

DOSSIER TECHNIQUE ET FINANCIER

PROJET D'APPUI AU SYSTEME DE SANTE AUX NIVEAUX INTERMEDIAIRE ET PERIPHERIQUE (ASSNIP) DANS 5 ZONES DE SANTE DU BAS-CONGO: PHASE DE CONSOLIDATION DES ACQUIS

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

CODE DGCD : NN 3010 297
CODE NAVISION : RDC 10 157 11



TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS	4
RÉSUMÉ.....	8
FICHE ANALYTIQUE DE L'INTERVENTION.....	11
1 ANALYSE DE LA SITUATION.....	13
1.1 CONTEXTE GÉNÉRAL DU PAYS	13
1.2 LE SECTEUR DE LA SANTÉ : PRÉSENTATION ET ANALYSE.....	18
1.3 CONTEXTE LOCAL DU BAS-CONGO	29
1.4 APPUIS BELGES BILATÉRAUX AU SECTEUR DE LA SANTÉ	30
1.5 FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITÉS, MENACES ET DÉFIS POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ LOCAL	32
2 ORIENTATIONS STRATÉGIQUES.....	45
2.1 ALIGNEMENT CRITIQUE ENVERS LA POLITIQUE SANITAIRE NATIONAL	45
2.2 STRATÉGIE DE SORTIE DU SECTEUR	45
2.3 LOCALISATION DE L'INTERVENTION	47
2.4 PORTEFEUILLE D'APPUIS COORDONNÉS AU SECTEUR DE LA SANTÉ.....	47
2.5 PRINCIPES DIRECTEURS	47
2.6 SYNERGIE AVEC LES AUTRES ACTEURS	51
2.7 ACCOMPAGNEMENT TECHNIQUE	54
2.8 BÉNÉFICIAIRES DU PROJET	55
3 PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE	57
3.1 AJUSTEMENTS DES OBJECTIFS ET RÉSULTATS ATTENDUS	57
3.2 ACTIVITÉS À METTRE EN ŒUVRE	59
3.3 INDICATEURS ET SOURCES DE VÉRIFICATION.....	70
3.4 HYPOTHÈSES, CONDITIONS PRÉALABLES ET RISQUES	72
4 RESSOURCES.....	74
4.1 RESSOURCES FINANCIÈRES	74
4.2 NOTES EXPLICATIVES DU BUDGET	76

4.3	RESSOURCES HUMAINES.....	79
4.4	RESSOURCES MATÉRIELLES	82
5	MODALITÉS D'EXÉCUTION	84
5.1	CADRE LÉGAL ET RESPONSABILITÉS ADMINISTRATIVES	84
5.2	RESPONSABILITÉS ADMINISTRATIVES ET TECHNIQUES	84
5.3	STRUCTURES D'EXÉCUTION ET DE SUIVI	84
5.4	MODALITÉS FINANCIÈRES DE MISE EN ŒUVRE DE LA CONTRIBUTION DES PARTIES.....	88
5.5	GESTION DE LA CONTRIBUTION BELGE	90
5.6	GESTION EN « RÉGIE »	91
5.7	RAPPORTAGE ADMINISTRATIF, COMPTABLE ET FINANCIER.....	92
5.8	RAPPORTAGES OPÉRATIONNELS.....	93
5.9	MÉCANISMES D'APPROBATION DES ADAPTATIONS AU DTF.....	94
5.10	MONITORING, ÉVALUATION ET AUDIT	95
5.11	CLÔTURE DE LA PRESTATION.....	97
6	THÈMES TRANSVERSAUX	98
6.1	GENRE	98
6.2	DROITS SEXUELS ET SANTÉ REPRODUCTIVE/VIH-SIDA	98
6.3	DROITS DE L'ENFANT	99
6.4	ENVIRONNEMENT	99
6.5	ECONOMIE SOCIALE	99
7	ANNEXES	100
7.1	ANNEXE 1 : CADRE LOGIQUE.....	101
7.2	ANNEXE 2 : BUDGET DÉTAILLÉ.....	107
7.3	ANNEXE 3 : CHRONOGRAMME D'INTERVENTION	109
7.4	ANNEXE 4 : TERMES DE RÉFÉRENCE DU PERSONNEL	111
7.5	ANNEXE 5 : DESCRIPTION DES INTERVENANTS SANTÉ AU NIVEAU NATIONAL ET LOCAL.....	122
7.6	ANNEXE 6 : INVENTAIRE DES INVESTISSEMENTS DE LA PHASE PRÉCÉDENTE	127

Abréviations

ARV	Anti Rétro Viraux
ASD	Action Santé et Développement
ASSNiC	(Projet d') Appui au Système de santé au Niveau Central
ASSNIP	(Projet d') Appui au Système de santé au Niveau Intermédiaire et Périphérique
ATI/ATN	Assistant Technique International/National
BAD	Banque Africaine de Développement
BCZ	Bureau Central de Zone
BDOM	Bureau Diocésain des Œuvres Médicales
BET	Bureau d'Etudes Techniques
BM	Banque Mondiale
CDR	Centrale de Distribution de Médicaments (Essentiels Génériques)
CA	Conseil d'Administration
CAG	Cellule d'appui à la gestion
CDR	Centre de distribution Régional
CDS	Caritas Développement Santé
CE	Commission Européenne
CNP	Comité National de Pilotage
COGES	Comité de Gestion
CP	Comité de Pilotage
CPN	Consultation Périnatale
CPP	Comité de Pilotage Provincial
CSp	Convention Spécifique
CS	Centre de Santé
CTB	Coopération Technique Belge

DAO	Dossier d'Appel d'Offres
DEP	Direction d'Etudes et Planification du MSP
DGD	Direction Générale de la Coopération au Développement
DLM	Direction de Lutte contre les Maladies
DPM	Direction de la Pharmacie et des Médicaments
DPS	Division Provinciale de la Santé
DSCR	Document de stratégie pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté
DTC	Diphthérie, Tétanus, Coqueluche
DTF	Dossier Technique et Financier
DCE	Délégation de la Commission Européenne
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DSU/DSR	District de Santé Urbain / Rural
EC	Equipe Cadre Provinciale
ECZ	Equipe Cadre de Zone de Santé
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ESP	Ecole de Santé Publique
FED	Fonds Européen de Développement
FEDECAME	Fédération des Centrales d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization
GIBS	Groupe Inter bailleurs pour la Santé
GTZ	Coopération technique allemande
HGR	Hôpital Général de Référence
IDH	Indice de Développement Humain
IMP	Inspection Médicale de Province
INS	Institut National de la Statistique
IPTE	Initiative pour les Pays Pauvres Très Endettés

IPS	Inspection provinciale de la santé
IRA	Infections Respiratoires Aigues
IST	Infections Sexuelles Transmissibles
ISTM	Institut Supérieur Technique Médical
ITM	Institut Technique Médical
MCD	Médecin Chef de District
M&E	Monitoring & Evaluation
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MICS	Multi Indicators Clusters Survey
MIP	Médecin Inspecteur Provincial
MSP	Ministère de la Santé Publique
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PARSS	Programme d'Appui à la Réhabilitation du Secteur Santé
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PDH	Plan Directeur Hospitalier
PDI	Plan de Développement Immobilier
PDZS	Plan de Développement de Zone de Santé
PEH	Plan d'Etablissement Hospitalier
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PFO	Project Financial Officer
PIB	Produit Intérieur Brut
PIC	Programme Indicatif de Coopération
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNAM	Programme National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida

PNSR	Politique Nationale de Santé de la Reproduction
PNTHA	Programme National de lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine
PPDS	Plan Provincial de Développement Sanitaire
PP9FED	Programme Santé 9 ^{ème} Fonds Européen de Développement
PSLS	Plan Stratégique de Lutte contre le SIDA
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Transmission du SIDA de la Mère à l'Enfant
RAFi	Responsable Administratif et Financier International
RDC	République Démocratique du Congo
RH	Ressources Humaines
RSS	Renforcement des Systèmes de Santé
SG	Secrétaire Général
SMCL	Structure Mixte de Concertation Locale
SMIG	Salaire Minimal Intersocial Garanti
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SSP	Soins de Santé Primaires
SWAP	Sector Wide Approach (approche sectorielle)
THA	Trypanosomiase Humaine Africaine
UE	Union Européenne
UF	Unité Fonctionnelle
UNICEF	United Nations Children's Fund
USAID	United States Agency for International Development
USD	Dollar américain
ZS	Zone de Santé.

Résumé

La 1ère phase des projets ASSNIP 1 et 3 exécutée dans la province du Bas Congo, a appuyé les Zones de Santé de Kisantu, Nselo, Ngidinga dans le district de la Lukaya, la ZS de Boma dans le district de Boma et la ZS de Lukula dans le district du Bas Fleuve ainsi que la Division Provinciale de la Santé dans la mise en œuvre de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé de février 2007 jusqu'en janvier 2011 pour les districts de Boma et du Bas Fleuve (projet ASSNIP 1) et de avril 2008 à aujourd'hui pour le district de la Lukaya (ASSNIP 3 dont le terme est prévu au cours du deuxième trimestre 2012). Pendant cette phase, le projet a permis de réaliser des progrès tangibles dans l'organisation et le fonctionnement de la pyramide sanitaire. Les Equipes Cadres Provinciales (ECP) ont élaboré un Plan Provincial de Développement Sanitaire (PPDS) pour la période 2011-2015 et initié des mécanismes de coordination des interventions des partenaires autour de ce PPDS. Dans les Zones de Santé ciblées, il y a maintenant (i) des Équipes Cadres des ZS fonctionnelles, (ii) des Plans de Développement de ZS élaborés et en cours d'exécution, (iii) plusieurs centres de Santé et unités hospitalières dans les Hôpitaux Généraux de Référence en cours de rationalisation, (iv) un système de référence-contre référence redynamisé, (v) de nouveaux mécanismes de financement des soins basés sur une tarification forfaitaire mise en place dans plusieurs ZS, et (vi) la construction/réhabilitation de formations sanitaires opérationnelles.

En dépit de ces progrès, des points faibles importants persistent et nécessitent des stratégies correctrices. Il s'agit en particulier de faiblesses concernant la fonction de leadership et de coordination des projets par les autorités en place, d'une faiblesse persistante des fonctions normatives et régulatrices aux niveaux central et intermédiaire, d'un exercice inapproprié des soins par rapport aux normes et directives de la SRSS, d'un retard dans la mise en œuvre de la décentralisation. Aux niveaux intermédiaire et opérationnel, le fonctionnement optimal de l'Equipe Cadre Provinciale évoluant au sein d'une DPS rationalisée n'est pas effectif. A ce niveau encore, la difficulté de coordination des interventions de certains partenaires et des directions des programmes spécialisés est patente, ces derniers n'ayant pas aligné leur programmation à la SRSS selon les principes de la déclaration de Paris.

Au cours de l'exécution de la précédente phase du projet, des changements constitutionnels importants ont eu lieu concernant la décentralisation politique, administrative et territoriale avec notamment la mise en place d'un gouvernement provincial et d'un ministre provincial en charge de la santé. Ceci a été traduit en l'élaboration de mesures transitoires pour une adaptation au nouveau contexte ; à ce jour cependant ces mesures transitoires ne sont pas encore rentrées en application.

Par ailleurs, bien que le projet était au départ envisagé sur le long terme (15 ans) avec une première phase de quatre ans (2007 à 2011), le concours des circonstances et les nouvelles orientations de la coopération bilatérale consignée dans le programme indicatif de coopération (PIC: 2010-2013) ont consacré le désengagement de la coopération bilatérale belge directe du secteur de la santé après 2013. Les raisons principales pour ce désengagement sont le volume d'aide au secteur santé, la présence d'autres bailleurs et la présence des acteurs indirects de la coopération belge.. Etant donné que l'actuelle

phase du projet ASSNIP 1 a pris fin le 31 janvier 2011, une phase de trois ans a été accordée pour permettre de préparer les structures bénéficiaires au retrait de la coopération belgo-congolaise bilatérale directe du secteur de la santé sans risque de trop compromettre les acquis. Cette intervention assurera la consolidation à la fois du projet ASSNIP 1 et du projet ASSNIP 3, tous deux situés au Bas-Congo.

Durant la phase de préparation de cette phase de continuation, des retards se sont accumulés ; la fiche d'identification du nouveau projet n'a ainsi été approuvée par le Comité des Partenaires qu'en novembre 2010 - le démarrage de la nouvelle intervention n'est prévu qu'à partir du 1er janvier 2012. Or en novembre 2010, le projet ASSNIP 1 était achevé tandis que le projet ASSNIP 3 se poursuivait. Un avenant à la convention spécifique de la 1ère phase de l'ASSNIP 1 a été signé pour permettre de financer une phase de transition permettant d'assurer la continuité des activités entreprises jusqu'au démarrage de la nouvelle intervention prévue elle pour le début de l'année 2012. Durant cette période, un Assistant Technique International basé à Kinshasa assure la gestion des deux projets ASSNIP 1 et 2 respectivement relatifs au Bas-Congo et à la ville de Kisangani; il appuie aussi le MSP dans les activités de préparation de la phase de consolidation. Un ATN est également recruté pour chacune des deux provinces afin renforcer localement les équipes provinciales.

La phase de consolidation proposée assurera la continuation à la fois du projet ASSNIP 1 (Appui à la DPS et aux Zones de santé de Boma et Lukula) et du projet ASSNIP 3 (appui aux ZS de Kisantu Nselo et Ngidinga)

Durant cette phase, appelée 'ASSNIP Bas-Congo', l'objectif spécifique est de consolider le système de santé du Bas Congo de manière durable à travers le renforcement de la DPS y compris son antenne déconcentrée à Kisantu et de cinq Zones de Santé (Kisantu, Nselo, Ngidinga, Lukula et Boma).

Quatre résultats ont été identifiés:

- R1 : L'ECP assure un appui de qualité aux ZS et est placée dans les conditions optimales pour piloter la mise en œuvre du PPDS ;
- R2 : Les équipes cadres en place dans les ZS de Lukula, Boma, Kisantu, Nselo et Ngidinga assurent l'encadrement des formations sanitaires de premier contact (CS) et de premier niveau de référence (HGR) conformément aux directions données par la SRSS en permettant la poursuite de l'expérimentation de la mise en œuvre de cette stratégie;
- R3 : Dans les cinq ZS de Boma, Lukula Kisantu, Nselo et Ngidinga, l'HGR et un nombre limité de formations sanitaires de premier contact faisant partie de la carte sanitaire de la ZS, sont rationalisés par rapport à l'accessibilité financière, à la qualité des soins et à la qualité de gestion ;
- R4 : L'apprentissage basé sur les évidences et expériences de terrain est assuré en vue de renforcer la politique de santé au niveau provincial et au niveau central..

Les grandes orientations de l'intervention durant sa 2ième phase seront les suivantes :

- Un alignement critique sur la politique sanitaire nationale
- Une stratégie de sortie du secteur avec comme axes principaux :
 - o La capitalisation de l'expérience et l'institutionnalisation des approches innovantes en cours ;
 - o Le renforcement des capacités institutionnelles des services d'appui du niveau opérationnel ;
 - o L'achèvement des investissements entamés (cf. liste annexe 7.6) ;
 - o Un appui aux autorités nationales de santé pour qu'elles puissent drainer d'autres appuis externes.
- -Un portefeuille d'appuis coordonnés au secteur de la santé
- Des principes directeurs :
 - o Stimuler le passage d'une approche institutionnelle vers une approche systémique favorisant les interactions entre acteurs (en premier lieu les interactions avec les communautés locales dans les ZS);
 - o Privilégier une approche basée sur les principes du « modèle de district sanitaire» qui intègre les programmes verticaux ;
 - o Renforcer la transformation d'une gestion de style hiérarchique vers un style de gestion de type accompagnateur ;
 - o Renforcer la progression d'une approche principalement technique de la qualité vers une approche globale de la qualité ;
 - o Incorporer la dimension de la demande à côté de l'offre ; renforcer ainsi l'engagement communautaire.
 - o Renforcer la transformation d'une prise de décision arbitraire vers une prise de décision basée sur les évidences ;
- Une recherche constante de synergies avec les autres acteurs à la fois en interne avec les acteurs impliqués dans d'autres projets financés par la coopération belge et en externe avec les autres intervenants.

D'un montant total de 7.633.000 euros, ce projet sera exécuté en Régie avec un renforcement de capacité de la Cellule d'Appui et de Gestion du Ministère de la Santé.

Fiche analytique de l'intervention

Numéro national DGCD	3010 297
Code Navision CTB	RDC 10 157 11
Institution partenaire	Ministère de la Santé Publique
Durée de la Convention Spécifique	36 mois
Durée de la mise en œuvre	24 mois
Contribution de l'Etat congolais	416.000 EUR (montant estimatif)
Contribution de la Belgique	7.633.000 EUR
Date estimée de la signature de la Convention Spécifique	1/01/12
Secteurs d'intervention	12220-Santé- Santé de base- Soins et services de santé de base 12281-Santé-Santé de base- Formation de personnel de santé 12110-Santé-Politique de Santé et gestion administrative
Objectif général	Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans les zones d'intervention dans le cadre global de lutte contre la pauvreté.
Objectif spécifique	Consolider le système de santé du Bas-Congo de manière durable à travers le renforcement de la DPS et des ZS de Kisantu, Nselo, Ngidinga, Boma et Lukula
Résultats Intermédiaires	
RA1	L'ECP assure un appui de qualité aux ZS et est placée dans les conditions optimales pour piloter la mise en œuvre du PPDS.
RA2	Les équipes cadres en place dans les ZS de Kisantu, Nselo, Ngidinga, Lukula et Boma assurent l'encadrement des formations sanitaires de premier contact (CS) et de premier niveau de référence (HGR) conformément aux directions données par la SRSS en permettant la poursuite de l'expérimentation de la mise en œuvre de cette stratégie

RA 3	Dans les ZS de Kisantu, Nselo, Ngidinga, Boma et Lukula, l'HGR et un nombre limité de formations sanitaires de premier contact faisant partie de la carte sanitaire de la ZS, sont rationalisés par rapport l'accessibilité financière, à la qualité des soins et à la qualité de gestion. Ces formations sanitaires fonctionnent dans un système intégré conforme aux prescriptions de la SRSS.
RA 4	L'apprentissage basé sur les évidences et expériences de terrain est assuré en vue de renforcer la politique de santé au niveau provincial et au niveau central.

Il a été prévu un budget de 3.000.000 euros pour l'ASSNIP 1 et un budget de 5.100.000 euros pour l'ASSNIP 3.

Afin d'assurer la continuité de l'intervention, une phase transitoire (d'une durée de 9 mois à partir d'avril 2011) a été planifiée pour un budget de 467.000 euros, pris sur le budget réservé à l'ASSNIP 1 pour la phase de consolidation. Cette phase transitoire est en cours d'exécution au moment de la rédaction du présent DTF.

Le budget du présent DTF (qui correspond seulement à la phase de consolidation d'une durée de 24 mois à partir du 1/1/2012) couvrant les besoins de la DPS du Bas-Congo et des ZS anciennement couvertes par l'ASSNIP 1 et l'ASSNIP 3 (Boma et Lukula d'une part et Kisantu, Nselo et Ngidinga d'autre part), est donc le cumul du reliquat du budget de l'ASSNIP 1 (2.533.000 euros) et du budget réservé à l'ASSNIP 3 (5.1 M euros, inchangé), soit un montant total de 7.633.000 euros au total.

Afin d'éviter les confusions, le présent projet est désormais dénommé « *Projet d'Appui au Système de Santé aux Niveaux Intermédiaire et Périphérique dans 5 ZS Du Bas-Congo* » (en acronyme « *ASSNIP Bas-Congo* »).

1 Analyse de la situation

1.1 Contexte général du pays

1.1.1 Situation socio démographique

La RDC est le troisième pays le plus peuplé d'Afrique subsaharienne avec une population estimée à 64 millions d'habitants, inégalement répartie sur le territoire. 70% de la population vit en milieu rural contre 30% en milieu urbain. La densité n'est que de 24 habitants au km². La ville de Kinshasa a quant à elle une très forte densité, avec 577 habitants au km².

Tableau 1 : Répartition de la population de la RDC par province de 2010 à 2015

Province	Population					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Bandundu	6 496 419	6 691 312	6 892 051	7 098 812	7 311 777	7 531 130
Bas-Congo	3 188 619	3 284 238	3 382 724	3 484 164	3 588 645	3 696 260
Equateur	7 265 523	7 483 488	7 707 993	7 939 233	8 177 410	8 422 732
Kasaï Occidental	6 056 679	6 238 380	6 425 531	6 618 297	6 816 846	7 021 352
Kasaï Oriental	7 692 354	7 923 124	8 160 818	8 405 642	8 657 812	8 917 546
Katanga	9 263 761	9 541 674	9 827 925	10 122 762	10 426 445	10 739 238
Kinshasa	5 784 426	5 957 958	6 136 697	6 320 798	6 510 422	6 705 735
Maniema	1 724 471	1 776 205	1 829 491	1 884 376	1 940 907	1 999 134
Nord Kivu	5 205 161	5 361 316	5 522 155	5 687 820	5 858 454	6 034 208
Orientale	7 987 282	8 226 901	8 473 708	8 727 919	8 989 757	9 259 449
Sud Kivu	4 212 635	4 339 014	4 469 185	4 603 260	4 741 358	4 883 599
RDC	64 420 000	66 352 600	68 343 178	70 393 473	72 505 278	74 680 436

Source : Institut National de la Statistique (INS-RDC)

La population d'âge économiquement actif (20-64 ans) représente 40 % de la population totale. La diversité géographique se combine à la grande diversité culturelle et linguistique pour accentuer la dispersion et l'enclavement géographique de différents groupes. Ainsi l'ampleur des besoins sociaux de base à satisfaire s'articule à la complexité d'atteindre des populations dispersées sur de vastes étendues et, de surcroît, dans des zones d'accès très difficiles.

Pour l'ensemble du pays, la prévalence de la pauvreté (> 70 %) est très élevée si on la compare à celle des autres pays de l'Afrique Centrale. La destruction des infrastructures économiques et sociales a entraîné une paupérisation généralisée du pays.

Actuellement, la RDC se trouve au 167ème rang mondial de l'Indice de Développement Humain (IDH). Cette paupérisation généralisée se traduit par un PIB de 74 \$ et un revenu par habitant qui a chuté de 1,31 \$/jour en 1973 à 0,30 \$/jour en 1998¹. L'ampleur de la pauvreté varie d'une région à une autre, selon qu'on réside en milieu urbain ou rural, selon les groupes socioprofessionnels ou socio-démographiques. Il résulte de cette situation la non satisfaction des besoins fondamentaux de la population et de vigoureuses réformes sont à entreprendre dans le secteur économique pour permettre la réduction de la pauvreté. Dans ces conditions, les besoins de financement massif des secteurs sociaux comme la santé contrastent avec la faiblesse des ressources mobilisées ou mobilisables par l'Etat.

Du point de vue de la sécurité alimentaire, le pays connaît une diminution de la production agricole due au délabrement de l'agriculture et des infrastructures de communication, à l'insécurité et aux difficultés d'écoulement des produits. Cette situation dramatique se traduit par un taux élevé de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans estimé à au moins 11% sur l'ensemble du territoire.

Le système éducatif vise en principe à scolariser tous les enfants au niveau des cycles primaire et secondaire. Mais cet objectif n'est pas atteint et l'enseignement organisé par le secteur public se trouve dans un état de détérioration important. Selon l'enquête MICS réalisée en 2010, le taux de scolarisation au niveau primaire reste insuffisant avec un taux moyen de 75% pour le pays, parmi lesquels 55% sont des garçons et 45% des filles.

1.1.2 Situation économique et financière

Depuis 2001, date de la mise en place du Programme intérimaire renforcé, le Gouvernement a pris d'importantes mesures afin d'instaurer la démocratie et rétablir la paix. L'économie a réagi favorablement à ces avancées. Aussi, sur le plan économique, les réformes et politiques macroéconomiques prudentes ont contribué à relancer la croissance et à réduire significativement l'inflation. Toutefois, depuis juillet 2008, on observe un essoufflement de la croissance économique suite principalement à l'effondrement du secteur minier, conséquence de la crise financière internationale. Ainsi, la croissance s'est ralentie à 2,7% en 2009 et l'inflation a grimpé jusqu'à 45%. Le PIB par tête a lui chuté d'environ 174,5 dollars américains en 2008 à 156,8 dollars en 2009. En 2011, l'économie de la RDC demeure donc encore fragile. Les principales raisons de cet état de fait sont : la mauvaise gouvernance, la mauvaise gestion des entreprises publiques, de graves déficiences des moyens de transport et de communication et la détérioration des termes de l'échange.

Les recettes générées localement par les entreprises étatiques sont faibles, voire inexistantes dans un environnement caractérisé par l'anéantissement des circuits économiques officiels et de l'administration de l'État. Cette situation a donné naissance à un circuit informel qui a pris une ampleur sans équivalent

¹ Banque Centrale du Congo, Evolution économique, financière et monétaire récente, janvier 2002.

Tableau 2 : indicateurs socio-économiques résumant la situation économique

Indice de Développement Humain (MICS 2 de 2001)	0,309 à 0,620
IPH (Rapport PNUD/RDC 2000) 36,5	36,5
PIB/habitant de 2001 à 2009 (BCC)	74 à 176 USD
Espérance de vie à la naissance (Rapport PNUD/RDC 2000)	45 ans
Taux d'inflation annuel moyen de 2000 à 2009 (BCC et INS)	591% à 28 %
% de la population qui vit avec moins de 0,20 USD/j (DSRP 2002)	80%

Source : DSCR 2006-2008

Grâce aux efforts du Gouvernement et à la communauté internationale, qui ont multiplié les démarches sur le plan diplomatique, politique et financier, la RDC attire à nouveau l'attention des institutions financières mondiales. Bénéficiant désormais de l'Initiative des Pays Pauvres Très Endettés (IPTE), la RDC a conduit des réformes et réalisé dans l'amélioration de son cadre macroéconomique des efforts qui ont abouti en mi-2010 à l'effacement de sa dette extérieure pour une valeur de plus de 10 milliards USD. Malgré ces efforts d'amélioration du cadre macro-économique, la situation socioéconomique reste encore précaire. Persistent toujours la crise de l'emploi, la détérioration des infrastructures sociales de base, etc.

1.1.3 Contexte politique

L'année 2010 a marqué la célébration du cinquantenaire de l'Indépendance de la RDC. Ces cinquante ans ont été marqués négativement par (i) une trentaine d'années de dictature; (ii) les guerres civiles dont les deux dernières (1996 et 1998) ont causé plus de 4 millions de morts, de très nombreuses victimes de violences sexuelles et traumatismes mentaux, de nombreux déplacés à l'intérieur même du pays, (iii) une dégradation générale de l'économie menant à une paupérisation de la majorité de la population congolaise, (iv) la mise en place en 2003 d'un Gouvernement de Transition et d'Union Nationale composé de toutes les tendances politiques issues de la guerre; (v) l'organisation des élections transparentes qui ont débouché sur l'installation des nouvelles institutions - le Président, l'Assemblée nationale, le Sénat, le Gouvernement - et la décentralisation avec les Assemblées provinciales et les Gouvernements provinciaux. Les élections locales n'ont pas encore été organisées.

Ainsi, le pays s'est lancé résolument pour normaliser la situation politique, sécuritaire, sociale et économique. Globalement, il règne en 2011 une relative accalmie dans l'ensemble du pays, en dépit de quelques foyers de tension et conflits locaux. Les prochaines élections - présidentielle et législative - sont prévues pour novembre 2011.

Actuellement, la RDC est un Etat unitaire fortement décentralisé qui comprend onze Provinces. Chaque province est divisée en districts. La Constitution de la 3ème République prévoit le passage à 26 provinces. Votée en février 2006, cette nouvelle organisation territoriale doit prendre effet dans les trois ans qui suivront l'installation effective des institutions politiques prévue par la Constitution (Article 226). A ce jour, cette

nouvelle disposition n'est pas encore en place alors qu'elle aurait dû l'être déjà en 2010. Le découpage doit permettre une décentralisation du pouvoir vers les Provinces et une plus grande autonomie de gestion. L'opérationnalisation de la décentralisation à travers le découpage des provinces, le transfert concret des compétences, des charges et des ressources, demeure un véritable défi et doit encore faire l'objet de négociations et de compromis. En application des prescriptions de la Constitution, le Gouvernement s'est lancé progressivement dans le processus de décentralisation en ciblant dans un premier temps les secteurs de (i) la Santé, (ii) l'Education primaire, secondaire et professionnel, (iii) l'agriculture et (iv) le développement rural. Au terme de ce processus, ces secteurs auront des administrations provinciales préfigurant le découpage du pays en 26 provinces.

1.1.4 Stratégie de développement national

Le Gouvernement Congolais s'est engagé en 2006, à travers le Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (DSCR) à mettre en place une nouvelle génération de réformes économiques et sociales pour lutter contre l'extrême pauvreté.

Tableau 3 : Objectifs quantitatifs de réduction de la pauvreté

Indicateurs de développement	2006	2007	2008	2009
Taux de croissance du PIB réel	6.5%	7%	7.7%	8.4%
Taux d'inflation fin de période (IPC)	21.3%	8%	6%	6%
Taux de mortalité infanto-juvénile (p 1000 naissances vivantes)	126			89
Ratio de mortalité maternelle (p 100 000 naissances vivantes)	1289			944
Taux Brut de Scolarisation Primaire	64%	64.1%	70.8%	80%
Prévalence du VIH/SIDA	4.5%	< 4.5%		
Taux de desserte en eau potable	22%		24%	26.9%
Taux de desserte en assainissement	9%		11.5%	15%
Prévalence de la pauvreté	70,68%	70%	<70%	

Source : DSCR 2006-2008

L'objectif est d'une part de consolider les acquis des programmes économiques passés et rendre durable la croissance et d'autre part de renforcer la sphère sociale et s'assurer que les performances économiques se traduisent par une nette amélioration des conditions de vie de la population. L'objectif ultime visé par le Gouvernement à travers la présente stratégie est l'amélioration durable et effective des conditions de vie des populations, en s'attaquant aux principales causes de la pauvreté.

Le DSCRP repose sur 5 piliers:

- 1. Promouvoir la bonne gouvernance et consolider la paix par le renforcement des institutions**
- 2. Consolider la stabilité macroéconomique et la croissance**
- 3. Améliorer l'accès aux services sociaux et réduire la vulnérabilité**
- 4. Combattre le VIH/Sida**
- 5. Promouvoir la dynamique communautaire.**

Concernant la santé, le DSCRP 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, l'hygiène et l'environnement, l'amélioration de conditions de vie des populations, l'éducation, la promotion de bonnes habitudes alimentaires, etc. en même temps qu'on met en place les services de santé tout en s'assurant de leur utilisation par la population.

