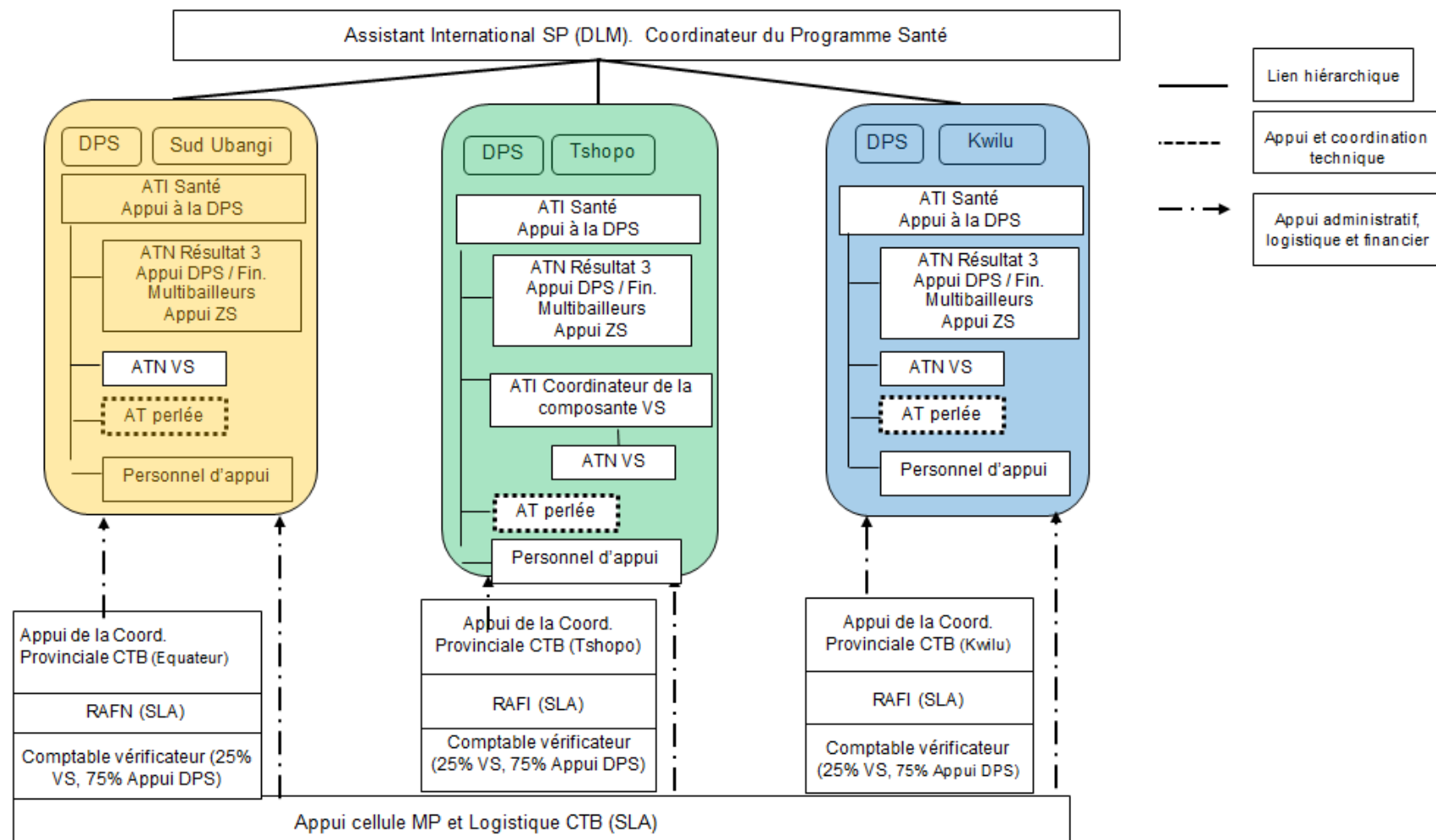
Après la clôture financière de l'intervention, les fonds non utilisés seront récupérés par l'Etat belge et ne pourront être transférés à d'autres interventions ou programme.

5.3 Cadre organisationnel pour le pilotage et la mise en œuvre

Le pilotage et la mise en œuvre de l'intervention seront assurés par trois organes de gestion :

- La Structure de Supervision (SDS)
- La Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL) ;
- L'Unité Provinciale de Projet (UPP).

5.3.1 Présentation générale (Organigramme Ancrage et équipe de intervention)



5.3.2 Structures de pilotage et de suivi

L'intervention couvre trois provinces. La Constitution de la RDC prévoit dans son article 3 que les provinces sont dotées de la personnalité juridique et qu'elles sont gérées par les organes locaux. Elles jouissent de la libre administration et de l'autonomie de gestion de leurs ressources économiques, humaines, financières et techniques. L'organisation des soins de santé de base est de la compétence exclusive des provinces.

Conformément au programme indicatif, la coopération belgo-congolaise s'inscrit dans la décentralisation et le setup du programme s'inscrit dans le respect de l'autonomie de gestion provinciale, tout en encourageant un échange entre provinces et niveau national pour capitaliser au maximum les expériences du programme, mais aussi afin d'assurer une affectation de moyens entre les différentes provinces en fonction de la concrétisation d'appui d'autres partenaires (équité), du progrès réel par province (appropriation et mobilisation de contributions locales).

La composition et les modalités des structures de pilotage et de suivi sont basées sur :

- les avancées du processus de Décentralisation en République Démocratique du Congo.
- la nécessité de piloter et de suivre la gestion d'un seul DTF, d'un seul budget mais de trois volets provinciaux.
- l'implication du niveau central (approche Programme).
- De la nécessité d'un fonctionnement efficace et efficient.

Par province une Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL) est créée, qui assure la supervision stratégique au niveau provincial. Elle sera composée des représentants du niveau provincial constitutionnellement en charge du secteur et de son financement ;

Au niveau national une Structure de Supervision (SDS) est créée – concordant avec la SMCL pour le volet « Appui au niveau Central » (PANC) – qui assure un suivi macro des interventions et qui assure que les moyens d'un seul budget sont attribués correctement entre les trois provinces.

La participation aux réunions des structures de suivi et de pilotage ne donne droit à aucune indemnité.

5.3.2.1 Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL)

Les parties congolaise et belge conviennent de créer des Structures Mixtes de Concertation Locale (SMCL) par province. Celle-ci est en charge de la supervision et du pilotage **stratégique** de l'intervention d'appui aux Divisions Provinciales de la Santé et aux Zones de Santé, ainsi que de l'intervention de lutte contre la Violence Sexuelle au niveau de chaque province.

Composition des SMCL :

La SMCL par province est composée des membres suivants ou de leurs représentants:

- Le Gouverneur de la Province, le président ;
- Le Ministre Provincial de la Santé (MPS) ;
- Le Ministre Provincial en charge du Plan ;
- Le Représentant Résident de la CTB.

La SMCL invitera également en qualité d'expert/observateur, partie prenante et contributeur :

- Le coordonnateur provincial de la CTB (pour la SMCL de Kwilu et de Sud Ubangi) ;
- Le ATI Coordinateur du Programme Santé (basé à la DLM) ;

La SMCL peut s'élargir à toute autre personne qui apporte une contribution à l'intervention en qualité d'observateur ou d'expert.

L'UPP prépare les documents de travail pour la SMCL et assure le secrétariat de la SMCL.

Compétences et attributions :

Les compétences et attribution de la SMCL sont les suivantes :

- Superviser l'exécution des engagements pris par les parties au niveau de la province;
- Approuver la programmation annuelle, opérationnelle et financière de l'intervention au niveau de la province;
- Apprécier l'état d'avancement de l'intervention au niveau de la province et l'atteinte de ses résultats sur la base des rapports de résultats ou des rapports de monitoring et en approuver les recommandations;
- Examiner les rapports d'audit et approuver les plans de mise en œuvre des actions qui sont élaborés en réponse aux recommandations du rapport au niveau provincial;
- Examiner les rapports des revues à mi-parcours, approuver les recommandations pertinentes pour la province qui y sont émises et approuver les plans de mise en œuvre des actions nécessaires;
- Valider des propositions de conventions de subsides non prévus dans le DTF prévue dans la province;
- Approuver les ajustements ou les modifications éventuelles du dossier technique et financier pour la province, tout en respectant l'objectif spécifique, la durée et l'enveloppe budgétaire fixés par la Convention Spécifique et en veillant à la faisabilité de l'ensemble des actions;
- Initier à tout moment des missions de revue technique ou d'audit financier;
- Procéder à la clôture de l'intervention au niveau provincial et approuver le rapport final provincial ;
- Faire des recommandations pour la capitalisation et la pérennisation des acquis de l'intervention.

Modes de fonctionnement :

Le mode de fonctionnement de la SMCL est fixé comme suit :

- La SMCL établit son règlement d'ordre intérieur ;
- La SMCL se réunit sur invitation de son Président ordinairement chaque semestre ou de façon extraordinaire à la demande d'un membre;
- La SMCL d'ouverture de l'intervention (SMCL 0) se réunit pour la première fois (au plus tard) dans les trois mois qui suivent la signature de la convention spécifique;
- La SMCL prend ses décisions selon la règle du consensus;
- Chaque réunion fait l'objet d'un procès-verbal signé par le Président et le Représentant Résident de la CTB. Une copie du PV signé est transmise à tous les autres participants par le président de la SMCL. Une copie du PV signé est également transmise à l'ambassade belge et au président du COMPAR par la CTB;
- La SMCL tient également une réunion au plus tard 3 mois avant la fin des activités de l'intervention afin d'examiner la proposition de rapport final et de préparer les formalités de clôture;
- L'UPP est responsable, sous la coordination du Coordinateur du Programme Santé, de la préparation des réunions de la SMCL. Elle en assure le secrétariat.

5.3.2.2 Structure de Supervision (SDS)

La SDS est l'instance mixte et paritaire mise en place au niveau national pour assurer la coordination générale du programme de santé dans sa totalité.

Elle assume pleinement le rôle de Structure Mixte de Concertation Nationale avec les attributions classiques d'une SMCL (voir DTF PANC) du programme « Appui au Ministère de Santé au Niveau National » et elle assure un suivi macro des interventions mises en œuvre au niveau provincial. Elle attribue les moyens des interventions « appui au Divisions Provinciales de la Santé et aux Zones de Santé » et de « lutte contre la Violence Sexuelle » au niveau de chaque province.

La composition de la SDS:

- Le Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique ou son représentant.
- Le Représentant du Ministère du Plan.
- Le Représentant du Ministère en charge de la Coopération Internationale.
- Le Représentant du Ministère de la Fonction Publique.
- Le Représentant Résident de la CTB ou son représentant.

La SdS invitera également en qualité d'expert/observateur, partie prenante et contributeur :

- Le coordonnateur du programme (ATI Santé Publique) ;
- Le directeur de la DEP
- Les représentants des trois DPS
- Les ATI de chaque province dans la composante provinciale
- L'ATI de la composante « Lutte contre la Violence Sexuelle »
- Toute autre personne sur invitation ayant une contribution utile

La SDS peut inviter, toute autre personne qui apporte une contribution à l'intervention en qualité d'observateur ou d'expert.

Le Coordinateur du Programme Santé (ATI à la DLM) assure le secrétariat de la SDS.

Il assure – avec les différents UPP/ET-VS - que les documents de travail pour la SDS sont disponibles et de qualité, il prépare les invitations et assure la rédaction des procès-verbaux.

Compétences et attributions envers les interventions « appui au Divisions Provinciales de la Santé et aux Zones de Santé » et de « lutte contre la violence sexuelle »

La SDS assure la supervision macro (respect des normes nationales) des programmes et la supervision de l'utilisation des moyens qui ne sont pas limités à une seule province. Ceci est réalisé par les activités suivantes :

- Superviser l'exécution des engagements pris par les parties au niveau national;
- Approuver la programmation annuelle financière consolidée de l'intervention et en cas de besoin trancher sur les affectations à chaque province ;
- Apprécier l'état d'avancement de l'intervention et l'atteinte de ses résultats sur la base du rapport de résultats consolidé et en approuver les recommandations qui dépasseraient le niveau d'une province individuelle;

- Assurer que les ressources humaines mises à disposition de l'intervention soient gérées de manière optimale ;
- Procéder à la clôture de l'intervention : approuver le rapport final consolidé;
- Faire des recommandations pour la capitalisation et la pérennisation des acquis de l'intervention au-delà des provinces appuyées.
- assurer, par voie de médiation, le bon fonctionnement du projet;
- arbitrer et régler les décisions ne faisant pas consensus au niveau provincial;
- résoudre tout problème lié à l'interprétation du DTF ;
- suivre et superviser les activités d'appui que le niveau national (PANC) donne aux programmes provinciaux ;

Modes de fonctionnement :

Le mode de fonctionnement de la SDS est fixé comme suit :

- La SDS établit son règlement d'ordre intérieur;
- Elle se réunit au moins une fois par semestre ou quand nécessaire à la demande d'un de ces membres ;
- se réunit pour la première fois au plus tard un mois après la signature de la Convention Spécifique ;
- prend ses décisions selon la règle du consensus ;
- tient également une réunion au plus tard 3 mois avant la fin des activités du programme afin d'examiner la proposition de rapport final consolidée et de préparer les formalités de clôture du programme au niveau national ;
- tient également une réunion avant la fin de la validité de la Convention Spécifique afin d'approuver le rapport final et d'assurer les formalités de clôture ;

Les problèmes non résolus au niveau de la SdS sont portés en Comité des Partenaires (COMPAR).