Un DSCRP 2 est déjà disponible sous forme de draft. Il n'est pas encore validé. La stratégie repose sur 4 piliers :

- 1. Renforcer la gouvernance et la paix**
- 2. Diversifier l'économie, accélérer la croissance et promouvoir l'emploi**
- 3. Améliorer l'accès aux services sociaux de base et renforcer le capital humain**
- 4. Protéger l'environnement et lutter contre le changement climatique**

Ce sont des orientations stratégiques sectorielles transversales prioritaires qui seront ajustées, à la lumière de l'évolution de l'environnement, de la disponibilité des ressources et du progrès dans leur mise en œuvre.

1.1.5 Indicateurs de santé

Le taux de mortalité est extrêmement élevé parmi les populations affectées par les conflits armés : on estime à 3.8 millions le nombre de décès attribuables à la guerre depuis 1997. La mortalité infanto-juvénile est passée de 192 à 220 décès/1000 naissances vivantes entre 1990 et 2001. Mais la tendance globale est actuellement à la baisse : selon l'EDS 2007, la mortalité infantile est passée de 126 pour 1000 en 2005 à 92 pour 1000 en 2007.

Chez l'enfant, les Infections Respiratoires Aïgues (IRA), le paludisme et la diarrhée sont les maladies les plus fréquentes. Selon l'EDS, 15% des enfants de moins de cinq ans avaient souffert de toux accompagnée de respiration courte et rapide au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête tandis que la prévalence de la diarrhée est particulièrement importante chez les jeunes enfants de 12 à 23 mois (26%) et de 6 à 11 ans (30%).

La couverture vaccinale de tous les antigènes a augmenté de 23 à 31% entre 2001 et 2007 mais elle reste en deçà des objectifs nationaux.

En ce qui concerne la **santé maternelle**, le ratio de mortalité maternelle qui était de 850 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1985 est passé à 1.289 en 2001 (MICS2). Les consultations pré-natales (CPN) ont progressé de 68% en 2001 (enquête MICS2) à 85% en 2007 (EDSRDC) mais avec de grandes disparités selon les provinces. 74% des naissances se sont déroulées avec l'assistance de personnel formé alors que ce n'était le cas que de 61 % en 2001 (MICS2).

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes fréquentant les services de consultation prénatale est de 4,3% (PNLS, 2008). Le nombre total des personnes vivant avec le VIH est estimé à 1.376.230 et le nombre des orphelins du au sida à 900.000. En 2007 seulement 6% des personnes ayant besoin de traitement anti-rétroviral y avaient accès. Les violences sexuelles et les violences basées sur le genre, prévalentes pendant les conflits armés, continuent à persister et affectent maintenant l'ensemble des provinces.

La population congolaise est exposée au paludisme endémique. La prévalence de la fièvre chez les enfants de moins de 5 ans est de 42% tandis que la couverture en moustiquaires imprégnées d'insecticide était de 7% tout comme la couverture en Traitement Préventif Intermittent (EDS 2007). Parmi les maladies transmissibles, l'incidence annuelle des Tuberculoses Pulmonaires à Microscopie Positive (TPM+) en RDC était de 160 cas/100.000 habitants en 2003 (OMS).

La RDC est enfin en proie à de multiples et répétitives situations d'urgence. C'est le cas notamment des épidémies - coqueluche, choléra, virus Ebola, de poliomyélite, et de rougeole -, des tremblements de terre, des éruptions volcaniques, des conflits armés, des accidents de train et d'avions, la violence sexuelle 'endémique'. etc. En fait, l'analyse de toutes ces situations a montré que la santé et la vie des populations ont toujours été mises à risque dans le pays.

1.2 Le secteur de la santé : présentation et analyse

1.2.1 Cadre organisationnel

1.2.1.1 Au niveau central

Le niveau central est constitué (i) du Cabinet du Ministre, (ii) du Secrétariat Général qui compte 13 Directions et 52 Programmes Spécialisés et (iii) des Hôpitaux nationaux. Il a une responsabilité normative et de régulation en plus des prestations de soins de niveau tertiaire. Le niveau central définit les politiques, les stratégies, les normes et les

directives. Il assure le suivi de leur mise en œuvre en provinces ainsi qu'un appui conseil et le contrôle de conformité.

L'organigramme du niveau central est en cours de révision, visant à intégrer les programmes verticaux. Une nouvelle structure, la Cellule d'Appui et de Gestion des financements du secteur de la Santé a vu le jour en 2010 au sein du MSP.

1.2.1.2 Au niveau intermédiaire

Les 11 Inspections Médicales Provinciales sont dirigées par un Médecin Inspecteur Provincial (MIP). Leur organigramme est actuellement calqué sur celui du niveau national (en 13 bureaux). Certaines Provinces sont dotées d'un laboratoire et d'un hôpital provincial, placés sous l'autorité du MIP. Notons cependant que les hôpitaux provinciaux en RDC ne possèdent que très rarement le plateau technique de deuxième niveau de référence.

Selon les textes en vigueur, le niveau intermédiaire a essentiellement un rôle technique d'appui aux ZS. Il est composé actuellement de l'IPS et d'Inspections Médicales de District qui complètent le dispositif en agissant par délégation pour un suivi de proximité. Du fait que l'organigramme de niveau provincial est calqué sur celui du niveau central, de nombreux programmes verticaux ont mis en place leur propre administration au sein de la DPS ; ceci induit une tendance forte à gérer directement à partir de la province, mais sous contrôle des programmes nationaux, les problèmes rencontrés en périphérie dans la lutte contre les maladies.

Dans le futur avec le redécoupage des provinces, les inspections de district sont appelées à disparaître au profit des 26 Divisions Provinciales (voir ci-dessous). Comme pour le niveau central, la réforme du niveau intermédiaire vise entre autres à intégrer les programmes et à réduire l'approche de type vertical.

1.2.1.3 Au niveau opérationnel

Le niveau opérationnel comprend en principe 515 ZS avec 393 HGR et 8 504 aires de santé. Ce niveau est chargé de la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires (SSP) sous la supervision et l'encadrement du niveau intermédiaire. La mission du Centre de santé est d'offrir à sa population de couverture les soins de santé qui relèvent du Paquet Minimum d'Activités (PMA), tandis que celle de l'hôpital général de référence (HGR) est d'offrir les soins relevant du Paquet Complémentaire d'Activités (PCA), d'apporter un appui au développement d'un PMA de qualité dans les CS et ainsi d'améliorer la continuité des soins par un système cohérent de référence contre référence. L'organisation opérationnelle de la mise en œuvre des SSP est confiée à l'Equipe Cadre de ZS.

1.2.2 Politique nationale de santé

L'offre des soins de santé a souffert de la fragmentation de l'aide internationale liée au contexte de l'urgence post-conflit et aux priorités de la lutte spécifique contre les maladies. En vue de faire face à cette situation, le MSP a adopté en 2006 **la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS)** qui se fixe pour but d'améliorer l'offre et l'utilisation de soins de santé de qualité intégrés, globaux et continus. Dans sa seconde édition de mars 2010, la SRSS se donne six axes stratégiques :

- a) **Le développement de la ZS** qui en constitue l'axe stratégique de base. Il comprend essentiellement la rationalisation du fonctionnement des HGR, l'amélioration de la couverture sanitaire et de la qualité des soins ainsi que la participation communautaire. Dans le cadre de la continuité des soins, il est nécessaire de mettre en place des services de référence secondaire qui ont également pour mission d'assurer la formation de base et la formation en cours d'emploi des cadres des niveaux inférieurs.
- b) **Le renforcement de la gouvernance et du leadership dans le secteur de la santé.** Cet axe comprend : (i) la réforme du secteur de la santé, (ii) la décentralisation dans le secteur de la santé, (iii) le pilotage du système de santé, (iv) la réforme du système national d'information sanitaire comme outil d'appui à la prise de décisions, (v) la recherche sur le système de santé en vue d'améliorer le processus de régulation et de normalisation du secteur et (vi) Amélioration de la gestion des formations sanitaires et autres structures de santé.
- c) **Le développement des ressources humaines** pour la santé qui prendra en compte la formation de base du personnel de santé par le renforcement de la collaboration avec le Ministère de l'Enseignement Supérieur, la formation en cours d'emploi, la gestion de la carrière et la rétention du personnel de santé, etc.
- d) **La réforme du secteur du médicament (MEG).** Ce secteur est relevé au niveau d'axe stratégique parce que l'expérience de la mise en œuvre de la SRSS montre qu'il y a des questions relatives à ce secteur qui ne peuvent trouver solution dans les ZS. C'est le cas par exemple de l'existence des circuits parallèles d'approvisionnement en MEG qui affaiblissent le système national, de la non appropriation par le gouvernement du système national, de la régulation de l'ensemble du secteur, de l'assurance qualité des MEG entrant sur le territoire national, de l'amélioration de la production locale, etc.
- e) **La réforme du financement de la santé** par l'unification rationnelle de toutes les sources de financement existantes, l'augmentation du budget de l'Etat consacré à la santé et une amélioration de la pertinence de l'affectation selon les priorités et les résultats attendus sur les bénéficiaires de services et de soins, la mise en place de « basket funding » au niveau provincial pour une meilleure allocation des ressources à ce niveau, la réduction de la fragmentation de l'aide internationale et ses effets sur les prestations et l'organisation du système de santé en périphérie, la mise en place d'une approche sectorielle et d'une direction administrative et financière (DAF), le développement des mécanismes pour un accès universel des populations aux services et soins de santé, etc.
- f) **La collaboration intra et inter sectorielle.** La capitalisation du privé lucratif et non lucratif mieux régulé qui devra permettre d'améliorer rapidement l'offre et la qualité des soins de santé. Une cohésion gouvernementale autour des efforts qui sont entrepris dans le secteur de la santé est par ailleurs une condition essentielle pour la réalisation des objectifs de ce dernier.

La première édition de la SRSS, adoptée dans le DSCR 2006-2008 comme contribution du secteur de la santé aux efforts du Gouvernement destinés à lutter contre la pauvreté a

été mise en œuvre entre 2006 et 2009. Sa seconde édition a fait du renforcement de la gouvernance, du leadership et de la réforme du secteur du médicament des axes stratégiques ; elle est mise en œuvre à travers le Plan Quinquennal National de Développement Sanitaire (PNDS).

1.2.3 Le contenu du PNDS 2011-2015

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), élaboré par le gouvernement et l'ensemble des partenaires, est la référence des interventions dans le secteur de la santé. Son but est de contribuer à l'amélioration de la santé de la population congolaise dans le contexte de la lutte contre la pauvreté.

D'ici à 2015, les 10 cibles fixées dans le PNDS sont :

- Contribuer à réduire le ratio de mortalité maternelle de 549 à 300 pour 100 000 naissances vivantes ;
- Contribuer à réduire la mortalité infanto-juvénile de 148 à 60 décès/1000 naissances vivantes ;
- Stopper la propagation du VIH/sida, maîtriser le paludisme et d'autres grandes maladies ;
- Contribuer à réduire de 2/3 la mortalité et la morbidité liées aux maladies non transmissibles ;
- Réduire la mortalité intra hospitalière de 50 % ;
- Augmenter de 30 % l'accès de la population aux SSP de qualité ;
- Augmenter l'utilisation des CPN et des accouchements assistés respectivement à 95 % et 85 % ;
- Faire passer le nombre d'enfants complètement vaccinés de 31 à 55 % ;
- Faire passer le nombre de personnes vivant avec le VIH recevant un traitement ARV de 37 000 à 80 000 ;
- Réduire le taux d'infections post opératoires de 75 %.

En termes de stratégie de mise en œuvre, le PNDS est une déclinaison de la SRSS dont il reprend l'ensemble des principes.

1.2.4 Autres points soulignés par le PNDS permettant de compléter la stratégie sanitaire de l'Etat congolais

Opérationnellement le PNDS mais aussi la SRSS nouvelle version indiquent que la période des 10 ans à venir doit se focaliser sur un certain nombre de points techniques

- Le renforcement de la gouvernance locale notamment à travers un pilotage provincial plus efficient (mise en place des DPS; réorganisation administrative, etc.) ;
- Le développement de la fonction Ressources Humaines à tous les niveaux ;

- La rationalisation du sous-secteur du Médicament, en particulier la régulation et l'approvisionnement ;
- Le développement de la fonction financement : création de SWAP et de basket funding provinciaux ;
- L'introduction de mécanismes d'accès universel aux soins : il s'agit en particulier de poursuivre l'expérimentation des financements innovants, notamment ceux basés sur l'offre (financements en output ou à la performance : voir les expériences des projets de l'UE -PS/9FED et PAPNDS, de la CTB, de la BM (Katanga) et des ONG, ou de la demande (mutuelles, Fonds d'équités).
- La capitalisation du secteur privé grâce à une contractualisation mieux organisée (confessionnel et lucratif).

D'autres plans, tels que le Plan stratégique de Lutte contre le VIH/SIDA (2008-2012) et la Politique Nationale de Santé de la Reproduction (2008) font référence à l'importance d'intégrer les services VIH et Santé de la Reproduction (et aussi explicitement les services pour les jeunes et les personnes survivantes des violences sexuelles) dans le système de Santé.

1.2.5 Problématique du système de santé en RDC

1.2.5.1 Niveau opérationnel

A ce jour, les ZS ne bénéficient pas vraiment de l'autonomie de planification opérationnelle et de gestion pour organiser les actions sanitaires sur l'aire géographique qu'elles sont destinées à couvrir. Les multiples centres de prise de décision et d'interventions provoquent des interférences issues tant des différents niveaux hiérarchiques de l'administration nationale que des projets et programmes, principalement ceux ciblant des problèmes spécifiques de santé. Ces derniers qui mobilisent la majorité des fonds internationaux alloués au secteur de la santé présentent l'inconvénient de suivre une stratégie d'intervention en contradiction avec la SRSS. Les plans de développement et d'action des ZS quand ils sont élaborés, sont régulièrement perturbés voire supplantés par ceux des programmes spécialisés et des projets qui répondent à leur propre planification, faute d'harmonisation avec celle de la zone de santé.

L'offre en soins de qualité reste toujours aléatoire et précaire comme en témoignent les faibles taux d'utilisation des services. Cette situation est liée aux difficultés des Equipes Cadres de Zones de Santé (ECZ) à faire prévaloir leur plan de développement et à entreprendre et mener à bien l'incontournable processus de rationalisation des services.

La couverture sanitaire se caractérise de plus en plus par une multiplication incontrôlée de structures de soins dont l'autorisation d'ouverture échappe entièrement aux ECZS. Ce phénomène est accentué par l'absence de planification de la formation des professionnels de la santé qui, faute de tenir compte des besoins, amène sur le marché un nombre pléthorique de personnels de santé. Ce sont très souvent les services de santé gérés par le réseau privé associatif (confessionnel, ONG) ou d'entreprises qui sont

en mesure d'assurer une offre de soins les plus proches des normes de qualité. Ceci est principalement dû à une meilleure observance à leur niveau des bonnes pratiques de gestion et d'organisation des services.

1.2.5.2 Niveau intermédiaire

Selon la Constitution, la RDC passe d'un Etat fortement centralisé à un Etat unitaire fortement décentralisé. Ce nouveau paysage politique impose un transfert de l'autorité et des ressources du niveau central vers le niveau intermédiaire et donc, une clarification des missions de ces deux niveaux. Le niveau intermédiaire - représenté actuellement par les Inspections Provinciales de la Santé (IPS) et les Inspections Médicales de Districts Sanitaires (IMD) - n'a pas assuré sa conversion en DPS rationalisée, telle que proposée par la SRSS. Les actions menées en ce sens par les projets ASSNIP et mais aussi ceux de la commission européenne sont confrontés à une inertie face aux changements, notamment en ce qui concerne la rationalisation des effectifs largement excédentaires et l'intégration des fonctions de coordination des programmes de lutte contre des problèmes de santé spécifiques. C'est ainsi que les activités menées par les coordinations provinciales des programmes spécialisés sont toujours prédominantes et se font au détriment des fonctions d'encadrement global et d'appui méthodologique que le personnel des DPS devrait apporter au développement des ZS.

1.2.5.3 Niveau central

En 2005, un audit du cadre organique a mis en évidence une inadéquation entre les attributions actuelles du MSP et son cadre organique. Le cadre organique actuel ne permet pas au MSP de remplir correctement sa mission. La réforme administrative visant entre autres la restructuration du cadre organique du MSP, entamée en 2007, semble encore loin d'aboutir aux changements attendus. Malgré les importants investissements consentis par les PTF pour soutenir ce processus, ce constat d'immobilisme institutionnel est le reflet d'un déficit organisationnel se manifestant par une incapacité à traduire les intentions de changement en décisions et à en assurer ensuite l'application.

1.2.5.4 Financement de la Santé

De façon globale, la proportion du budget général allouée à la santé se situe loin du seuil de 15% fixé lors du sommet d'Abuja en 2001. Les dépenses du secteur représentent 3,62 % du total des dépenses publiques et 1,12 % du PIB en 2007. Le niveau et les flux de financement actuel du secteur de la santé provenant de l'Etat sont peu documentés. La contribution la plus importante de l'Etat passe par la Fonction Publique et sert au paiement des salaires du personnel (de l'ordre de 107 000 agents statutaires). L'absence ou l'insuffisance de financement des structures du niveau central et le mode de financement des autres structures de ce niveau ont fini par opérationnaliser le niveau central : plutôt que de les normaliser ou de les réguler, les programmes et les directions deviennent de plus en plus des prestataires pour la mise en œuvre des projets financés par leurs partenaires.

1.2.6 Coordination avec l'intervention des partenaires

Tableau : PTF intervenant dans le secteur de la santé en RDC (voir annexe pour plus de détails)

PTF	Programme	Années	Millions	Gestion	Politique Nationale	
DGD	DEP, DLM, DPM THA, ASSNIP 1-5	2006-2013	84 M \$	En régie	Alignement	
UE	ECHO	2006-2010	180 M \$	Unités en parallèle		
	PS/9 ^{ème} FED					
	PS/10 ^{ème} FED	2011-2014				
BM	PMURR	2006-2010	199 M \$	Centralisée		
	PARSS (83 ZS)					
BAD	PAPPDS (26 ZS)	2005-2011	25 M \$			
GAVI	PEV/SSV +	2008-2009	50.5 M \$			
	GF/R8/RSS (65ZS)	2007-2010	56 M \$			
	GF/R9/RSS (256Z)	2011-2014	?			
FM	Lutte contre le Palu, Tbc et SIDA	Depuis 2003	653 M \$			
UN	UNICEF	2008-2010	84.3 M \$		Pas de transfert	Propre politique
	OMS		20.0 M \$			
	FNUAP		14.4 M \$			
USAID	Appui à 80 ZS		30.0 M \$			
	Appui SIDA	32.7 M \$				

Réf : Stratégie de coopération de l'OMS en RDC 2009-2013

Le lecteur trouvera en annexe 5 du DTF une description plus détaillée des intervenants au niveau national

1.2.7 Evolution du contexte de l'aide internationale

1.2.7.1 Avancée vers les OMD

Même si la RDC est désormais dans une phase de sortie de crise, le degré de dégradation de la situation économique et sociale atteint au terme de longues années de conflit, la détérioration des infrastructures ainsi que la dilution de l'autorité de l'état ont rendu illusoire l'atteinte des OMD liés à la santé (OMD 4 : réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans ; OMD 5 : réduire de trois quarts, le taux de mortalité maternelle ; OMD 6 : avoir enrayer la propagation du VIH/sida et avoir commencé à inverser la tendance actuelle). La crise économique mondiale de 2011 ne fait qu'ajouter à la difficulté.

La vision partagée par la la coopération belgo-congolaise est cependant que l'avancée vers les OMD doit passer non seulement par la lutte contre les problèmes spécifiques mais aussi et surtout par le renforcement du système de santé et par une meilleure coordination à tous les niveaux (Projets de type « RSS »).

1.2.7.2 Harmonisation et alignement

Comme souligné plus haut, les concertations entre les PTF santé et le MSP sont fonctionnelles : les rencontres GIBS – MSP abordent régulièrement les problématiques liées à l'harmonisation de l'aide et à l'alignement des interventions des partenaires. Le Comité de Pilotage National et la Cellule d'Appui et de Gestion (CAG) se mettent progressivement en place avec la participation des PTF. On peut donc dire que l'engagement du MSP vers les principes de la Déclaration de Paris est de plus en plus probant et concret

1.2.7.3 Mise en place de programmes de Renforcement du Secteur de la Santé

Quantitativement, le renforcement de l'appui des partenaires au secteur de la santé est notable depuis plusieurs années avec de plus en plus de fonds disponibles pour la santé. L'appui de Banque Mondiale, de l'Union européenne et du Gouvernement américain est notable de même que celui plus récent de la coopération chinoise. Force est cependant de constater qu'une bonne partie des interventions s'oriente toujours vers la lutte verticale contre les maladies, avec en particulier un accroissement notable des fonds disponibles via le Fonds Mondial et Gavi.

Conscientes de la nécessité de renforcer le système pour atteindre les OMD spécifiques à la santé, ces deux institutions ont accepté de compléter leurs dispositifs de lutte contre des problèmes spécifiques par des programmes de renforcement du secteur de la santé. Ces deux financements RSS qui s'ajoutent à ceux des PTF appuyant de façon horizontale le MSP (CE, BM, Coopération Belge), doivent être gérés pas la CAG (voir ci-dessous).

1.2.8 Groupe Inter-Bailleurs Santé (GIBS)

Le GIBS est le cadre de concertation et de réflexion pour les pays membres de l'UE, les autres bailleurs de fonds et les partenaires multilatéraux impliqués dans le secteur de la

santé, en matière de mise en œuvre de la SRSS. Il vise la synergie et la complémentarité des différents partenaires du MSP en vue d'une bonne coordination de l'assistance qu'on lui apporte et application des politiques et programmes de santé.

Les membres du GIBS œuvrent pour :

- Qu'un effort de coordination inclusive soit déployé. Ceci se fait à travers la mise en place d'outils de travail et des intrants uniformes dans le but d'améliorer en quantité et en qualité les résultats du secteur à travers la mise en œuvre de la SRSS ;
- Que l'effort de coordination au sein du MSP soit renforcé ;
- Que le Comité de Pilotage du secteur, y compris ses commissions, soit rendu opérationnel ;
- Que ce processus puisse aboutir à terme à une approche sectorielle globale véritablement efficace et efficiente sous le leadership du MSP;
- Que la mise en œuvre des priorités du MSP se fasse dans un avenir respectant les plans de travail;
- Que la réforme du secteur de la santé et la restructuration du niveau central et intermédiaire du MSP aboutissent dans un délai raisonnable;
- Que le cadre légal et stratégique régissant le secteur de la santé soit actualisé.

Les activités du GIBS sont les suivantes :

- La tenue de réunions périodiques de concertation,
- La création des groupes de travail stratégiques et techniques,
- Les rencontres avec le MSP,
- Des visites de terrain,
- Un support technique au MSP.

Les appuis font l'objet de concertations et de renforcements réciproques entre les PTF concernés autour de la mise en œuvre de la SRSS et de la réforme du MSP et de l'Administration publique (avec une attention particulière pour la réforme de déconcentration/ décentralisation).

1.2.9 La Cellule d'Appui et de Gestion (CAG)

L'adoption officielle du PNDS, les nouveaux financements (GAVI, Fonds Mondial) et le système de gestion à mettre en place sont une opportunité pour l'alignement des interventions des partenaires sur les priorités nationales. A long terme, cet alignement permettra à la RDC d'intégrer progressivement toutes les activités financées par les partenaires dans le budget du MSP. La mise en œuvre cohérente et concertée des projets sur financements extérieurs selon les déclarations de Paris et d'Accra, implique la

mise en place d'une structure de coordination unique avec des procédures claires, facilement et progressivement applicables à tous les projets du secteur de la santé sur financement extérieur.

Dans ce contexte, une Cellule d'Appui et de Gestion (CAG) a été créée en 2010 au niveau central. C'est cette structure qui doit représenter à terme le principal centre de coordination et de gestion des financements extérieurs. Le but est d'organiser progressivement la mise en œuvre des financements à travers des contrats de prestation de services signés entre la CAG et les directions et unités de gestion du secteur public, les ONG nationales et internationales voire des entreprises privées.

Les missions de la CAG sont les suivantes :

- Gestion programmatique: planification, mise en œuvre, suivi et évaluation, coordination, gestion des approvisionnements et des stocks, formation ;
- Gestion financière à travers l'Agence de Gestion Fiduciaire ;
- Passation des marchés.

Existant depuis environ une année, la CAG se met progressivement en place. Le coordonnateur de la CAG a été recruté sur base de compétitivité ainsi que les différents cadres qui y travaillent. Sont pour l'instant logés à la CAG : (i) les Programmes financés par le FED même si ceux-ci fonctionnent avec leurs propres procédures, (ii) les Fonds RSS du GAVI volet Renforcement du Secteur de la Santé (RSS), (iii) le Fond Mondial volet RSS. Pour ces deux dernières interventions, une Agence Fiduciaire privée a été recrutée; le dispositif doit à terme permettre de véhiculer les fonds relatifs à ces deux programmes jusqu'au niveau opérationnel.

Bien que ces procédures se mettent progressivement en place, on doit néanmoins noter que le système n'est pas encore complètement opérationnel au moment de la formulation du présent projet. Un renforcement technique et/ou matériel de la CAG est donc encore pertinent.

1.2.10 Propositions pour un nouvel organigramme de la DPS

La mise en place de la décentralisation des fonctions sanitaires, sur l'ensemble du territoire s'accompagne d'une recherche action devant permettre au MSP de proposer pour le niveau intermédiaire un schéma plus efficient. Il s'agit de revoir l'organigramme par rapport à des concepts organisationnels modernes ; ce modèle devra venir en substitution du modèle actuel calqué sur l'organisation du niveau central en 13 Directions et 52 Programmes.

Plusieurs travaux ont été menés dans ce sens, dont certains par les programmes de la Coopération belge comme les expériences en cours dans le Sud Ubangi et le Kwilu (ASSNIP 4 et 5). Le plus déterminant a été celui réalisé avec l'appui du Pr Bonami au Nord Kivu et au Kasai Oriental sur financement FED UE. Quatre fonctions ont ainsi été proposées: (i) Encadrement des Zones de Santé ; (ii) Gestion de l'Information ; (iii) Gestion des Ressources et (iv) Inspection. Par la suite le MSP s'est approprié cette proposition qui représente désormais le modèle recommandé par le Secrétariat Général à la Santé pour appuyer la réforme du niveau intermédiaire de l'administration sanitaire.

Dans le cadre du travail réalisé au Nord Kivu et au Kasai Oriental, le contenu de chacune des quatre fonctions a pu être brièvement décrit:

Fonction Encadrement

- Renforcer les compétences et les capacités des ECZ à élaborer leur plan d'action sanitaire, à le mettre en œuvre et à l'évaluer par l'accompagnement et l'encadrement : supervision intégrée, formations, aide à la résolution des problèmes et analyse des données sanitaires ;
- Contribuer à l'amélioration de la couverture, l'accessibilité et la qualité des soins de santé et des médicaments à travers un leadership intégré qui articule ECZ et hôpital de référence, qui favorise l'intégration des programmes spécialisés et qui promeut la participation communautaire.

Fonction Gestion de l'Information

- Collecter, analyser et d'interpréter les données disponibles en vue d'assurer le suivi de l'action sanitaire et aider à la prise de décision des différents décideurs.
- En fonction d'un problème donné, identifier et comprendre les différentes dimensions en vue de dégager des pistes de solution et d'action.
- Diffuser et d'échanger les informations concernant les questions sanitaires avec les différents acteurs et parties prenantes du domaine de la santé.

Fonction Gestion des Ressources

- Mobiliser des ressources (humaines, financières et matérielles) provenant de sources diverses en quantité suffisante pour permettre à la DPS de fonctionner de façon durable dans la poursuite des objectifs qu'elle se définit dans le cadre des missions qui lui sont assignées.
- Répartir et affecter les différentes ressources humaines, matérielles et financières en fonction des besoins et des projets repris dans les plans et en fonction du monitoring c'est-à-dire en fonction des résultats dont peuvent faire état les unités concernées.
- Mettre en place des procédures et des outils de gestion et de suivi qui permettent une utilisation efficace et efficiente des diverses ressources (humaines, matérielles et financière) ; fournir à la direction de la DPS et aux unités concernées une information rétroactive qui permet le renforcement des "bonnes pratiques" et le pilotage des actions.

Fonction Inspection

- Vérifier l'application effective des politiques nationales : directives, stratégies, normes (y compris provinciales), dans les zones de santé, établissements de soins, frontières, « établissements classés », officines pharmaceutiques, formation initiale (secondaire infirmier), etc.

- Sur la base des constats effectués, apporter des « rétro-actions », proposer des sanctions positives pour renforcer les « bonnes pratiques » et des sanctions négatives pour améliorer les pratiques ;
- Etablir des rapports circonstanciés aux Autorités Publiques concernées sur les écarts constatés.

En 2011, on peut constater que des avancées notables existent particulièrement en matière (i) de décentralisation; (ii) de réforme de l'organigramme du MS au niveau central et provincial avec pour ce dernier des propositions finalisées présentées à Monsieur le Ministre de la santé publique; (iii) d'initiatives d'appropriation et d'alignement. La réflexion sur d'autres problématiques évolue également notamment dans le domaine de l'approvisionnement en Médicaments et l'introduction de mécanismes pour l'accès universel aux soins.

1.3 Contexte local du Bas-Congo

1.3.1 Organisation administrative

La Province du Bas Congo, est située dans la partie occidentale de la RDC. Elle a une superficie de 53.920 Km² et une population estimée à 3.188.619 habitants. Elle jouit d'un climat tropical, caractérisé par deux saisons: une saison des pluies qui dure sept mois et une saison sèche de cinq mois.

Le Bas-Congo est subdivisé administrativement en cinq Districts (Lukaya, Cataractes, Bas-Fleuve, Matadi et Boma, ces deux derniers districts étant des districts urbains). La ville de Matadi, le chef-lieu de la province se trouve à 330 km à vol d'oiseau de Kinshasa.

Le Bas-Congo est reconnu comme une des provinces les plus en sécurité de la RDC. Sa situation économique était l'une des plus favorables du pays jusqu'aux années 70 ; elle a ensuite décliné fortement même si on peut néanmoins observer actuellement quelques restes de ce qui constituait une infrastructure économique importante. Néanmoins, la proximité de Kinshasa et la présence des ports (Matadi et Boma) constituent certainement un potentiel important pour l'avenir.

L'économie de la ville de Boma est dominée par l'exploitation du port ; cette ville s'est considérablement développée durant les dernières décennies ; quant à la région de Lukula (2° ZS appuyée) elle bénéficie de certains atouts en matière économique notamment la présence de cultures de rente (hévéa, palmier à huile, café...) mais aussi de la proximité de l'enclave de Kabinda et un réseau électrique récemment installé. La Zone de santé de Kisantu située à moins de 100 km de Kinshasa bénéficie naturellement de cette proximité et jouit d'une certaine affluence alors que les zones de Ngidinga et Nselo restent des zones de santé rurales enclavées peu développées.

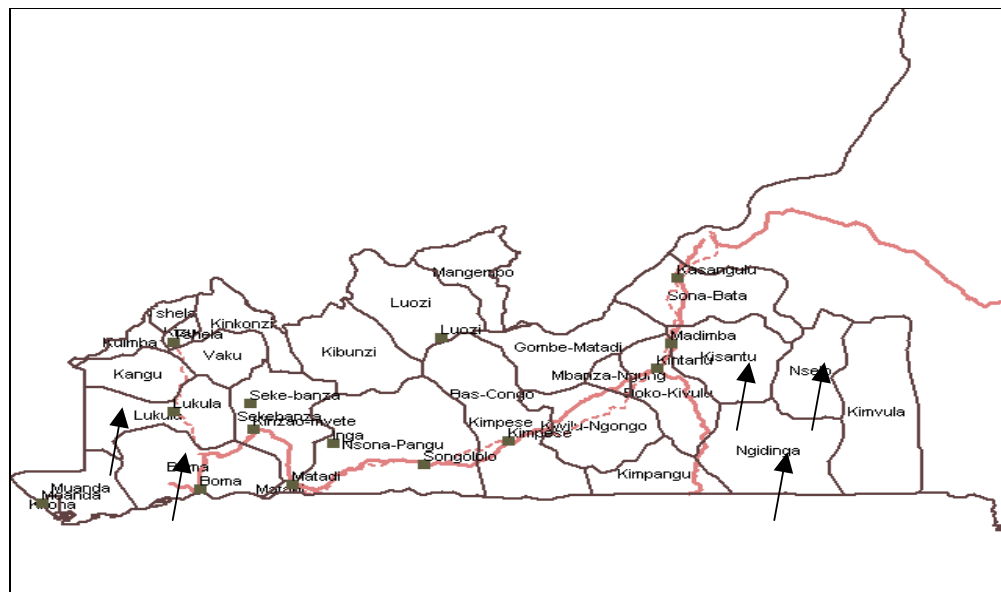
Le profil épidémiologique de la Province du Bas-Congo est dominé par les maladies infectieuses classiques avec le paludisme en tête de file mais également les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, la tuberculose, la bilharziose et les IST et le SIDA. La mortalité surtout chez les moins de cinq ans est très élevée. Récemment plusieurs cas de polio virale ont été notifiés dans cette province. La Trypanosomiase Humaine Africaine y est toujours endémique par endroits.

1.3.2 Organisation sanitaire

Le secteur de santé compte 31 Zones de Santé encadrées par une Inspection provinciale et quatre districts. Les ZS appuyées dans le cadre de l'ASSNIP sont Nselo, Ndigunga, Kisantu, Boma et Lukula. Au niveau provincial la DPS qui se situe à Boma sera appuyée ainsi que son antenne à Kisantu.

On note comme dans le reste de la RDC, une inflation de formations médicales : 1540 au total dont 523 étatiques et 1017 appartenant au privé (confessions religieuses, ONG et privés à but lucratif) ; la plupart de ces formations ne sont pas régulées et offrent des soins de qualité très douteuse.

Figure 1 : Zones de Santé de la province du Bas Congo



La province du Bas-Congo a une longue tradition de grandes formations médicales parmi lesquelles les hôpitaux de Kimpese et de Kisantu qui présentent en 2011 un plateau technique de seconde référence (prise en charge des cas orthopédique pour l'ensemble de la province pour ce qui concerne l'HGR de Kisantu).

La province du Bas-Congo compte 41 institutions d'enseignement technique médical dont 4 publiques ainsi que 9 institutions d'enseignement supérieur dont 6 Instituts supérieurs des Techniques Médicales et 3 universités avec facultés de médecine.

1.4 Appuis belges bilatéraux au secteur de la santé

Un nouveau PIC belgo-congolais a été adopté pour la période 2010-2013. Il concentre la coopération bilatérale sur trois secteurs prioritaires. Pour la coopération bilatérale directe, le secteur de la santé n'est plus prioritaire. Le PIC 2010-2013 a donc convenu d'un retrait progressif du secteur de la santé d'ici fin 2013 en veillant à consolider les acquis des interventions en cours par des actions ciblées.

1.4.1 Appui Direct

L'appui sectoriel de la coopération belge dans la santé - 60 millions d'euro engagés en bilatéral de 2006 à 2011 - se répartit (i) en appui institutionnel à trois Directions du MSP - Direction des Etudes et Planification (DEP), Direction de la Lutte contre la Maladie (DLM) et Direction des Pharmacies et des Médicaments – et au niveau intermédiaire dans 4 Provinces, (ii) en appui opérationnel au système de santé dans les provinces du Bas-Congo, du Bandundu, de l'Equateur et Orientale (projets ASSNIP I à V), (3) en appui au fonctionnement des centrales régionales d'approvisionnement en médicaments (CDR 1 et 2) et (4) en appui au programme national de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine (THA).

1.4.2 Complémentarité entre les projets financés par la coopération belge

Pour ce qui concerne les projets de renforcement institutionnel au niveau central et la série des ASSNIP, ces deux types d'interventions ont, par une porte d'entrée différente dans le système, pour objectif commun le renforcement du système de santé, dans une approche systémique et globale visant à renforcer les différents éléments clés du système : (i) le niveau central (ii) les équipes cadres des provinces et des zones, (iii) les hôpitaux et le réseau de centres de santé.

Les programmes ASSNIP s'inscrivent intégralement dans la SRSS avec en particulier : (i) le renforcement du leadership de l'Equipe Cadre Provinciale et de l'équipe cadre de la ZS (ii) un appui à la rationalisation des ressources humaines, (iii) un appui à la rationalisation de la couverture sanitaire, (iv) une rationalisation de l'offre des soins centrée sur l'amélioration de la qualité et de la continuité des soins.

Le projet d'appui aux centrales d'approvisionnement en médicaments (CDR) doit être regardé comme un projet d'appui transversal stratégique en droite ligne de la SRSS qui vise à assurer un approvisionnement stable de Médicaments essentiels génériques (MEG) de qualité dans les provinces couvertes.

Le programme d'appui à la lutte contre la trypanosomiase (THA) est quant à lui le seul programme vertical que la Coopération belge appuie dans la perspective de son intégration à la lutte contre la maladie.

1.4.3 Recherche Action

Pour contribuer à la production et à la diffusion d'informations pertinentes pour la réforme du système de santé, toutes les interventions de la coopération belge adoptent une approche de recherche-action dans une attitude réflexive.

1.4.4 Appui Indirect

De nombreuses ONG - telles que Action Damien ou MEMISA - bénéficient de financements DGD pour mener leurs activités dans le domaine de la santé. Il en va de même d'acteurs confessionnels actifs dans la gestion des formations sanitaires.

1.5 Forces, faiblesses, opportunités, menaces et défis pour le système de santé local

Les **acquis et les leçons de la phase précédente** présentées ici sont **basés sur les documents** suivants :

- rapports des missions de suivi scientifique des projets ASSNIP 1 et 3
- rapport d'évaluation à mi-parcours des projets ASSNIP 1 et 3
- rapport final du projet ASSNIP 1 et 3
- La fiche d'identification
- Présentations de l'atelier de capitalisation organisé au niveau central début 2011

Les acquis de la phase précédente

° Un progrès vers une Equipe Cadre Provinciale (ECP) fonctionnelle a été réalisé sur les points suivants:

- Les CPP ont été mis en place
- Un Plan Provincial de Développement Sanitaire (PPDS) pour la période 2011-2015, est élaboré et validé par le CPP
- Des mécanismes de coordination des interventions des partenaires autour de ce PPDS sont initiés

° La revitalisation des zones de santé selon la SRS S avec ses cinq sous-axes a atteint un niveau avancé de développement:

- Les Equipes Cadres des 5 Zones de santé ciblées sont fonctionnelles
- Les Plans de Développement de Zones de Santé (PPDZ) sont élaborés et en cours d'exécution
- La cartographie sanitaire par satellite a été réalisée dans chacune des 5 ZS et un dénombrement de la population sur base de cette cartographie a été également réalisé pour 3 de ces 5 ZS
- La construction et/ou des réhabilitations physiques et fonctionnelles des structures opérationnelles sont réalisées comme prévu :
 - un Bureau, un centre de dépistage volontaire et cinq maisons d'habitation pour les membres de l'ECZ et de l'HGR de Lukula
 - Réhabilitation du système électrique, de la salle de radiologie, des habitations pour le personnel soignant et équipement pour le plateau technique de l'HGR de Kisantu ;

- Réhabilitation du BCZS de Nselo et Ngidinga
 - Réhabilitation partielle de l'HGR de Boma
 - 5 CS ont été réhabilités dans les ZS de Kisantu ,Nselo et Ngidigna
 - L'élaboration et la mise en œuvre du plan directeur, la rationalisation du personnel (de 200 à 135 employés) et la gestion financière, l'amélioration des standards de prise en charge, la mise en place d'un système d'audits médicaux, l'informatisation du dossier médical ont été réalisés à l'HGR Saint-Luc à Kisantu.
 - Dans une moindre mesure, une rationalisation dans les HGR de Nselo et Ngidinga ont été amorcée. Ils disposent également d'un plan directeur.
 - A l'HGR de Lukula, un processus de rationalisation de personnel a été initié.
 - Un Centre de Santé de démonstration (Makungu-Lengi) a été rationalisé dans la ZS de Lukula
 - Les CS dans la ZS de Kisantu sont rationalisés
- L'approvisionnement régulier en médicaments aux formations sanitaires est assuré
- L'ITM Kisantu a été réhabilité et le nombre d'enseignants à temps plein a augmenté avec diminution du nombre d'enseignants à temps partiel.
 - Un système de référence-contre référence est rendu plus fonctionnel
 - La collecte de l'information sanitaire et le monitoring systématique a améliorée
 - L'initiation (à partir de Kisantu) de mécanismes de financement des soins par la tarification forfaitaire est réalisée.
 - Un guide diagnostique et thérapeutique a été rédigé
 - Les communautés locales s'impliquent dans certaines activités promotionnelles

°Production et organisation de la documentation physique classée au niveau des ZS :

- Avec l'appui du niveau central et du suivi scientifique des fiches techniques ont été produites telles que la tarification forfaitaire, la prise en charge des indigents, et le guide thérapeutique.
- La réflexion autour la tarification forfaitaire a été répliquée dans les autres ZS du projet et d'autres ZS dans le pays, et intégrée dans la 2^e édition de la SRSS.

Leçons principales apprises pour la phase de consolidation

- Il est nécessaire d'avoir un leadership compétent dans chaque DPS ciblée (selon le nouveau découpage) à travers un processus de recrutement transparent et le renforcement d'une gestion de style accompagnateur.

- Le développement d'un 'SWAp' provincial bien coordonné devrait être encouragé afin de pouvoir réaliser le PPDS 2011-2015. Les interventions de plusieurs partenaires et des directions des programmes spécialisés devraient aligner leur programmation à la SRSS et le PPDS); les acteurs du secteur privé (en premier lieu le secteur confessionnel) qui remplissent des fonctions publiques dans le système de santé, doivent être reconnus et valorisés pour ces tâches.
- Le positionnement de l'assistance technique devra s'aligner plus avec les structures nationales.
- Les fonctions de chaque niveau (niveau des formations sanitaires, niveau de ZS, niveau provincial, niveau central) devront être complémentaires. Ceci peut être fait à travers une clarification des rôles basés sur la subsidiarité. Les fonctions normatives et régulatrices relèvent du niveau central et intermédiaire tandis que les ZS et formations sanitaires devraient avoir plus de pouvoir décisionnel par rapport aux décisions opérationnelles.
- Il faudra renforcer la participation des communautés bénéficiaires, du personnel, des autorités religieuses dans la gestion des formations sanitaires. Une attention sera prêtée à la participation des femmes.
- Le système de tarification forfaitaire devrait être consolidé, raffiné et étendu aux autres ZS afin de garantir l'accessibilité aux soins, la rationalisation des soins et une gestion transparente.
- L'assurance qualité dans les formations sanitaires ne peut être obtenue qu'à travers des mécanismes complémentaires tels que les audits cliniques, la supervision formative et intégrée, un monitoring régulier, des évaluations, l'inspection et le contrôle, des mécanismes de financement orientés vers les résultats.
- La stratégie des Centres de Santé de démonstration doit être intensifiée. Ceci permettra à mettre en œuvre et tester des stratégies, et organiser la formation des autres CS à travers la revue des paires et la supervision 'en pool'.
- La documentation des expériences devra être accompagnée avec un effort systématique de faire remonter ces dossiers vers le niveau stratégique au niveau provincial et central, de préparer techniquement leur validation et leur intégration dans la politique de santé et des stratégies nationales.
- La vétusté des bâtiments à Kisantu, sa réorganisation en cours et sa vocation partielle d'hôpital provincial nécessite une réhabilitation profonde et l'amélioration de son plateau technique. Dans une moindre mesure les autres HGR nécessitent aussi des réhabilitations et amélioration de leur plateau technique suivant leur plan de développement.

Leçons particulières par rapport au système de tarification forfaitaire à Kisantu

- La tarification forfaitaire augmente l'accès aux soins de santé par un mécanisme de solidarité entre les patients, par sa prévisibilité et sa transparence

- La tarification forfaitaire ne peut être une mesure isolée (nécessité de mesures d'accompagnement)
- Subsidier le système de santé de façon préférentielle incite les patients à utiliser l'échelon le plus adéquat
- Autonomie et essor du premier échelon sont possibles si le second échelon est subsidié de façon conditionnelle (utilisation de l'échelon le plus adéquat)
- L'adaptation des salaires du personnel soignant de façon générale et officielle permet de rester exigeant sur la qualité des prestations
- Une initiative de mutuelle ne peut survivre sans rationalisation de l'utilisation des ressources et sans régulation de la tarification
- La tarification forfaitaire peut être une porte d'entrée pour la rationalisation du système sanitaire et de l'utilisation de ses ressources, condition indispensable pour la réussite d'une mutuelle à grande échelle (partage du risque équitable).
- La tarification forfaitaire n'est pas une fin en soi. Elle ne permet pas un partage du risque équitable mais s'en rapproche.
- Il faut réguler la tarification (tarification forfaitaire) pour éviter les dépenses catastrophiques, améliorer l'équité du système par un partage du risque, permettre l'essor des mutuelles de santé, et protéger les patients des abus et des rémunérations directes
- Il est nécessaire d'accompagner la régulation de la tarification par une sensibilisation massive de la population, du personnel soignant et des gestionnaires du système

Les éléments exprimés grâce à **la consultation des différentes parties prenantes** ont permis de présenter une synthèse de toutes les contributions à travers une analyse SWOT structurée sans que cela puisse épuiser l'exhaustivité des points forts et faibles et des opportunités et menaces.

Nous présentons dans un premier temps les résultats de cette analyse puis en tirons des enseignements sur les défis à relever.

1.5.1 Forces, faiblesses, opportunités, menaces et défis pour le système de santé local

	FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES
Communs aux 4 Résultats Attendus				
	Une Stratégie Nationale existe (SRSS) ; elle est en ligne avec l'action du projet	Projet d'appui de courte durée (2 ans)	La Constitution définit les compétences respectives des différents niveaux	Pauvreté à tous les niveaux. Faible PIB / habitant
	Un PNDS existe et est récent; il intègre les éléments de la stratégie nationale	Pas de partenaire identifié jusqu'à présent pour une reprise de l'action entreprise par la CTB	Adhésion des responsables sanitaires des Provinces et ZS aux orientations du projet	Sous financement chronique du secteur
	Appui technique efficace par le niveau central (DEP, DLM, D5)	Faible emprise des MIP et MCZ sur la gestion du personnel	Approche sectorielle en cours de mise en place au niveau national	Faible contribution financière de l'Etat au financement de la santé (loin des engagements d'Abuja)
	Phase de pont approuvée et en marche	Pléthore du personnel à tous les niveaux, aussi dans le secteur confessionnel	CAG mise en place au niveau national	Absence de politique de recrutement cohérente de personnel de santé
	Projet inscrit dans le processus de réforme du secteur de la santé		Adhésion aux principes de la rationalisation de l'aide au développement par l'Etat et ses partenaires (Agenda de Kinshasa)	Instabilité générale du personnel et faible maîtrise des affectations
	Bonne collaboration avec les autorités administratives locales		Existence dans d'autres ZS de la province d'autres projets complémentaires alignés sur la SRSS (ex. GAVI RSS ; UNICEF)	Faiblesse de l'autorité hiérarchique sur le personnel (difficultés pour appliquer des sanctions en cas de personnel déficient)
			Existence au niveau central d'autres projets CTB alignés sur la SRSS (DEP, DLM)	Faible niveau des salaires par rapport aux attentes du personnel
			Possibilité de communications GSM dans la plus grande partie du territoire couvert	Réseau de communication physique encore trop peu développé
			Réseau CDR fonctionnel	Retrait de la coopération Belge dans le domaine de la santé à partir de fin 2013

R1: l'ECP est fonctionnelle et placée dans des conditions optimales pour piloter la mise en œuvre du PPDS.				
	Existence d'un PPDS définissant les priorités provinciales en matière de Santé	Présence de bureaux de Districts Sanitaires peu fonctionnels sans appuis	Projet de réorganisation du niveau intermédiaire en cours au niveau national	Processus de décentralisation inachevé pour le niveau intermédiaire
	le CPP existe et est fonctionnel	Niveau faible de régulation du secteur privé	Processus de réforme du niveau intermédiaire découlant de la volonté ferme du MS, portée par la SRSS et le PNDS 2011-2015	Décalage constant entre planification provinciale et mise à disposition des ressources (difficultés de mise en œuvre du PPDS)
	Adhésion de l'IPS aux principes de sélection du personnel de la nouvelle DPS et de ses antennes	Faiblesse des mécanismes de coordination au niveau intermédiaire	Existence des mesures transitoires prévoyant la séparation des fonctions d'inspection et d'administration	Inexistence des textes réglementaires soutenant le processus de décentralisation
		Faibles utilisation du système SNIS par le personnel au niveau provincial	Expériences pilotes en cours dans les ASSNIP 4&5	Arrêté ministériel créant l'IG Santé conforme à la Constitution mais non mis en application
			Adhésion des principaux PTF à la réforme	Résistance au changement dans le domaine de la RH
R2: Les équipes cadres des 5 ZS appuyées assurent l'encadrement des CS et de l'HGR conformément aux directives de la SRSS				
	Présence de PDZS et PAO dans les ZS appuyées	Logistique roulante vieillissante (véhicule, ambulance)	Accessibilité acceptable de la plupart des formations sanitaires dans la plupart des ZS sélectionnées	Le découpage sanitaire ne correspond pas au découpage territorial (la ZS est une entité déconcentrée de la DPS)
	Découpage en zone de santé et aire de santé achevée et cartographié	Faibles utilisation des informations du SNIS par les membres des ECZ pour la prise de décision	Bonne collaboration avec la majorité des formations sanitaires confessionnelles dans les ZS appuyées	Interférence par les programmes nationaux qui ont mis en place des stratégies verticalistes (52 Programmes)
	Système SNIS de routine fonctionnel	Difficultés d'application des principes de la SRSS en milieu urbain	Secteur confessionnel catholique intégré dans la ZS de Kisantu	Interférence des Médecins Chefs des Districts avec des messages contre courants

	Existence de profils de postes pour les membres des ECZ	Faible capacité à rendre des comptes sur la gestion des fonds et des médicaments dans certaines ZS		Monopole de la CDR pouvant mener à des dérives
	Le Vade-mecum du Partenariat donne les lignes pour la contractualisation du privé	Existence de ruptures des stocks dans les CDR		Système de superviseur de programme toujours en vigueur au niveau national
	Existence d'un CS rationalisé pouvant servir de modèle dans la ZS de Lukula (CS Makungu Lengui)	Faiblesse dans la gestion du Médicament		Non-alignement de certains partenaires sur le PDZS de certaines ZS
	Bureaux des ZS fonctionnels et équipés dans l'ensemble			
	Personnel des ECZ rationalisé dans deux ZS couvertes et au travail			
	Présence de personnel formé en santé publique par l'ASSNIP au cours du précédent projet			
	Arrêt de la mise en œuvre du principe des fonds ascendants dans la zone du projet			
	Quelques expériences et évidences documentées			
R3 : Dans les 5 ZS appuyées l'HGR et un nombre limité de CS, sont rationalisés par rapport l'accessibilité financière, la qualité des soins et la qualité de gestion.				
	Réhabilitation et équipement déjà entamés par le projet ASSNIP dans les Fosa ciblées	Pas de plan de développement pour les hôpitaux de Boma, Lukula, Nselo et Kisantu	Investissements du gouvernement local dans certains CS et HGR (construction, équipement)	Création anarchique d'écoles privées de formation en santé
	Système SNIS fonctionnel dans les formations sanitaires	Méconnaissance généralisée des normes; qualité parfois discutable des soins prodigués	Contribution significative des populations via les comités de santé	Prestations de soins effectués par du personnel insuffisamment qualifié dans les Formations sanitaires
	Forfait en place dans la majorité des formations sanitaire intégrées	Faible développement de l'approche qualité dans les établissements de soins	Existences d'entreprise privées pouvant participer à l'expérience de mutualisation	Concurrence déloyale du secteur privé dans le secteur des soins

	Existence d'expériences pilotes éprouvées de tarification plus équitable (forfait Référé / non référé)	Non-respect des normes de travail par une partie du personnel (permanence, horaires de travail)	Amélioration récente de l'approvisionnement en électricité (ex. électrification de Lukula)	Concurrence déloyale du secteur privé dans le secteur du médicament (officines pirates)
	Expérience positive de séparation à l'amiable des personnes éligibles à la retraite	Réhabilitations insuffisantes du projet en quantité et en qualité au cours de la précédente phase	Existence d'un réseau de CDR fonctionnel qui assure l'approvisionnement en MEG	Le personnel des établissements de soins est assez souvent impliqué également dans le secteur privé
	Existence de protocoles de soins pour les CS (ordinogramme)	Faiblesse de la gestion des déchets médicaux et de l'hygiène hospitalière	Existence d'un modèle de mutuelle de santé à Kisantu	Tendance du personnel à pratiquer la médecine privée dans les formations sanitaires publiques
	Expérience de mise en place d'études de coûts réels pour soutenir la tarification forfaitaire en place	Pas de plan de maintenance dans les HGR (services de maintenance peu fonctionnels)	Existence de projets de mutuelles en cours de développement (ex Kisantu et Lukula)	Non-paiement par l'Etat des factures de consommation de l'eau et de l'électricité dans les HGR et CS
	Existence d'une expérience pilote de rationalisation d'un CS pouvant servir de modèle et de suite de formation en cours d'emploi	Absence de logiciels de gestion comptable; gestion financière parfois approximative	Existence d'une expérience de gestion de dossiers des malades à Kisantu	Non-paiement par l'Etat des factures de consommation d'eau et de l'électricité dans les HGR et CS
		Absence de logiciels de gestion du MEG; gestion parfois approximative du MEG	Existence de modèle des protocoles de soins Kisantu pour les hôpitaux	Non-paiement des factures de soins par certains groupes de population (hommes en uniforme); impossibilité de recouvrer ces créances
		Pas de solution pérenne jusqu'à présent pour la gestion des ambulances	Existence d'un PDI à l'Hôpital de Kisantu (modèle)	Nombreux stagiaires (non payés) dans certains hôpitaux
		Problème non résolu de prise en charge des indigents		Urbanisation galopante
		Grande variation dans les tarifs appliqués en fonction du site		
		Circuit des malades pas toujours défini ou bien maîtrisé par les usagers au niveau des structures (ex. Boma)		

R4: L'apprentissage basé sur les évidences et expériences de terrain est assuré en vue de renforcer la politique de santé au niveau provincial et au niveau central				
	Implication de la DEP et des universitaires belges des écoles de santé publiques	Expérience du suivi scientifique considérée comme trop peu pratique par le personnel des ECZ et Fosa	Existence d'écoles de santé publique à Kin pouvant contribuer à la capitalisation des expériences de l'ASSNIP	
	Expérience du suivi scientifique au cours de la phase précédente capitalisable pour la présente phase	Durée courte restant au projet		
	Communication entamée au niveau central sur les résultats de l'ASSNIP			

1.5.2 Défis à relever

1.5.2.1 Par rapport au niveau provincial

Le projet précédent a permis un nombre non négligeable d'avancées dans l'organisation de la DPS avec notamment (i) la mise en place d'un Comité de Pilotage Provincial auquel participent désormais les partenaires techniques locaux et (ii) la rédaction du Plan Provincial de Développement Sanitaire approuvé au niveau local. Néanmoins malgré la volonté du MIP du Bas-Congo de moderniser son administration, le fonctionnement de l'IPS reste marqué par une certaine inertie en très grande partie liée à une fragmentation de la décision avec de nombreux bureaux et programmes fonctionnant de manière assez indépendante. Ceci a pour conséquences des déficiences majeures dans la régulation et l'accompagnement des ZS. On peut donc constater que l'organisation actuelle du niveau provincial n'est pas en phase avec les recommandations de la SRSS notamment par rapport à l'appui intégré à apporter aux ZS par le niveau provincial. Ce constat n'est d'ailleurs pas seulement fait au Bas-Congo puisque celui-ci est repris dans presque toutes les provinces du pays, qu'elles soient destinées à être redécoupées ou pas.

En 2011, la décentralisation de l'administration sanitaire a été initiée mais n'est pas achevée ; il apparaît donc souhaitable de profiter du mouvement en cours pour introduire un mode de management plus moderne, plus efficace et plus global de l'administration sanitaire provinciale. Ce point de vue, porté par le Secrétariat Général lui-même a déjà mené à un certain nombre d'expériences qui s'orientent toutes vers la mise en place d'un organigramme en quatre grandes fonctions (i) encadrement des ZS ; (ii) gestion de l'information (iii) gestion des ressources, (iv) inspection / contrôle. Le modèle de la future administration provinciale est donc connu ; il s'agit d'une DPS organisée en quatre grands services opérant de façon transversale plutôt que verticale.

La question n'est donc plus où aller mais plutôt comment y arriver. Compte tenu du temps relativement court restant au projet, mais aussi de l'importance qu'accorde la SRSS à l'encadrement des ZS, il est apparu souhaitable au Bas Congo, de se concentrer dans un premier temps sur la fonction encadrement de la ZS. Le principal défi du projet à ce niveau est donc de mettre en place une équipe Cadre d'encadrement des ZS au niveau provincial, dotée en personnel de qualité, fonctionnelle assurant de façon efficace le suivi et la supervision formative des 31 ZS que constitue la province.

D'un point de vue opérationnel, le processus de recrutement des membres de cette équipe est l'un des éléments les plus déterminants de la réussite de l'entreprise. Du personnel à la fois compétent et motivé doit être sélectionnée, et ce de façon rapide et transparente. A partir de là, il s'agira essentiellement de lui donner les moyens de travailler (y compris en termes de renforcement de compétences), puis l'accompagner dans son nouveau travail.

Un autre point important à prendre en compte est l'accessibilité globale des ZS de la province : le Bas-Congo fait partie des provinces n'ayant pas été redécoupée; néanmoins, cette province reste vaste avec notamment deux pôles de développement économique: à l'ouest autour de Matadi et à l'est autour de Kisantu. Le défi à ce niveau consiste à réussir mettre en place à Kisantu une antenne déconcentrée de la DPS qui assume l'encadrement des ZS concernées mais qui continue à fonctionner en harmonie

avec le reste de la DPS (sous l'autorité directe du Chef de la DPS de la province du Bas-Congo car il s'agit d'une simple déconcentration).

1.5.2.2 Par rapport aux équipes cadre de ZS

A ce niveau, on doit constater que l'investissement consenti durant la précédente phase du projet a commencé à porter ses fruits; les ECZ des 5 zones de santé ciblées, rationalisées du point de vue du nombre de leurs membres, équipées et formées, opèrent déjà selon les principes proposés par la SRSS. Même si un renforcement du niveau de performances de ces deux ECZ reste encore souhaitable, il s'agit surtout de poursuivre l'effort de mise en place d'un nouveau mode de fonctionnement afin que, ce qui au départ apparaissait comme une manière innovante de fonctionner, devienne réellement un fonctionnement ordinaire.

Dans ce mouvement, des efforts doivent être faits (i) pour mieux intégrer les actions financées via les programmes verticaux, (ii) pour améliorer l'intégration des formations sanitaires confessionnelles dans le dispositif et enfin (iii) pour que les ECZ utilisent de façon plus appropriée les informations dont elles disposent (notamment celles issues des bulletins SNIS). Parallèlement, un engagement doit être pris par l'administration pour que ces deux ECZ modèles soient protégées, accompagnées et capitalisées au profit des autres ZS.

Ayant déjà montré des progrès par rapport à ce résultat attendu, la capitalisation des leçons tirées par le projet sur ce domaine doit aider le MSP à juger de la pertinence des propositions d'organisation faites par la SRSS. Ceci est particulièrement vrai pour ce qui concerne la ZS de Boma, puisque celle-ci couvre l'ensemble de la population d'une ville de taille importante. Une analyse précise de la faisabilité de la mise en place des recommandations de la SRSS sur le niveau d'organisation zonal en milieu urbain, apparaît ainsi intéressante à réaliser durant cette phase du projet.

1.5.2.3 Par rapport aux structures de soins des ZS appuyées

Plusieurs défis existent à ce niveau :

Pour ce qui concerne le premier niveau de soins,

Le CS de Makulu Lungui dans la ZS de Lukula peut effectivement être considéré comme un CS de démonstration, mais il s'agit du seul dans ce cas pour toute la partie ouest de la province. Ailleurs, bien qu'une grande proportion des CS soit passée à une tarification forfaitaire, on doit constater que le niveau de qualité des soins reste bien en dessous des standards acceptables. Rehausser le niveau de qualité des prestations produites par ces différents CS reste un défi majeur du projet ; ceci passe entre autres par des Equipes Cadre de ZS plus fonctionnelles

En ce qui concerne le renforcement matériel, un consensus s'est cependant établi sur l'idée de sélectionner un nombre limité de formations sanitaires dans chacune des ZS (1 ou au grand maximum 2 par ZS) où l'on concentrera le renforcement matériel : travaux, équipement, mise en place d'un stock de roulement. Ces structures une fois revitalisées serviront, comme le CS de Makulu Lengui de centres de santé de démonstration.

Pour ce qui concerne les hôpitaux

On peut distinguer quatre types de défis respectivement liés à l'investissement, à la qualité des soins, à la qualité de la gestion et à l'accessibilité financière.

Pour ce qui concerne l'investissement (travaux et équipement biomédical) l'enveloppe disponible reste conséquente quel que soit l'HGR concerné. Dans chacun d'entre eux, il est donc essentiel de sélectionner des investissements correspondants aux vraies priorités et s'inscrivant dans une perspective de développement durable. Dans ce cadre là, non seulement le saupoudrage est à éviter mais de surcroît il est nécessaire d'intégrer les décisions d'investissement dans un plan plus global de développement de l'hôpital. On prévoit donc : (i) la rédaction au moins d'un Projet d'Etablissement Hospitalier, fixant les perspectives de développement de l'HGR ; (ii) un Plan de Développement Immobilier (PDI) dérivé du PEH permettant entre autres de s'assurer que les investissements consentis maintenant ne vont pas compromettre les investissements envisageables dans le futur, (iii) un plan d'acquisition et de maintenance des équipements qui dans une perspective de durabilité, abordera les aspects de maintenance mais aussi les aspects d'hygiène et de gestion des déchets médicaux.