5.3.3 Les Unités Provinciales de Projet (UPP)

L'Unité Provinciale de Projet (UPP) est l'instance de gestion quotidienne qui assure la mise en œuvre des activités, dès l'approbation de la programmation par la SMCL.

Ces UPP sont pilotées chacune par un ATI de profil Santé Publique, sous l'autorité fonctionnelle de l'ATI **Coordinateur du Programme Santé** placé au niveau central et pour la province de Tshopo l'UPP dans la logique et setup de la coordination provinciale.

Toutes les décisions administratives, techniques et financières relevant des UPP seront prises au quotidien par ces équipes, en concertation avec la DPS (et si d'application en synergie avec la coordination Provinciale de la CTB).

Les questions stratégiques à porter à la SMCL seront formulées et préparées de manière coordonnée, en concertation avec la DPS. Cette manière de travailler assurera la pleine transparence entre les partenaires.

Les UPP, installées dans chaque province au sein de la DPS comprendront :

- Un ATI de profil Santé Publique, responsable provincial de l'intervention ;
- Le Chef de Division de la DPS
- Un ATN R3 Administratif et financier pour renforcer les capacités de gestion de la DPS et des ZS ;
- L'ATI PLVS « Violence sexuelle » pour le cas spécifique de Tshopo ;
- Les ATN PLVS « Violence sexuelle » ;
- Une Assistance Technique « perlée » pour appuyer le renforcement des capacités dans le domaine de la qualité des services ;
- Un Comptable vérificateur qui sera situé au sein de la coordination provinciale CTB. Ce comptable sera chargé des aspects administratifs et financiers directement liés au financement de la Coopération belge ;
- Le personnel de support.

Des expertises techniques sous forme de consultance, pourront être définies au cours de l'exécution des activités pour des appuis ciblés.

L'intervention s'appuiera également sur la cellule Marchés Publics et Logistique multisectorielle basée à Kinshasa pour les marchés importants et l'appui à la logistique à travers des accords de prestations de services (SLA). L'intervention bénéficiera également du support des équipes administrative, financière et logistique logées au sein des coordinations provinciales de la CTB, également sur base d'un achat de services, formalisé par un contrat entre l'intervention et cette coordination provinciale, qui définira clairement les services contractuellement dus.

- Les UPP sont responsables, chacune dans sa zone d'intervention, de :
- Assurer la bonne exécution des activités liées à la phase de démarrage.
- Assurer la bonne exécution opérationnelle du projet décrit dans le présent DTF en concertation avec les partenaires congolais.
- Gérer administrativement et financièrement le programme dans le respect des normes mises en place par la CTB et du DTF (sous supervision de la coordination provinciale si possible).
- Assurer le monitoring de l'intervention et la gestion des risques.
- Organiser, superviser et coordonner les activités de terrain dans le cadre des programmations périodiques.
- Sélectionner et signer les conventions et contrats avec les prestataires et autres acteurs locaux dans les limites de leur mandat et accompagner les différents prestataires dans la mise en œuvre des actions planifiées ;
- Consolider et soumettre à la SMCL la planification opérationnelle et financière annuelle et de l'adaptation de cette planification en fonction de l'évolution de l'intervention;
- Proposer éventuellement à la SMCL les actualisations ou modifications nécessaires à apporter aux activités, aux résultats ou au budget.
- Assurer, à tour de rôle, le secrétariat de la SMCL.

- Résoudre tout problème de gestion des ressources humaines, évaluer la compétence et les prestations des différents personnels mis à disposition de l'intervention et prendre toutes mesures d'encouragement ou de correction nécessaire;
- Rédiger les rapports périodiques d'exécution et de suivi évaluation.
- Contribuer au travail de recherche et de capitalisation.
- Assurer la bonne exécution des activités liées à la phase de clôture.

Le partenaire congolais identifiera des points focaux nationaux spécifiquement chargés de mobiliser les partenaires et les bénéficiaires du programme au moment du démarrage de chaque activité, de s'assurer des collaborations nécessaires au sein de l'administration, et de la tenir informée.

Les modalités de collaboration avec les différents partenaires clés du secteur seront définies dans des conventions de subsides.

5.3.4 Le Coordinateur du Programme Santé

Le Coordinateur du Programme Santé (ATI dans le projet PANC) assurera la coordination globale de l'intervention :

- Il travaillera avec les 3 UPP pour construire une programmation consolidée conjointe ;
- Il assurera la consolidation des rapports de progrès provinciales pour la SDS ;
- Il assurera avec l'appui du RAF au niveau national la consolidation du suivi financier ;
- Il prépare les réunions de la SDS relatif aux interventions provinciales et en assure le secrétariat.

5.4 Gestion Opérationnelle

Les modalités pratiques de gestion opérationnelle de l'intervention seront explicitées et détaillées dans un Manuel de gestion opérationnelle de l'intervention.

5.4.1 Planification opérationnelle

Chaque année une planification opérationnelle et financière pour l'année suivante est préparée par les UPP, consolidée au niveau du Coordinateur du Programme Santé et validée par chaque SMCL et par la SDS.

Cette planification annuelle comprend les quatre éléments suivants :

- La planification des activités;
- La planification des Marches publics ;
- La planification des conventions de subsides;
- La planification financière

Elle se fera selon les procédures et modèles fournies par la CTB. La planification opérationnelle suivra le format du cadre logique et servira de base pour la programmation financière.

5.4.2 Gestion des ressources humaines

Responsabilités :

Les assistants techniques internationaux financés par la contribution belge seront recrutés et engagés par la CTB. Ce personnel sera soumis à l'agrément préalable du partenaire. L'agrément est valable pour toute la durée de la Convention Spécifique.

Ouverture des postes et recrutement:

La cellule RH de la Représentation CTB appuiera le programme dans le recrutement du personnel national.

Tout poste est ouvert aux femmes et aux hommes et les femmes seront encouragées à postuler.

Pour les recrutements internationaux, l'avis de recrutement tiendra compte des termes de référence (TdR) en annexe.

Législation qui régit les contrats de travail:

Les contrats du personnel international recruté à Bruxelles par la CTB sont régis par la législation belge.

Les contrats du personnel recruté en République Démocratique du Congo sont régis par la législation de la République Démocratique du Congo.

Les contrats de consultance ou d'expertise perlée (marchés de services) liés à un appel d'offre (hors contrats cadres existants de la CTB) sont régis par le cadre juridique du 'Fonds Européen de Développement' en application de l'article 17 §1, 1° de la Loi du 15 juin 2006 relative aux marchés publics

Financement des ressources humaines nationales:

En règle générale, le financement des ressources humaines sera basé sur le consensus en vigueur au niveau du GIBS. Pour le cas spécifique des DPS où il est prévu de passer au contrat unique, le financement sera mis dans un panier commun avec les autres PTF sur base du contrat unique. Ce contrat unique déterminera aussi le financement des ressources humaines (partie fixe et partie flexible). Ce financement ne représente pas un droit acquis. Il doit assurer les performances du niveau appuyé, tout en améliorant l'attractivité des fonctions, favoriser la motivation et la rétention des ressources nationales. Elle est conditionnée par les prestations et en cas d'évaluation négative, la SMCL peut décider de suspendre le financement.

Le plus possible le financement suivra la logique du FBP, expérimenté depuis de longue date avec grand succès, en RDC et ailleurs alors que l'état congolais mécanisera les agents et indemniser les risques.

L'administration est seul responsable de veiller aux obligations fiscales, sociales ou autres que le paiement de primes engendrerait.

Missions:

Les missions des membres des UPP sont approuvées par leur responsable hiérarchique. Les missions à l'étranger sont soumises à l'approbation du Représentant Résident de la CTB.

Les modalités pour l'établissement des ordres et rapports de missions ainsi que les taux et procédures applicables en matière de per diem et de frais de missions seront ceux indiqués dans le manuel de gestion administrative applicable aux interventions de la Coopération belge en République Démocratique du Congo.

5.4.3 Mandats

La CTB est responsable pour l'engagement et le paiement des dépenses selon sa structure de mandat.

5.4.4 Gestion financière

5.4.4.1 Comptes bancaires

Dès la signature de la Convention Spécifique, un compte en EUR avec libellé 'Contribution Belge _ PADP' doit être ouvert. D'autres comptes (comptes opérationnels) peuvent être ouverts en cas de besoin. Pour tous les comptes bancaires, le principe de double signature est d'application selon les mandats.

5.4.4.2 Transferts de fonds

Dès la notification de la Convention de Mise en Œuvre entre l'état belge et la CTB et après l'ouverture du compte, un premier transfert sera fait par la CTB sur ce compte. Afin de recevoir les transferts suivants, l'intervention doit introduire un appel de fonds selon les procédures de la CTB.

Le montant de l'appel de fonds correspond aux besoins estimés en trésorerie pour le trimestre suivant. Le transfert de fonds effectué par la CTB se fait au début du trimestre et éventuellement en plusieurs tranches. En cas d'urgence, l'intervention peut introduire un appel de fonds anticipé, en en justifiant le besoin.

Le transfert de fonds se fait uniquement aux conditions suivantes:

- La comptabilité du trimestre précédant l'introduction de l'appel doit être transmise à la CTB.
- Tous les rapports exigés doivent être transmis à la CTB.
- Le plan d'actions et le suivi d'audit et/ou MTR doivent être mis à jour.

Les règles de gestion de la trésorerie de la CTB (transferts vers comptes opérationnels, gestion des caisses, ...) sont d'application.

5.4.4.3 Dépassements budgétaires et changements budgétaires

Le budget de l'intervention donne les contraintes budgétaires dans lesquelles l'intervention doit être exécutée.

Le montant total du budget de l'intervention tels que définis dans ce document et dans la Convention Spécifique ne peuvent être modifiés que moyennant un échange de lettres entre les signataires de la Convention Spécifique (cf. point 55 « adaptation du DTF » ci-après).

Pour le budget de la Partie belge, des dépassements au niveau du budget total par mode d'exécution ou du budget total des moyens généraux ne sont pas autorisés sauf accord de la SMCL sur la base d'une proposition de changement budgétaire élaborée par l'équipe d'intervention selon les procédures de la CTB.

Une proposition de changement budgétaire est également nécessaire dans les cas suivants :

- au niveau d'un résultat ou d'une rubrique des moyens généraux (Z-01, Z-02, etc.), le montant du dépassement est supérieur à 10% du dernier budget approuvé pour ce résultat ou cette rubrique.
- au niveau d'une ligne budgétaire, le montant du dépassement est supérieur à 20% du montant du dernier budget approuvé sur cette ligne et est strictement supérieur à 50.000€.

Pour ces changements budgétaires un accord de la SMCL est requis ou un accord écrit du Secrétaire Général et du Représentant Résident.

Au niveau du budget annuel du budget de la Partie belge, Il n'y a pas de contraintes, excepté pour les

moyens généraux où le budget annuel ne peut pas être dépassé de plus de 5%.

La réserve budgétaire du budget de la Partie belge peut uniquement être utilisée après accord préalable de la SMCL.

L'intervention doit assurer un bon contrôle et un suivi budgétaire régulier des engagements afin d'anticiper la gestion des éventuels changements budgétaires nécessaires.

5.4.4.4 Comptabilité et justification de dépenses

Mensuellement, la comptabilité doit être élaborée et approuvée selon les procédures de la CTB. L'outil à utiliser est l'outil fourni par/ou convenu avec la CTB. La comptabilité doit être signée pour accord par la direction de l'intervention, excepté pour les comptes gérés par la CTB seule. La comptabilité à envoyer à la CTB comprend un fichier électronique et si exigé, les pièces justificatives ainsi que les extraits bancaires et états de caisse. Les documents comptables doivent être à jour, précis et fiables et être conformes aux normes et règles comptables en vigueur.

Une dépense éligible est une dépense :

- identifiable, attestée par des pièces justificatives probantes, comptabilisée conformément aux standards en vigueur;
- en lien avec les activités et les critères définis dans le DTF et nécessaire pour l'atteinte des résultats ;
- prévue dans le budget et imputée sur la ligne budgétaire adéquate ;
- répondant aux principes de bonne gestion financière.