Pour ce qui concerne l'amélioration de la qualité des soins, il faut repenser la gestion du malade, de même que les procédures de soins, le tout en assurant un niveau de qualité acceptable et en utilisant la méthode la moins coûteuse possible. A cet effet, plutôt que de réinventer la roue, on utilisera dans l'ensemble des 5 ZS appuyées le matériel pédagogique déjà existant (en particulier les protocoles thérapeutiques déjà rédigés pour l'HGR de Kisantu lors de la phase précédente du projet). Le défi est ainsi d'assurer la mise en place d'un processus d'amélioration de la qualité s'inscrivant dans la routine de l'hôpital (éviter les ateliers longs et coûteux, accompagner le personnel soignant, utiliser les réunions de staff, etc).

Pour ce qui concerne les aspects de gestion, il s'agit de doter les deux HGR de procédures transparentes et d'outils permettant la reddition transparente des comptes. Ceci prend une importance d'autant plus grande qu'un subventionnement conséquent est fourni par le bailleur de fonds. Dans ce cadre-là on n'oubliera pas d'assurer des audits gestionnaires réguliers concernant notamment les finances et la pharmacie, en profitant de l'expérience de Kisantu.

Par rapport au problème d'accessibilité financière, le principal défi consiste à soutenir un système garantissant une amélioration de l'accessibilité aux tranches les plus pauvres de la population. Pour ce faire, il s'agira en premier lieu de poursuivre l'implantation de la tarification forfaitaire avec des tarifs préférentiels pour les patients référés. Il s'agira ensuite de négocier avec l'équipe de direction des deux hôpitaux, des ajustements à la baisse des tarifs. Dans ce cadre-là le subventionnement fourni constituera un argument de poids pour ce réajustement. Il est néanmoins à considérer que l'ajustement des tarifs ne devra pas se faire au dépend de la satisfaction du personnel soignant, sans qui il est impossible d'obtenir des soins de qualité. En conséquence de quoi des arbitrages seront à faire entre l'abaissement des tarifs et l'amélioration des conditions de travail. Afin de réussir ces arbitrages, des études financières et économiques sont prévues.

1.5.2.4 Par rapport à la capitalisation de l'expérience

La capitalisation de l'expérience apparaît désormais être l'un des défis importants puisque les enseignements du projet plutôt que de se perdre au terme du projet, doivent pouvoir être remis au MSP comme des livrables.

Opérationnellement, le premier défi consiste à donner le goût au personnel local de participer à cette capitalisation. En effet pour être efficace, cette capitalisation doit être internalisée. Des interactions plus nombreuses entre le niveau central, le niveau provincial et le niveau opérationnel seront provoquées grâce au financement de missions de suivi évaluation technique régulières à réaliser par le niveau national (Direction des Etudes et de la Planification, Direction des Soins de Santé Primaires et Direction de la lutte contre la maladie rentrant dans le cadre du Résultat Attendu N° 4) et par le niveau provincial (dans le cadre des fonctions classiques de l'Equipe Cadre Provinciale rentrant dans le cadre du Résultat Attendu N°1).

Un autre défi consiste à choisir de sujets d'études réellement utiles pour la réflexion du MSP. Le troisième défi consiste à être en mesure de démarrer les différentes études de façon rapide pour que les livrables à ce niveau puissent être remis avant le terme (rapproché) du projet.

L'implication d'une assistance technique court terme du début à la fin du projet permettra d'atteindre ce but.

2 Orientations stratégiques

2.1 Alignement critique envers la politique sanitaire national

Un alignement par rapport à la politique sanitaire nationale reste le principe le plus important que les projets ASSNIP doivent continuer à appliquer. Les interventions de la Coopération belge veulent ainsi éviter à tous prix de créer des systèmes parallèles ou non-intégrés, qui ne peuvent pas être pérennisés au-delà de la période d'appui spécifique.

Pourtant, toute politique est incomplète et doit forcément s'adapter à un environnement changeant ou à des situations particulières qu'aucune politique nationale ne peut prévoir. C'est pourquoi le principe d'alignement n'est pas contraire à une interprétation critique de cette politique et à des initiatives innovatrices. Ce n'est qu'à travers ce genre d'initiatives que le système et sa politique sous-jacente peuvent être renforcés.

2.2 Stratégie de sortie du secteur

La Coopération belgo-congolaise, dans un souci de concentration et de cohérence de ses interventions, conformément au code de conduite européen, a décidé de se retirer du secteur santé. Elle s'est donnée l'horizon de fin 2013 pour réaliser ce retrait de manière optimale

Dans ce contexte, plusieurs principes ou approches stratégiques sont nécessaires.

2.2.1 Rétrécir les ambitions par rapport à de nouvelles initiatives

De nouvelles initiatives dites 'pilotes' ou innovatrices prennent du temps pour être menées jusqu'au bout. Dans une situation de sortie du secteur, il n'est pas opportun de mettre un système en place sous une telle pression. Par contre, achever ou conclure des expériences spécifiques qui ont démarré dans une phase précédente est très important car cela permet de pérenniser les efforts du passé (voir point suivant).

2.2.2 Capitaliser et institutionnaliser les approches innovatrices entamées précédemment

Durant la phase précédente, le système de santé local a pris plusieurs initiatives innovantes avec l'appui des projets ASSNIP. Il y a lieu désormais de mener ces initiatives jusqu'au bout, de tirer les leçons de ces approches, de les institutionnaliser et de diffuser l'expérience acquise au niveau national.

Parmi ces initiatives se trouvent plus particulièrement : (i) l'introduction d'un paiement forfaitaire permettant d'augmenter l'accessibilité financière pour le patient et de rationaliser les soins, (ii) l'introduction de protocoles cliniques au niveau des hôpitaux généraux de référence et des centres de santé et (iii) les procédures rationnelles d'installation des équipes cadres de zone et de niveau provinciales.

2.2.3 Renforcer les capacités institutionnelles du niveau d'appui aux services opérationnels

Afin d'augmenter les chances de pérenniser les initiatives innovantes des ASSNIP dans leurs phases initiales, les institutions de support aux ZS doivent être renforcées ; il s'agit notamment de renforcer les Equipes Cadres Provinciales dans leur quatre métiers identifiés par le Ministère de la Santé. Bien qu'un encadrement à ce niveau fasse déjà partie des ASSNIP précédents, il y a lieu d'intensifier l'appui au niveau intermédiaire. L'ancrage des projets ASSNIP se trouvera en conséquence à ce niveau (DPS à Matadi).

L'appui au niveau intermédiaire ne pourra cependant pas être assuré par la seule coopération belgo-congolaise, et des efforts pour attirer d'autres partenaires à l'appui au niveau provincial, seront menés pour le compléter. Les ASSNIP s'intéresseront principalement au métier d'encadrement des ZS, puisque ce n'est que grâce à une supervision rapprochée et formative, l'analyse/planification/évaluation conjointe que les ZS peuvent maintenir leur élan et les acquis innovateurs. L'ECP jouera également un rôle crucial pour la capitalisation de l'expérience mentionnée dans le paragraphe précédent.

Il s'agit également de renforcer les relations entre la DPS et le Ministère Provincial de la Santé et d'appuyer la concertation et l'intégration de la planification de la DPS dans celle, plus globale, du Ministère Provincial de la Santé.

2.2.4 Achever les investissements entamés précédemment

Différents investissements en infrastructure et en équipement, au niveau des centres de santé comme au niveau des hôpitaux de référence n'ont pas pu être complétés pendant la phase initiale. Dans les limites budgétaires qui lui sont imposées, le projet ASSNIP achèvera plusieurs investissements (cf. liste annexe 7.6) afin que les institutions concernées puissent se maintenir dans des conditions optimales au-delà de l'arrêt du projet ASSNIP.

2.2.5 Aider les autorités nationales de santé à attirer d'autres appuis externes

Sans nul doute, les services de santé nécessiteront encore un appui financier et technique au-delà de la nouvelle phase ASSNIP. Ce dernier aidera le Ministère de la santé publique dans ses efforts pour identifier d'autres intervenants pouvant prendre la relève.

A cet effet, au moment du démarrage du projet, une feuille de route pour préparer la relève sera disponible. Elle sera élaborée en collaboration avec le secrétaire-général du Ministère de la Santé, la DEP, et l'attaché avec l'appui de la CTB. Ce processus se déroulera en étroite concertation avec le groupe inter-bailleurs dans le secteur de la santé. En premier lieu, il y aura une concertation avec les acteurs indirects belges en RDC (les ONG belges, l'IMT Anvers, etc) afin d'assurer la continuité du fonctionnement dans les zones ciblées par l'intervention. Le résultat de ces négociations devrait alors être formalisé dans le programme des ONG belges cofinancées par la DGD et le contrat cadre entre l'IMT d' Anvers et la DGD.

2.3 Localisation de l'intervention

L'intervention se situe au niveau de l'Equipe Cadre Provinciale de la province du Bas-Congo nouvellement constituée et couvre différentes zones géographiques en fonction du résultat attendu :

- Pour ce qui concerne le Résultat Attendu N°1 relatif à l'administration provinciale, c'est l'ensemble de la province qui est ciblée (3,2 M d'habitants et 31 Zones de Santé). Afin de parfaire la couverture à ce niveau, une antenne déconcentrée de la DPS est prévue à Kisantu.
- Pour ce qui concerne le Résultat Attendu N°2 concernant les Equipes Cadres de ZS, seule les ZS de Lukula, Boma, Kisantu, Nselo et Ngidinga sont concernées.
- Pour ce qui concerne le résultat attendu N°3 relatif aux structures de soins, un certain nombre de formations sanitaires ont été sélectionnées dont en particulier les HGR de Boma, Lukula Kisantu, Nselo et Ngidinga.
- Enfin pour le résultat attendu N°4 relatif à la capitalisation, c'est l'ensemble de la province mais aussi l'ensemble du MSP qui est concerné.

2.4 Portefeuille d'appuis coordonnés au secteur de la santé

La phase de consolidation du projet ASSNIP continuera à faire partie d'un ensemble d'ASSNIP et d'autres interventions belges dans le domaine de santé. Le Projet ASSNIP fournira tous les efforts nécessaires pour plus de concertation et de synergies entre différentes interventions, en premier lieu d'initiatives belges, mais pas uniquement. Il y a entre autres aussi les cadres provinciaux de concertation, le GIBS, etc...

2.5 Principes directeurs

2.5.1 Stimuler le passage d'une approche institutionnelle (administration publique) vers une approche systémique (interaction entre acteurs et entre acteurs et leur environnement)

Le projet ASSNIP vise le renforcement de la coordination de l'aide selon les principes de l'approche sectorielle au niveau provincial impliquant des interactions plus poussées entre les détenteurs d'enjeux et les administrations de pilotage au niveau provincial et local. Un système de santé peut être défini par rapport aux acteurs qui y interviennent et aux interactions que ces acteurs entretiennent entre eux. Le renforcement du secteur doit ainsi se traduire par la mise en place d'un dialogue constructif établi entre ces acteurs, en regard des buts et préoccupations communs, tout en prenant en considération les

spécificités du système et les différents éléments du contexte. Cette approche devrait permettre aux institutions publiques de renforcer aussi les relations avec les prestataires hors publics, en premier lieu à but non lucratif.

2.5.2 Privilégier une approche basée sur les principes du « modèle de district » qui intègre les programmes verticaux dans un seul système

Le renforcement des systèmes de santé basé sur le modèle « district sanitaire » (les zones de santé en RDC) tel que décrit par l'OMS est connu en RDC. C'est sur ce modèle que la SRSS s'est d'ailleurs basée.

L'actuel projet, comme ses prédécesseurs (ASSNIP 1 & ASSNIP 3), est conçu pour qu'à chaque étape non seulement soient favorisées à la fois l'approche systémique et l'intégration à partir de l'ECZ, des différents éléments de la lutte contre les maladies. Durant cette phase, on veillera à ce que les diverses interventions et notamment celles entrant dans le cadre des programmes de Nations Unies, du Fonds Mondial et du GAVI, restent cadrées par les PDZS et soient pilotées par les ECZs et non via des quelconques systèmes de supervisions spécifiques.

On recherchera également les synergies avec les autres projets santé prônant cette approche et notamment le projet CTB assurant l'appui à la DEP, D5, la DLM² et au programme de lutte contre la trypanosomiase.

2.5.3 Renforcer la transformation d'une gestion principalement de style hiérarchique vers un style de gestion accompagnateur

Les efforts tourneront autour de la mise en place d'une dynamique de groupe centrée sur les ECP et ECZ. Dans ce cadre, une évolution d'une logique hiérarchique vers une logique participative sera appuyée. Ceci se fera à travers un travail de formation et d'accompagnement continu par rapport à des aspects tels que le style de leadership, l'attitude d'écoute, la gestion de conflits, la gestion des réunions, l'esprit et l'éthique d'entreprise, les relations interpersonnelles, etc.

On fera également la promotion d'un style d'accompagnement des services de santé par les échelons supérieurs valorisant ainsi une supervision intégrée, formative et accompagnatrice.

2.5.4 Renforcer la progression d'une approche principalement technique de la qualité vers une approche globale de la qualité

Une approche globale de la qualité vise un mouvement vers une approche centrée sur le patient et la communauté. Ainsi, ASSNIP n'insistera non seulement sur la rationalisation des soins mais également sur leur humanisation; les problèmes d'accessibilité physique, financière et psychologique seront intégrés dans la réflexion.

² Appui institutionnel à la fonction de lutte contre la maladie au niveau central du MSP –Code DGD NN 3004508

2.5.5 Incorporer la dimension de la demande à côté de l'offre

La prise en compte explicite des demandes de la population et de la société civile devrait mener à un meilleur équilibre entre l'offre et la demande de soins. Le point de vue des autorités locales sera recherché. Le projet travaillera bien entendu également à l'amélioration de la participation communautaire et à la gestion participative des formations sanitaires.

2.5.6 Renforcer la transformation d'une prise de décision arbitraire vers une prise de décision basée sur les évidences

Les zones de santé, mais aussi l'ECP doivent évoluer vers des organisations apprenantes. A partir de l'information disponible, les acteurs dans le système de santé local devront donc réfléchir régulièrement sur leurs propres pratiques. Ce processus résultera en une documentation argumentée des expériences et stratégies opérationnelles pour l'ensemble des ASSNIP. Cela permettra aussi au niveau central de capitaliser les expériences acquises dans les ZS appuyées.

Les ASSNIP sont parfaitement alignés sur la politique sectorielle de l'Etat Congolais. Même si les valeurs et principes défendus dans la SRSS sont universels, leur mise en œuvre doit être sujette à un dialogue critique et constructif et dépend de l'environnement dans lequel la politique est appliquée.

Les projets ASSNIP s'efforceront de démontrer la faisabilité concrète des orientations de la SRSS, et ce en dépit d'un environnement parfois adverse consécutif aux années de guerre et de désorganisation. Le projet se permettra également de proposer des ajustements de cette stratégie notamment en ce qui concerne l'offre de soins en milieu urbain, l'articulation avec les institutions confessionnelles ou la tarification.

Tout le processus devra être accompagné d'un appui technique ayant pour principal but, dans cette dernière phase de l'intervention, de tirer des leçons de l'expérience. L'intervention prévoit des échanges entre équipes, des ateliers de capitalisation et des études spécifiques. Ce processus sera appuyé par une équipe d'appui technique et de capitalisation, composée d'experts nationaux et internationaux.

2.5.7 Contribuer à la lutte contre la pauvreté

A travers la rédaction du Document de Stratégie de Croissance et Réduction de la Pauvreté (DSCR) le Gouvernement congolais a démontré son engagement dans la lutte contre la pauvreté et en 2011 l'atteinte des OMD est un élément qu'on ne peut ignorer dans le cadre de la programmation d'une intervention santé en RDC. La vision partagée par la DGD, la CTB et le MSP est cependant que l'avancée vers les OMD doit passer non seulement par la lutte contre les problèmes spécifiques mais aussi et surtout par le renforcement du système de santé et par une meilleure coordination à tous les niveaux (Projets de type « RSS »).

Le projet contribuera donc à avancer en matière de santé maternelle, de santé de l'enfant et par rapport au paludisme, à la tuberculose ou au VIH Sida à travers l'intégration de ces problématiques dans une approche basée sur la Zone de Santé. L'intervention horizontale du projet sera combinée à un renforcement du niveau de régulation provincial

– en particulier avec l'Equipe Cadre d'Encadrement des ZS - poursuivant les mêmes buts.

2.5.8 Fournir des paquets complets d'activités de qualité

Comme le souligne la SRSS, le système de santé doit permettre à chaque citoyen d'avoir accès à une gamme complète de services de santé de qualité. Ceci suppose que soit assurée dans les formations sanitaires appuyées, la fourniture de paquets de service complets de soins à la fois accessibles, intégrés et centrés sur le patient. Ceci justifie le renforcement matériel et technique du projet. Des travaux et de l'équipement (essentiellement biomédical) sont ainsi prévus dans le cadre du Résultat 3. Le renforcement technique sera quant à lui assuré par l'Equipe Cadre d'Encadrement de niveau provincial appuyée par une Assistance Technique expérimentée.

La nécessité de fournir des paquets d'activité de qualité justifie également le subventionnement des soins prévu par le projet : la mise en place d'un subventionnement direct ou à défaut d'un subventionnement par lignes de crédit à la CDR de rattachement permettra d'alléger les finances de l'HGR en couvrant une partie de ses coûts récurrents. In fine cela permettra d'améliorer à la fois la qualité des soins et l'accessibilité financière.

A cet effet, l'expérience de mise en place des forfaits à tarifs différenciés se poursuivra dans les HGR, le but étant non seulement de rationaliser les prescriptions mais également de rationaliser le circuit du malade grâce à des tarifs variables en fonction de l'usage ou non du circuit correct de soins (forfaits pour patients référés, forfaits pour patients non référés).

2.5.9 Subventionner les soins afin d'alléger la charge financière du patient

Lutter contre la pauvreté peut passer par une prise en charge des problèmes de santé prioritaires - approche OMD classique - ou alternativement par la fourniture de soins généralistes de meilleure qualité et plus accessibles financièrement. Compte tenu du contexte congolais (pauvreté, faiblesse de la contribution de l'Etat, faiblesse des salaires, pléthore du personnel de soins, faible efficacité du niveau régulateur, parfois anarchie) les problèmes structurels de l'offre de soins sont tels que les soins fournis sont, pour l'immense majorité de la population, à la fois trop chers et de trop faible qualité. Aux prix pratiqués en l'absence de forfait, et eu égard aux mauvaises habitudes de prescription, la partie la plus pauvre de la population en est de toute façon exclue. Le subventionnement des soins permettra ainsi une amélioration de l'accessibilité aux soins de ces populations.

2.6 Synergie avec les autres acteurs

2.6.1 Améliorer la coordination et stimuler les partenariats

Le système de santé ne peut espérer faire des avancées sans un développement de la coordination entre Ministère et partenaires techniques et financiers. Dans ce cadre là, les principes de la Déclaration de Paris sont à appliquer (harmonisation, alignement, appropriation...). Un soin particulier est à consacrer à la revitalisation des structures de coordination et de dialogues au niveau national mais aussi au niveau provincial.

La Coopération belgo-congolaise est considérée au niveau national comme un acteur important dans le secteur de la santé en RDC. Elle s'y implique directement à travers un appui au Comité de Pilotage National et une participation active au Groupe Inter-Bailleur Santé (GIBS). La Coopération belgo-congolaise doit pouvoir bénéficier de l'input des programmes ASSNIP qui ont aussi pour rôle d'alimenter la réflexion stratégique au niveau national.

Grâce à l'ancrage de l'ASSNiC à la DEP, la coopération belgo-congolaise joue un rôle important dans l'appui à la coordination des projets au niveau national complétant ainsi le rôle de la DGD à Kinshasa. La coopération belgo-congolaise possède en particulier un rôle de leader dans l'expérimentation des principes de la mise en place de la SRSS et de l'organisation des services de santé. Tous les projets ASSNIP contribuent à tester la SRSS.

Qu'on soit au niveau national ou local, les interventions des différents partenaires doivent être bien cartographiées afin qu'elles deviennent progressivement plus efficaces de par leurs complémentarités tant d'un point de vue géographique que thématique. Le projet s'impliquera également dans le pilotage de la mise en œuvre et le suivi du Plan Provincial de Développement Sanitaire. A ce niveau, en plus de l'appui à l'encadrement de ECZS le projet s'intéressera aux problématiques transversales de niveau provincial comme par exemple le cofinancement des Comités de Pilotages Sectoriel, l'approche SWAP provinciale et la préparation d'un basket funding provincial, l'appui à la mise en place de commissions thématiques pour la réflexion au niveau intermédiaire....

Enfin, le secteur privé, en particulier le secteur confessionnel, sera mis à contribution dans le cadre d'une approche de district intégrant l'offre privée de soins dans la carte sanitaire de la ZS.

2.6.2 Rechercher les synergies en interne et en externe

2.6.2.1 En interne

Les synergies suivantes peuvent être identifiées:

- Synergie avec les projets de la Coopération belgo-congolaise au niveau central en particulier avec l'ASSNiC pour la capitalisation des expériences, et le projet d'appui institutionnel à la fonction de Lutte contre la Maladie (DLM) pour l'intégration des programmes verticaux ;

- Synergie avec le projet CDR à travers la promotion de l'usage de MEG de qualité et le soutien des circuits d'approvisionnement à la CDR; en contre partie le projet CDR permettra une disponibilité acceptable des MEG.
- Synergie, bien entendu avec les autres projets ASSNIP. A ce niveau des échanges sont prévus pour que chaque projet puisse s'alimenter de l'expérience de l'autre.

2.6.2.2 En externe

Les synergies suivantes peuvent être identifiées:

- Synergie avec les efforts des autres partenaires en termes de coordination de l'aide, d'harmonisation et d'alignement conformément aux principes de la Déclaration de Paris et des Agendas d'Accra et de Kinshasa. Dans ce cadre là, le projet partagera son expérience au niveau national. Au niveau provincial et coordonné par la DPS, le projet fera aussi la promotion du dialogue avec les autres PTF, notamment les agences des Nations Unies, le GAVI ou le Fonds Mondial sur son volet RSS.
- Synergie avec la Cellule d'Appui et de Gestion (CAG) du MSP avec en perspective l'évolution vers des procédures harmonisées. A ce propos, un appui spécifique à la CAG est prévu par le projet. Celui-ci complétera l'appui apporté par les autres partenaires du MSP déjà impliqués dans la mise en place de cette entité commune et appropriée par l'Etat. La gestion des projets sera graduellement intégrée dans la CAG (voir aussi chapitre 5 – Modalités d'exécution)

2.6.3 Partenaires confessionnels

Dans la ZS de Kisantu mais aussi ailleurs dans la province voire même dans l'ensemble du pays, le secteur confessionnel notamment catholique est un acteur incontournable sans qui le système de santé n'aurait pu se développer. Il s'agit là d'un fait historique que l'on ne doit pas négliger (rappelons qu'au niveau national presque la moitié des hôpitaux du pays sont gérés par le secteur confessionnel).

Il est d'ailleurs très peu probable que le projet ASSNIP 3 ait pu obtenir les bons résultats qu'il a obtenu jusqu'à présent sans l'appui de l'Évêché de Kisantu. De surcroît et d'un point de vue très concret, en 2011 la CDR de Kisantu mais aussi l'ITM qu'appuiera le projet à Kisantu, tous deux gérés par l'Église catholique, sont des éléments du dispositif qui sont indispensables à la mise en place de ressources humaines et matérielles d'un niveau de qualité adéquat par rapport aux objectifs du projet (personnel infirmier et MEG). Ce seul état de fait justifie de continuer l'appui du projet à ces deux niveaux.

2.6.4 Acteurs belges

2.6.4.1 Memisa

Étant donné son financement à 80 % par la DGD, sa bonne intégration aux structures publiques et sa grande expérience dans de nombreux domaines de la santé – appui aux ZS, stock d'urgence en cas de catastrophe, lutte contre la mortalité maternelle, soutien

aux victimes des violences sexuelles, projet diabète, appui au CDR au Bandundu - des collaborations avec MEMISA – comme par exemple par une meilleure coordination des différents programmes au niveau de la DPS - peuvent certainement être envisagées en particulier au cours de cette phase de phasing out. Un appui continu au fonctionnement et renforcement des capacités au niveau des ZS à travers Memisa peut être envisagé également.

2.6.4.2 Fondation Damien

Vu son financement par la DGD et son intégration aux structures publiques, l'AD est un partenaire privilégié pour le projet ASSNIP par exemple dans le cadre d'une meilleure coordination des programmes au niveau de la DPS ou des supervisions intégrées au niveau des ZS couvertes par les 2 projets.

2.6.4.3 Caritas

cf. 2.6.5.1

2.6.4.4 Service Laïc de Coopération au Développement

Dans la ZS de Kisantu, d'autres partenaires belges opèrent depuis plusieurs années tels que le Service Laïc de Coopération au Développement qui appuie le fonctionnement de la zone de santé et en particulier les activités visant la santé maternelle et infantile.

2.6.4.5 LUMOS

La Faculté de Médecine et l'Hôpital Universitaire Gasthuisberg de la KUL, réunis dans LUMOS commencent à intervenir dans l'hôpital de Kisantu. L'intérêt de LUMOS pour les services tant du niveau généraliste que spécialisé, pour la formation infirmière, et pour la recherche clinique et autres, fera d'elle dans un proche avenir un partenaire important pour tout ce qui concerne l'organisation actuelle et future de l'hôpital de Kisantu. La KUL permet par ailleurs aussi à des médecins de l'HGR de Kisantu d'effectuer des stages de perfectionnement en Belgique.

2.6.5 Partenaires au développement

2.6.5.1 ONGs, associations locales et confessions religieuses

Caritas Développement Santé (CDS) regroupe 3 structures de coordination de l'ASBL Diocèse de Kisantu qui s'étend sur l'ensemble du District de la Lukaya: (i) Le BDOM (Bureau Diocésain des Œuvres Médicales) qui s'intéresse au développement et gestion des structures sanitaire ; (ii) Le Bureau Diocésain de Développement qui est chargé de l'animation agricole et le développement communautaire ; (iii) Le Bureau Diocésain de Caritas qui prend en charge les actions d'urgence, les activités de nature caritative (aide aux plus vulnérables) et l'encadrement et l'alphabetisation de la jeunesse désœuvrée.

La CDS fait la promotion de l'interaction et la synergie en structures (p.ex. agriculture et nutrition, alphabetisation et développement des jeunes), de la recherche d'efficacité et d'efficience dans la gestion des ressources. De plus le BDOM a un rôle important dans la mobilisation et la coordination des apports extérieurs pour les ZS du District. C'est ainsi que le BDOM est gestionnaire des appuis: (i) de l'ONG belge SLCD pour la Zone de Santé de Kisantu ; (ii) de Medicus Mundi Navarra/ UE pour l'appui au District; (iii) de CRS financé par l'USAID ; (iv) de Misereor Allemagne pour les appuis aux ZS. Naturellement

ces efforts seront capitalisés par le projet ASSNIP.

2.6.5.2 Fonds Mondial (GF/RSS/R8 + R9)

Le Fonds Mondial est présent dans plusieurs provinces et est un partenaire financier important pour la RDC. Son approche verticale souvent critiquée peut être transformée au bénéfice du renforcement des systèmes de santé pourvu qu'un dialogue structuré et fort s'installe et pourvu que les acteurs nationaux puissent démontrer suffisamment de crédibilité par rapport à leur savoir de gestion et d'organisation.

Des synergies doivent être envisagées notamment car suite à la phase d'exit de la Coopération belgo-congolaise, le FM est en mesure de poursuivre un appui aux ZS actuellement soutenues par celle-ci.

2.6.5.3 Nations Unies (OMS, UNICEF)

Les Organisations des NU ont leur propre stratégies d'intervention: l'OMS s'occupant par exemple du système de surveillance sanitaire et la lutte contre la polio et les autres maladies à potentiel épidémique, tandis que l'UNICEF se spécialise en santé maternelle et Infantile avec parfois un appui au fonctionnement des centres de santé. Les équipes provinciales de ces organismes ne se concentrent cependant plus seulement sur ces activités mais apportent aussi un appui décentralisé au gouvernement provincial.

Des synergies sont certainement possibles dans les domaines couverts par les agences des NU et également en ce qui concerne l'appui institutionnel.

2.6.5.4 Bailleurs bilatéraux

- La Coopération italienne appui la Zone de santé de Matadi avec un budget de 1 235 449 euros pour la période de 2011 à 2014 qui correspond à la 2è phase du projet arrivé à terme en 2011.
- Pour les activités d'autres bailleurs bilatéraux mais qui ne sont pas directement actifs dans le Bas-Congo, cf. annexe 7.6

2.7 Accompagnement technique

Un accompagnement technique des interventions ASSNIP est prévu à travers une équipe d'experts de santé nationaux et internationaux.

Cet accompagnement intégrera l'ensemble des interventions belges dans le secteur santé et contribuera donc à la coordination et à la concertation entre ces projets. Ceci facilitera le processus de capitalisation, qui est un processus de dialogue entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire.

2.8 Bénéficiaires du projet

2.8.1 Bénéficiaires directs

Trois catégories d'acteurs sont directement visées par le programme :

2.8.1.1 Les populations directement ciblées

Les populations bénéficiaires sont celles des cinq ZS appuyées ainsi que de façon plus indirecte les populations de l'ensemble de la province.

Les patients des ZS appuyées bénéficieront d'une amélioration de la qualité des soins et surtout de la levée des barrières financières et psychologiques à l'accès aux soins. L'accent sera mis sur l'amélioration de l'accès aux soins des enfants de 0 à 5 ans, des indigents et sur le partage des coûts des soins obstétricaux et néonataux d'urgence.

2.8.1.2 Le personnel de santé des structures rationalisées et des niveaux intermédiaires

Les diverses catégories de personnels sélectionnés au niveau périphérique - ECZS, HGR, CS rationalisés - bénéficieront de formations renforçant leurs capacités professionnelles, de conditions de travail enrichissantes et plus valorisantes ainsi que d'un relèvement des rémunérations allouées par l'Etat. Il en va de même pour les agents qui composeront les équipes cadres provinciales.

Il convient de remarquer ici que ces bénéfices ne demeurent pas réservés aux seules formations sanitaires du secteur public : ils sont étendus aux CS et HR confessionnels identifiés comme éléments pertinents du plan de couverture des ZS couvertes par le programme. Ce volet est un accompagnement substantiel et concret des efforts d'intégration entre secteur public et secteur privé à but non lucratif entrepris ailleurs.

2.8.1.3 Le niveau central (Ministère de la Santé Publique)

La composante "modèle de développement" et les recherches qu'elle nécessite constituent une contribution déterminante aux travaux des cellules du ministère en charge du pilotage de la réforme du système de santé, notamment le Secrétariat Général et la DEP. En effet, le programme leur offre un champ tout à fait privilégié de validation de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé qu'ils ont élaborée.

Le niveau central continuera ainsi à bénéficier des informations nécessaires pour alimenter la réforme du secteur. Ces informations sont collectées lors des missions des cadres des directions en charge des études et de la planification et du développement des soins de santé primaires, mais également par le canal des différents rapports et fiches de capitalisation rédigés par les membres des ECP et présentés lors des revues annuelles à tous les niveaux. L'organisation d'ateliers de restitution et de capitalisation sera poursuivie. Le projet participera au financement de diverses concertations inhérentes au processus

2.8.2 Bénéficiaires indirects

Le programme a des répercussions sur les populations et le personnel des ZS directement environnantes par simple effet de proximité.

Par ailleurs, le programme entretient des relations synergiques mutuellement profitables avec les partenaires techniques et financiers actifs dans le secteur de la santé dont par exemple la BAD, BM, FNUAP, OMS, UE, UNICEF,...ainsi qu'avec les programmes PNLN, PNLT, VIH/SIDA, Lèpre...

3 Planification opérationnelle

3.1 Ajustements des Objectifs et résultats Attendus

3.1.1 Objectif général

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

3.1.2 Objectif spécifique

Consolider le système de santé du Bas-Congo de manière durable à travers le renforcement de la DPS et des ZS de Boma, Lukula, Kisantu, Nselo et Ngidinga.

3.1.3 Résultat attendu N°1 (DPS)

L'ECP assure un appui de qualité aux ZS et est placée dans des conditions optimales pour piloter la mise en œuvre du PPDS.

Commentaires justificatifs des amendements apportés : il est difficile d'imaginer qu'en deux ans, les quatre grandes fonctions de la future DPS pourront être mises en place ; il y a lieu de se concentrer sur la fonction d'encadrement qui apparaît être la seule pouvant être réellement rendue complètement fonctionnelle dans le temps requis. On n'abandonnera cependant pas l'idée de travailler sur les domaines comme la gestion de l'information et de l'approvisionnement en MEG, de la rationalisation de la gestion financière ou de la Gestion des Ressources Humaines. Ces sujets seront simplement abordés dans la perspective de l'appui aux ZS. Une attention particulière sera accordée aussi au renforcement des relations et de la concertation entre la DPS et le Ministère Provincial de la Santé et notamment à l'intégration de la planification de la DPS dans la planification globale du Ministère Provincial.

3.1.4 Résultat Attendu N°2 (ECZ)

Les équipes cadres en place dans les ZS de Lukula, Boma, Kisantu, Nselo et Ngidinga assurent l'encadrement des formations sanitaires de premier contact (CS) et de premier niveau de référence (HGR) conformément aux directions données par la SRSS en permettant la poursuite de l'expérimentation de la mise en œuvre de cette stratégie.

Commentaires justificatifs des amendements apportés : la notion de fonctionnalité qui a été utilisée dans les propositions de la Fiche d'Identification, est relativement floue. On y substitue une formulation précisant la nature des structures devant être encadrées et le modèle qui sera utilisé pour assurer cet encadrement.

3.1.5 Résultat Attendu N°3 (HGR & CS)

Dans les ZS de Boma, Lukula, Kisantu, Nselo et Ngidinga, l'HGR et un nombre limité de formations sanitaires de premier contact faisant partie de la carte sanitaire de la ZS, sont rationalisés par rapport l'accessibilité financière, à la qualité des soins et à la qualité de gestion. Ces formations sanitaires fonctionnent dans un système intégré conforme aux prescriptions de la SRSS.

Commentaires justificatifs des amendements apportés : La formulation initiale de la Fiche d'Identification restait assez floue. On y substitue une formulation donnant de précisions sur le type de structures sanitaires que le projet doit appuyer et la nature de la rationalisation proposée. On introduit enfin la préoccupation d'amélioration de l'accessibilité financière aux soins, élément qui n'apparaissait pas dans la première formulation.

3.1.6 Résultat Attendu N°4 (Suivi scientifique, capitalisation et études)

L'apprentissage basé sur les évidences et expériences de terrain est assuré en vue de renforcer la politique de santé au niveau provincial et au niveau central

Commentaires justificatifs des amendements apportés : La formulation adoptée pour ce Résultat Attendu, insiste sur la capitalisation nécessaire par le MSP des expériences de terrain et sur la nécessité de baser cette capitalisation sur des analyses spécifiques de nature objective.

3.2 Activités à mettre en œuvre

L'exécution d'un programme complexe comme celui-ci, suppose une grande flexibilité afin de saisir les opportunités dans l'exécution en prenant en compte les besoins locaux, la capacité d'absorption et le contexte local changeant. Les objectifs du projet ne pourront être atteints que si un certain degré de flexibilité est accordé à la mise en œuvre.

La liste des activités établies dans le présent document donne une idée de ce qui reste à réaliser; certains ajustements doivent pouvoir être néanmoins admis pourvu que ces derniers soient justifiés par une analyse fine au niveau local et au fur et à mesure du développement du projet.

3.2.1 Par rapport au premier résultat

« L'ECP assure un appui aux Zones de Santé et est placée dans des conditions optimales pour piloter la mise en œuvre du PPDS. ».

A_01_01 Appui au fonctionnement/ encadrement de l'ECP, y inclus la rationalisation du personnel et primes aux encadreurs et l'appui à la coordination de niveau provincial

- Appui au recrutement des encadreurs/membres de l'ECP
- Appui à la supervision et à l'encadrement des ZS
- Appui à la rationalisation du personnel (primes, renforcement des compétences...)
- Appui à la gestion des ressources
- Appui à la gestion de l'information sanitaire
- Appui à la fonction d'inspection
- Organisation de réunions de coordination (CPP ; revues...)
- Organisation de réunions de concertation entre la DPS et le Ministère Provincial de la Santé
- Echanges entre ZS

A_01_02 Appui en réhabilitation et équipement (y inclus véhicules)

- Achat véhicules pour la DPS
- Réhabilitation des locaux de la DPS
- Equipement bureau et informatique

La réforme de l'administration publique a été l'occasion de remettre en question l'organigramme actuel de l'administration sanitaire de niveau intermédiaire. Alternativement à l'organisation actuelle en treize bureaux, calquée sur l'organigramme

du niveau central, il est proposé de mettre en place des Divisions Provinciales de la Santé (DPS) correspondant au découpage en 26 provinces et structurées en « quatre grandes fonctions »: (i) fonction encadrement des Zones de Santé, (ii) fonction gestion de l'information, (iii) fonction gestion des ressources et (iv) fonction inspection³. En l'état actuel des choses, bien que cet organigramme ne soit qu'en cours d'approbation officielle, le Secrétariat du MSP a proposé qu'on étende l'expérimentation de la mise en place de ce nouveau modèle d'administration provinciale là où c'est possible à travers le pays (cf. ASSNIP 4 et 5 dans le Sud Ubangi et le Bandundu). C'est ce qu'entre autres, se propose de faire le projet ASSNIP. Précisons cependant que l'actuelle province du Bas Congo fait partie des provinces que la dernière Constitution n'impose pas de redécouper. Il n'y a donc pas lieu dans cette province de créer plusieurs nouvelles DPS mais simplement d'introduire progressivement le nouveau modèle d'administration.

L'encadrement des ZS se fera grâce à la mise en place d'un groupe d'encadreurs polyvalents (L'Equipe Cadre Provinciale d'encadrement des ZS, en sigle ECP). Au Bas-Congo, chacun de ces encadreurs aura la responsabilité d'approximativement 3 ZS ; chacun d'entre eux supervisera régulièrement les ZS qui lui sont attribuées, et accompagnera les ECZ correspondantes dans la mise en place des différentes directives de la SRSS au niveau local.

Compte tenu du design du dispositif prévu et dans le but d'assurer une couverture plus efficace de la sous-région des Cataractes, il est souhaitable de mettre en place une antenne déconcentrée de la DPS dans l'Est de la province, et ce plus précisément dans la ville de Kisantu. Il ne s'agira pas d'une entité autonome mais plutôt d'un service déconcentré de la DPS nouvelle formule. En conséquence de quoi cette équipe délocalisée à Kisantu fonctionnera sous l'autorité directe du chef de la DPS; de nombreux rendez-vous communs sont à prévoir afin de coordonner les interventions et d'harmoniser les procédures de part et d'autre.

D'un point de vue chronologique dans le cadre du résultat N°1,

- Il s'agira en premier lieu **d'appuyer la sélection des encadreurs polyvalents des ZS** (sachant que la sélection de la personne destinée à être affectée à l'antenne de Kisantu a été faite). Afin de sélectionner les meilleurs candidats tout en assurant la transparence du recrutement, les méthodes utilisées par la DEP au niveau du projet ASSNIP 4 devront être utilisées (appel à candidature, lettre de motivation, test technique, entretien, etc.). Tous les candidats devront en priorité faire partie de la fonction publique. On estime au total à 10 le nombre de cadres à recruter (en sus du MIP). Il s'agira également (et de la même façon) de procéder au recrutement d'un nombre adéquat de personnel d'appoint pour le secrétariat et la logistique liés à cette fonction.
- Il s'agira par la suite **d'assurer un fonctionnement adéquat de l'ECP**. Afin que la fonction d'encadrement puisse être réalisée de façon fluide et efficace, un budget de fonctionnement comprenant entre autres le paiement de primes

³ Cf. Travail effectué dans la Nord Kivu et la Kasai oriental avec l'appui du Pr Bonami sous financement FED et aussi le travail de la DEP.

du personnel de l'ECP et du personnel d'appoint, sera mis à disposition par le projet. En fonction des besoins objectivés, un minimum d'investissement pourra être également accordé, (ex. achat de deux véhicules affectés à la fonction encadrement, achat de matériel informatique, réfection sommaire des bureaux devant abriter les ECP...).

- Le travail proprement dit de l'équipe d'encadrement pourra alors commencer. Les encadreurs polyvalents sous la coordination du MIP (qu'ils soient basés à Matadi ou à Kisantu) assureront les diverses activités d'encadrement et notamment **le suivi de la mise en œuvre du Plan Provincial de Développement Sanitaire, la supervision formative des EZS, le traitement de l'information quantitative et qualitative pour une meilleure prise de décision, le contrôle de la gestion de la pharmacie de ZS dans chacune des ZS. Les encadreurs veilleront également de stimuler la participation communautaire au niveau des ZS.**

Afin de réussir dans leurs missions, les équipes d'encadrement devront bénéficier d'un renforcement de compétences. Celui-ci pourra prendre des formes diverses mais à ce niveau, on privilégiera la formation en cours d'emploi (appui technique par la DEP, la D5 et l'Assistance Technique du projet ASSNIP) et les échanges avec les autres techniciens du MSP impliqués dans le processus de mise en place de nouvelles DPS au niveau national.

En parallèle à cet appui à la fonction d'encadrement, un appui à la gestion de l'information sanitaire sera assuré, notamment en collaboration avec la DSNIS au niveau central qui a conçu, installé et coaché l'utilisation d'un logiciel de gestion de données sanitaires à l'HGR de Kisantu. La fonction de gestion des ressources de la DPS et sa fonction d'inspection, seront appuyées afin que ces fonctions puissent être assurées également.

Enfin là où nécessaire, on pourra envisager la réhabilitation des locaux des services de la DPS. On pense en particulier à la réhabilitation des locaux de l'antenne de Kisantu, particulièrement dégradés à l'heure actuelle

3.2.2 Par rapport au second résultat

« Les équipes cadres en place dans les 5 ZS ciblées assurent l'encadrement des formations sanitaires »

A_02_01 Appui au fonctionnement des ECZS y inclus la rationalisation du personnel et primes encadreurs

- Développement des cartes de couvertures sanitaires
- Développement de plans d'action
- Appui au fonctionnement des ECZ et à l'exécution du plan d'action
- Rationalisation du personnel (primes, renforcement des compétences, mise à la pré-retraite...)
- Supervision des structures intégrées dans la ZS

- Coordination des intervenants dans la ZS
- Intégration des programmes verticaux

A_02_02 Appui en réhabilitation et équipement

- Réhabilitation et équipement BCZ

Cette activité initiée lors de la précédente phase de l'ASSNIP, se poursuivra. Actuellement, dans les ZS ciblées, les ECZ sont en place et rationalisées du point de vue du nombre et par rapport aux compétences requises. Formées par rapport à la SRSS, leurs membres connaissent leurs prérogatives et leurs responsabilités. Elles ont enfin bénéficié d'un renforcement matériel conséquent même si quelques compléments peuvent encore être envisagés, là où nécessaire.

Il s'agit donc essentiellement pour le projet (i) **d'assurer le renforcement matériel des ZS** sélectionnées (quelques investissements et le fonctionnement courant pour la durée du projet y compris les primes au personnel des ECZ ciblées), (ii) **de poursuivre le renforcement des compétences** des équipes en préférant aux classiques ateliers très souvent peu efficaces, des méthodes plus modernes : formation en cours d'emploi, voyages d'échanges, etc.

Grâce aux moyens mis en place par le projet, les ECZ ciblées devront au moins :

- assurer le suivi de la mise en œuvre du plan de développement de la ZS et son actualisation (plans de développement consolidés intégrant les différentes interventions des partenaires au niveau local) ;
- rédiger et faire approuver par le conseil d'administration de la ZS les plans opérationnels annuels, assurer leurs traductions en plans de travail trimestriels et les évaluer en fin d'année ;
- assurer l'encadrement du travail de l'HGR et des CS inscrits dans la carte sanitaire (conformément aux prescriptions de la SRSS; une emphase sera donnée aux CS de démonstration, si bien sûr ils existent : produire des soins de qualité sera une préoccupation importante ; un renforcement technique sera mis en place qu'on parle de qualité de gestion ou de qualité des soins) ;
- garantir une gestion transparente des fonds centralisés au niveau de la ZS à partir des recettes des CS ;
- garantir une gestion transparente et fluide des intrants disponibles et plus particulièrement des MEG détenus par la pharmacie de Zone (état des besoins, réquisition, approvisionnement de la pharmacie de Zone, répartition et distribution aux formations sanitaires en fonction des besoins exprimés...) ;
- utiliser de façon plus optimale qu'actuellement l'information disponible et notamment les données issues du SNIS de routine ;

- contribuer au développement des organes de gestion de la ZS, (conseil d'administration, autres) et à la stimulation de la participation communautaire.

3.2.3 Par rapport au troisième résultat

« Dans les 5 ZS ciblées, l'HGR et un nombre limité de formations sanitaires de premier contact faisant partie de la carte sanitaire de la ZS, sont rationalisés »

A_03_01 Travaux/ Equipements CS (y compris étude et suivi)

- Etudes et conception des cahiers de charge
- Réhabilitation/construction d'au moins un CS dans chaque ZS
- Equipement médical et non médical

A_03_02 Travaux / Equipements HGR (y compris étude et suivi)

- Elaboration de PDH et PDI
- Réhabilitation/construction au niveau des HGR conformément aux PDH et PDI
- Equipement conformément aux directives des PDH

A_03_03 Appui au fonctionnement des HGR y inclus audits financiers

- Audits financiers
- Appui au fonctionnement
- Appui à la rationalisation du personnel soignant
- Appui à l'introduction du PCA dans les HGR

A_03_04 Appui au fonctionnement des CS y inclus appui aux CDR et renforcement capacités

- Mise à disposition d'un stock de médicament de démarrage via CDR
- Appui à l'introduction du PMA dans les CS

A_03_05 Appui Mutuelles

- Appui au fonctionnement
- Appui aux activités de sensibilisation

A_03_06 Appui à l'ITM à Kisantu

- Appui au fonctionnement
- Subside pour les internes sous contrat d'écolage

Pour ce qui concerne le premier échelon (CS)

Pour ce qui est des investissements :

L'intervention se fonde essentiellement sur le travail routinier des différentes ECZ appuyées. Néanmoins, il est également prévu de soutenir matériellement la mise en place de CS de démonstration comme le propose la SRSS Il s'agit donc de travailler sur la rationalisation du personnel soignant opérant dans les CS et sur la rationalisation de la prescription notamment au moyen de l'utilisation d'ordinogrammes. Il s'agit également d'accorder une attention particulière à la qualité des soins dans son sens large et à la prise en charge globale du patient. L'intervention vise également un appui à la gestion des ressources telles que la pharmacie et à la gestion financière des CS avec l'adoption d'une tarification forfaitaire.

Un appui en infrastructure sous forme de construction ou de réhabilitation(s) est également prévu dans le cadre de l'intervention. Il s'agit ainsi soit de réhabiliter soit de construire⁴ au moins un CS dans chacune des 5 ZS. Concernant cet aspect, puisque le but tient dans la démonstration, il est absolument nécessaire que le standard de construction et d'équipement adopté soit conforme aux normes fixées par la SRSS⁵ Dans ce sens, des plans innovateurs ont été conçus pour les CS des ZS de Kisantu, Nselo et Ngidinga et qui sont en cours de mise en œuvre. Il serait intéressant de tenir compte de ce qui a été fait et de voir dans quelle mesure, le concept est reproductible ailleurs dans la province.

Les 5 ECZ seront donc amenées à faire des propositions précises pour la sélection du ou des CS devant bénéficier des travaux de réhabilitation ou de construction ; ces propositions devront correspondre au plan de développement de la ZS et répondre à une problématique précise et non équivoque. En ce sens, il est fortement souhaitable que la décision de réhabilitation du ou des centres de santé sélectionnée soit le fruit d'une planification claire du développement de la ZS de santé d'intérêt (existence d'un plan de couverture sanitaire disponible au niveau du bureau de l'Equipe Cadre de ZS). Ensuite on lancera la préparation puis l'exécution des travaux; dans ce cadre, les procédures pour l'attribution, la réalisation et le contrôle des marchés de travaux relatifs aux CS sélectionnés, seront calquées sur celles des HGR sélectionnées pour la réhabilitation (Cf. ci-dessous). Ces CS bénéficieront par ailleurs d'une dotation minimale en équipement (mobilier et matériel biomédical de base) et en MEG (mis à disposition d'un stock de démarrage acquis au niveau de la pharmacie de la ZS qui elle-même devra les obtenir de la CDR de Matadi).

Pour ce qui concerne l'appui au fonctionnement :

Il n'est prévu qu'un appui modeste au fonctionnement des CS de la province (en particulier pas de primes au personnel ni de dons en médicaments mis à part celui évoqué plus haut). L'expérience de Kisantu montre que si le second échelon est subsidié, le premier échelon peut être autonome financièrement, à condition de faire preuve d'une

⁴ Il est peu probable qu'il s'agisse d'une nouvelle construction puisque le nombre de CS au BC est assez important.

⁵ Cf Normes de la SRSS

gestion exemplaire et à condition que la tarification forfaitaire soit appliquée de façon homogène et rigoureuse. La grande majorité de l'intervention à ce niveau consistera donc en du « soft » et se fera grâce à l'intervention des ECZ des cinq ZS appuyées. A ce niveau, il s'agira d'une part de compléter les activités du PMA telles que défini par la SRSS, d'assurer le suivi de la mise en place du forfait, d'assurer le suivi de la mise en place des protocoles thérapeutiques standardisés (ordinogrammes), et enfin d'améliorer la gestion financière et la gestion du Médicament. On poursuivra également la mise en place des procédures standardisées de soins dans les CS de démonstration déjà existants. Des stages de formation pourront y être organisés pour le personnel d'autres centres de santé.

Pour ce qui concerne le deuxième échelon (HGR)

Pour ce qui concerne les investissements

Il est en premier lieu proposé de solliciter les équipes hospitalières des HGR ciblés pour la rédaction d'un **Plan Directeur Hospitalier** (PDH) . A partir d'un diagnostic d'état, ce document décrira brièvement les problèmes rencontrés, les enjeux et les orientations stratégiques prioritaires. Ce document de planification à moyen terme (10 ans) devra comprendre au minimum un projet médical, un projet infirmier et un projet managérial. Dans la plupart des zones, ce processus est déjà entamé durant la phase de pont. Il servira pour définir les priorités des HGR en termes d'investissements, mais également pour le reste de son développement.

A partir du PDH, dans les 2 HGR ciblés, on préparera un **Plan de Développement Immobilier** (PDI)⁶. On aidera les équipes hospitalières à planifier le développement architectural de leurs hôpitaux en prenant en compte les priorités définies dans le PDH, les moyens disponibles (ou pouvant être anticipés) ainsi que les contraintes locales. Les aspects d'environnement et d'hygiène seront pris en compte. Une fois le PDI approuvé localement, le processus de construction/ réhabilitation pourra être initié.

En parallèle, le personnel de chaque HGR, appuyés par l'AT, devra rédiger un **plan d'acquisition et de maintenance des équipements biomédicaux**. Ce plan listera les équipements à acquérir sur le court et le moyen terme en prenant en compte les priorités exprimées par l'équipe managériale de l'hôpital et le staff médical, ainsi que les réalités locales. Il est bien entendu que ce plan devra être parfaitement concordant avec les priorités établies en matière de réhabilitation. Ce plan fera également des propositions précises pour la maintenance des équipements à acquérir au cours du projet : solutions en termes de maintenance préventive, de maintenance curative, de stock de pièces détachées, de Service Après Vente, etc.

Un assistant technique international expérimenté en architecture et en construction appuiera la démarche et veillera à la qualité des travaux effectués sous financement ASSNIP. Outre le travail direct effectué par rapport aux formations sanitaires devant être réhabilitées ou construites par le projet, cet ATI (i) assurera la coordination du processus d'acquisition des équipements et (ii) assurera un transfert de compétence au personnel de la CAG en charge des aspects de passation de marché de travaux et de préparation

⁶ Un PDI est déjà disponible pour l'hôpital de Kisantu.

ou contrôle de l'exécution de ces mêmes travaux.

Pour ce qui concerne la qualité de soins

Dans les HGR appuyés, on assurera **la poursuite de la mise en place de protocoles diagnostics et thérapeutiques standardisés**. Pour cela, compte tenu du temps disponible, il ne sera pas question de créer de novo des protocoles spécifiques aux HGR de Lukula et Boma, Nselo et Ngidinga; pour l'ensemble des HGR appuyés, on utilisera donc les protocoles établis pour l'HGR de Kisantu lors du projet ASSNIP 3. Ces protocoles seront complétés par des protocoles de prise en charge des personnes vivant avec le SIDA et pour la prévention de la transmission mère-enfant.

Quelques ateliers pourront être planifiés, mais la grosse partie du transfert de compétences devra se faire grâce à de la formation continue sur site effectuée par exemple au cours de réunion de staff du matin; des échanges avec le personnel de l'hôpital de Kisantu sont également à prévoir.

On pourra organiser également quelques audits techniques des procédures médicales (protocoles précis à définir) et/ou des missions de suivi par des pairs.

Pour ce qui concerne l'accessibilité financière aux soins

L'appui financier au second échelon du système local (HGR) sera assuré au moyen de subsides sur la tarification forfaitaire par service ; ces subsides ne seront octroyés que sous conditions favorisant la référence et l'utilisation rationnelle des ressources. Les tarifs forfaitaires devront être harmonisés entre les différents HGR en tenant néanmoins compte du plateau techniques de chaque HGR. A terme, ces subsides devraient permettre à chaque HGR d'être autonome en ce qui concerne l'approvisionnement en MEG, sous condition que l'approvisionnement se fasse exclusivement à partir des CDR de rattachement.

Les audits financiers réalisés dans les différents HGR ciblés permettront de s'assurer de la possibilité d'une gestion correcte des fonds fournis par le projet. Dans le cas où ces garanties ne sont pas pleinement acquises, des mesures transitoires telles que la mise en place de lignes de crédits en MEG dans les CDR pourront être envisagées. En tout état de causes, le subventionnement direct (en monétaire) ou indirect (en médicament) se substituera à la mise à disposition de primes au personnel de l'hôpital. En effet, aucune prime de ce type n'est prévu dans le cadre de cette phase du projet⁷. Les subventions devrait permettre néanmoins de payer des compléments de salaires à l' hauteur du SMIG

Quelque soient les modalités de subventionnement, afin d'être en mesure d'ajuster de façon pertinente à la fois le montant unitaire à payer par le patient (tiers payant forfaitaire) et les montants de subventionnement accordé par le projet, il sera essentiel de pouvoir disposer d'informations financières correctes sur l'offre et la demande de soins (en particulier prix de revient des soins et capacité à payer par tranches de revenu). Ceci pourra être obtenu grâce à des études réalisées dans le cadre de l'objectif 4 lié à la

⁷ Durant le précédent ASSNIP 1 et jusqu'en janvier, des primes étaient fournies au personnel des deux HGR ; ceci pouvait alors être considéré comme un subventionnement de l'hôpital puisque le paiement des primes par le projet ASSNIP permettait de réduire les charges financières de l'hôpital.

recherche opérationnelle et à la capitalisation de l'expérience (Cf. chapitre correspondant).

Pour ce qui concerne la qualité de la gestion

Dans un tel système, il est également essentiel que les HGR bénéficiaires puissent rendre des comptes de façon transparente à la fois à la communauté, au MSP et au bailleur de fonds, ceci d'autant qu'un subventionnement au fonctionnement est consenti par ce dernier. Ceci justifie la programmation d'audits financiers et de la pharmacie. Une enveloppe spécifique dans le budget du Résultat 3, est ainsi provisionnée à cet effet.

Par ailleurs, les procédures gestionnaires actuelles des HGR ouvrent matière à amélioration. Celles-ci seront examinées et éventuellement révisés au cours du projet. Là où nécessaire, des outils de gestion plus modernes se substitueront aux actuels. L'introduction de deux types d'outils de gestion informatique est ainsi envisagée: (i) mise en place d'un logiciel de comptabilité simplifié dans les HGR ; (ii) mise en place d'un logiciel de gestion des MEG .

Pour ce qui concerne l'appui aux mutuelles

Afin de renforcer la capacité des patients à financer le tiers payant, le projet soutiendra la mise en place des mutuelles de santé de Lukula, de Nselo et de Ngidinga actuellement en cours de création. Il s'agit essentiellement de renforcer les compétences des administrateurs de cette mutuelle et de financer une partie du fonctionnement courant de cette structure. Il s'agit enfin de financer les diverses actions et études préalables à l'implantation du système mutualiste.

Dans la ZS de Kisantu, la Mutuelle de santé de Kisantu (MUSAKIS) existe déjà depuis 2007 et couvre chaque année une proportion un peu plus importante de la population de la ZS. Néanmoins, la cotisation payée par chaque membre ne permet pas à la MUSAKIS de couvrir toutes les dépenses de santé de ses adhérents et son bon fonctionnement nécessite un appui financier et technique. Afin de garder une certaine cohérence dans l'appui à l'ensemble du système de santé, l'appui à la MUSAKIS s'est fait jusqu'à présent au moyen de subsides payés sur le tarif forfaitaire à l'HGR de Kisantu (la MUSAKIS se chargeant de vérifier que l'échelon le plus adéquat a bien été utilisé) et il est souhaitable que cet appui soit maintenu. Par ailleurs un appui aux activités de sensibilisation est essentiel à l'expansion de la MUSAKIS et à la consolidation de ses acquis.

Pour ce qui concerne le système de référence et contre référence

Dans le cadre de renforcement de la continuité des soins des patients orientés des CS vers l'Hôpital, les ZS de Lukula, Boma, Kisantu, Nselo et Ngidinga ont chacune disposé lors de la précédente phase du projet d'un véhicule ambulance leur permettant d'assurer le transfert physique des malades. Le fonctionnement actuel de ces ambulances représente néanmoins un coût important que les ZS ne peuvent pas assurer le maintien de ce système en l'absence d'un apport extérieur par un projet. Le projet ASSNIP Bas Congo continuera d'apporter cet apport grâce au renouvellement du parc auto (1 véhicule par ZS). Il est souhaitable que celle-ci se fasse en cours de la deuxième année du projet. Afin d'assurer la durabilité, le projet envisagera de financer également une étude sur le mécanisme de gestion autonome et durable des ambulances et

appuiera la mise en œuvre de ce mécanisme.

Le système inclut également l'utilisation des protocoles de soins prévoyant les cas de référence et ceux de contre-référence, le système de communication, le protocole de prise en charge particulière du patient référé, le système d'échange des informations et d'analyse évaluation au cas par cas.

Pour ce qui concerne l'appui à l'ITM de Kisantu :

Des efforts importants en termes de rationalisation du personnel, du nombre d'élèves et de l'utilisation des ressources en général ont été fournis par la direction de l'ITMK dès le début du programme ASSNIP. L'appui dont il est ici question doit non seulement permettre de maintenir les acquis mais aussi encourager le recrutement d'élèves en provenance d'aires de santé enclavées moyennant l'engagement de travailler dans ces aires enclavées selon les besoins exprimés par les autorités de la zone de santé. Un premier groupe d'élèves a été sélectionné et contractualisé en septembre 2011. Il y a lieu de garantir à ces élèves le financement de la totalité de leurs études et éventuellement d'envisager le financement des études d'un deuxième groupe qui commencerait les cours à la rentrée 2012.

3.2.4 Par rapport au quatrième résultat

«L'apprentissage basé sur les évidences et expériences de terrain est assuré en vue de renforcer la politique de santé au niveau provincial et au niveau central»

A_04_01 Appui à la réflexion au niveau opérationnel

La mise en place du projet au niveau local, sera renforcée par l'apport ponctuel d'autres acteurs du projet notamment la DEP, la DLM et la D5, mais aussi par un ou des assistants techniques, recrutés pour cette tâche. A ceci s'ajouteront des missions classiques de suivi technique effectuées par le niveau central.

Afin d'alimenter la réflexion du niveau opérationnel des échanges avec d'autres équipes impliquées dans la mise en place de la SRSS pourront être envisagés (par exemple voyage d'études à l'intérieur du pays).

Dans ce cadre est également prévue une assistance technique ponctuelle ou perlée chargée d'assurer un appui technique rapproché aux différents acteurs impliqués dans la réflexion (notamment Equipes Cadres de la Province et Equipes Cadre de ZS des 5 ZS appuyées).

A_04_02 Appui à la capitalisation au niveau intermédiaire et central

Il s'agit ici d'assurer la capitalisation à partir de la documentation de l'expérience. Cette capitalisation devant être basée sur des évidences, on prévoit en plus du volet strictement rédactionnel, des études spécifiques notamment d'ordre économique et financier comme souligné plus haut.

On prévoit en premier lieu la mise en place d'ateliers de rédaction dont l'objet principal est à la fois la documentation des expériences dans des formats écrits publiables et la production de documents d'analyse permettant d'alimenter la réflexion au niveau central (utilisable par exemple durant les revues annuelles de niveau provincial et national).

Dans ce cadre là, des thèmes d'études seront rapidement sélectionnés par les acteurs locaux intéressés à participer à la capitalisation.

Pour ce qui concerne les études spécifiques, elles poursuivent un double objectif : celui d'une part de permettre à la capitalisation de l'expérience de se faire sur des bases objectives, et d'autre part celui de répondre à des questions opérationnelles sur le plus court terme (par exemple comme proposé plus haut de répondre à la question: quelle tarification doit-on appliquer dans chacun des HGR ?).