5.4.4.5 Gestion des biens et des stocks

Chaque bien et équipement acquis par l'intervention doit recevoir un numéro d'inventaire et doit être consigné dans un registre d'inventaire. Chaque semestre, un inventaire formel doit être réalisé et signé par la direction de l'intervention. L'utilisation du bien est strictement limitée aux activités de l'intervention. En cours de l'intervention, il peut être transféré sous tutelle et patrimoine d'une structure partenaire sur base d'un acte de transfert formel et suivant les procédures de la CTB.

Un suivi exhaustif des stocks doit être réalisé afin d'assurer que tous les mouvements sont autorisés, suivis sur des supports adéquats et régulièrement contrôlés. La direction de l'intervention doit assurer un contrôle formel mensuel des stocks.

A la fin de l'intervention, l'affectation du matériel, des équipements et des stocks divers sera définie dans le PV de la SMCL de clôture.

5.4.5 Gestion des Marchés Publics

Avant chaque année, la direction de programme doit élaborer un planning des marchés publics pour l'année suivante. Ce planning fait partie du plan annuel du programme. Trimestriellement, la direction du programme doit mettre à jour le planning, qui fera partie du rapportage opérationnel.

Pour tous les marchés, le programme respectera la législation en vigueur ainsi que les règles internes définies par la CTB.

Pour les marchés publics de moins de 25.000 EUR (sauf marchés complexes), le programme est responsable pour gérer les marchés publics. La cellule des marchés publics peut appuyer les projets. Pour les marchés publics de plus de 25.000 EUR, ainsi que pour les marchés complexes, la cellule des marchés publics appuiera l'élaboration ou le contrôle de la partie administrative du cahier de charges et la gestion administrative des marchés (publication, sélection, attribution, avenants,...). Le programme reste

responsable de l'élaboration de la partie technique du cahier des charges. Pour les marchés de plus de 200.000 EUR, un avis de non-objection de la CTB Bruxelles doit être reçu avant de pouvoir lancer le marché. Pour le reste, les prescriptions prévues pour les marchés de plus de 25.000 euros s'appliquent.

S'agissant d'un programme exécuté en régie par la CTB, les marchés de travaux et de services seront régis par le cadre juridique du 'Fonds Européen de Développement' en application de l'article 3§1, 1° de la Loi du 24 décembre 1993 relative aux marchés publics :

- L'Accord de partenariat ACP-CE signé à Cotonou le 23 juin 2000, tel que modifié par l'Accord modifiant l'Accord de partenariat ACP-CE signé à Luxembourg le 25/06/2005 et à Ouagadougou le 22 juin 2010, et son annexe IV;
- La décision 2001/822/CE du Conseil du 27 novembre 2001 relative à l'association des pays et territoires d'outre-mer à la Communauté européenne (« décision d'association outre-mer »), telle que modifiée par la décision 2007/249/CE du Conseil du 19 mars 2007;
- l'annexe V de la Décision n° 3/90 du Conseil des ministres ACP-CEE du 29 mars 1990 contenant le règlement de procédure de conciliation et d'arbitrage;
- Le Règlement (CE) du Conseil n°. 215/2008 du 18 février 2008 portant règlement financier applicable au 10ème Fonds européen de développement;
- Le guide pratique ('PRAG') et les documents types et modèles présentés dans les annexes, tels que d'application au moment du lancement du marché public en question.

Le rôle et les tâches des organes et instances européens auxquels font référence les textes juridiques du Fonds Européen de Développement (FED), seront assumés par les organes et instances de la CTB sur règles et processus internes et mandats applicables au sein de la CTB.

La réglementation belge relative aux marchés publics est d'application pour les marchés de fournitures.

Pour les marchés mixtes, la réglementation qui doit être appliquée sera déterminée par le type de marché dont le montant estimé est le plus élevé.

5.4.6 Gestion des conventions de subsides.

Des accords de subsides pourront être établis avec des partenaires. Les accords de subsides ne s'appliqueront que dans le cas où la procédure des marchés publics n'est pas d'application²². Deuxièmement, ils seront évalués pour savoir s'ils sont éligibles.

Les Accords de subsides pour la mise en œuvre d'activités ou la mise en œuvre d'objectifs seront établis et exécutés conformément aux conditions générales de la CTB relatives à ces conventions.

Les Accords de subsides non prévus dans le DTF seront soumis à l'approbation de la SMCL.

Il est prévu de signer des conventions suivant les critères existants²³ avec :

- les DPS dans le cadre des contrats uniques (Résultat 1)
- les ZS dans le cadre du financement basé sur les performances (Résultat 4)

²² Voir, Document CTB, Guide pour l'élaboration et le suivi de conventions de subsides, version du 19/06/2015, p.10.

²³ Idem, p.11-13.

- les HGR pour la tarification forfaitaire subsidiée (Résultat 5)
- les ONG intervenants dans les zones de concentration du projet (voir tableau 14, point 2.3.2)

5.4.7 Monitoring et Evaluations

Le système de Monitoring et Evaluation (M&E) soutient les besoins de redevabilité, d'apprentissage continu et de pilotage stratégique.

Le système retenu pour le Monitoring et Evaluation sera basé sur le guide CTB « More Results » et la note CTB sur le Backstopping.

5.4.7.1 Monitoring et Evaluations

Les différents éléments du système de Monitoring et Evaluation sont les suivants :

	Responsabilité	Système	Fréquence	Utilisateurs
Baseline	UPP	CTB	Unique	Intervention, SMCL, CTB Rep Office
Monitoring opérationnel	UPP	CTB	Trimestriel	Intervention, CTB Rep Office ainsi qu'à la SMCL
Monitoring des résultats	UPP / EST Bruxelles	CTB	Annuel	Intervention, CTB Rep Office, SMCL, Ambassade belge
Revue à Mi-parcours	CTB HQ : Assistant OPS/PO/Externes	CTB	Unique	Intervention, CTB, SMCL, DGD
Revue Finale	CTB HQ : Assistant OPS/PO/Externes	CTB	Unique	Intervention, CTB, SMCL, DGD
Monitoring final	Equipe d'intervention	CTB	Unique	Intervention, CTB Rep Office, SMCL, DGD

5.4.7.2 Baseline

Dès le démarrage de l'intervention, une « étude de base (Baseline) » sera exécutée pour préciser la situation de référence des différents indicateurs de l'intervention et établir le cadre de monitoring. Le cadre du monitoring de l'intervention sera aligné sur des systèmes/méthodologies existants (si possible). Eu égard à la nature de l'intervention pour laquelle les acquis et contributions sont plus difficilement mesurables, la méthode de monitoring pourra être adaptée. Des moyens sont à cet effet prévu sous les résultats et sous les moyens généraux (capitalisation).

La Baseline permettra de préciser la méthode suivie et de mettre en place un cadre de monitoring de l'intervention. Elle contiendra les éléments suivants :

- Matrice de monitoring;
- Plan de gestion des risques;
- Planning opérationnel mis à jour

Le rapport Baseline est établi selon le calendrier défini dans la phase de démarrage au maximum 9 mois après le SMCL d'ouverture (SMCL0). Il est présenté à la SMCL, qui en prend acte et approuve la façon dont l'intervention effectuera le monitoring de ses résultats.

5.4.7.3 Monitoring opérationnel

Chaque année une planification opérationnelle et financière pour l'année suivante est préparée par la direction de l'intervention et validée par la SMCL.

Le monitoring opérationnel est un processus continu basé sur cette planification et consolidé chaque trimestre.

Le Monitoring trimestriel comprendra:

- La planification des activités et sa mise à jour ;
- La planification financière et sa mise à jour ;
- La planification des MP et des conventions de subsides;
- L'état d'exécution des activités et dépenses prévues au trimestre précédent ;
- Le suivi de la gestion des risques ;
- Le suivi de la gestion des ressources humaines de l'intervention
- Le suivi des décisions de la SMCL.

Elles se feront selon les procédures et modèles fournies par la CTB.

5.4.7.4 Monitoring des résultats (annuel)

Le Monitoring de résultats traite la partie « stratégique » du cadre de résultats sur base annuelle : output – outcome et, dans une moindre mesure, le niveau de l'impact.

Le rapport de résultats constitue une base essentielle pour le suivi de l'intervention et de ses éventuels ajustements (tant au niveau du budget qu'au niveau des activités, du chronogramme, des indicateurs, etc.). Ce rapport est rédigé par les UPP et consolidé par le Coordinateur du Programme. La SMCL en valide ou rejette les recommandations (pilotage stratégique).

Ce rapport, à la fois opérationnel et financier, est établi conformément aux canevas de la CTB et comprend :

- L'examen de l'exécution correcte de la Convention Spécifique ;
- La recherche des causes des éventuels dysfonctionnements et des éventuels éléments nouveaux qui justifieraient la révision de la Convention Spécifique ;
- L'examen de la prestation de coopération au regard de son efficience, de son efficacité et de sa durabilité ;

- L'examen de la prestation de coopération au regard des indicateurs repris au DTF et notamment, sur la base des suppositions du cadre logique, l'examen de l'évolution du risque au regard de ces mêmes indicateurs.

Ce rapport annuel, après validation par la SMCL, est remis au plus tard le 31 mars de l'année qui suit celle sur laquelle il porte, à l'Etat partenaire via l'ambassade belge en RDC et à l'Etat belge, via la DGD à Bruxelles. Il doit donc être présenté au Coordinateur du Programme Santé le 15 février au plus tard.

5.4.7.5 Monitoring final (Rapport final)

Le monitoring final garantit la transmission à l'organisation partenaire et à la CTB ainsi qu'aux autres membres de la SMCL, des éléments clés de la performance de l'intervention et doit veiller à ce que les leçons apprises soient enregistrées dans leur « mémoire institutionnelle ». En outre, le rapport final déclenche la clôture administrative de l'intervention par l'Etat Belge

Le rapport final comprend :

- Un résumé de la mise en œuvre et une synthèse opérationnelle de la prestation de coopération ;
- Une présentation du contexte et une description de la prestation de coopération suivant le cadre logique ;
- Une appréciation des critères de base d'évaluation de la prestation : pertinence, efficience, efficacité, durabilité et impact ;
- Une appréciation des critères d'harmonisation et d'alignement : harmonisation, alignement, gestion orientée vers les résultats, responsabilité mutuelle, appropriation ;
- Les résultats du suivi de la prestation de coopération et des éventuels audits ou contrôles, ainsi que le suivi des recommandations émises ;
- Les conclusions et les leçons à tirer.

Le rapport final doit être achevé au plus tard 1 mois avant la SMCL de clôture. Il est préparé par les UPP et consolidé par le Coordinateur du Programme

Après approbation par la SMCL, le rapport final est transmis à l'ambassade belge.

Le rapport final sera remis au plus tard 6 mois après l'échéance de la Convention Spécifique à l'Etat partenaire via l'ambassade belge en RDC et à l'Etat belge, via la DGD à Bruxelles.

5.4.7.6 Backstopping technique

Le 'Backstopping sectoriel' semestriel fait partie du processus de renforcement du programme à travers un coaching par les experts techniques du service EST de Bxl ou des experts externes. Il sera basé sur la note conceptuelle sur le backstopping de la CTB.

L'objectif d'un backstopping est de renforcer le processus de réflexion commune et continue, avec comme point de départ les besoins au niveau local et/ou sectoriel, avec la perspective d'apprendre, de promouvoir le changement comportemental, l'augmentation de la qualité et la mise à l'échelle.

Le Backstopping est un appui technique / scientifique pour accompagner l'équipe d'implémentation du programme. Le processus de backstopping est caractérisé par un nombre de missions de suivi sur la durée du programme, avec en alternance un appui à distance. Il s'agit d'un processus d'appui continu.

Une réflexion commune sur les leçons apprises, les outputs, les impacts et les outcome de la nouvelle approche fera entre autre partie des missions de backstopping.

A part le backstopping sectoriel, des appuis techniques de la Représentation et d'autres départements de

la CTB, seront organisés en fonction des besoins pour mieux gérer le programme.

5.4.7.7 Revues (Evaluations), contrôle interne et Audits

Revues :

La fonction principale des exercices de revue à Mi-Parcours et Finale est de fournir un point de vue extérieur sur le contexte et la performance du programme ainsi que d'analyser en profondeur le processus de développement en cours ou terminé. A cette fin, une approche « d'évaluation réaliste » pourra être utilisée (à définir lors de l'établissement du système de suivi/évaluation). Les revues sont ainsi utilisées pour :

- i) Renforcer l'apprentissage et la compréhension du contexte
- ii) analyser s'il est nécessaire de réorienter les interventions afin d'atteindre l'objectif spécifique,
- iii) fournir les informations nécessaires à la prise de décisions stratégiques et
- iv) identifier les enseignements tirés et y réfléchir.