Il pourrait s'agir :

- d'étudier la capacité financière des différentes tranches de revenus et la perception par les patients des soins prodigués par les formations appuyées ou leurs alternatives (ceci permettra entre autres de connaître la capacité à payer des plus pauvres et donc de connaître leur capacité à financer le tiers payant qui leur est imposé).
- d'analyser les coûts supportés par l'hôpital pour chaque catégorie de prestations. Dans ce cadre-là, on tentera de mettre en place des études de coûts réels qui en clarifiant le prix de revient du traitement de chaque groupe de malade, Ceci permettra d'orienter la tarification à imposer aux patients.
- d'analyser la charge de travail du personnel en le reliant au personnel disponible; à cet effet on pourra envisager une étude consacrée aux Ressources Humaines permettant de faire l'inventaire des postes et emplois dans les ZS ciblées.
- d'analyser dans une recherche action qualitative l'efficacité du processus de contractualisation entre l'Etat et secteur privé confessionnel (analyse des contrats et convention existantes pour des propositions d'ajustements).
- de l'intégration des programmes verticaux dans les systèmes de santé (efficacité, effet, etc.)
- de l'intégration de politique nationale de santé de la reproduction (PNSR, 2008) et du Plan stratégique de lutte contre le VIH et le SIDA du secteur de la santé (2008-2012) dans les plans d'action.

3.3 Indicateurs et sources de vérification

Le suivi des activités du projet se fera dans le cadre strict des mécanismes de monitoring prévus par le MSP. Les équipes de gestion seront cependant tenues de respecter le cycle de rapportage et de planification de la CTB. Les indicateurs de suivi seront présentés de façon explicite dans les plans opérationnels annuels.

Pour ce qui concerne les indicateurs de résultats, ils comprendront au moins :

3.3.1 Par rapport à l'atteinte de l'objectif spécifique :

« Le système de santé du Bas-Congo est consolidé à travers le renforcement de la DPS et des ZS de Boma, Lukula, Kisantu , Nselo et Ngidinga. »

- **Les taux d'utilisation des services curatifs et préventifs de premier échelon (CS)**
- **Les taux d'utilisation des services curatifs de deuxième échelon par service (HGR)**

3.3.2 Par rapport à l'atteinte du RA N°1 :

« l'ECP est fonctionnelle et placée dans des conditions optimales pour piloter la mise en œuvre du PPDS ».

- **Le nombre de supervisions réalisées par ZS par l'ECP avec rapport;**
- **Le nombre de réunions de l'ECP par trimestre avec Procès-Verbal de réunion;**
- **Le nombre de CPP annuels et de réunions thématiques connexes réalisées avec Procès-Verbal de réunion.**
- **Le nombre de membres de l'ECP effectivement sélectionné sur base de leurs compétences, tenant compte de l'aspect genre.**

3.3.3 Par rapport à l'atteinte du RA N°2 :

« Les équipes cadres en place dans les ZS de Lukula, Boma, Kisantu , Nselo et Ngidinga assurent l'encadrement des CS et HGR, conformément aux directives données par la SRSS en permettant la poursuite de l'expérimentation de la mise en œuvre de cette stratégie."

- **Le nombre de plans d'actions opérationnels officiellement adoptés par le Conseil d'administration de la Zone de Santé.**
- **Le nombre de supervisions intégrées de CS réalisées dans chaque ZS avec rapport.**
- **Le nombre de visites d'inspection et de contrôle effectuées par l'ECP/DPS.**
- **Le % des membres de l'ECZ qui font régulièrement des supervisions dans les CS.**

- **Le % de femmes dans les structures de gestion aux différents niveaux ;**
- **L'intégration de la SSR et le vih, l'attention aux aspects genre et environnementaux dans les plans d'actions opérationnels officiellement adoptés par le Conseil d'administration de la Zone de Santé**

3.3.4 Par rapport à l'atteinte du RA N°3 :

« Dans les ZS de Boma, Lukula, Kisantu, Nselo et Ngidinga l'HGR et un nombre limité de CS de la ZS, sont rationalisés par rapport à l'accessibilité financière, à la qualité des soins et à la qualité de gestion. Ces formations sanitaires fonctionnent dans un système intégré conforme aux prescriptions de la SRSS. »

- **Par HGR, le taux d'occupation des lits et la DMS par service.**
- **Pour chaque HGR, le pourcentage de cas référé par les CS par rapport au nombre total de cas vus en consultation à l'HGR.**
- **Par HGR, le pourcentage de cas en hospitalisation qui ont été référés par un centre de santé**
- **Par HGR, les taux de létalité hospitalière globale et après 48 heures d'hospitalisation.**
- **Par HGR, le montant moyen de la contribution du patient par type de forfait (tarifs facturés au patient) et le % des recettes que représente cette contribution.**
- **Par HGR, le % de patients envoyés en hospitalisation parmi les patients référés en consultation.**
- **Par ZS, le % de la population de chaque ZS adhérant à une mutuelle de santé.**
- **Par ZS, le nombre et le pourcentage d'accouchements assistés par du personnel professionnel formé.**

3.3.5 Par rapport à l'atteinte du RA N°4 :

« Durant le projet des leçons basées sur des évidences sont tirées de l'expérience et alimentent le niveau intermédiaire et le niveau central du MSP ».

- **Le nombre de missions de supervision effectuées par le niveau central.**
- **Le nombre d'études de coûts réels réalisées.**
- **Le nombre d'études sur la capacité à payer réalisées.**
- **Le nombre de sujets de réflexion faisant parti d'un dialogue politique sectoriel au niveau central auxquels le projet donne une contribution majeure.**

Au démarrage du projet, les valeurs de base pour ces indicateurs seront explicités.

A ces indicateurs de résultats, se rajoutera **l'ensemble des indicateurs d'activités** mesurant les réalisations du projet. Ces derniers indicateurs permettront de démontrer que ce qui est planifié a bien pu être réalisé (se référer au Cadre Logique en annexe pour le détail de ces indicateurs d'activités).

Dans la récolte des informations, une attention particulière sera prêtée aux informations désagrégées par sexe.

Les **sources de vérification** sont variées mais comprennent au moins :

- Les registres SNIS (CS et HGR);
- Les rapports annuels et trimestriels des ECP et ECD;
- Les rapports produits par l'AT ;
- Les visites d'inspection et de contrôle par le niveau central et intermédiaire;
- L'ensemble des outils de collecte d'informations mis en place par le projet.

Ces indicateurs seront rapportés et analysés chaque trimestre suivant les canaux habituels de circulation de l'information.

L'évaluation finale donnera le niveau de variation de ces indicateurs en tirant de leçons des réussites et échecs. Organiser un « baseline study » proprement dit n'est pas nécessaire puisque tous ces indicateurs étaient déjà suivis dans les ASSNIP précédents. Les responsables du projet feront néanmoins au démarrage du projet un inventaire des indicateurs existants et établiront les valeurs de démarrage.

3.4 Hypothèses, conditions préalables et risques

Les hypothèses politiques suivantes sont faites par rapport à la réussite du projet :

- Le contexte politico-militaire demeure stable ; en particulier il ne provoque aucun changement de nature à induire une interruption de la coopération ;
- La situation socio-économique s'améliore avec comme corollaire une amélioration du pouvoir d'achat de la population ;
- L'engagement de l'Etat dans le financement de la santé est significatif et s'accroît ;
- L'Etat remplit ses engagements de cofinancement du projet (en exonérant par exemple les formations sanitaires des factures d'eau ou d'électricité) ;
- Il existe une négociation entre les ZS impliquées dans le projet et les représentants de l'Armée congolaise sur les modalités de remboursement

des frais de soins prodigués gratuitement aux familles des hommes en uniformes.

- Une actualisation des conventions entre l'état congolais et le secteur confessionnel.
- Le processus de réforme de la fonction publique se poursuit ;
- Le processus de décentralisation territoriale se poursuit avec la mise en application pratique des prescriptions de la Constitution ;
- Le processus de réforme du secteur de la santé se poursuit.
- Les modalités de poursuite de l'appui aux administrations et structures de soins appuyés par le projet sont identifiées par l'Etat pour la période allant au-delà de 2013.

D'un point de vue plus technique par rapport aux administrations et structures de soins appuyés dans la province, les hypothèses sont :

- Mise en place dans les délais prévus du cadre organisationnel de la DPS en quatre métiers ;
- La présence d'un plan de développement consolidé qui tient compte des ressources qu'on peut mobiliser, et qui est adopté par le Conseil d'Administration.
- Les différents partenaires au niveau provincial et local intègrent leurs activités dans le PPDS dans une logique horizontale s'orientant vers un SWAP provincial ;
- Recrutement indépendant et transparent du personnel de l'ECP (en fonction de critères objectifs) ;
- Pas d'affectation non justifiée de personnel dans les formations sanitaires et ITM ; pas d'interférences dans l'affectation du personnel ;
- Stabilité du personnel en place dans les ECP, ECZ, HGR et CS appuyés;
- Pas de siphonage de fonds de recettes de formations sanitaires vers l'administration hiérarchique (gestion transparente des fonds de la ZS et redistribution intégrale aux formations sanitaires selon des critères objectifs) ;
- Volonté avérée de faire participer les représentants de la communauté, les collectivités locales et la société civile à la gestion des formations sanitaire.

D'un point de vue de l'offre de service, les hypothèses sont :

- Il existe une offre de service locale adéquate en matière de travaux de réhabilitation construction et d'études préparatoires ;
- Le réseau FEDECAME/ CDR est fonctionnel.

4 Ressources

4.1 Ressources financières

4.1.1 Présentation du budget

EUROS	Budget phase de consolidation Bas Congo	2.012		2.013	
		S1	S2	S1	S2
		Budget total	7.633.000	813.750	1.350.250
Objectif spécifique : Consolider le système de santé du Bas-Congo	6.615.000	589.500	1.126.000	2.019.333	2.880.167
R1: L'ECP est fonctionnelle et placée dans les conditions optimales pour piloter la mise en œuvre du PPDS	269.067	41.017	41.017	93.517	93.517
Appui au fonctionnement/ encadrement de l'ECP,	164.067	41.017	41.017	41.017	41.017
Appui en réhabilitation et équipement (y inclus véhicule)	105.000			52.500	52.500
R2: Les équipes cadres en place dans les ZS de Lukula, Boma, Kisantu, Nselo et Ngidinga assurent l'encadrement des formations sanitaires	390.433	92.608	112.608	92.608	92.608
Appui au fonctionnement des ECZS	370.433	92.608	92.608	92.608	92.608
Appui en réhabilitation et équipement	20.000		20.000		
R3 Dans les deux ZS de Boma, Lukula, Kisantu, Nselo et Ngidinga, l'HGR et un nombre limité de CS, sont rationalisés	5.760.000	407.000	923.500	1.784.333	2.645.167
Travaux/ Equipements CS (y compris étude et suivi)	729.000		91.125	243.000	394.875
travaux / Equipements HGR (y compris étude et suivi, véhicules)	3.403.000		425.375	1.134.333	1.843.292
Appui au fonctionnement des HGR y inclus audits financiers	1.300.100	325.025	325.025	325.025	325.025
Appui au fonctionnement des CS y inclus appui aux CDR et renforcement capacités	163.900	40.975	40.975	40.975	40.975
Appui Mutuelles	89.000	22.250	22.250	22.250	22.250
Appui ITM	75.000	18.750	18.750	18.750	18.750
R4 Durant le projet des leçons basées sur des évidences sont tirées de l'expérience par le niveau central du Ministère de la santé publique	195.500	48.875	48.875	48.875	48.875
Appui à la réflexion au niveau opérationnel	170.500	42.625	42.625	42.625	42.625
Appui à la capitalisation nx intermédiaire et central	25.000	6.250	6.250	6.250	6.250
Réserve budgétaire	40.000	10.000	10.000	10.000	10.000
	40.000	10.000	10.000	10.000	10.000
Moyens généraux	978.000	214.250	214.250	274.750	274.750
AT LT International, AT LT National (Phase de Pont) et CT international	600.000	150.000	150.000	150.000	150.000
frais de fonctionnement AT	73.000	18.250	18.250	18.250	18.250
Evaluation finale + audits projet + backstopping	50.000	12.500	12.500	12.500	12.500
RAF 2/5 placé à la CAG	134.000	33.500	33.500	33.500	33.500
Appui fonctionnement CAG	121.000			60.500	60.500

(ITM = Institut Technique Médical)

4.2 Notes explicatives du budget

4.2.1.1 D'un point de vue général

Répartition entre budget de l'action et moyens généraux

Au niveau de l'ASSNIP Bas-Congo, **87% du budget total est consacré aux activités contre 13% pour les moyens généraux.**

Répartition entre Résultats Attendus

Du point de vue de la répartition par Résultats Attendus, **la plus grande partie des fonds (76%) est consacrée au Résultat N° 3** (ceci est dû à un investissement important consenti à ce niveau, mais également au fait que le projet assurera aussi jusqu'à la fin du projet le subventionnement des soins dans les HGR appuyés).

Les enveloppes réservées à l'encadrement par l'ECP (RA N° 1) et par les ECZ (RA N° 2), sont faibles par rapport à l'enveloppe réservée au RA N° 3 (respectivement 3,5% et 5 %).

Enfin, l'enveloppe réservée à la capitalisation (2,5%) apparaît faible mais non négligeable. Ceci s'explique entre autres par le fait qu'à ce niveau est inclus de l'assistance technique court terme permettant la réalisation de ce résultat.

Proportion investissement / fonctionnement

La proportion du budget total consentie en investissements est d'environ 53% (respectivement 40%, 4% et 71% pour les RA N° 1, 2 et 3 ; 0% pour le RA N° 4).

Le faible niveau d'investissements sur le RA N° 2 s'explique par le fait que pour l'ECZ un investissement assez important a d'ores et déjà été consenti lors des précédentes phases de l'ASSNIP. L'investissement planifié à ce niveau sur cette tranche du projet, concerne quasi exclusivement l'achat de véhicules ou d'ambulances.

71% du budget réservé au RA N° 3 est consacré à l'investissement ce qui démontre que l'investissement prévu dans les HGR, est conséquent.

Coût de l'assistance technique

L'assistance technique long terme (en dehors du RAF) mise en place par le projet représente environ 7,5% du budget total, ce qui est faible par rapport à d'autres projets équivalents.

Cette AT comprend :

- Une AT Long terme internationale santé publique avec une grande expérience en gestion de changement
- Un AT long terme Architecte ou équivalent pris en charge à hauteur de deux tiers par le projet ASSNIP Bas Congo (le tiers restant est pris en charge par le Projet ASSNIP Kisangani ; la répartition entre Kisangani et le Bas-Congo a été faite par rapport à une estimation grossière des volumes d'investissements consentis de part et d'autre).

Les frais de fonctionnement pour l'AT (ligne budgétaire Z3) portent principalement sur lesx frais de déplacement et frais bureautiques. Le loyer de son bureau sera couvert par le partenaire local comme stipulé dans le paragraphe concernant la contribution locale.

Appui à la CAG

Cette enveloppe doit servir à couvrir divers frais de fonctionnement supportés par la CAG, ainsi que des ressources humaines nationales (chauffeur, comptable, secrétaire-caissier). Compte tenu du fait que cette structure est en cours de construction au moment de la rédaction du DTF, le détail des coûts imputables sur cette enveloppe ne peut pour l'heure être connu. Une concertation entre la CAG et les principales parties prenantes du projet permettra au démarrage de celui-ci de définir précisément l'usage qu'il y a lieu de faire de cette provision (validation par une SMCL).

Il est prévu aussi un Responsable Administratif et Financier pour assurer le renforcement des capacités et la gestion administrative et financière au niveau de la CAG.

Audits, backstopping, évaluation

Un audit financier (15750 euro), 2 missions de backstopping (8000 euro) et une évaluation finale (19250 euro) sont prévus. Il est également prévu une contribution annuelle de 3500 euro (7000 euro pour 2 ans) pour participer aux audits internationaux de la qualité des médicaments organisés par le réseau internationale d'assurance qualité des médicaments, nommé Quamed.

Réserve

Du fait de sa durée courte, la réserve sur ce projet est peu importante.

4.2.1.2 D'un point de vue spécifique

RA N°1 : Budget de fonctionnement des ECP

Le budget prévu à ce niveau comprend non seulement le fonctionnement de l'Equipe Cadre Provinciale à proprement parler (y compris de l'équipe basée à l'antenne de Kisantu) mais également les primes aux encadreurs provinciaux sélectionnés pour former ces équipes. Le tout correspond à un budget moyen total d'environ 5500 euros par mois pour l'appui à la DPS et à son antenne de Kisantu.

L'appui à la coordination est également inclus dans cette ligne (organisation des Comités de Pilotage Provinciaux, de revues provinciales ou financement du travail des groupes thématiques, ...).

Les barèmes utilisés pour le paiement des primes au personnel se baseront sur la législation nationale en prenant en compte par ailleurs l'ensemble des salaires, primes et émoluments d'ores et déjà reçus par le personnel primé par l'ASSNIP, l'objectif étant de compléter la rémunération des cadres de l'ECP, pour se rapprocher sans le dépasser du barème SMIG.

RA N°2 : Budget de fonctionnement des ECZ

Le budget prévu à ce niveau comprend non seulement le fonctionnement des ECZ à proprement parler (5 ZS au total) mais également les primes aux encadreurs de ZS. Ce

budget naturellement comprend les primes, le carburant pour effectuer les supervisions et le fonctionnement courant ;

Les barèmes utilisés pour le paiement des primes au personnel se baseront sur la législation nationale, l'objectif étant de compléter la rémunération pour se rapprocher sans le dépasser du barème SMIG.

RA N°3 : Budgets d'investissements dans les HGR et CS

Ces budgets prévoient à la fois (i) la réalisation des travaux, leur préparation et leur suivi (financement des Bureaux d'Etudes en charge de préparer les DAO et d'exécuter le suivi des travaux pour les HGR et CS sélectionnés pour la réhabilitation ou la construction) et (ii) l'acquisition pas voie d'appel d'offre d'équipements biomédicaux. N'est cependant pas inclus dans cette ligne budgétaire, le coût de l'assistance technique qui est repris au chapitre « Moyens Généraux », ligne AT.

Les arbitrages devant mener à la liste des bâtiments à construire ou réhabiliter et aux listes d'équipements seront de toute façon à réaliser à partir de la planification hospitalière faite au préalable (comprenant PEH, PDI et Plan d'équipement et de maintenance). Ceci permettra de définir au mieux la part à consacrer aux travaux et celle à consacrer à l'équipement.

RA N°3 : Budget de fonctionnement des HGR

Le budget prévu à ce niveau permet un subventionnement des soins et entrera donc dans la comptabilité de l'HGR sous forme de subvention. Comme détaillé dans le chapitre planification, il est possible avec ce budget, d'envisager (i) soit une subvention directe au fonctionnement de l'hôpital (virements bancaires périodiques sur le compte de l'HGR) (ii) soit la mise en place d'une ligne de crédit à la CDR de rattachement permettant à l'HGR de disposer de MEG gratuits à son niveau (virements bancaires périodiques sur le compte de cette dernière, puis livraison gratuite par la CDR aux HGR concernées).

Est également prévu sur cette ligne, la réalisation d'audits permettant de s'assurer de qualité de la gestion de l'HGR subventionné. Une gestion parfaitement saine est la condition sine qua non du passage d'un type de subventionnement à l'autre.

RA N°3 Budget de fonctionnement des CS

Le budget prévu à ce niveau correspond à des dotations initiales en médicaments pour les CS qui seront réhabilités ou construits ainsi qu'à un appui indirect à la CDR de Kisantu sous forme de lignes de crédits pour dotation initiale d'un stock de médicaments de démarrage dans les CS qui s'inscriront dans le processus de rationalisation dans les ZS de Nselo et Ngidinga.

RA N°3 : Appui aux mutuelles

Un appui aux mutuelles sous forme non pas de subventionnement des soins aux mutualistes mais d'appui au fonctionnement courant de la mutuelle existante (Kisantu) ou à créer est à envisager.

RA N°3 : Appui à l'ITM de Kisantu

En ce qui concerne la région précédemment couverte par l'ASSNIP 3 et eu égard aux engagements pris, on prévoit en plus de l'appui classique, un appui à l'Institut Technique Médical de Kisantu dont le niveau de qualité de la formation a été reconnu lors du dernier recensement et qui est le seul ITM du Bas Congo à être repris dans le programme de l'APEFE.

RA N°4 : leçons à tirer du projet

Cette rubrique budgétaire doit permettre (i) l'appui à la réflexion au niveau opérationnel et (ii) la capitalisation de l'expérience par les différents niveaux.

Dans le cadre de la première activité seront donc financées différentes missions du niveau central vers le niveau opérationnel ainsi que les différentes interactions inhérentes à ce genre de réflexion (atelier d'échanges, mission à l'extérieur de la province...). Cette même ligne budgétaire permettra aussi la prise en charge des missions d'assistance technique ponctuelles ou perlées pour l'amélioration de l'efficacité de cette réflexion.

La deuxième activité permettra la mise en œuvre des ateliers de rédaction, des voyages d'échanges ainsi que et la réalisation des études planifiées par les niveaux intermédiaires et opérationnels (y compris carburants, reprographie ou recrutement de personnel d'appoint pour réaliser les enquêtes ou dépouiller les questionnaires).

4.2.2 Contributions congolaises à l'intervention

Le budget de la contribution congolaise est composé des rubriques ci-dessous :

- Mise à disposition des locaux pour les AT au niveau de la DPS et de son antenne, estimée sous forme de charge locative à 1500 euros par mois x 24 mois = 36.000 euros;
- Les salaires toutes charges comprises des cadres clefs compétents impliqués directement (au niveau des ZS et de la DPS) dans ce projet et ce, y inclus le personnel médical complémentaire pour favoriser un bon fonctionnement des zones sanitaires): 380 000 euros ;
- Le paiement des factures de consommation d'eau et d'électricité aux formations sanitaires dans les 5 ZS sera pris en charge par la partie congolaise.

4.3 Ressources Humaines

4.3.1 Personnel National

L'Etat congolais s'engage, pour la durée du projet, à assurer la présence de personnel compétent et motivé aux postes clés dans les 5 ZS, la DPS et son antenne, les CS et les services appuyés dans les HGR. Il est bien entendu que tout recrutement de nouveau personnel des Equipes Cadres (déjà créées ou à créer ; ECZ ou ECP) se fera par l'intermédiaire d'une sélection transparente (recrutement de personnel de la fonction

publique par un concours interne comprenant au minimum : publication officielle, lettre de motivation, épreuve écrite et entretien.

On ne prévoit a priori pas de recrutement complémentaire pour les cinq ECZ déjà appuyées. Si l'on excepte les éventuels renouvellements de personnel, il s'agira donc de procéder au recrutement de dix cadres pour former l'équipe Cadre de la Province du Bas-Congo (y compris le personnel cadre de l'antenne de Kisantu)⁸. Le profil de compétence requis de ce personnel sera déterminé durant la phase de pont.

Il s'agit de surcroît de recruter un groupe de personnel complémentaire (secrétaire, chauffeurs...), groupe dont la composition sera précisément déterminée au démarrage de cette phase du projet.

4.3.2 Assistants techniques internationaux:

Les AT n'ont pas de rôle exécutif ou de substitution: Ils sont mis à la disposition des acteurs du système de santé pour le renforcement de leurs capacités et/ou la mise en place de systèmes/instruments/procédures. Ils accompagnent en tant que conseillers le processus de changement. A ce titre là l'assistance technique internationale santé publique sera ancrée au niveau de la DPS de Matadi (l'expert recruté officiera dans le bureau mis à la disposition par la DPS à Matadi).

4.3.2.1 Assistance Technique santé Publique

Le projet fera appel à un seul expert santé publique long terme : cet AT qui débutera son activité au démarrage de la phase de consolidation, devra par ailleurs posséder une connaissance en gestion de projets du même type.

Position, localisation et durée	Tâches principales
<p>AT long terme international en santé publique avec grande expérience en gestion de changement</p> <p>Ancrage : DPS Matadi</p> <p>24 mois</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Coordonnateur de l'assistance technique ; • Appui institutionnel au niveau intermédiaire ; renforcement du MIP et de l'ECP sur les questions d'encadrement des ZS. • Appui technique au MIP pour tout ce qui concerne l'aspect financier (tarification, subventionnement des soins, gestion des lignes de crédits, études). • Appui technique du MIP pour tout ce qui concerne la capitalisation de l'expérience. • Appui à l'encadrement technique et gestionnaire des 5 ZS et des formations sanitaires dans le domaine de la qualité des soins, de la gestion administrative, financière et du MEG • Appui ponctuel aux HGR pour tout ce qui concerne la planification du développement des HGR

⁸ On doit noter que le MIP ainsi qu'une personne déjà recrutée à Kisantu (le futur chef d'antenne), font de facto partie de l'équipe cadre provinciale

	<ul style="list-style-type: none"> • appui à l'intégration effective des programmes verticaux • appui à l'intégration de la SSR et le VIH
--	---

4.3.2.2 Assistance Technique en Architecture / planification et suivi des marchés publics et travaux

Position localisation et durée	Tâches principales
AT Long terme international en Architecture ou ingénieur en construction 2/3 temps sur le Bas Congo Ancrage CAG Kinshasa, 24 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinateur de la préparation des DAO de travaux, de leur lancement et de leur attribution • En charge d'assurer le contrôle de la qualité du travail des BET recrutés pour l'élaboration des DAO de travaux pour les HGR et CS sélectionnés • Coordinateur de la mise en œuvre des divers travaux planifiés dans les HGR et les CS sélectionnés • En charge d'assurer le contrôle de la qualité du travail des BET recrutés pour le suivi de l'exécution des divers travaux réalisés.

4.3.2.3 Assistance Technique Court terme ou perlée

Pour des besoins spécifiques, une contribution à une enveloppe nommée 'appui technique et de capitalisation' est prévue pour faire appel à des experts nationaux ou internationaux dans le cadre de missions court terme ponctuelles ou perlées. D'un point de vue budgétaire, cette contribution est incluse dans la ligne A_04_01 (« Appui à la réflexion au niveau opérationnel »)

Cette provision permettra de réaliser

- Des missions visant la capitalisation de l'expérience ;
- Des missions visant l'appui méthodologie à la préparation, la réalisation et l'analyse des études spécifiques ;
- Eventuellement des missions plus spécifiques comme par exemple celles qui concernent l'élaboration voire le dépouillement des appels d'offres d'équipement biomédical.

4.4 Ressources matérielles

4.4.1 Tableau indicatif et explicatif des investissements à consentir par priorités et catégories

RA	Objectifs	Montant estimatif (euros)
N°1 (ECP)	Réfection des bureaux de l'ECP et son antenne, mobilier et équipement bureautique	25.000
	2 véhicules 4X4 pour l'ECP (et son antenne)	80.000
N°2 (ECZ)	Complément de réfection bureau des ECZ, mobilier et équipement bureautique	20.000
	Véhicules pour les ECZ (OU HGR) de Lukula, Boma, Kisantu, Nselo, et Ngidinga	195.000
N°3 (CS)	Réhabilitation et équipement d'au moins un CS dans la ZS de Boma	150.000
	Réhabilitation et équipement d'au moins un CS dans la ZS de Lukula	150.000
	Réhabilitation et équipement d'au moins un CS dans la ZS de Kisantu	120.000
	Réhabilitation et équipement d'au moins un CS dans la ZS de Nselo	160.000
	Réhabilitation et équipement d'au moins un CS dans la ZS de Ngidinga	160.000
N°3 (HGR)	Réhabilitation et équipement de l'HGR de Boma	550.000
	Réhabilitation et équipement de l'HGR de Lukula	350.000
	Réhabilitation et équipement de l'HGR de Kisantu	1.800.000
	Réhabilitation et équipement de l'HGR de Nselo	300.000
	Réhabilitation et équipement de l'HGR de Ngidinga	355.000

Cette liste n'est qu'indicative et sera adaptée/précisée/validée en fonction des plans de développement lors du démarrage du projet.

4.4.2 Tableau de l'inventaire du matériel roulant existant

Véhicule	Affectation	Etat
Toyota Landcruiser	HGR Boma	Mauvais
Toyota Landcruiser	ECZ Boma	Bon
Toyota Landcruiser	HGR Lukula	Mauvais
Toyota Landcruiser	ECZ Lukula	Bon
Toyota Landcruiser	HGR Kisantu	Bon
Toyota Landcruiser	ECZ Kisantu	Bon
Toyota Landcruiser	HGR Nselo	Bon
Toyota Landcruiser	ECZ Nselo	Bon
Toyota Landcruiser	HGR Ngindinga	Bon
Toyota Landcruiser	ECZ Ngindinga	Bon

Une liste exhaustive des investissements réalisés pendant la phase précédente se trouve en annexe 7.6.

5 Modalités d'exécution

5.1 Cadre légal et responsabilités administratives

Le cadre légal sera fixé par la Convention Spécifique relative au projet « PROJET D'APPUI AU SYSTEME DE SANTE AUX NIVEAUX INTERMEDIAIRE ET PERIPHERIQUE (ASSNIP) DANS 5 ZONES DE SANTE DU BAS-CONGO: PHASE DE CONSOLIDATION DES ACQUIS » .

Cette convention est à signer entre le Royaume de Belgique et la République Démocratique du Congo à l'issue du processus de formulation du projet.

Le Dossier Technique et Financier, établi lors de la formulation, sera annexé à cette Convention.

5.2 Responsabilités administratives et techniques

Conformément aux procédures de la coopération belgo-congolaise en vigueur en République Démocratique du Congo, le projet sera mis en œuvre en régie par la CTB en concertation avec l'ensemble des partenaires concernés et plus particulièrement avec le Ministère de la Santé Publique.

5.3 Structures d'exécution et de suivi

5.3.1 La Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL)

Les parties conviennent de créer, dès la signature de la convention spécifique, une Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL).

La Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL) assurera une supervision générale de l'exécution de la prestation de coopération et prendra, sur la base des différents rapports et recommandations, toutes les mesures nécessaires à une adaptation du dossier technique et financier (DTF) sans toutefois modifier l'objectif spécifique, la durée et le budget global de la prestation.

5.3.1.1 Compétences et attributions

La SMCL aura comme attributions de :

- Superviser l'exécution des engagements pris par les Parties ;
- Apprécier l'état d'avancement du programme et l'atteinte de ses résultats sur la base des rapports d'exécution du projet ;
- Approuver les plans d'activités du projet;
- Approuver les ajustements ou les modifications éventuels des résultats intermédiaires, tout en respectant l'objectif spécifique et l'enveloppe budgétaire fixés par la Convention Spécifique et veiller à la faisabilité de l'ensemble des actions ;
- Résoudre tout problème de gestion des ressources humaines, évaluer conjointement la compétence et les prestations des différents personnels mis

à disposition du projet et prendre toute mesure d'encouragement ou de corrections nécessaires ⁹;

- Résoudre, pour le bon déroulement du projet, tout problème de gestion qui se poserait, relatif aux ressources financières ou matérielles ;
- Faire des recommandations aux autorités compétentes des deux Parties, notamment en ce qui concerne le contrôle et l'évaluation ;
- Superviser la clôture du projet et approuver le rapport final ;
- Approuver le rapport final et clôturer le programme/projet.

5.3.1.2 Composition

La composition de SMCL sera la suivante :

-
- Le représentant du Ministère de la Santé Publique du niveau central;
- Un représentant du Gouvernorat de la Province concernée ;
- Le représentant du Ministre Provincial ayant la Santé dans ses attributions ;
Président de la SMCL ;
- Le représentant résident de la CTB ou son délégué.

Selon l'agenda de la réunion de la SMCL, toute autre personne qui apporte une contribution au projet peut être invitée en qualité d'observateur ou d'expert.

Les membres du COMPAR ne seront pas membres des SMCL. Toutefois, chaque partie désignera un membre du COMPAR pour participer à la première réunion des SMCL de démarrage des projets. La SMCL peut décider, à la demande d'une de ses parties, d'inviter un ou plusieurs membres du COMPAR à la réunion d'une SMCL. Une visite de terrain au moins une fois par an pourra les concerner.

5.3.1.3 Mode de fonctionnement

- La SMCL établit son règlement d'ordre intérieur dans le respect des autres dispositions de la Convention Spécifique. Il est officiellement approuvé lors de la première SMCL du projet ;
- La SMCL est convoquée et présidée par le représentant du Ministre Provincial ayant la Santé dans ses attributions;
- La SMCL se réunit ordinairement chaque semestre sur invitation de son président ou de façon extraordinaire à la demande d'un membre ;
- Elle prend ses décisions selon la règle du consensus ;

⁹ Ceci vise en particulier les mesures de « protection » des zones d'intervention, telle que ce concept est défini dans le rapport (point ...)

- Chaque réunion fait l'objet d'un procès-verbal signé par le Président de la SMCL pour la partie Congolaise et le représentant de la CTB pour la partie Belge ;
- La SMCL tient également une réunion au plus tard trois mois avant la fin des activités du projet afin d'examiner la proposition de rapport final rédigé selon les normes de la CTB et d'assurer les formalités de clôture ;
- Le secrétariat de la SMCL est assuré par la direction du projet.

5.3.2 Mécanismes de coordination et gestion

5.3.2.1 Mécanisme de coordination technique

La coordination technique du projet est assurée conjointement par le MIP et l'ATI d'une façon transparente et concertée.

En vue de la complémentarité et afin de favoriser les synergies entre les projets financés par la coopération belge dans le secteur de santé, plus d'attention doit être accordée aux mécanismes de coordination technique. Il s'agit donc de faciliter :

- la gestion de la coordination¹⁰ de tous les aspects des projets ;
- l'initiation pour la préparation et la tenue des réunions des SMCL ;
- la garantie que le contenu¹¹, la qualité, le timing et le coût répondent aux objectifs initialement définis ;
- la gestion globale des risques ;
- la préparation et la coordination des contributions locales et des modalités opérationnelles des formulations au sein du secteur ;
- un input en ce qui concerne le suivi du secteur dans le cadre du PIC (programme indicatif de coopération).

La responsabilité pour la coordination technique des projets relève au premier lieu au Ministère de santé publique. Il sera assisté dans ce rôle par les Assistants Techniques internationaux qui appuient les directions au niveau national (DEP, DLM, CDR).

Une réunion de coordination trimestrielle entre tous les volets (appuis décentralisés càd les ASSNIP et appuis au niveau national càd DEP, DLM, CDR) sera prévu. Elle sera présidée par le Ministère.

¹⁰ Gestion de la Coordination : comprend les activités nécessaires pour la coordination des divers processus et activités de gestion et de portefeuille. Cette coordination consiste à faire les choix nécessaires en matières de concentration des ressources, à anticiper les problèmes potentiels, à traiter ces problèmes avant qu'ils atteignent un seuil critique et à coordonner le travail pour le bénéfice des projets et du portefeuille. L'effort de coordination consiste également à faire des compromis entre des objectifs et des alternatives en concurrence.

¹¹ Contenu : les résultats du projet et tout le travail nécessaire pour les atteindre.

- Compréhension partagée de la vision sur le développement du secteur, les paradigmes, concepts, les DTF....
- Échange d'information et partage des expériences
- Peer-review entre tous les appuis belges
- Restitution des séminaires, missions ...
- Contribution à l'identification et développement des DTF/PIC, et aux TDR des évaluations, TDR de l'appui scientifique...
- Forum pour des débriefings des missions externes
- Coordination de la capitalisation de la réflexion au sein des différents appuis, en particulier celle à travers l'appui scientifique et appui technique perlée/ponctuelle
- Synergie opérationnelle entre appuis

5.3.2.2 Mécanisme de gestion administrative et financière

Afin de faire face à la croissance importante des activités de la CTB en RDC et d'atteindre une plus grande efficacité dans la mise en œuvre des prestations, les processus de gestion et d'intervention en RDC ont été redéfinis depuis début 2008.

Ainsi, au niveau de secteur de la Santé en RDC, un regroupement des projets a eu lieu pour optimiser la gestion de l'ensemble. Cette unité de gestion était localisée au niveau de la représentation de la CTB. Il est maintenant prévu de progressivement transférer ces tâches administratives et financières vers la Cellule d'Appui et de Gestion (CAG) qui a récemment été créée au sein du Ministère de la Santé Publique (MSP). Le délai maximum pour ce transfert est fixé au 30 juin 2012. Ceci cadre dans un souci d'alignement aux structures nationales et de pérennisation.

Cette approche permet de dégager les avantages suivants :

- Elle génère des économies d'échelles pour certaines fonctions d'appui aux projets ;
- Elle permet à l'équipe d'exécution du projet de se concentrer en première instance sur la responsabilité première d'atteinte des résultats prévus par le projet ;
- Elle donne à chacun une spécialisation dans son domaine de compétence.

Afin d'appuyer la CAG dans la réalisation des tâches administratives et financières, un Responsable Administratif et Financier (RAF) sera mis à disposition. Il travaillera sous la supervision directe de l'ATI et sera chargé, avec son équipe, de garantir une gestion optimale des processus administratifs et financiers des projets au sein du secteur Santé. Par sa présence à la CAG, le RAF contribuera au renforcement des capacités de gestion

financière et administrative de la CAG par un encadrement rapproché et un suivi quotidien. Dans le but de favoriser le transfert des compétences, il participera à la formation d'un homologue identifié au sein de la CAG avec lequel il travaillera en étroite collaboration. Le RAF sera également chargé d'encadrer l'équipe de gestion administrative et financière composée d'un Project Financial Officer (PFO). Ensemble ils assureront la gestion administrative et financière conformément aux dispositions reprises au point 5.5 et 5.6 du présent DTF.

5.3.3 Réhabilitations et marchés publics

Le projet prévoit une enveloppe importante de réhabilitation d'infrastructure sanitaire. Pour guider ces travaux une personne de profil architecte ou Ingénieur Bâtiment Travaux Public est prévu. La personne travaillera à raison de deux tiers temps sur la planification technique et le suivi des constructions/ réhabilitations à réaliser dans l'ASSNIP Bas-Congo, 1/3 sur l'ASSNIP Kisangani.

Puisque à l'avenir il est prévu que ce soit la CAG qui sera chargée de la préparation et l'exécution des marchés publics, il est proposé de baser cette assistance technique au sein de cette structure afin de la permettre de développer des compétences dans ce domaine.

5.4 Modalités financières de mise en œuvre de la contribution des parties

5.4.1 Contribution de la Partie Congolaise

Les obligations et participations financières de la Partie congolaise, telles que prévues par la Convention Spécifique (CS) et le Dossier Technique et Financier (DTF) qui fait partie intégrante de la Convention, sont essentielles pour la réalisation des objectifs (global et spécifique) du projet. Leur inexécution, même partielle, pourra entraîner, après notification officielle, la suspension partielle ou totale des apports belges.

La Partie congolaise s'engage dès lors à tout mettre en œuvre pour assurer le succès du projet de coopération. Notamment :

5.4.1.1 Concernant la mise à disposition de locaux pour le projet

Pendant la première phase du projet des investissements ont été faits pour réhabiliter et équiper des bâtiments au sein de la DPS. Ces locaux et l'équipement restent disponibles pour les phases de transition et consolidation du projet.

5.4.1.2 Concernant l'exécution et le financement du projet

La Partie Congolaise s'engage :

- à prendre les dispositions institutionnelles, administratives et budgétaires requises afin de garantir le bon déroulement du projet ;
- à n'utiliser en aucun cas la contribution belge au paiement d'impôts ou autres charges publiques, ni à l'apurement des droits d'entrée prévus par la législation de la République Démocratique du Congo.

Ceci implique entre autres :

- l'exonération de tout impôt, droits de douanes, taxes d'entrée et autres charges fiscales ou administratives sur les fournitures, travaux et projets de service faisant l'objet de la contribution belge au projet ;
- l'autorisation par la direction des douanes d'utiliser la procédure « d'enlèvement d'urgence » ;
- d'assurer la libre circulation des membres de l'assistance technique belge et du personnel mandaté par celle-ci sur l'ensemble du territoire national, à leur faciliter l'obtention des visas et permis nécessaires à leur entrée, séjour et sortie de la République Démocratique du Congo ;
- d'accorder aux organismes et personnes congolais et expatriés œuvrant dans le cadre du Projet toutes les facilités nécessaires à l'accomplissement des tâches qui leur sont confiées ;
- d'assurer la maintenance des bâtiments des structures soutenus et les salaires du personnel au sein de ces structures ;
- de maintenir le matériel acquis avec les moyens du projet au sein de celui-ci ;
- de faciliter l'accès à toute documentation utile ou nécessaire pour l'exécution des activités ;
- de faciliter auprès de tous les services concernés les démarches nécessaires pour le bon déroulement du projet.

5.4.1.3 Concernant le personnel national

La Partie Congolaise s'engage :

- à laisser ou à mettre à la disposition du projet le personnel nécessaire à sa réalisation au sein de chaque structure soutenue, étant entendu que ce personnel continuera à être rétribué par la République Démocratique du Congo qui en assumera en outre les obligations découlant de leur statut ;
- à prendre toutes les dispositions utiles pour que la qualification professionnelle du personnel nécessaire à la réalisation du projet au sein de chaque structure puisse être évaluée conjointement par les deux parties et à prendre, le cas échéant, toute mesure d'encouragement ou de correction jugée indispensable en la matière ;
- à ne déplacer ou muter du personnel au sein des structures retenues qu'après concertation avec la SMCL.
- à remplacer le personnel au sein des structures retenues en respectant les qualifications requises en fonction des responsabilités au sein du projet.

5.4.1.4 Concernant l'après projet

La Partie congolaise s'engage :

- à prendre les dispositions institutionnelles, administratives et budgétaires nécessaires pour permettre la poursuite des activités au sein des structures retenues dans le cadre de la prolongation éventuelle de l'intervention belge ;
- le cas échéant, à prendre les dispositions institutionnelles, administratives et budgétaires nécessaires pour garantir la poursuite des activités au sein des structures retenues après la cessation éventuelle de l'intervention belge ;
- à veiller à ce que les équipements et matériels acquis dans le cadre du présent projet deviennent propriété de l'état congolais après cessation de l'intervention belge et restent affectés aux structures pour lesquelles ils sont prévus.

Si des infrastructures, équipements ou matériels acquis ou réhabilités dans le cadre du présent projet sont mis à disposition de tierces parties, gestionnaires ou propriétaires à quelque titre que ce soit de ces biens, l'état congolais arrêtera avec ces parties toute disposition appropriée pour la poursuite de leur affectation originelle.

5.4.2 Contribution de la Partie Belge

Les obligations et participations financières de la Partie belge, telles que prévues par la Convention Spécifique (CS) et le Dossier Technique et Financier (DTF) qui fait partie intégrante de la Convention, sont essentielles pour la réalisation des objectifs (global et spécifique) du projet

La contribution de la Partie belge sera mise en œuvre selon le guide de la CTB de la gestion financière des projets en régie. Elle couvrira essentiellement les activités inhérentes à l'atteinte de l'objectif spécifique et sera mise à la disposition du projet sous forme de contribution financière pour le financement des fournitures, travaux et services du projet.

Le budget détaillé et le chronogramme d'exécution de la contribution belge sont repris en annexe.

5.5 Gestion de la contribution belge

La gestion de la contribution belge au projet sera assurée par la CTB en exécution d'une « Convention de Mise en Œuvre (CMO) » conclue entre l'Etat belge et la CTB. La gestion de la contribution financière belge en régie et la mise à disposition des fonds se feront suivant les procédures internes de la CTB.

La réglementation Union européenne relative aux marchés publics sera d'application. L'équipe de gestion administrative et financière logée au sein de la CAG veillera à la bonne conduite des processus de marché public appuyée par l'assistance technique telle que décrite au point 5.3.3.2 en impliquant la CAG afin de répondre au critère de renforcement des capacités.

5.6 Gestion en « régie »

5.6.1 Comptes et pouvoir de signature

Dès la signature de la Convention Spécifique, la CTB ouvrira les comptes dans les institutions bancaires appropriées.

5.6.2 Comptes et mise à disposition des fonds

5.6.2.1 Dépenses avant la signature de la CMO

Afin de faciliter le démarrage du projet, des engagements seront contractés et des dépenses effectuées avant la signature de la CMO. Ceux-ci concernent essentiellement le recrutement de l'assistance technique internationale et de frais d'installation. Les dépenses seront imputées sur les lignes budgétaires Z1 et Z3.

5.6.2.2 Premier transfert

Dès la notification de la Convention de Mise en Œuvre entre l'Etat belge et la CTB, un appel de fonds peut être introduit. Le montant demandé doit correspondre aux besoins des trois premiers mois.

5.6.2.3 Transferts suivants

Afin de recevoir des fonds, le projet doit introduire auprès de la CTB un appel de fonds au début du mois précédant le trimestre suivant. Le montant de l'appel de fonds est égal aux besoins estimés en trésorerie pour le trimestre suivant avec une réserve.

Le transfert de fonds par la CTB se fait au début du trimestre. La CTB peut aussi appliquer un schéma de financement spécifique (paiements en plusieurs tranches ou paiement à la demande).

Le transfert des fonds se fait uniquement à condition que :

- La comptabilité du trimestre précédant l'introduction de l'appel ait été transmise auprès de l'équipe de gestion administrative et financière du projet ;
- La mise à jour de la programmation financière ait été transmise auprès de l'équipe de gestion administrative et financière du projet ;
- Le montant de l'appel de fonds ne soit pas plus élevé que le solde budgétaire.

En cas d'urgence, le projet peut introduire un appel de fonds anticipé en justifiant le besoin.

5.7 Rapportage administratif, comptable et financier

5.7.1 Comptabilité

Mensuellement, la comptabilité doit être élaborée et approuvée selon les procédures de la CTB. La comptabilité doit être signée pour accord par la direction du projet. La comptabilité à envoyer à l'équipe de gestion administrative et financière du projet, comprend un fichier électronique, les pièces justificatives ainsi que les extraits bancaires et états de caisse. La CAG sera impliquée dans le processus financier quotidien afin d'assurer une transparence maximale.

5.7.2 Programmation

Trimestriellement, la direction du projet doit élaborer une programmation financière pour les trimestres suivants et pour le trimestre en cours et les années suivantes. La programmation financière doit être faite selon les procédures de la CTB et doit être envoyée à l'équipe de gestion administrative et financière du projet au sein de la CAG.

5.7.3 Gestion budgétaire

Le budget total ne peut pas être dépassé. Au cas où une augmentation budgétaire serait nécessaire, les mécanismes d'approbation des adaptations au DTF (cfr ci-dessous) doivent être suivis.

Le budget du projet donne les contraintes budgétaires dans lesquelles le projet doit être exécuté. Toute modification budgétaire impliquant un dépassement du volet 'moyens généraux' ou un dépassement des lignes budgétaires de > 10%, ou l'ajout d'une ligne budgétaire doit être approuvé par la SMCL sur base d'une proposition de modification budgétaire élaborée conjointement par la coordination technique et validée par l'équipe de gestion administrative et financière. Des changements en dessous de 10% sont simplement communiqués au niveau d'une prochaine SMCL.

La gestion de changement budgétaire doit être faite selon les procédures de la CTB.

La réserve budgétaire peut uniquement être utilisée pour des activités de projet et après accord de la SMCL. Son utilisation doit toujours être accompagnée d'un changement du budget.

Les engagements doivent respecter les mandats. La direction du projet doit assurer un bon suivi des engagements. Il n'est pas autorisé de prendre des engagements sur base d'un budget non approuvé officiellement.

5.7.4 Suivis financiers

A chaque réunion de SMCL, la direction du projet doit présenter l'information financière suivante :

- Rapport d'exécution budgétaire
- Mise à jour de la programmation financière

- Liste des engagements importants
- Aperçu des soldes bancaires
- Paiements par le siège CTB
- Proposition de changement budgétaire si nécessaire
- Plan d'action lié aux recommandations d'un audit financier

5.8 Rapportages opérationnels

5.8.1 Rapportage à la SMCL

Afin de permettre une bonne information de tous les partenaires concernés par l'exécution du projet, la direction du projet doit établir des rapports de suivi à chaque SMCL. Il s'agit d'un rapport sur l'avancement du projet à soumettre pour discussion et approbation à la SMCL. Cette dernière en tirera les conclusions pour l'orientation ultérieure du projet.

5.8.2 Rapportage annuel

La direction du projet rédigera annuellement, et conformément aux canevas de la CTB, des rapports annuels qui apprécieront le degré de réalisation des résultats intermédiaires et de l'objectif, en se basant sur les indicateurs identifiés à cette fin et présentés dans le cadre logique.

Le rapport annuel est opérationnel et financier et comprend :

- l'examen de l'exécution correcte de la présente convention ;
- 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 efficacité, 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.

Le rapport annuel sera remis au plus tard le 31 mars de l'année qui suit celle sur laquelle il porte, à l'état partenaire et à l'état belge, via la DGD à Bruxelles et l'Attaché de la Coopération internationale dans l'état partenaire.

5.8.3 Rapportage final

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 sera remis au plus tard 6 mois après l'échéance de la Convention Spécifique à l'état partenaire et à l'état belge, via la DGD à Bruxelles et l'Attaché de la Coopération internationale dans l'état partenaire.

5.9 Mécanismes d'approbation des adaptations au DTF

Le DTF peut être modifié par le pays partenaire et la CTB quand cela s'avère nécessaire à l'exception de l'objectif spécifique, la durée et du budget total du programme pour lesquels une éventuelle modification doit se faire par un échange de lettre entre l'état congolais et l'état belge.

Les adaptations au DTF sont discutées et approuvées en SMCL.

Toutefois, la Partie congolaise et la CTB informent la Partie belge des éventuelles modifications suivantes apportées :

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

Un planning financier indicatif adapté est joint le cas échéant.

Cette information se fait de deux manières : via le rapport annuel ou via la transmission du PV de la SMCL.

5.10 Monitoring, évaluation et audit

Le monitoring, l'évaluation et l'audit ont pour but non seulement de contrôler l'exécution technique et financière des activités du projet, mais surtout d'améliorer l'efficacité et l'efficacéité du projet pour qu'il puisse réaliser au mieux ses objectifs.

Les mécanismes suivants seront mis en place.

5.10.1 Monitoring du projet

Le suivi et le monitoring interne du projet seront facilités par la mise en œuvre du système d'information, destiné à mettre à la disposition du projet et de l'ensemble des acteurs, des données sur l'avancement du projet sur base des indicateurs objectivement vérifiables tels que définis dans le cadre logique du projet. L'équipe de projet mettra à jour le baseline existant lors du démarrage du projet.

Les études d'exécution décriront la situation existante et feront office de « baseline study ». Les données qui seront ensuite compilées la première année (dans les 6 premiers mois du projet) constitueront les références du projet qui permettront d'évaluer au terme du projet la performance et de mesurer objectivement l'impact du projet.

La gestion et le suivi quotidien du projet sont confiés à la direction du projet qui composée du MIP et de l'Assistant Technique international.

Le MIP est spécifiquement chargé de mobiliser les partenaires et les bénéficiaires du projet au moment du démarrage de chaque activité, de s'assurer des collaborations nécessaires au sein de l'administration nationale et provinciale, et de tenir informé le Secrétaire Général et les Directeurs au sujet des activités entreprises.

L'Assistant technique est spécifiquement chargé de la programmation des activités et des budgets correspondants, des relations internes de la CTB, de la gestion du personnel d'appui, et de la préparation des rapports périodiques. Il a l'initiative de la mise en œuvre concrète et quotidienne des actions, une fois les programmes semestriels approuvés par la SMCL. Il s'assure du bon déroulement des actions une fois démarrées, et du respect par les intervenants des termes de référence. Il gère les finances du projet et en rend compte à la CTB et à la SMCL.

5.10.2 Evaluation du projet

5.10.2.1 Evaluation mi-parcours (EMP), évaluation finale

Compte tenu :

- de la durée du projet (2 ans),
- des mécanismes multiples de suivis mis en place au profit de ce projet,
- des modalités particulières régiront ses évaluations.

Une évaluation sera effectuée au plus tard trois mois avant la fin du projet. Elle aura pour finalité essentielle de capitaliser les acquis du projet.

Elle répond aussi aux besoins suivants :

- Nécessité d'une validation externe du rapportage vers la SMCL et le bailleur de fonds ;
- Nécessité pour la SMCL et le bailleur de fonds d'un suivi et d'une exécution axée vers les résultats.
- Nécessité de disposer d'un système de contrôle de qualité vis-à-vis du bailleur de fonds.

Les évaluations seront de préférence réalisées de manière conjointe pour l'ASSNIP Bas-Congo et Kisangani.

Le rapport d'évaluation doit être présenté en SMCL afin de juger et déterminer quelles conclusions et recommandations sont retenues.

L'évaluation se fait suivant les procédures internes de la CTB. Elle est confiée à un expert externe sélectionné selon les procédures de la CTB.

Les moyens financiers seront prévus dans le budget du projet.

5.10.2.2 Evaluation DGCD

Dans le cadre du contrat de gestion entre la CTB et le gouvernement belge, le Service public fédéral « Affaires étrangères, Commerce extérieur et Coopération au Développement » peut demander, sur un budget séparé, de faire une évaluation des projets en exécution ou d'accompagner une évaluation mi-parcours ou finale.

5.10.3 Audit

5.10.3.1 Audit projet

Des audits financiers relatifs à la contribution belge se feront régulièrement selon le règlement interne de la CTB. L'audit portera sur la vérification des comptes du projet et sur le contrôle et le respect des procédures. Les moyens financiers seront prévus dans le budget du projet.

La SMCL peut demander des audits complémentaires si elle les juge nécessaire.

La SMCL chargera l'équipe de gestion administrative et financière du projet de l'élaboration des termes de référence et de la sélection du bureau d'audit. Ce bureau devra être certifié selon les standards internationaux et faire preuve d'une totale indépendance.

Le rapport d'audit doit être présenté en SMCL. Si nécessaire, la direction du projet doit élaborer un plan d'action afin d'améliorer les procédures et prouver que les mesures correctives ont été prises.

La cellule audit interne du Ministère concerné peut être associée aux audits. De par ses fonctions, elle sera chargée de veiller à la conformité des procédures internes du Ministère.

5.10.3.2 Audit CTB

Chaque année, les comptes de la CTB sont audités par un collège de commissaires. Dans ce cadre, ils réalisent également des audits de projets. Le comité d'audit de la CTB peut aussi demander qu'un projet soit audité par l'auditeur interne de la CTB.

5.11 Clôture de la prestation

Le délai d'exécution des différentes activités du projet est de 24 mois à compter de la date de signature de la Convention Spécifique. La durée de validité de la Convention Spécifique est de 36 mois.

6 Thèmes transversaux

6.1 Genre

Les femmes – en particulier les parturientes - ont un besoin d'utilisation des services de santé plus élevé que les hommes ; investir sur la santé leur bénéficie donc en priorité. Un soin particulier devra être accordé à l'amélioration de la provision de soins obstétricaux particulièrement dans les HGR appuyés ; cette considération sera notamment prise en compte au moment de l'élaboration des documents de planification hospitalière prévus par le projet (PEH, PDI, Plan d'Equipement).

Le projet stimulera l'implication des femmes dans les organes de prise de décisions telles que les équipes cadres de ZS, et les structures de management des formations sanitaires appuyées. Le projet veillera également à prendre en compte les considérations de genre dans les règles de recrutement du personnel des Equipes Cadre Provinciales. Le projet prendra aussi des initiatives pour éliminer tout type de barrières qui complique l'emploi des femmes dans le secteur de la santé. D'une façon plus générale, l'ASSNIP veillera à la représentativité des femmes (et associations de femmes) au sein de ses organes de gestion représentant la communauté.

La prise en charge des victimes des violences sexuelles¹² fera partie des préoccupations du projet. Il en est de même pour tout ce qui concerne les mutilations génitales et les infirmités consécutives aux accouchements traumatiques (fistules). La chirurgie de qualité au niveau des HGR sera très spécifiquement appuyée et subventionnée, pour garantir l'accessibilité optimale des femmes aux soins de santé de la reproduction et particulièrement à la césarienne.

Dans la récolte des informations une attention particulière sera prêtée aux informations désagrégées par sexe.

6.2 Droits sexuels et santé reproductive/VIH-SIDA

Le projet envisage un renforcement du système de santé qui soit performant et offre des soins intégrés et continus au niveau primaire comme au niveau secondaire. La réduction de la mortalité maternelle, l'augmentation de l'utilisation des CPN et des accouchements assistés, stopper la propagation du VIH/SIDA et l'augmentation du nombre de personnes vivant avec le VIH sous traitement sont des cibles prioritaires à atteindre d'ici à 2015 fixées dans la PNDS. L'intégration effective de la Politique nationale de santé de la reproduction (PNSR, 2008) et du Plan stratégique de lutte contre le VIH et le SIDA du secteur de la santé (PSLS, 2008-2012) dans les plans d'action et leur mise en œuvre sera une question prioritaire dans la mise en œuvre du projet.

En termes pratiques, le projet prévoit l'introduction spécifique de protocoles clinique de prise en charge concernant le diagnostic et la prise en charge des personnes vivant avec

¹² Les autorités de la RDC reconnaissent que les violences sexuelles contre les femmes, n'est pas un problème restreint aux zones de conflit mais un phénomène assez répandu qui touche tout le pays.

le SIDA et de la prévention de la transmission mère-enfant. La synergie avec les démarches du projet d'appui à la DLM sera activement recherchée.

6.3 Droits de l'Enfant

Les enfants constituent, avec les femmes, une proportion importante des usagers des services de santé. L'amélioration de la santé de ces derniers bénéficiera donc directement à cette partie de la population.

Au moment de l'ajustement des tarifs forfaitaires pratiqués dans les CS et les HGR un soin particulier sera donné à rendre plus accessibles les tarifs forfaitaires relatifs à ce groupe cible.

Le projet prendra aussi des initiatives pour faciliter l'accès aux soins de santé des orphelins et les jeunes âgés de 15 à 24 ans. Ces deux groupes ont été identifiés comme des groupes cibles à risque élevé dans le PNSR et le Plan stratégique de lutte contre le VIH et le sida pour lesquelles des mesures spécifiques doivent être développés, comme la gratuité des services de santé ou la provision des services conviviaux des jeunes.

6.4 Environnement

La planification des réhabilitations ou constructions prévues au niveau des structures de soins ciblées par le projet prendra en compte la nécessité de préserver l'environnement ; Il sera prévu, et budgétisé, la mise en place de dispositifs de stockage et de traitement des déchets médicaux.

Par ailleurs dans la mesure où leur cout efficacité est avéré, les options de source énergétique préservant l'environnement seront préférées aux autres alternatives.

6.5 Economie sociale

Ce thème sera prise en compte à travers l'appui au processus de mutualisation dans les Zones de Santé.

En général, la mise en place des stratégies dans les CS de démonstration tiendra explicitement compte des thèmes transversaux. Ceci devra mener à des activités concrètes et innovatrices dans ces CS. A travers les revues par les paires et les supervisions 'en pool', les autres professionnels de santé seront sensibilisés et ces activités graduellement étendues.