Étant réalisées par un acteur externe indépendant, les revues jouent un rôle important dans l'apprentissage et la redevabilité sur la performance de l'intervention. Les revues sont pilotées par la Direction des Opérations de la CTB selon les processus en vigueur. Les Revues doivent être présentées en SMCL afin de juger et déterminer quelles recommandations sont retenues, qui est responsable et qui va les suivre (ces décisions sont intégralement reprises dans le PV de la SMCL).

En outre, les deux gouvernements pourront chacun, le cas échéant, procéder à une évaluation externe de l'atteinte des objectifs et des différents aspects de l'exécution de l'intervention.

Contrôle interne

Le contrôle interne est un processus intégré mis en œuvre par les responsables et le personnel d'une organisation et destiné à traiter les risques et à fournir une assurance raisonnable quant à la réalisation, dans le cadre de la mission de l'organisation, des objectifs généraux suivants :

- exécution des opérations ordonnées, éthiques, économiques, efficaces et efficaces ;
- respect des obligations de rendre des comptes ;
- conformité aux lois et réglementations en vigueur ;
- protection des ressources contre les pertes, les mauvais usages et les dommages.

La CTB peut initier à tout moment une mission de contrôle interne sur la gestion et l'avancement du projet. Elle en précise les objectifs en informant l'UCAG et la Direction du projet.

Suite à une mission d'évaluation ou de contrôle, l'UPP élabore un plan d'action avec l'appui du Controlling. Le programme rapporte à la SMCL sur l'état des lieux de la mise en œuvre de ce plan d'action. Le Controlling appuiera le programme dans la réalisation des actions.

Audits :

L'intervention doit être auditée au minimum une fois sur la durée de mise en œuvre des activités (par prudence, un montant pour le financement de deux audits sera prévu dans le budget de l'intervention).

L'audit portera sur :

- la vérification que les comptes de l'intervention reflètent bien la réalité ;

- la maturité du système de contrôle interne et le respect des procédures ;
- la vérification de l'utilisation économique, efficiente et efficace des moyens de l'intervention.

La SMCL peut demander des audits supplémentaires s'ils les jugent nécessaires. La SMCL charge la CTB de l'élaboration des termes de référence et de la sélection de la firme d'audit. La firme d'audit doit être une firme certifiée (selon les standards internationaux) indépendante. Le rapport d'audit sera communiqué par la CTB à la SMCL. La direction de intervention doit élaborer un plan d'actions afin d'améliorer le système de contrôle interne et prouver que des mesures correctives ont été entreprises et appliquées.

De plus, chaque année, les comptes de la CTB sont audités par un collège de commissaires. Dans ce cadre, les commissaires réalisent également des audits des interventions cogérés par la CTB. Le comité d'audit de la CTB peut aussi demander qu'une intervention soit auditée par l'auditeur interne de la CTB.

5.5 Adaptation du DTF

Pour toutes adaptations relatives à l'objectif spécifique de l'intervention, la durée de la Convention Spécifique, du budget total définis dans la Convention Spécifique, une demande motivée doit être introduite par le partenaire auprès de l'Etat belge après avoir reçu l'accord du SMCL. Si la Belgique accepte la demande, on procède à un échange de lettres signées par les deux parties

Pour toute autre adaptation du DTF, la partie congolaise et la partie belge peuvent en cours d'intervention adapter le présent Dossier Technique et Financier, en fonction de l'évolution du contexte et du déroulement de l'intervention.

Pour les aspects ci-dessous, l'approbation préalable de la SMCL est requise:

- Aux formes de mise à disposition de la contribution de la Partie belge et de la Partie partenaire;
- Aux résultats, y compris leurs budgets respectifs ;
- Aux propositions de changement budgétaires ;
- Aux compétences, attributions, composition et mode de fonctionnement de la structure mixte de concertation locale ;
- Au mécanisme d'approbation des adaptations du DTF ;
- Aux indicateurs de résultats et d'objectif spécifique ;
- Aux modalités financières de mise en œuvre de la contribution des parties ;

La CTB informe l'Ambassade belge si de telles modifications sont apportées.

En dehors des SMCL, des décisions ad-hoc pour le bon déroulement du programme peuvent être prises par les partenaires, via une procédure écrite (lettre tournante aux membres de la SMCL). Ces décisions sont effectives dès signature par le Président de la SMCL pour la partie Congolaise et le représentant de la CTB pour la partie Belge.

6 THÈMES TRANSVERSAUX

Les deux thèmes transversaux retenus par la nouvelle loi sont définis à l'article 11, § 2 : la coopération belge au développement intègre de façon transversale dans toutes ses interventions :

1. La dimension du genre
2. La protection de l'environnement et des ressources naturelles, y compris la lutte contre les changements climatiques, la sécheresse et la déforestation mondiale.

L'actuelle intervention prêtera soin au développement d'activités en respectant pleinement les aspects environnement et genre.

6.1 Une approche basée sur les droits humains

En RDC le droit à la santé est formellement ancré dans la Constitution de 2006 (Art. 47), qui en plus réaffirme de façon spécifique le droit à la santé de la jeunesse (Art. 43) ainsi que l'engagement de l'État dans la lutte contre la violence sexuelle (Art. 15). La réalisation du droit à la santé - internationalement reconnu comme un des droits sociaux, économiques et culturels – doit se faire de façon progressive à fur et à mesure de la disponibilité des ressources. Par définition l'État joue un rôle-clé comme responsable principale pour la réalisation du droit à la santé et a l'obligation de prendre les mesures nécessaires afin d'assurer sa réalisation progressive qui se situe sur plusieurs niveaux. Il s'agit notamment de l'amélioration de la **disponibilité** des services de soins de santé, de leur **accessibilité géographique et financière** et de leur **acceptabilité sociale et culturelle** ainsi que de l'assurance de la **qualité des soins**. Une approche basée sur les droits implique également qu'on garde un focus spécifique sur les droits et les besoins des populations les plus vulnérables, à base des principes de non-discrimination et d'égalité, ainsi que sur la participation communautaire et le renforcement de la redevabilité des différents acteurs concernés..

Les trois composantes du programme santé s'inscrivent pleinement dans cette approche basée sur les droits humains et n'envisage pas seulement le renforcement du rôle du MSP au niveau central dans le développement du cadre normatif et régulateur nécessaire mais met aussi un accent spécifique sur l'amélioration de l'accessibilité des soins de qualité au niveau opérationnelle. Ceci se fera au travers de plusieurs initiative comme, par exemple :

- une rationalisation et optimalisation de l'utilisation des ressources disponibles ;
- un appui au développement d'un système de financement de la santé afin de faciliter l'accès de la population aux soins ;
- un appui au développement d'un système d'approvisionnement de médicaments et d'équipements de qualité assurée ;
- un appui aux Centres de Santé (première niveau) et aux Hôpitaux Généraux de Références (2ième niveau) qui envisage la fourniture du Paquet Minimum d'Activités (CS) ainsi que le Paquet Complémentaire d'Activités (HGR) ;
- l'appui au développement des protocoles de prise en charge appropriées aux contextes socio-culturels et socio-économiques des régions d'intervention ;
- une attention spécifique pour les droits et les besoins des victimes de violences sexuelles.

La participation communautaire est assurée à plusieurs niveaux en collaborant avec les différentes structures communautaires établies par le systèmes de santé (les Relais Communautaires et les Comités d'Action Communautaire) et la promotion de la participation communautaire active dans différentes structures de concertation, dans les enquêtes de satisfaction ainsi que dans la sensibilisation et la prévention de la violence sexuelle.

6.2 Environnement

La rationalisation de l'utilisation des ressources disponibles est un des fils conducteurs proposés dans le présent programme, dans le cadre des différents appuis visant une planification et une organisation des soins plus efficaces. Cette approche comportera de nombreux aspects directement liés à une prise en compte de plus en plus forte de la préservation et de la gestion durable de l'environnement.

De plus, un important travail sera accompli pour implémenter les **documents « clés » de la politique nationale**. Ces documents seront produits dans la composante qui appuie le niveau central, et testés au niveau opérationnel. Dans le cadre de ces différents travaux, l'aspect environnemental devra être particulièrement bien intégré dans les travaux concernant :

L'implication la plus large possible du Ministère de l'Environnement dans tous ces travaux sera un élément clé de leur réussite.

Le présent programme prévoit des actions concrètes sur les aspects suivants :

- **Gestion des déchets.** Complémentairement aux autres composantes du programme, le développement d'une stratégie opérationnelle de gestion des déchets (étude) doit être soutenu au niveau central et implémentée au niveau DPS et ZS. (voir DTF PANC) en ce compris la formation du personnel et le suivi de la mise en œuvre de la stratégie au niveau local.
- **Maintenance** : mise en place d'un plan de maintenance pour les DPS (Résultat 3), qui sera complété au niveau des ZS appuyées par un focus maintenance dans le cadre du FBP.
- **Ecoconstruction** : prise en compte stricte des critères écologiques de qualité (normes et modalités de construction, alimentation électrique, ventilation, récupération d'eau, tri et traitement des déchets, etc.) pour les bâtiments et les équipements réhabilités, construits ou acquis dans le cadre du programme. Ceci sera considéré dans le développement des différents plans et schéma directeurs pour les HGR.
- **Critères écologiques** : prise en compte de critères écologiques pour les achats dans le cadre du programme, comme la consommation énergétique (véhicules, groupes électrogènes, unités frigorifiques...), la provenance (privilégier les matériaux locaux), les possibilités de recyclages ou de traitement en fin de vie, etc...
- **Mobilité** : organisation la plus rationnelle possible des différentes missions et ateliers en diminuant/rationalisant les déplacements (notamment ceux par voie aérienne) et en utilisant au maximum les systèmes de « téléconférence » pour les communications, le rapportage et la documentation.
- **Prévention & précaution** : mise en œuvre d'instructions pour les précautions universelles dans les centres de santé et les hôpitaux (dans le cadre de la politique de santé au travail et de lutte contre le sida) incluant les risques environnementaux.

6.3 Genre

Le projet CTB a mis en place une composante de prise en charge de la violence sexuelle totalement indépendante des composantes d'appui central et provincial, ceci afin de montrer l'importance de ce problème spécifique.

Au-delà de cette composante, le programme d'appui CTB aux DPS et DS, de par l'appui aux prestations des FOSAS, aura un impact sur la santé maternelle et infantile qui doit être une priorité opérationnelle telle que définie dans la politique nationale de santé et plus particulièrement le PNDS. Bien que les activités relatives au genre restent insuffisamment développées dans la santé, des efforts sont faits dans le cadre

des programmes SR/PF. Les indicateurs de santé relatifs à la prise en charge des mères sont cependant toutefois insuffisants : (i) la couverture en soins prénatals, en CPN4 est de 48% ; (ii) seulement 43 % de femmes ont reçu au moins deux injections de vaccin antitétanique au cours de leur dernière grossesse ; (iii) 52 % des femmes ne reçoivent aucun soin postnatal. Enfin, l'indice Synthétique de Fécondité (ISF) reste élevé (exemple à 5,9 dans la Province Orientale) et le taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception est très bas avec des grossesses d'adolescentes très nombreuses.

Par ailleurs, les disparités entre les sexes sont très marquées. Par exemple : le taux d'alphabétisation est inférieur pour les femmes que chez les hommes par le fait que le taux de scolarisation est moins élevé pour les filles que pour les garçons à tous les niveaux du système scolaire, (la différence étant cependant la plus marquée dans les classes supérieures). Autre exemple : les postes de responsabilités à tous les niveaux de l'organisation sociale sont plus difficiles à atteindre pour les femmes que pour les hommes. Concernant l'Information, Education, Communication (IEC ou CCC). Pour cela, le programme devrait appuyer des actions initiées par des associations notamment des associations de femmes ainsi que celles dirigées vers l'éducation, l'information sur les thèmes du VIH/Sida, la lutte contre la violence sexuelle et les sévices aux enfants, la transfusion sanguine, la sensibilisation à la mise en place de mutuelles, etc.

Le programme tiendra compte (dans la mesure du possible) des éléments suivants dans le domaine Genre:

1. Former toute l'équipe du programme en matière du 'genre' au démarrage, y compris une formation en gender budgeting (apprentissage outil CTB : Gender Budget Scan) ;
2. Procéder à un Gender Budget Scan lors de l'étude baseline;
3. Intégrer la désagrégation entre les sexes dans toutes les statistiques, la collecte des données et les analyses, y compris au niveau des indicateurs de l'étude de référence.
4. Elaborer un Plan d'action genre pour le programme lors du démarrage;
5. Renforcer (suivant les besoins) les capacités, notamment en planification, budgétisation et suivi-évaluation axé sur le genre (formation, créer des groupes de discussion et favoriser le réseautage entre les femmes) ;
6. Intégrer les questions sexospécifiques dans tous les TDR pour des formations, consultations, études, analyses,... ;

Gender-budgeting²⁴.

Le but de cet exercice est une estimation (ex-ante) des dépenses planifiées en fonction de leur impact sur les groupes-cibles femmes et hommes. Il permet un suivi et nunc lors de la mise en œuvre et une évaluation ex-post lors de l'évaluation finale de l'adéquation des dotations budgétaires avec la mise en œuvre des engagements pris et considérés comme effectivement liée au genre. Un scan/analyse du budget actuel est présenté ci-dessous selon un code couleur qui permet d'estimer le taux de sensibilisation au Genre du budget en cours.

- Jaunes : Action qui renforce le « Gender machinerie ». Appui aux institutions chargées du « Gender mainstreaming ». Par exemple action qui permet l'appui de la BSG d'un partenaire local (association, collectif,...), capacity building des points focaux genre dans les différents ministères.

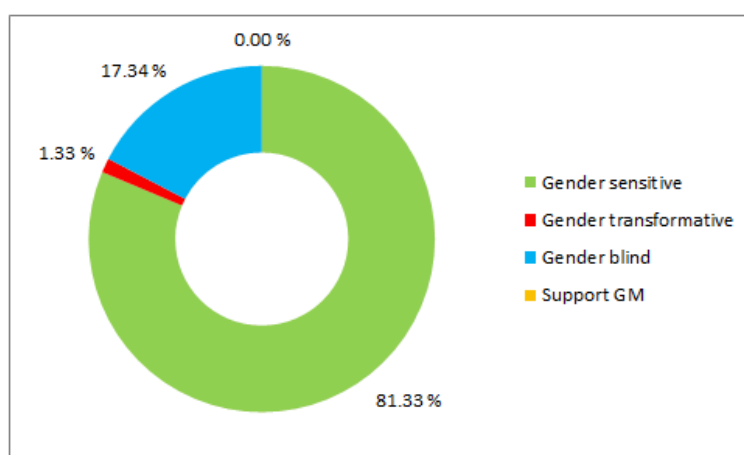
²⁴Exercice fait par cellule Genre - BTC

- Vert : Action Genre sensible, cela veut dire qu'on tient compte des différences entre les femmes et les hommes. Par exemple pour la formation, on veille à ce que les femmes et les hommes soient invités et sont formateurs. Les activités se font sans préjugés. Le recrutement se fait de manière genre sensible : les hommes et les femmes sont demandés de solliciter, le processus de sélection se fait sans préjugés et le recrutement se fait correctement en respectant toute législation en matière d'emploi. Les études se font sur base des données différenciées et en tenant compte des besoins des femmes et des hommes.
- Rouge : Action spécifique femmes ou hommes, des actions de rattrapage (des quotas pour la représentativité dans les comités de pilotage, formation pour les directeurs sur l'aspect genre), ou des actions qui sont uniquement destinées aux femmes ou aux hommes (contrôles du cancer de l'utérus / prostate). Sous cette catégorie on peut également considérer toute action positive pour enlever certaines barrières pour que chacun et chacune puisse participer sur un pied égal à la vie publique, politique, économique, sociale, technique, à l'accès et au contrôle des services publics.
- Bleu : Toute dépense genre neutre. Surtout le budget de fonctionnement et d'investissement. Par exemple les factures Internet, d'eau, de gaz,... Les frais d'entretien des locaux, des véhicules des projets, des ponts, des hôpitaux.

Gender budget scan :

Figure 7 : Gender Budget Scan du PADP

- Gender sensitive: 81,33 %
- Gender specific: 1,33 %
- Gender neutral: 17,34 %
- Gender machinery(support GM) : 0 %



Le budget qui correspond au Gender Budget Scan est repris dans le tableau ci-dessous.

BUDGET TOTAL			BUDGET TOTAL
A		Objectif spécifique (part) : Les zones de santé ciblées montrent une meilleure performance en termes de qualité et d'accessibilité des soins de leurs services de santé à travers un accompagnement fonctionnel par les ECZ et les DPS	10,284,338
A	1	Résultat 1: Les performances de la DPS sont assurées en matière de planification, de coordination, de gestion de l'information et du contrôle de l'action sanitaire.	2,656,188
	1	Appui à la mise en place d'une DPS performante	1,094,328
	3	Contribution multibailleur des performances de la DPS (1 chef de division, 6 chefs de bureau, 10 EPP, 10 cadres de collaboration et 6 personnel d'appoint)	614,328
		Amélioration du cadre et conditions de travail Gemena (ampliation des bureaux existants)	75,000
		Cadre et conditions de travail Kikwit : ampliations / réhabilitations / location	75,000
		Matériel roulant (1 4X4 + 2 moto's par DPS)	150,000
		Complément équipements (mobiliers, matériel ICT, réseau ...)	30,000
		Installations énergie solaire 12 KVA min par DPS	60,000
		Installations captage eaux pluviales pour utilisation sanitaire	75,000
		petit matériel et consommables	15,000
	2	Appui à l'élaboration des planifications (plan de développement moyen terme, PAO, ...)	413,460
	3	Appui au développement de mécanismes de coordination des parties prenantes	518,400
	4	Appui à la gestion de l'information sanitaire	315,000
	5	Renforcement du métier "inspection et contrôle"	315,000
A	2	Résultat 2: L'appui technique aux ZS par la Division Appui Technique est assuré.	223,650
	1	Assurer les supervisions en appui aux EC de toutes les ZS (63) de la DPS	110,250
	2	Appui au renforcement des capacités des ECZS par la DPS	81,900
	3	Appuyer l'intégration administrative et opérationnelle des programmes spécialisés, vers la suppression progressive des bureaux de coordination particuliers	31,500
A	3	Résultat 3: La Gestion au sein de la DPS est renforcée pour une mobilisation efficace des ressources disponibles, leur utilisation efficace et une redevabilité permanente pour toutes les parties prenantes.	910,500
	1	Appuyer l'organisation du service chargé du partenariat et de l'administration des finances	655,500
	2	Organisation du service chargé des ressources humaines	195,000
	3	Organisation du service chargé de la gestion des ressources matérielles, de la logistique médicale et de la maintenance	60,000
A	4	Résultat 4: Les performances des ECZS sont assurées (en matière de planification, l'encadrement efficace des formations sanitaires et la gestion efficace des ressources).	1,948,000
	1	Appui à la mise en place d'ECZS performantes	1,033,500
		Dotation des BZS en personnel pour son fonctionnement normalisé sous forme de FBP	648,000
		Assainissement du cadre et conditions de travail (réhabilitations légères, équipements solaires, motos, etc.)	210,000
		Capacités techniques des membres de l'ECZS	40,500
		Appui à la maintenance de matériels et équipement dotés à la ZS à travers le FBP	135,000
	2	Appui au pilotage des HGR, des CS et des organes de participation communautaire par l'ECZS	274,500
		Appui à la planification ascendante de qualité (PAO, PDZS, ...)	40,500
		Appui au fonctionnement des organes de pilotage et de participation communautaire (CODESA, COGE, ECZ,CA)	54,000
		Enquêtes de satisfaction dans les communautés	180,000
	3	Mise en place d'initiatives d'amélioration de l'accès financier pour les populations	190,000
	4	Mise en place de mécanismes d'amélioration de la qualité de l'information sanitaire et de génération des évidences en vue de renforcer la politique de santé	450,000
A	5	Résultat 5: L'hôpital général de référence (HGR) a amélioré sa capacité de fournir des soins de qualité et accessibles et de gérer rationnellement ses ressources.	3,633,000
	1	Appui à l'amélioration de la qualité des soins complet (PCA)	474,000
	2	Appui à l'organisation des services de et la rationalisation de l'HGR	1,449,000
	3	Améliorer l'accessibilité pour la population des soins et des services de l'HGR	1,710,000
A	6	Résultat 6: Les centres de santé ont amélioré la prise en charge en fournissant un paquet minimal d'activités complet par un personnel compétent et en interaction continue avec la communauté desservie.	913,000
	1	Améliorer la qualité du paquet de services (PMA) offerts à la population	235,500
	2	Appuyer la fonctionnalité des Centres de santé existants	596,500
	3	Dynamiser la participation et interaction avec la communauté de l'aire de santé	81,000
X	1	Réserve budgétaire	269,512
X	01	Réserve budgétaire REGIE	269,512
Z		Moyens généraux	2,946,150
Z	1	Frais de personnel	2,278,050
	1	Conseillers Techniques Internationaux DPS	1,620,000
	2	Conseiller Technique Nationale DPS	voir Act 3.1.
	3	Equipe finance et administration	566,250
	4	Autres frais de personnel	91,800
Z	2	Investissements	235,500
	1	Véhicules	105,000
	2	Equipe bureau	30,000
	3	Equipe IT	100,500
Z	3	Frais de fonctionnement	241,300
	03	Frais de fonctionnement des véhicules	86,400
	04	Télécommunications	10,800
	05	Fournitures de bureau	10,800
	06	Missions	45,000
	07	Frais de représentation et de communication externe	10,000
	08	Formation (y compris sensibilisation VIH)	13,500
	10	Frais financiers	54,000
	13	Autres frais de fonctionnement	10,800
Z	4	Audit et Suivi et Evaluation	191,300
	01	Frais de suivi & évaluation (partagé)	60,000
	02	Audit (partagé)	51,300
	03	Capitalisation	20,000
	04	Backstopping (y compris infra)	60,000
TOTAL			13,500,000

Figure 8 : Budget détaillé selon le Gender Budget Scan

6.4 Santé de la mère et l'enfant et le VIH/Sida

La situation sanitaire en RDC atteste des progrès significatifs mais le niveau de performance de la plupart des indicateurs sanitaires reste toujours en dessous de la moyenne des pays de l'Afrique subsaharienne. Les progrès enregistrés au cours de ces dernières années ne sont pas suffisants pour permettre à la RDC d'atteindre les objectifs fixés pour les OMD en 2015.

Face à ces indicateurs préoccupants de la santé de la mère et de l'enfant, les performances des services de santé sont insuffisantes.

Dans le cadre du présent programme, un important travail sera accompli pour **finaliser plusieurs documents « clés » de la politique nationale** ; dans ces différents travaux, les différents aspects concernant la santé de la mère et l'enfant, ainsi que les problématiques du VIH/Sida devront être particulièrement pris en compte dans les documents concernant :

- L'évolution de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé
- Le cadre d'accélération de la réduction de la mortalité de la mère et l'enfant
- La feuille de route de la gouvernance dans le secteur de la santé
- La rationalisation des Ressources Humaines de santé aux différents niveaux du système et la politique salariale
- Les modalités de financement du secteur et la mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle
- L'intégration du partenariat public privé dans l'organisation des soins avec droits et devoirs mutuels

Par ailleurs le présent programme visera à apporter un appui important à **l'amélioration de la santé de la mère et l'enfant par rapport aux principaux goulots d'étranglement**, qui entravent le bon fonctionnement des services :

- l'insuffisance de financement adapté et la nécessité de réformes pour une offre des soins de santé de qualité : un appui particulier sera accordé notamment à travers de la mise en place de la Tarification Forfaitaire « subsidiée » dans les provinces appuyées par le programme ; les tarifs forfaitaires pratiqués dans les CS et les HGR devraient rendre plus accessibles les tarifs relatifs à ce groupe cible
- la disponibilité des ressources humaines qualifiées pour mettre en œuvre les interventions à haut impact sur la santé de la mère et de l'enfant,
- la faible disponibilité des médicaments, réactifs et consommables, en lien avec la problématique de la chaîne d'approvisionnement
- le dysfonctionnement des plans de maintenance des équipements
- l'utilisation (i) d'un système de collecte de données désagrégé par sexe et âge au niveau des systèmes de routine de l'élaboration de statistiques, (ii) des données d'information traitant des questions spécifiques de la mère et l'enfant, ainsi que du VIH/Sida au niveau du « Centre de Veille Stratégique », qui sera mis en place à la DEP et dans les différentes études qui seront menées avec les ESP du pays, en particulier en liaison avec le projet RIPSEC de l'UE
- la décentralisation et l'intégration de la prise en charge au niveau opérationnel de la lutte contre le VIH

La composante du programme au niveau national sera complémentaire avec la composante **'lutte contre le VSBG'** dans les 3 DPS appuyées. Il est essentiel que le volet de lutte contre la violence sexuelle (PLVS) établisse des relations de collaboration avec plusieurs directions et programmes spécialisés au niveau

central et plus particulièrement avec le Programme National de la Santé de la Reproduction (PNSR), la Direction de Soins de Santé Primaires (DSSP, partie de la future DOGS) et le Système National d'Approvisionnement de Médicaments et d'Équipements (SNAME).

- Avec la DSSP (DOGS) un protocole spécifique de prise en charge des victimes de violences sexuelles pour le secteur de la santé sera développé, conforme les normes. La diffusion et la formation continue par rapport à ce protocole ou d'autres normes sera également assurée.
- Avec le volet d'appui au SNAME, un plaidoyer sera fait par la composante 'lutte contre les VSGB' pour intégrer dans le système national d'approvisionnement les différents médicaments et intrants nécessaires pour la prise en charge globale des victimes/survivants, cad. les « *Kits PEP* », la contraception d'urgence, la prophylaxie et traitement des IST, la prophylaxie Hépatite B et les antibiotiques, ainsi que les antidépresseurs. des bénéficiaires directs, afin d'assurer. Les « *Kits PEP* » pour la prise en charge des victimes/survivants des VS sont principalement mise à disposition, gratuitement, par UNICEF et SANRU (qui opère pour le Fond Mondial). Bien que UNICEF organise l'approvisionnement à travers des Centres de Distribution Régionales (CDR), les fournisseurs ont développé de systèmes de parallèles et non-adéquates.
- Il est important d'impliquer le PNSR au niveau central (responsable au sein du MSP pour la lutte contre la violence sexuelle et la prise en charge des victimes/survivants) dans la mise en œuvre de la composante lutte contre les VSGB afin d'assurer au maximum le processus d'apprentissage et la capitalisation des expertises. Au niveau intermédiaire le programme maintiendra de relations de collaboration directe avec les coordonnateurs provinciaux pour le PNSR.
- Une concertation régulière avec le Programme National de la Santé Mentale (PNSM) est nécessaire afin de les informer sur la lutte contre les VSGB.

Il faut assurer un input technique dans les réunions du GIBS (Groupe Interbailleur pour la Santé) et dans les groupes de travail techniques où la problématique de la prise en charge des victimes/survivants des VSGB est discutée (VIH/sida, santé mère-enfant, ...)

7 ANNEXES

Les annexes comprennent:

- Le cadre logique ;
- le calendrier d'exécution, chronogramme ;
- le type d'assistance technique long terme envisagé, fonctions et profil;
- Le budget scanné par rapport aux aspects genre (voir 6.3)
- tout autre document pertinent (ex : planning opérationnel d'un partenaire).

7.1 Cadre logique

OS	Les zones de santé ciblées montrent une meilleure performance en termes de qualité et accessibilité des soins de leurs services de santé à travers un accompagnement fonctionnel par les ECZ et les DPS.	- Satisfaction des populations entre première année et troisième année - Tx d'accouchements assistés - Mortalité intrahospitalière réduite avec suivi régulier (audit médical) des décès maternels. Etablir l'indicateur en termes de : numérateur= par an, moyenne de la réduction des décès des HGR de la DPS/dénominateur= le nombre d'hôpitaux pris en compte de la DPS (normalement ceux des 3 ZS appuyées). - ** Equipes DPS complètes et bénéficiant de salaires et primes de risque.	Cible 2018 : 90 % de satisfaction	- Le contexte socio-politique demeure stable (les élections présidentielles de 2016 se déroulent normalement) et ne provoque aucun changement pouvant induire l'obligation d'interrompre la coopération. - Le financement de l'Etat dans le secteur de la santé augmente progressivement, en particulier par rapport à la rémunération du personnel du niveau provincial.
----	---	---	--	--

R1	Résultat 1: Les performances de la DPS sont assurées en matière de planification, de coordination, de gestion de l'information et du contrôle de l'action sanitaire.	CPP-SS régulier et moteur de changement RAC de qualité Information sanitaire intégrée en DHIS2 et cartographiée		Les processus de décentralisation, réforme de la fonction publique et du secteur de la sante se poursuivent. Le MSP améliore son pilotage dans la mise en place des DPS en arrivant à coordonner tous les bailleurs par DPS. La Mise en place du cadre organisationnel des 3 DPS est complétée dans le respect des normes de sélection du personnel. Pas d'affectation non justifiée de personnel dans les structures de santé, en particulier après la constitution des gouvernements provinciaux qui auront des compétences en la matière.
R2	Résultat 2: L'appui technique aux ZS par la Division Appui Technique est assuré.	Programmes spécialisés intégrés Supervisions formatives faites et de de valeur ajoutée objectivée		Les différents bailleurs et partenaires intègrent leurs financements et activités dans Un seul Plan d'Action annuel au niveau provincial (DPS), dans une logique s'orientant vers un seul budget (Etat et

				multibailleurs) par niveau.
R3	Résultat 3: La Gestion au sein de la DPS est renforcée pour une mobilisation efficace des ressources disponibles, leur utilisation efficiente et une redevabilité permanente pour toutes les parties prenantes.	Contrat unique en place en 2017 Système de gestion informatisé multiacteurs en place et fonctionnel		Les autorités provinciales (MSP, gouverneur) et les responsables de la DPS s'engagent à promouvoir la gestion unique, transparente et redevable des ressources utilisées par le système de santé provincial.
R4	Résultat 4: Les performances des ECZS sont assurées (en matière de planification, l'encadrement efficace des formations sanitaires et la gestion efficiente des ressources).	** ECZ rationalisée et performante Grilles de mesure de performances en place Tarification forfaitaire en place (9/9) Enquêtes de satisfaction réalisées et avec évidence d'amélioration		La composition du personnel des ECZS est faite dans le respect des normes et de la réforme, apportant la stabilité du personnel en place. Les différents partenaires intègrent leurs financements et activités dans Un seul Plan d'Action annuel au niveau de la Zone de santé (ECZS), dans une logique s'orientant vers un seul budget (Etat et PTF).

R5	Résultat 5: L'hôpital général de référence (HGR) a amélioré sa capacité de fournir des soins de qualité et accessibles et de gérer rationnellement ses ressources.	PCA complet ** RHS en place suivant normes et payées.		La gestion des recettes des formations sanitaires (HGR et CS) devient une information de base qui circule pour les parties et l'utilisation des fonds se fait selon des critères objectifs Le paquet PCA est mis à jour et normalisé
R6	Résultat 6: Les centres de santé ont amélioré la prise en charge en fournissant un paquet minimal d'activités complet par un personnel compétent et en interaction continue avec la communauté desservie.	PMA complet Outils en place dans tous les CS ** RHS en place suivant normes et payées.		Le paquet est actualisé et normalisé

Résultat 1: Les performances de la DPS sont assurées en matière de planification, de coordination, de gestion de l'information et du contrôle de l'action sanitaire.				Moyens	Coûts en EUR
A	1	1	Appui à la mise en place d'une DPS performante	Contribution multibailleurs des performances de la DPS (1 chef de division, 6 chefs de bureau, 10 EPP, 10 cadres de collaboration et 6 personnel d'appoint)	1.094.328
				Amélioration du cadre et conditions de travail Gemena (ampliation des bureaux existants)	
				Cadre et conditions de travail Kikwit : ampliations / réhabilitations / location	
				Matériel roulant (1 4X4 + 2 motos par DPS)	
				Complément équipements (mobilier, matériel ICT, réseau ...)	
				Installations énergie solaire 12 KVA min par DPS	
				Installations captage eaux pluviales pour utilisation sanitaire	
				petit matériel et consommables	
A	1	2	Appui à l'élaboration des planifications (plan de développement moyen terme, PAO, ...)	Organisation atelier de planification Q4 Y-1 dans les 3 DPS (atelier 3 jours minimum)	413.460
				Etablissement de plan de formation par DPS dans cadre CU (atelier biannuel)	
				Mise en œuvre de plan de formation annuel	
A	1	3	Appui au développement de mécanismes de coordination des parties prenantes	Fonctionnement Secrétariat Technique CPP-SS	518.400
				Réunions du CPP-SS pour adoptions PPDS, PAO, Rapport annuels	
				Organisation Groupes de travail (au moins 4 GT, 4 fois par an)	
				Organisation RAC DPS 1 fois par an par DPS	
				Organisation CIS DPS 1 fois par an par DPS	
A	1	4	Appui à la gestion de l'information sanitaire	Elaboration de la cartographie sanitaire conjointement avec division SNIS (future DOGS)	315.000
				Hardware, software et développement des capacités par DPS suivant PNDIS dans perspective de passer au DHIS2 dans toutes les ZS	
				Formations en matière de gestion de l'information (5 jours par an minimum) en vue son utilisation effective	

				Conduite des recherches action pertinentes dans 9 ZS et documentation (ex. tarification forfaitaires, mutualisation, ...)	
A	1	5	Renforcement du métier "inspection et contrôle"	Audits médicaments et inspections pharmacies ZS	315.000
				Inspections établissements scolaires (20 Par an par DPS)	
				Inspections FOSA's privés (20 par an par DPS)	
Résultat 2: L'appui technique aux ZS par la Division Appui Technique est assuré.				Moyens	Coûts en EUR
A	2	1	Assurer les supervisions en appui aux EC de toutes les ZS (63) de la DPS	Descente dans les 63 ZS par une équipe de 4-6 personnes	110.250
A	2	2	Appui au renforcement des capacités des ECZS par la DPS	Formation des formateurs suivant thématiques prioritaires (3 thèmes par an par DPS)	81.900
				Production et diffusion outils	
				Formations biannuelles par DPS aux ECZS	
				Descentes ponctuelles pour raisons ad-hoc (incidents critiques)	
A	2	3	Appuyer l'Intégration administrative et opérationnelle des programmes spécialisés, vers la suppression progressive des bureaux de coordination particuliers	Assistance technique internationale	31.500
				Descentes laboratoires provincial vers les HGR (2 descentes par HGR par an)	
Résultat 3: La Gestion au sein de la DPS est renforcée pour une mobilisation efficace des ressources disponibles, leur utilisation efficace et une redevabilité permanente pour toutes les parties prenantes.				Moyens	Coûts en EUR
A	3	1	Appuyer l'organisation du service chargé du partenariat et de l'administration des finances	Expertise nécessaire technique (CTN)	655.500
				Diffusion, mise en place des directives et outils	
				Complément en hard/soft pour gestion informatisée et sécurisée des finances publiques et des PTF	
				Formation des cadres du bureau pour l'application des normes et procédures : formateur externe 15 jours par an par province	
				Etudes de costing de la DPS par centre de coût (appui perlé)	
				Mise en place le mécanisme de contrôle interne et externe (appui perlé)	
A	3	2	Organisation du service chargé des ressources humaines	Appui perlé	195.000
				Analyse de la situation en RHS dans les 3 DPS	
				Développement PPDRHS	
				Appui gestion informatisée RHS	
A	3	3	Organisation du service chargé de la	Audits organisationnels	60.000

			gestion des ressources matérielles, de la logistique médicale et de la maintenance	Appui gestion informatisée consommables	
Résultat 4: Les performances des ECZS sont assurées (en matière de planification, l'encadrement efficace des formations sanitaires et la gestion efficiente des ressources).				Moyens	Coûts en EUR
A	4	1	Appui à la mise en place d'ECZS performantes	Dotation des BZS en personnel pour son fonctionnement normalisé sous forme de FBP	1.033.500
				Assainissement du cadre et conditions de travail (réhabilitations légères, équipements solaires, motos, etc.)	
				Capacités techniques des membres de l'ECZS	
				Appui à la maintenance de matériels et équipement dotés à la ZS à travers le FBP	
A	4	2	Appui au pilotage des HGR, des CS et des organes de participation communautaire par l'ECZS	Appui à la planification ascendante de qualité (PAO, PDZS, ...)	274.500
				Appui au fonctionnement des organes de pilotage et de participation communautaire (CODESA, COGE, ECZ, CA)	
				Enquêtes de satisfaction dans les communautés	
A	4	3	Mise en place d'initiatives d'amélioration de l'accès financier pour les populations	Mise en place d'outils pour la tarification forfaitaire	190.000
				Etudes de faisabilité pour mise en place de mutuelles (Tshopo 2, Sud-Ubangi 2, Kwilu 1)	
A	4	4	Mise en place de mécanismes d'amélioration de la qualité de l'information sanitaire et de génération des évidences en vue de renforcer la politique de santé	Audits qualité de l'information	450.000
				Capitalisation des bonnes pratiques, évidences (appui perlé)	
				Ateliers de diffusion	
				Paquet d'amélioration pour adéquation au PNDIS	
Résultat 5: L'hôpital général de référence (HGR) a amélioré sa capacité de fournir des soins de qualité et accessibles et de gérer rationnellement ses ressources.				Moyens	Coûts en EUR
A	5	1	Appui à l'amélioration de la qualité des soins complet (PCA)	Audits cliniques nationaux et internationaux	474.000
				Etudes sur les circuits des malades	
				Développement de plan directeurs des HGR et préparations des dossiers "construction" pour 2018 - Etude par contrat cadre TEGS	
				Comité de qualité : formations	
				Comité d'hygiène : création et formations	
				Formations suivant plan de formation	

A	5	2	Appui à l'organisation des services de et la rationalisation de l'HGR	Actions ponctuelles en fonction des conclusions et recommandation des plans directeurs	1.539.000
				Analyse de la situation eau et électricité dans les HGR concernés	
				Travaux nécessaires spécifiques eau	
				Travaux nécessaires spécifiques gestion des déchets	
A	5	3	Améliorer l'accessibilité pour la population des soins et des services de l'HGR	Ambulances	1.710.000
				Mise en place de système de transfert des malades	
				Mise en place de la tarification forfaitaire subventionnée / FBP	
				assurer dotation médicaments via CDR pour les HR	
Résultat 6: Les centres de santé ont amélioré la prise en charge en fournissant un paquet minimal d'activités complet par un personnel compétent et en interaction continue avec la communauté desservie.				Moyens	Coûts en EUR
A	6	1	Améliorer la qualité du paquet de services (PMA) offerts à la population	Analyse utilisation qualité des outils disponible et utilisation (ordinogrammes, protocoles, instructions, contrôle internes qualité, etc)	235.500
				Production outils	
				Budget formations cliniques CS par ZS / an	
A	6	2	Appuyer la fonctionnalité des Centres de santé existants	Etudes eau et électricité, conditions de base CS sur base SNIS	596.500
				Réalisations forages manuels	
				Petits équipements, mobilier et réhabilitations pharmacies, labo, salles d'accouchements dans les AS	
				Formations des agents de santé en gestion des ressources matérielles, logistiques et financières.	
A	6	3	Dynamiser la participation et interaction avec la communauté de l'aire de santé	Ateliers, réunions CODESA et autres / an	81.000

7.2 Chronogramme

CHRONOGRAMME				ANNEE 1				ANNEE 2	ANNEE 3
A			Objectif spécifique (part) : Les zones de santé ciblées montrent une meilleure performance en termes de qualité et accessibilité des soins de leurs services de santé à travers un accompagnement fonctionnel par les ECZ et les DPS	Q1	Q2	Q3	Q4		
A	1		Résultat 1: Les performances de la DPS sont assurées en matière de planification, de coordination, de gestion de l'information et du contrôle de l'action sanitaire.						
A	01	01	Appui à la mise en place d'une DPS performante	1	1	1	1	1	1
A	01	02	Appui à l'élaboration des planifications (plan de développement moyen terme, PAO, ...)				1	1	1
A	01	03	Appui au développement de mécanismes de coordination des parties prenantes		1		1	1	1
A	01	04	Appui à la gestion de l'information sanitaire				1	1	1
A	01	05	Renforcement du métier "inspection et contrôle"				1	1	1
A	2		Résultat 2: L'appui technique aux ZS par la Division Appui Technique est assuré.						
A	02	01	Assurer les supervisions en appui aux EC de toutes les ZS (63) de la DPS		1	1	1	1	1
A	02	02	Appui au renforcement des capacités des ECZS par la DPS		1	1	1	1	1
A	02	03	Appuyer l'Intégration administrative et opérationnelle des programmes spécialisés, vers la suppression progressive des bureaux de coordination particuliers				1	1	1
A	3		Résultat 3: La Gestion au sein de la DPS est renforcée pour une mobilisation efficace des ressources disponibles, leur utilisation efficiente et une redevabilité permanente pour toutes les parties prenantes.						
A	03	01	Appuyer l'organisation du service chargé du partenariat et de l'administration des finances		1	1	1	1	1
A	03	02	Organisation du service chargé des ressources humaines				1	1	
A	03	03	Organisation du service chargé de la gestion des ressources matérielles, de la logistique médicale et de la maintenance				1	1	
A	4		Résultat 4: Les performances des ECZS sont assurées (en matière de planification, l'encadrement efficace des formations sanitaires et la gestion efficiente des ressources).						
A	04	01	Appui à la mise en place d'ECZS performantes			1	1	1	1
A	04	02	Appui au pilotage des HGR, des CS et des organes de participation communautaire par l'ECZS			1	1	1	1
A	04	03	Mise en place d'initiatives d'amélioration de l'accès financier pour les populations			1		1	
A	04	04	Mise en place de mécanismes d'amélioration de la qualité de l'information sanitaire et de génération des évidences en vue de renforcer la politique de santé				1	1	1
A	5		Résultat 5: L'hôpital général de référence (HGR) a amélioré sa capacité de fournir des soins de qualité et accessibles et de gérer rationnellement ses ressources.						
A	05	01	Appui à l'amélioration de la qualité des soins complet (PCA)			1	1	1	
A	05	02	Appui à l'organisation des services de et la rationalisation de l'HGR			1	1	1	
A	05	03	Améliorer l'accessibilité pour la population des soins et des services de l'HGR				1	1	1
A	6		Résultat 6: Les centres de santé ont amélioré la prise en charge en fournissant un paquet minimal d'activités complet par un personnel compétent et en interaction continue avec la communauté desservie.						
A	06	01	Améliorer la qualité du paquet de services (PMA) offerts à la population		1	1	1	1	
A	06	02	Appuyer la fonctionnalité des Centres de santé existants		1	1	1	1	
A	06	03	Dynamiser la participation et interaction avec la communauté de l'aire de santé	1	1	1	1	1	1

7.3 TdR personnel long terme

7.3.1 Assistant Technique International Santé

7.3.1.1 Finalité de la fonction

Il est prévu pour chacune des trois provinces appuyées, un poste d'assistant technique international, expert en Santé Publique. Il sera positionné à la Division Provinciale de la Santé (DPS).

L'ATI a un lien fonctionnel avec le coordinateur du programme santé (voir chapitre 5).

7.3.1.2 Objectif

L'expertise vise principalement un transfert de compétences et de savoir-faire (capacités en santé publique ainsi que « capacités transformatives ») pour :

- le renforcement technique de l'équipe de la DPS dans le déploiement de ses fonctions comme entité chargée de piloter l'application de la politique sanitaire nationale (SRSS) dans les zones de santé qu'elle chapeaute,
- l'appui aux fonctions du bureau d'Appui technique, du bureau d'Information sanitaire et Recherche et du bureau Inspection et contrôle. De façon plus globale, apporter au chef de division son conseil technique dans le pilotage de l'ensemble de la DPS.
- la coordination avec les autres PTF impliqués dans le développement sanitaire de la province. Pour cela il assumera un rôle proactif en lançant des initiatives de collaboration.
- l'appui aux zones de santé dans la mise en œuvre des activités du projet, notamment celles orientées à l'amélioration de la qualité et l'accessibilité des soins.

7.3.1.3 Lieu de travail et cadre institutionnel

Chacun des trois experts travaillera au sein de la Division Provinciale de la Santé (DPS) du Ministère Provincial de la Santé (MS) correspondant, soit dans la DPS Tshopo à Kisangani, dans la DPS Sud Ubangi à Gemena et dans la DPS Kwilu à Bandundu-ville. Le médecin chef de la division sera son homologue. Il effectuera des déplacements au sein de sa province et entre cette province et les deux autres appuyées, et avec Kinshasa afin de veiller aux liens entre les composantes du programme santé belgo-congolais et entre le terrain, le niveau intermédiaire et le niveau central.

7.3.1.4 Durée

Le poste est prévu pour la durée du financement, soit 36 mois.

7.3.1.5 Responsabilités

- Il est responsable de l'exécution de l'intervention et de la gestion des fonds mis à disposition par la Belgique (régie) qu'il gère en concertation avec le chef de division de la Division Provinciale de la Santé,
- Il est le représentant de la CTB au niveau provincial pour tout ce qui concerne le PADP et est le responsable des actions de coordination interne.
- Il appuie la DPS en ce qui concerne les fonctions techniques avec un accent spécial sur la recherche et le leadership accompagnateur.
- Par recherche on désigne tout le processus partant des formulations d'hypothèses à tester dans le cadre de l'amélioration du fonctionnement des structures (Équipes cadres, Hôpital, Centres de santé, système d'information, financement...), leur mise en œuvre et leur évaluation. Ce travail sera effectué en collaboration avec l'assistance technique externe, l'équipe de suivi de la CTB et la DEP.

7.3.1.6 Tâches

Il accompagnera l'ensemble des tâches de la DPS, comme la constitution des équipes des bureaux intégrant la DPS, l'animation des ZS, leur supervision et leur encadrement, la formation, la recherche-action, la normalisation, la planification, l'évaluation, le plaidoyer, la coordination des partenaires afin d'augmenter l'efficacité du travail au sein de la DPS et de renforcer les liens entre tous les acteurs du système.

Cet accompagnement comporte les tâches telles que :

- Appuyer la réforme au sein de la DPS et ZS, notamment dans la rationalisation du personnel et l'organisation des bureaux.
- Renforcer les interactions et les lignes de communication entre les bureaux au sein de la DPS, avec les bureaux de zone (BZS) et entre les niveaux central et intermédiaire (province).
- Renforcer les capacités managériales des équipes (DPS, ECZ), à travers des formations sur place et à distance ;
- Faciliter une concertation régulière entre la DPS et les acteurs opérationnels : Établir des contacts réguliers avec les PTF actifs au niveau provincial pour se concerter sur la mise en œuvre du plan de développement provincial, activités et investissements.
- Appuyer l'élaboration d'un plan opérationnel annuel réaliste qui intègre un budget multibailleurs, et de la revue annuelle de la DPS ;
- Développer, en s'appuyant sur l'ATN Gestion, une gestion transparente au niveau de la DPS et des ZS appuyées :
- Participer à l'organisation d'un système de supervision intégrée du niveau DPS vers les ZS avec appui systémique à l'ECZ et à l'HGR
- Participer à la planification de l'utilisation des ressources d'une façon concertée à destination de la DPS et des ZS: formations, recrutement d'expertise, planification ascendante, appui en gestion administrative et financière, supervision et coordination de la DPS vers les ZS, et recherche action.
- Assurer la gestion efficace de toute information utile pour un bon fonctionnement du Ministère de la Santé, notamment la capitalisation d'expérience récente et de remontée des preuves opérationnelles

de la recherche-action. Accompagner ou faciliter les missions techniques sur le terrain ou des expertises recrutées dans le cadre de l'intervention.

- Appuyer la DPS pour avoir un inventaire opérationnel et à jour des activités des différents acteurs afin de jouer pleinement son rôle de coordinateur et de régulateur.
- Participer et faciliter les plates-formes de concertation au niveau DPS, y compris avec les PTF et le privé.
- Appuyer la consolidation du système de tarification forfaitaire harmonisé avec la DPS et les ECZS ;
- Accompagner la mise en place d'une stratégie par rapport à la maintenance, à travers des études et la recherche action et une motivation dans le cadre du FBP ;
- Veiller à la réalisation des activités prévues dans le cadre logique pour l'atteinte des résultats intermédiaires à travers un planning rigoureux et un monitoring et rapportage régulier ;
- Soumettre à la SMCL les plans de travail, des rapports d'avancement, des rapports de suivi - évaluation ainsi qu'un rapport final d'exécution.
- Proposer, si nécessaire, à la SMCL les ajustements ou modifications des activités et résultats intermédiaires;
- Veiller à la bonne gestion des ressources financières et matérielles du projet. Vérifier l'exécution physique et financière des tranches allouées aux ZS.
- Accompagner la capitalisation des expériences et tirer les leçons pour les prestations futures et conseils à communiquer au MSP à travers la participation aux exercices de capitalisation qui seront menées avec les ZS, les DPS, le MSP et la coopération belge ;
- Pour le cas spécifique de Tshopo : Superviser l'assistant technique international du PLVS
- Pour le cas spécifique de Kwilu et Sud-Ubangi : Superviser l'assistant technique national du PLVS

7.3.1.7 Profil

Niveau de formation :

- Universitaire
- Diplôme en Santé Publique

Expérience :

- Expérience professionnelle de minimum 5 ans, dont minimum 2 ans dans un contexte de pays en développement dans le cadre de la coopération internationale. L'expérience comme volontaire, pertinente dans le cadre de ce poste sera prise en compte.
- Expérience prouvée en :
 - a. Planification, organisation et gestion au niveau santé provincial ;
 - b. Accompagnement d'un processus de gestion du changement ;
 - c. Planification ascendante et coordination : supervision, formation, suivi-évaluation ;
 - d. Encadrement et développement des ZS, des ECZ et DPS;

e. Développement organisationnel

Aptitudes :

- Capacité à travailler dans un milieu multiculturel et multidisciplinaire
- Compétences interpersonnelles (capacité de facilitation, accompagnement, négociation, flexibilité, attitude empathique, travail en réseau, gestion de conflits)
- Capacité de réflexion conceptuelle
- Aptitudes en animation d'équipes et en formation
- Capacités à mener de la recherche-action et des enquêtes
- Excellente maîtrise du français
- Très bonne maîtrise de l'outil informatique (Word, Excel, Powerpoint, Base de données).

Sont des atouts :

- Une expérience préalable dans un poste similaire au sein d'une organisation de coopération dans le domaine de la santé publique et en développement organisationnel.
- Une connaissance préalable du contexte congolais et de son système de santé (ou tout au moins de l'Afrique centrale).

7.3.1.8 Mode de sélection

Recruté par appel d'offre international par la CTB Bruxelles. Le candidat sera sélectionné par la CTB; il sera présenté au partenaire congolais pour agrément.

7.3.1.9 Gestion du contrat

Le contrat est géré en régie par la CTB, sous droit belge.

7.3.2 Assistant Technique National Gestion

7.3.2.1 Finalité de la fonction

Le Assistant technique national en Gestion, apportera le renforcement de compétences indispensable pour que l'équipe du bureau Gestion des ressources de la DPS, mette en œuvre l'ensemble de ses fonctions : en matière de gestion des ressources financières, des contrats et accords avec les partenaires, de ressources matérielles (y compris les médicaments). Il travaille dans chaque DPS (x3) au sein de laquelle il s'intégrera le temps du projet sous l'autorité et l'accord du chef de division

L'AT rend compte à l'ATI SP qui établit avec le chef de division les directives principales du travail de l'ATG.

7.3.2.2 Objectif

L'expertise vise un transfert de compétences et de savoir-faire à la DPS concernant la gestion administrative et financière des interventions que l'institution doit canaliser. Il assurera avec l'équipe au sein de la DPS une gestion administrative et financière optimale des ressources, dans une optique de gestion multi bailleurs.

7.3.2.3 Lieu de travail et cadre institutionnel

L'ATN Gestion sera basé dans chaque DPS, soit à Kisangani, à Gemena et à Kikwit.

Par sa présence à la DPS, il contribuera au renforcement des capacités de gestion financière et administrative de la DPS par un encadrement rapproché et un suivi quotidien. Dans le but de favoriser le transfert des compétences, il participera à la formation du chef de bureau Gestion, qui sera son homologue au sein de la DPS avec lequel il travaillera en étroite collaboration. L'ATG sera également chargé d'encadrer l'équipe de gestion administrative et financière telle qu'elle est composée dans le cadre organique de la DPS, plus particulièrement de l'unité chargée des partenaires et des finances et l'unité chargée de la gestion des ressources matérielles dont les médicaments.

7.3.2.4 Durée

Le poste est prévu pour la durée du financement, soit 36 mois.

7.3.2.5 Responsabilités

- Il veillera au renforcement des capacités de l'équipe gestion de la DPS et sera chargé de les accompagner au quotidien dans la planification financière, l'utilisation des divers outils et logiciels financiers et comptables et dans l'élaboration des rapports financiers sur l'exécution du PAO et adressés aux différents bailleurs et parties prenantes.
- Il est le lien permanent au sein de la DPS avec les responsables financiers de la CTB provinciale dans l'exécution par la DPS et les ZS des différents financements octroyés par le projet.
- Dans le cadre de son appui à la DPS, établir un ensemble de coordinations avec les autres PTF impliqués dans la DPS du point de vue des planifications budgétaires et dans les bilans réguliers de l'exécution des PAO de la province.
- Il veillera à assurer un suivi administratif et financier des projets en exécution selon les procédures en vigueur (respect des délais de clôture mensuelle, contrôle de la validité et de l'exhaustivité des justificatifs des dépenses, classement des documents comptables, suivi de la trésorerie, respect des procédures liées aux marchés publics, respect des procédures RH, suivi logistique du projet)
- Il veillera au respect des procédures en vigueur et à rendre disponible la documentation y afférente (suivi engagement, inventaire, archivage des documents comptables, bilan financier provisoire)

7.3.2.6 Tâches

Ses tâches concernent plus précisément les domaines suivants :

Appui à la DPS

- Assistant la DPS en matière de gestion financière
- Appuyer la DPS sur le plan de la gestion administrative ;
- Suivre l'appui financier externe au fonctionnement (personnel et activités) et aux investissements de la DPS

Suivi administratif et financier

- Suivi budgétaire (respect des limites budgétaires, utilisation efficiente des fonds)
- Appuyer dans l'élaboration des programmations financières, les analyser et en assurer le suivi (respect de la planification financière)
- Appuyer dans l'élaboration des rapports financiers
- Superviser la gestion logistique (contrat, inventaire, gestion des équipements)
- Appuyer la DPS dans le processus de passation des marchés
- Préparer les documents financiers pour les SMCL
- Accompagner lors de la réalisation des missions d'audits financiers

7.3.2.7 Profil

Le profil de ce poste s'adresse à des nationaux congolais (RDC) et comporte les exigences suivantes :

Niveau de formation :

- Diplôme supérieur en sciences économiques ou expérience équivalente en gestion administrative et financière d'une institution brassant une équipe non inférieure à 20 personnes.

Expérience :

- Minimum 5 ans d'expérience dans le domaine de la gestion administrative et financière
- Expérience dans le domaine de la gestion de projets, de préférence dans des pays en développement

Connaissances :

- Maîtrise de la comptabilité générale et analytique
- Maîtrise de la gestion budgétaire (suivi & analyse)
- Maîtrise de la gestion financière (relation planification/décaissement/trésorerie)
- Maîtrise de la gestion du cycle des achats

- Maîtrise de la législation congolaise en matière de marchés publics.
- Connaissance en logistique
- Connaissance approfondie des outils de bureautique classique (MS Office, Internet, ...)
- Excellente maîtrise du français
- Connaissance de la législation sociale applicable en RD Congo est un atout
- Connaissance de la législation FED est un atout
- Toute connaissance de la coopération au développement (bilatérale directe ou indirecte) est un atout.

Aptitudes :

- Capacité d'adaptation – c'est à dire ? Flexibilité ?
- Capacité d'analyse et de synthèse
- Capacité à résoudre les problèmes (orienté solution et résultat)
- aptitudes avérées à la communication écrite et verbale dans un contexte multiculturel
- capacité d'organisation avérée
- aptitude à la collaboration, au travail en équipe avéré
- Résistance au stress

7.3.2.8 Mode de sélection

Recruté par appel d'offre national par la CTB RDC.

7.3.2.9 Gestion du contrat

Le contrat est géré sous droit local.

7.4 Budget première année

					TSHOPO	SUD UBANGI	KWILU
BUDGET TOTAL					ANNEE 1	ANNEE 1	ANNEE 1
A			Objectif spécifique (part) : Les zones de santé ciblées montrent une meilleure performance en termes de qualité et accessibilité des soins de leurs services de santé à travers un accompagnement fonctionnel par les ECZ et les DPS	10.284.338	1.531.503	1.345.777	1.023.077
A	1		Résultat 1: Les performances de la DPS sont assurées en matière de planification, de coordination, de gestion de l'information et du contrôle de l'action sanitaire.	2.656.188	550.453	400.677	420.677
		1	Appui à la mise en place d'une DPS performante	1.094.328	311.443	181.667	181.667
		2	Appui à l'élaboration des planifications (plan de développement moyen terme, PAO, ...)	413.460	46.410	46.410	46.410
		3	Appui au développement de mécanismes de coordination des parties prenantes	518.400	57.600	57.600	57.600
		4	Appui à la gestion de l'information sanitaire	315.000	90.000	70.000	90.000
		5	Renforcement du métier "inspection et contrôle"	315.000	45.000	45.000	45.000
A	2		Résultat 2: L'appui technique aux ZS par la Division Appui Technique est assuré.	223.650	59.550	45.100	61.400
		1	Assurer les supervisions en appui aux EC de toutes les ZS (63) de la DPS	110.250	40.250	28.000	42.000
		2	Appui au renforcement des capacités des ECZS par la DPS	81.900	15.300	14.600	15.400
		3	Appuyer l'Intégration administrative et opérationnelle des programmes spécialisés, vers la suppression progressive des bureaux de coordination particuliers	31.500	4.000	2.500	4.000

A	3		Résultat 3: La Gestion au sein de la DPS est renforcée pour une mobilisation efficace des ressources disponibles, leur utilisation efficiente et une redevabilité permanente pour toutes les parties prenantes.	910.500	137.000	137.000	137.000
		1	Appuyer l'organisation du service chargé du partenariat et de l'administration des finances	655.500	104.500	104.500	104.500
		2	Organisation du service chargé des ressources humaines	195.000	20.000	20.000	20.000
		3	Organisation du service chargé de la gestion des ressources matérielles, de la logistique médicale et de la maintenance	60.000	12.500	12.500	12.500
A	4		Résultat 4: Les performances des ECZS sont assurées (en matière de planification, l'encadrement efficace des formations sanitaires et la gestion efficiente des ressources).	1.948.000	393.000	261.000	123.000
		1	Appui à la mise en place d'ECZS performantes	1.033.500	289.500	123.000	54.000
		2	Appui au pilotage des HGR, des CS et des organes de participation communautaire par l'ECZS	274.500	43.500	58.000	29.000
		3	Mise en place d'initiatives d'amélioration de l'accès financier pour les populations	190.000	30.000	40.000	20.000
		4	Mise en place de mécanismes d'amélioration de la qualité de l'information sanitaire et de génération des évidences en vue de renforcer la politique de santé	450.000	30.000	40.000	20.000
A	5		Résultat 5: L'hôpital général de référence (HGR) a amélioré sa capacité de fournir des soins de qualité et accessibles et de gérer rationnellement ses ressources.	3.633.000	331.500	432.000	231.000
		1	Appui à l'amélioration de la qualité des soins complet (PCA)	474.000	121.500	152.000	91.000
		2	Appui à l'organisation des services de et la rationalisation de l'HGR	1.449.000	0	0	0
		3	Améliorer l'accessibilité pour la population des soins et des services de l'HGR	1.710.000	210.000	280.000	140.000

A	6		Résultat 6: Les centres de santé ont amélioré la prise en charge en fournissant un paquet minimal d'activités complet par un personnel compétent et en interaction continue avec la communauté desservie.	913.000	60.000	70.000	50.000
		1	Améliorer la qualité du paquet de services (PMA) offerts à la population	235.500	44.500	51.000	38.000
		2	Appuyer la fonctionnalité des Centres de santé existants	596.500	6.500	7.000	6.000
		3	Dynamiser la participation et interaction avec la communauté de l'aire de santé	81.000	9.000	12.000	6.000
X	1		Réserve budgétaire	269.512	0	0	0
X	01	01	Réserve budgétaire REGIE	269.512			
Z			Moyens généraux	2.946.150	367.461	367.461	367.461
Z	1		Frais de personnel	2.278.050	249.783	249.783	249.783
		1	Conseillers Techniques Internationaux DPS	1.620.000	180.000	180.000	180.000
		2	Conseiller Technique Nationale DPS	voir Act 3,1.	0	0	0
		3	Equipe finance et administration	566.250	59.583	59.583	59.583
		4	Autres frais de personnel	91.800	10.200	10.200	10.200
Z	2		Investissements	235.500	78.500	78.500	78.500
		1	Véhicules	105.000	35.000	35.000	35.000
		2	Equipement bureau	30.000	10.000	10.000	10.000
		3	Equipement IT	100.500	33.500	33.500	33.500
		4	Aménagements du bureau	0	0	0	0
Z	3		Frais de fonctionnement	241.300	26.811	26.811	26.811
		03	Frais de fonctionnement des véhicules	86.400	9.600	9.600	9.600
		04	Télécommunications	10.800	1.200	1.200	1.200
		05	Fournitures de bureau	10.800	1.200	1.200	1.200

		06	Missions	45.000	5.000	5.000	5.000
		07	Frais de représentation et de communication externe	10.000	1.111	1.111	1.111
		08	Formation (y compris sensibilisation VIH)	13.500	1.500	1.500	1.500
		09	Frais de consultance	0	0	0	0
		10	Frais financiers	54.000	6.000	6.000	6.000
		13	Autres frais de fonctionnement	10.800	1.200	1.200	1.200
Z	4		Audit et Suivi et Evaluation	191.300	12.367	12.367	12.367
		01	Frais de suivi & évaluation (partagé)	60.000	0	0	0
		02	Audit (partagé)	51.300	5.700	5.700	5.700
		03	Capitalisation	20.000	0	0	0
		04	Backstopping (y compris Infra)	60.000	6.667	6.667	6.667
TOTAL				13.500.000	1.898.964	1.713.238	1.390.538