7 Annexes

- Annexe 1 : Cadre logique
- Annexe 2 : Budget détaillé
- Annexe 3 : Chronogramme d'intervention
- Annexe 4 : Termes de Référence du personnel
- Annexe 5 Description des intervenants santé au niveau national et local
- Annexe 6 Organigramme de la DPS

7.1 Annexe 1 : Cadre logique

	Logique d'intervention	Indicateurs vérifiables	objectivement	Sources de vérification	Hypothèses
OG	Objectif général : Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans les zones d'intervention dans le cadre global de lutte contre la pauvreté	OMD 3, 4 et 5		Enquêtes EDS, MICS...	<ul style="list-style-type: none"> Le contexte politico-militaire demeure stable et ne provoque aucun changement de nature à induire une interruption de la coopération Une actualisation des conventions entre l'état congolais et le secteur confessionnel. La situation socio-économique s'améliore et entraîne une amélioration du pouvoir d'achat de la population Un engagement significatif de l'Etat dans le financement de la sante
OS	Objectif spécifique : Le système de santé du Bas-Congo est consolidé de manière durable à travers le renforcement de la DPS et des ZS ciblées	<ul style="list-style-type: none"> Taux d'utilisation des services curatifs et préventifs de premier échelon (CS) dans les ZS ciblées Taux d'utilisation des services curatifs de première référence par service (pédiatrie, médecine interne, maternité, chirurgie) dans les HGR des ZS ciblées 		Registres SNIS premier contact et premier niveau de référence Collecte d'informations spécifiques dans les 2 HGR	<ul style="list-style-type: none"> Le processus de réforme du secteur de la santé se poursuit Le processus de réforme de la fonction publique se poursuit Le processus de décentralisation territoriale se poursuit avec la mise en application pratique des prescriptions de la Constitution (passage à 26 provinces, disparition de la fonction "District sanitaire"...)) Pas d'affectation non justifiée de personnel dans les formations sanitaires Les modalités de poursuite de l'appui aux administrations et structures de soins appuyés par le projet sont identifiées par l'Etat
R 1	Résultat Attendu N°1 L'ECP assure l'appui aux ZS et est placée dans des conditions optimales pour piloter la mise en œuvre du PPDS.	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de supervisions réalisées par ZS par l'ECP avec rapport ; Nombre de réunions de l'ECP avec PV Nombre de CPP annuels et de réunions thématiques connexes avec PV 		Rapport de l'ECD; visites d'inspection contrôle par le niveau central (D5 DEP); Rapports des ECZs; rapports de l'AT	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place du cadre organisationnel de la Division Provinciale de La Santé en 4 métiers. Présence d'un plan de développement consolidé et validé par le Conseil d'Administration Les différents partenaires au niveau provincial et local intègrent leurs activités dans le Plan Provincial de Développement Sanitaire, dans une logique horizontale

		- nombre de membres de l'ECP effectivement sélectionné sur base de leurs compétences, tenant compte de l'aspect genre		Développement Sanitaire dans une logique horizontale s'orientant vers un SWAP provincial
R 2	<p>Résultat Attendu N°2 Les équipes cadres en place dans les ZS de Lukula et Boma de Kisantu, Nselo et Ngidinga assurent l'encadrement des formations sanitaires de premier contact (CS) et de premier niveau de référence (HGR) conformément aux directions données par la SRSS en permettant la poursuite de l'expérimentation de la mise en œuvre de cette stratégie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de PAO officiellement adoptés par le CA de la ZS - Nombre de supervisions intégrées de CS réalisées dans chaque ZS avec rapport. - Nombre de visites d'inspection contrôle effectuées par l'ECP/DPS. - % des membres de l'ECZ qui font régulièrement des supervisions dans les CS; - Le % de femmes dans les structures de gestion aux différents niveaux ; - L'intégration de la SSR et le VIH, l'attention aux aspects genre et environnementaux dans les plans d'actions opérationnels officiellement adoptés par le Conseil d'administration de la ZS 	<p>Visites d'inspection contrôle par l'ECP/DPS;</p> <p>Rapports annuels des ECZ PAO; rapports SNIS:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recrutement indépendant du personnel de l'ECP (en fonction de critères objectifs)
R 3	<p>Résultat Attendu N°3 Dans les ZS appuyées l'HGR et un nombre limité de formations sanitaires de premier contact faisant partie de la carte sanitaire de la ZS, sont rationalisés par rapport l'accessibilité financière, à la qualité des soins et à la qualité de gestion. Ces formations sanitaires fonctionnent dans un système intégré conforme aux prescriptions de la SRSS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - TOM et DMS par service dans les HGR - Pourcentage de cas référé par les CS par rapport au nombre total de cas vus en consultation à l'HGR. - Pourcentage de cas en hospitalisation qui ont été référés par un centre de santé - Taux de létalité hospitalière globale et après 48 heures d'hospitalisation - montant moyen de la contribution du patient par type de forfait et le % 	<p>Rapport SNIS;</p> <p>rapport de supervision des ECZ de l'ECP et de l'AT</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de remise en cause de la composition du personnel ; stabilité du personnel en place • Pas de siphonage de fonds de recettes de formations sanitaires vers l'administration hiérarchique (gestion transparente des fonds de la ZS et redistribution intégrale aux formations sanitaires) selon des critères objectifs • Offre de service locale adéquate en matière de travaux de réhabilitation/ construction • Le réseau FEDECAME/ CDR est fonctionnel • Il existe une négociation entre les ZS impliquées dans le projet et les représentants de l'Armée congolaise sur les modalités de remboursement des frais de soins

		des recettes que représente cette contribution. - % de patients envoyés en hospitalisation parmi les patients référés en consultation. - % de la population de chaque ZS adhérant à une mutuelle de santé. - Nombre et le pourcentage d'accouchements assistés par du personnel professionnel formé		prodigués gratuitement aux familles des hommes en uniformes
R 4	Résultat Attendu N°4 : L'apprentissage basé sur les évidences et expériences de terrain est assuré en vue de renforcer la politique de santé au niveau provincial et au niveau central	- Le nombre de missions de supervision effectuées par le niveau central - Nombre d'études de coûts réels réalisées - Nombre d'études réalisées - - Le nombre de sujets de réflexion faisant parti d'un dialogue politique sectoriel au niveau central auxquels le projet donne une contribution majeure.	Journaux internationaux de santé publique ; rapports centraux	

	Activités pour atteindre le Résultat 1	Moyens	Budget
R 1	Résultat 1 l'ECP assure l'appui aux ZS et est placée dans des conditions optimales pour piloter la mise en œuvre du PPDS.		Coûts en Euros
A.1.1	Appui à la coordination (CPP, groupes thématiques, ...) <ul style="list-style-type: none"> • Organisation de réunions de coordination • Echanges entre ZS 	Budgets de fonctionnement pour réunions, ateliers revues.. Expertise technique locale Assistance Technique	269067
A.1.2	Appui au fonctionnement/ encadrement de l'ECP, y inclus la rationalisation du personnel et primes aux encadreurs <ul style="list-style-type: none"> • Appui au recrutement des encadreurs/membres de l'ECP • Appui à la supervision et à l'encadrement des ZS 	Budgets de fonctionnement, Budgets carburant, perdiems Financements ateliers, voyages d'échanges	

A.1.3	<ul style="list-style-type: none"> Appui à la rationalisation du personnel (primes, renforcement des compétences...) <p>Appui en réhabilitation et équipement (y inclus véhicule)</p> <ul style="list-style-type: none"> Achat 2 véhicules pour la DPS Réhabilitation locaux DPS Equipement bureau et informatique 	<p>Expertise technique locale</p> <p>Assistance Technique</p> <p>Achat de matériel informatique, de mobilier, réhabilitations sommaires</p> <p>Achats véhicules</p>	
--------------	--	---	--

	Activités pour atteindre le Résultat 2	Moyens	Budget
R 2	Résultat 2 Les équipes cadres en place dans les 5 ZS assurent l'encadrement des formations sanitaires de premier contact (CS) et de premier niveau de référence (HGR) conformément aux directions données par la SRSS en permettant la poursuite de l'expérimentation de la mise en œuvre de cette stratégie.		Coûts en Euros
A 2.1	<p>Appui au fonctionnement des ECZS y inclus la rationalisation du personnel et les primes encadreurs</p> <ul style="list-style-type: none"> Développement des cartes de couvertures sanitaires Développement de plans d'action Appui au fonctionnement des ECZ et à l'exécution du plan d'action Rationalisation du personnel (primes, renforcement des compétences...) Supervision des structures intégrées dans la ZS Coordination des intervenants dans la ZS Intégration des programmes verticaux 	<p>Budgets de fonctionnement, Budgets carburant, perdiems</p> <p>Financements ateliers, voyages d'échanges</p> <p>Expertise technique locale</p> <p>Assistance Technique</p>	390433
A 2.2	<p>Réhabilitation et équipement</p> <ul style="list-style-type: none"> Réhabilitation et équipement BCZ 	<p>Achat de matériel informatique, de mobilier, réhabilitations sommaires</p> <p>Achats véhicules</p>	

	Activités pour atteindre le Résultat 3	Moyens	Budget
R 3	Résultat 3 Dans les 5 ZS l'HGR et un nombre limité de formations sanitaires de premier contact faisant partie de la carte sanitaire de la ZS, sont rationalisés par rapport l'accessibilité financière, à la qualité des soins et à la qualité de gestion. Ces formations sanitaires fonctionnent dans un système intégré conforme aux prescriptions de la SRSS.		Coûts en Euros

A.3.1	Travaux/ Equipements CS (y compris étude et suivi) <ul style="list-style-type: none"> • Etudes et conception des cahiers de charge • Réhabilitation/construction d'au moins un CS dans chaque ZS • Equipement médical et non médical 	Budgets pour travaux et équipements Bureaux d'Etudes Techniques, AT	5760000
A.3.2	Travaux / Equipements HGR (y compris étude et suivi) <ul style="list-style-type: none"> • Elaboration de PDH et PDI • Réhabilitation/construction au niveau des HGR conformément aux PDH et PDI • Equipement conformément aux directives des PDH 	Budgets pour travaux et équipements Bureaux d'Etudes Techniques, AT	
A.3.3	Appui au fonctionnement des HGR y inclus audits financiers <ul style="list-style-type: none"> • Audits financiers • Appui au fonctionnement • Appui à la rationalisation du personnel soignant • Appui à l'introduction du PCA dans les HGR 	Enveloppe budgétaire correspondantes Auditeurs recrutés ad hoc, AT	
A.3.4	Appui au fonctionnement des CS y inclus appui aux CDR et renforcement capacités <ul style="list-style-type: none"> • Mise à disposition d'un stock de médicament de démarrage via CDR • Appui à l'introduction du PMA dans les CS 	Enveloppe budgétaire correspondantes Experts recrutés ad hoc, AT	
A.3.5	Appui Mutuelles <ul style="list-style-type: none"> • Appui au fonctionnement • Appui aux activités de sensibilisation 	Enveloppe budgétaire correspondantes, AT	
A.3.6	Appui ITM <ul style="list-style-type: none"> • Appui au fonctionnement • Subside pour les internes sous contrat d'écolage 	Enveloppe budgétaire correspondantes	

	Activités pour atteindre le Résultat 4	Moyens	Budget
R 4	<u>Résultat 4</u> L'apprentissage basé sur les évidences et expériences de terrain est assuré en vue de renforcer la politique de santé au niveau provincial et au niveau central		Coûts en Euros
A 4.1	Appui à la réflexion au niveau opérationnel	AT LT et CT, Cadres du niveau central et intermédiaire	195500
A 4.2	Appui à la capitalisation au niveaux intermédiaire et central	AT CT ,Enveloppe budgétaire pour réunions et ateliers	

7.2 ANNEXE 2 : Budget détaillé

EUROS	Total ASSNIP avec Mini DTF	Fiche d'identification ASSNIP 1 (avec Mini DTF)	Fiche d'identification ASSNIP 3	Budget Mini DTF ASSNIP 1	Budget phase de consolidation Bas Congo	Budget phase de consolidation suite ASSNIP 1	Budget phase de consolidation suite ASSNIP 3
Budget total	8.100.000	3.000.000	5.100.000	467.000	7.633.000	2.533.000	5.100.000
Objectif spécifique : Consolider le système de santé du Bas-Congo à travers le renforcement de la future DPS et des ZS de Boma et Lukula Kisantu, Nselo et Ngidinga par des processus d'amélioration progressive formant un modèle reproductible en RDC.	6.975.000	2.400.000	4.575.000	360.000	6.615.000	2.055.000	4.560.000
R1: l'ECP est fonctionnelle et placée dans les conditions optimales pour piloter la mise en œuvre du PPDS	345.000	245.000	100.000	75.933	269.067	169.067	100.000
Appui au fonctionnement/ encadrement de l'ECP, y inclus la rationalisation du personnel et primes aux encadreurs y inclus l'appui a la coordination (CPP;...)	240.000	180.000	60.000	75.933	164.067	104.067	60.000
Appui en réhabilitation et équipement (y inclus véhicule)	105.000	65.000	40.000		105.000	65.000	40.000
R2: Les équipes cadres en place dans les ZS de Lukula, Boma, Kisantu, Nselo et Ngidinga assurent l'encadrement des formations sanitaires	445.000	220.000	225.000	54.567	390.433	165.433	225.000
Appui au fonctionnement des ECZS y inclus la rationalisation du personnel et primes encadreurs	425.000	200.000	225.000	54.567	370.433	145.433	225.000
Appui en réhabilitation et équipement	20.000	20.000	0		20.000	20.000	0
R3 Dans les deux ZS de Boma, Lukula, Kisantu, Nselo et Ngidinga, l'HGR et un nombre limité de formations sanitaires de premier contact faisant partie de la carte sanitaire de la ZS, sont rationalisés	5.954.500	1.814.500	4.140.000	194.500	5.760.000	1.635.000	4.125.000

Travaux/ Equipements CS (y compris étude et suivi)	740.000	300.000	440.000	11.000	729.000	289.000	440.000
travaux / Equipements HGR (y compris étude et suivi, véhicules)	3.435.000	980.000	2.455.000	32.000	3.403.000	963.000	2.440.000
Appui au fonctionnement des HGR y inclus audits financiers	1.398.500	458.500	940.000	98.400	1.300.100	360.100	940.000
Appui au fonctionnement des CS y inclus appui aux CDR et renforcement capacités	206.000	56.000	150.000	42.100	163.900	13.900	150.000
Appui Mutuelles	100.000	20.000	80.000	11.000	89.000	9.000	80.000
Appui ITM	75.000	0	75.000	0	75.000	0	75.000
R4 Durant le projet des leçons basées sur des évidences sont tirées de l'expérience par le niveau central du Ministère de la santé publique	230.500	120.500	110.000	35.000	195.500	85.500	110.000
Appui à la réflexion au niveau opérationnel	190.500	100.500	90.000	20.000	170.500	80.500	90.000
Appui à la capitalisation nx intermédiaire et central	40.000	20.000	20.000	15.000	25.000	5.000	20.000
Réserve budgétaire	40.000	20.000	20.000	0	40.000	20.000	20.000
	40.000	20.000	20.000	0	40.000	20.000	20.000
Moyens généraux	1.085.000	580.000	505.000	107.000	978.000	458.000	520.000
ATLT International et ATLT National (Phase de	699.500	429.500	270.000	99.500	600.000	315.000	285.000
frais de fonctionnement AT	80.500	20.500	60.000	7.500	73.000	13.000	60.000
Evaluation finale + audits projet + backstopping	50.000	25.000	25.000		50.000	25.000	25.000
RAF 2/5 CAG	134.000	67.000	67.000		134.000	67.000	67.000
Appui CAG	121.000	38.000	83.000		121.000	38.000	83.000

Note explicative : les trois premières colonnes présentent la répartition du budget provisionné dans les deux Fiches d'Identification initiales pour un montant total correspondant de 3.000.000 euros pour la continuation de l'ASSNIP 1 et 5.100.000 pour celle de l'ASSNIP 3. La 4^{ème} colonne présente le budget réservé pour la phase de pont et qui sera consommé avant le démarrage de la phase de consolidation (467.000 euros au total). Les trois dernières colonnes présentent le budget de la phase de consolidation (7.633.000 euros) avec une répartition indicative entre les sites de l'ASSNIP 1 et ASSNIP 3

7.3 ANNEXE 3 : Chronogramme d'intervention

	Objectifs et résultats	2011		2012				2013			
		Phase de pont		Phase de consolidation							
		T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
R1	Le système de santé du Bas-Congo est consolidé de manière durable à travers le renforcement de la DPS et des ZS ciblées										
	Recruter le personnel encadreur polyvalent des ZS	X	X								
	Mettre en place l'antenne de Kisantu		X	X							
	Mettre en place les investissements pour le fonctionnement de l'ECP			X	X						
	Appuyer au fonctionnement du CPP et groupes de travail			X	X	X	X	X	X	X	X
	Réaliser les supervisions et des autres actions d'encadrement			X	X	X	X	X	X	X	X
	Renforcer les compétences du personnel de l'ECP			X	X	X	X	X	X	X	X
R2	l'ECP assure l'appui aux ZS et est placée dans des conditions optimales pour piloter la mise en œuvre du PPDS.										
	Compléter les investissements de base			X				X			
	Assurer le fonctionnement courant des ECZ y compris primes		X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Mettre à niveau les compétences du personnel des ECZ				X	X	X	X	X	X	X
R3	Dans les ZS appuyées, l'HGR et certains CS, sont rationalisés par rapport l'accessibilité financière, à la qualité des soins et à la qualité de gestion.										
	Rédiger un Plan Directeur Hospitalier pour les HGR	X									
	Rédiger un plan de développement immobilier pour les HGR		X	X							
	Rédiger un Plan de Maintenance pour les HGR		X	X							
	Assurer le recrutement des BET de Travaux		X								
	Rédiger les APS, APS, bordereaux des prix, estimations confidentielles pour les réhabilitations sélectionnées dans les HGR			X	X						
	Réaliser les travaux sélectionnés dans les 2 HGR						X	X	X	X	
	Sélectionner les sites de construction / réhabilitation		X								

	Rédiger les APS, APS, (...) dans les CS			X	X							
	Réaliser les travaux dans les CS sélectionnés						X	X	X			
	Sélectionner la liste des équipements à acquérir pour les HGR			X								
	Sélectionner la liste des équipements à acquérir pour les CS			X								
	Préparer, lancer, attribuer le ou les Appels d'Offre d'équipements				X	X						
	Assurer la réception des équipements								X			
	Diffuser les protocoles thérapeutiques de Kisantu dans les HGR		X	X								
	Organiser et réaliser les audits médicaux dans les HGR				X			X			X	
	Analyser les outils de gestion financière et de la pharmacie			X	X							
	Réaliser des audits de gestion des 2 HGR		X									
	acquérir et mettre en service les logiciels dans les HGR				X	X	X					
	Poursuivre la mise en place du subventionnement des HGR	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Ajuster les forfaits pour un meilleur cout-efficacité					X	X					
	Mettre à disposition des CS sélectionnés un stock de MEG									X		
	Appuyer la référence et contre référence							X	X	X	X	
R4	L'apprentissage basé sur les évidences et expériences de terrain est assuré en vue de renforcer la politique de santé au niveau provincial et au niveau central.											
		Assurer l'organisation d'ateliers de rédaction à la DPS et dans les ZS appuyées				X		X		X		X
		Concevoir la méthodologie et mettre en œuvre des études de couts réel des soins dans les HGR appuyés				X		X		X		X
		Concevoir la méthodologie et mettre en œuvre des études					X		X		X	

7.4 ANNEXE 4 : Termes de Référence du personnel

7.4.1 Conseiller technique en Santé Publique en appui à l'équipe cadre provinciale

7.4.1.1 Poste

Il est prévu un poste de conseiller technique international, expert en Santé Publique possédant une solide connaissance et expérience en développement organisationnel, en l'accompagnement de processus de changement, et de solides compétences en gestion. Cet AT est responsable du volet dans la zone d'intervention considérée. Il sera positionné à la Direction Provinciale de la Santé (DPS) du Bas Congo .

7.4.1.2 Lieu de travail et cadre institutionnel

Le candidat travaillera à Matadi au sein de la Division Provinciale de la Santé (DPS) du Ministère de la Santé (MS), responsable pour le Bas Congo. Le médecin Chef de cette division sera son homologue. Il effectuera des déplacements au sein de la province et entre cette province et Kinshasa afin de veiller aux liens entre le terrain, le niveau intermédiaire et le niveau central.

7.4.1.3 Durée

Le poste est prévu pour la durée du financement, soit 24 mois.

7.4.1.4 Objectif

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

1. développer des stratégies opérationnelles afin d'asseoir la réforme du niveau intermédiaire et mettre en œuvre le Plan Provincial de Développement Sanitaire (PPDS) en développant les compétences en travail en équipe, en accompagnement d'un processus de changement et en recherche-action.
2. améliorer le fonctionnement interne de la DPS et des ZS appuyées ainsi qu'à mieux gérer leurs interactions et lignes de communication avec leur environnement (avec le terrain, avec les partenaires/acteurs opérationnels, avec les partenaires/bailleurs, avec les autres secteurs).
3. cogérer les ressources destinées à la DPS et aux Zones Sanitaires appuyées par le projet.

7.4.1.5 Responsabilités

Il est responsable de l'exécution de l'intervention et de la gestion des fonds mis à disposition par la Belgique (régie) mais prend les décisions de manière collégiale avec le Chef de Division de la Direction Provinciale de la Santé,

Il est membre de l'équipe Cadre Provinciale responsable du Bas-Congo et appuie le travail de l'équipe en ce qui concerne les fonctions techniques de l'ECP avec un accent spécial sur l'accompagnement et la recherche.

Par recherche on désigne tout le processus partant des formulations d'hypothèses à tester dans le cadre de l'amélioration du fonctionnement des structures (Equipes 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.

7.4.1.6 Tâches

Il accompagnera l'ensemble des tâches de l'Equipe Cadre Provinciale parmi lesquelles il faut voir les tâches comme la construction d'une équipe provinciale, l'animation, la gestion des ZS, leur supervision et leur encadrement, la formation, la recherche-action, la normalisation, la planification, l'évaluation, le plaidoyer, la coordination des partenaires, ainsi que les tâches administratives comme la gestion du personnel, les dépenses d'investissement et de fonctionnement, la comptabilité, la logistique, le rapportage) 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 :

1. Appuyer la réforme des organes de gestion au sein de la DPS et ZS

- Appuyer la mise en pratique des recommandations de l'audit organisationnel : assister les organes à mieux comprendre leur rôle

2. Stimuler une dynamique de travail en équipe et l'accompagnement des différentes équipes et organes de gestion des appuyées. Renforcer les interactions et les lignes de communication entre le niveau central, le niveau intermédiaire (province) et le niveau opérationnel (districts de santé)

- Renforcer les capacités managériales des équipes (DPS, ECZ, formations sanitaires)
- Renforcer le leadership, l'esprit d'équipe et les capacités d'accompagnement au sein des équipes
- Développer 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 l'organisation et à l'appui à la mise en place de la planification ascendante dans les deux départements de la DPS ;
- Appuyer l'élaboration d'un plan opérationnel annuel réaliste et de la revue annuelle de la DPS ;
- Gérer les ressources d'une façon concertée à destination des ZS de la DPS : 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.
- Faciliter une concertation régulière entre la DPS et les acteurs opérationnels.
- Encourager la DPS à organiser la participation des acteurs opérationnels au développement des plans opérationnels. Assurer la participation dès le niveau CS. Contribuer à l'intégration des actions de santé du plan de développement communal dans le plan d'action annuel du département ;
- 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
- Accompagner la mise en place d'une stratégie par rapport à la maintenance et la gestion du patrimoine
- Développer des stratégies pour assurer la présence d'un personnel motivé et compétent
- Veiller à la réalisation des activités prévues dans le cadre logique pour l'atteinte des résultats intermédiaires.
- Contribuer à créer un bon climat de concertation et de collaboration.
- Appuyer la DPS pour soumettre à la SMCL les plans de travail, des rapports d'avancement semestriels, 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.
- Valider et consolider les plans de travail des zones sanitaires.
- Vérifier l'exécution physique et financière des tranches trimestrielles allouées aux ZS.

3. Accompagner la capitalisation des expériences et tirer les leçons pour les prestations futures et conseils à communiquer au MSP

7.4.1.7 Profil

Niveau de formation :

- Expert de formation universitaire
- Médecin de Santé Publique

Expérience :

- Expérience professionnelle de minimum 10 ans, dont minimum 5 ans dans un contexte de pays en développement dans le domaine de la Santé Publique. De l'expérience comme volontaire pertinente dans le cadre de ce poste sera prise en compte partiellement.
- Expérience (minimum de 5 ans sur au moins 2 des expériences suivantes) prouvée en :
 - Planification, organisation et gestion au niveau régional ;
 - Accompagnement d'un processus de gestion du changement ;
 - Planification ascendante et coordination régionale : supervision, formation, suivi-évaluation ;
 - Encadrement et développement des ZS, des ECZ et ECP;
- Familier avec la Coopération Internationale et la gestion des projets/programmes d'appui.

Aptitudes :

- Grande capacité à travailler dans un milieu multiculturelle et multidisciplinaire
- Compétences interpersonnelles fortes (capacité de facilitation, accompagnement, négociation, flexibilité, attitude empathique, travail en réseau, gestion de conflits)
- Bonne 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, bonne maîtrise de la lecture anglophone
- 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 de développement organisationnel .
- Une connaissance préalable du contexte congolais et de son système de santé (ou tout au moins de l'Afrique centrale).

7.4.1.8 Mode de sélection

Recruté par appel d'offre international par la CTB Bruxelles. Le candidat sera sélectionné par la CTB, avec l'appui de l'ambassade de la RDC en Belgique, et présenté au partenaire congolais pour agrément.

7.4.1.9 Gestion du contrat

Le contrat est géré en régie par la CTB, sous droit belge. Il s'agit d'un contrat siège CTB.

7.4.2 Conseiller Technique en Architecture / planification et suivi des travaux

7.4.2.1 Poste

Cet expert en infrastructures de niveau international et pluridisciplinaire va aider à la planification, à l'aide à la conception (théorique) des infrastructures auprès des deux volets ASSNIP Bas-Congo (2/3) et Kisangani (1/3), au contrôle et vérification des plans proposés (+ budget afférent) par des Bureaux d'études, va appuyer le ou les techniciens en construction du programme à vérifier et contrôler les travaux effectués (contrôle, réceptions provisoires et définitives), va faire des audits qualité technique. Cet expert architecte international pourra suivre les infrastructures et assurer un appui à ces techniciens

7.4.2.2 Lieu de travail et cadre institutionnel

Il travaillera à Kinshasa au service des ASSNIP Bas-Congo et Kisangani et en appui de la CAG. Il fait partie de l'équipe technique internationale des ASSNIP Bas-Congo et Kisangani. Il contribuera dans son domaine d'expertise à la coordination des actions relatives aux constructions et réhabilitations dans ces deux volets et fournira les informations nécessaires pour les réunions de la SMCL. Il peut y participer en cas de besoin comme personne ressource.

7.4.2.3 Durée :

Le poste est prévu pour la durée du financement, soit 24 mois.

7.4.2.4 Objectif

Dans la mesure du possible il travaillera avec la direction des infrastructures et la cellule de passation de marchés du MSP afin de contribuer à un transfert continu de compétences

7.4.2.5 Responsabilités

Il sera responsable pour concevoir le contenu technique des cahiers de charge, il assistera dans le dépouillement des offres des MP et il organisera la supervision des travaux sur le terrain.

7.4.2.6 Tâches

Ses tâches consisteront plus précisément dans les domaines suivants :

Préparation des constructions

- appuyer le projet à la mise en place de la planification de l'ensemble des travaux à réaliser dans les deux volets ASSNIP Bas-Congo et Kisangani.
- appuyer les projets dans la rédaction de TdR et dans le processus de sélection des collaborateurs en charge des infrastructures au sein de chaque projet

- appuyer la rédaction de la partie technique du DAO et la sélection (de consultants et) des bureaux d'études en charge de la conception des infrastructures/constructions et suivi des travaux
- chiffrer les valeurs des travaux à entamer
- participer aux dépouillements des offres reçues
- encadrer la conception des projets de construction ou de réhabilitations jusqu'à leur plans définitifs
- contrôler techniquement les plans et la budgétisation effectués par les bureaux d'études pour les constructions prévues dans le programme sectoriel
- favoriser la prise en compte des thèmes transversaux de la coopération belge dans la conception des ouvrages, notamment le 'genre' et l'environnement (par l'introduction des concepts liés au développement durable et aux énergies renouvelables).

Exécution des constructions et suivi et conseil

- valider les rapports de contrôle des travaux
- donner des conseils techniques en cas de conflit juridique
- assurer la qualité et appuyer les ASSNIP Bas-Congo et Kisangani dans le suivi des travaux
- participer à des visites de terrain pendant les travaux de façon à auditer et éventuellement recadrer les prestations du contrôleur des travaux
- appuyer techniquement les ASSNIP Bas-Congo et Kisangani dans les réceptions provisoires et définitives, y compris des visites successives pour contrôler les corrections réalisées par l'entrepreneur
- conseiller les ASSNIP Bas-Congo et Kisangani par rapport aux paiements et aux outils de paiement
- mettre en place une méthodologie de suivi de chantier
- appuyer la résolution de problèmes spécifiques
- assurer les réceptions définitives si les ASSNIP Bas-Congo et Kisangani sont clôturés.
- contribuer au rapportage des ASSNIP Bas-Congo et Kisangani et aux informations nécessaires pour les réunions de la SMCL pour les matières qui le concerne.

Renforcement des capacités

- mise en place d'une stratégie de renforcement des capacités et proposer des formations et des candidats au programme 'bourse' de la coopération belge

- renforcer les capacités des personnels techniques des ASSNIP Bas-Congo et Kisangani et du MSP à travers une collaboration/concertation étroite
- contribuer au développement des normes d'infrastructure du MSP, en veillant notamment à la mise en place d'un programme de maintenance
- former et encadrer le personnel des ASSNIP Bas-Congo et Kisangani lié aux travaux de construction et de réhabilitation
- élaborer éventuelle des instruments et des procédures spécifiquement liés aux ASSNIP Bas-Congo et Kisangani
- capitaliser des expériences et tirer les leçons des ASSNIP Bas-Congo et Kisangani pour les prestations futures et conseils à communiquer au MSP (sur: stratégie à long terme, planification, normes, code sanitaire, etc. ...)

7.4.2.7 Profil

Le profil de ce poste présente les éléments suivants :

Expertise :

- Un architecte ou ingénieur-architecte

Expérience

- Au moins 7 ans d'expérience en construction civile dont au moins 4 ans dans les pays en voie de développement
- Expérience en suivi et contrôle des travaux de construction notamment d'hôpitaux et centres de santé
- Expérience en architecture durable en milieu tropical
- Expérience en marché publique
- Expérience en gestion de projet
- Capacité en négociation prouvée
- Maîtriser les logiciels informatiques courants
- Excellente maîtrise du français
- Connaissance de l'environnement congolais est un atout

7.4.2.8 Mode de sélection

Recruté par appel d'offre international par la CTB Bruxelles. Le candidat sera sélectionné par la CTB ,avec l'appui de l'ambassade de la RDC en Belgique, et présenté au partenaire congolais pour agrément.

7.4.2.9 Gestion du contrat

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

7.4.3 Responsable Administratif et Financier en appui à l'intervention et à la CAG

7.4.3.1 Poste

Il est prévu un poste de RAF international (RAFi), possédant une solide connaissance et expérience en gestion de projets et en renforcement des capacités. Il appuiera tous les projets Santé à travers la CAG fonctionnelle. Il sera disponible 2/5 au service d'ASSNIP Bas Congo, 1/5 au service d'ASSNIP Kisangani et 2/5 au service des autres projets Santé mis en œuvre par la CTB. Il travaillera sous la responsabilité des ATI santé publique.

7.4.3.2 Lieu de travail et cadre institutionnel

Le candidat sera basé à la CAG à Kinshasa. Il effectuera des déplacements vers le terrain, selon les besoins et en fonction de ses tâches.

Par sa présence à la CAG, le RAF contribuera au renforcement des capacités de gestion financière et administrative de la CAG par un encadrement rapproché et un suivi quotidien. Dans le but de favoriser le transfert des compétences, il participera à la formation d'un homologue identifié au sein de la CAG avec lequel il travaillera en étroite collaboration. Le RAF sera également chargé d'encadrer l'équipe de gestion administrative et financière composée d'un Project Financial Officer (PFO) recruté par la CTB. Ensemble, ils assureront la gestion administrative et financière conformément aux dispositions reprises au point 5.5 et 5.6 du présent DTF

7.4.3.3 Durée

Le poste est prévu pour la durée du financement, soit 24 mois.

7.4.3.4 Objectif

L'expertise vise un transfert de compétences et de savoir-faire à la CAG concernant la gestion administrative et financière des interventions. Il assurera avec l'équipe au sein de la CAG une gestion administrative et financière optimale des ASSNIP et des autres projets Santé.

7.4.3.5 Responsabilités

- Il veillera au renforcement des capacités du personnel au sein de la CAG par rapport à la gestion administrative et financière, notamment à la formation d'un homologue identifié au sein de la CAG
- 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 à gérer le démarrage et la clôture des projets dans le respect des procédures en vigueur et à rendre disponible la documentation y afférente

(suivi engagement, inventaire, archivage des documents comptables, bilan financier provisoire)

7.4.3.6 Tâches

Ses tâches au sein de la CAG concernent plus précisément les domaines suivants :

Appui à la CAG

- Conseiller la CAG en matière de gestion financière et de marchés publics
- Appuyer la CAG sur le plan de la gestion administrative
- Suivre l'appui financier au fonctionnement de la CAG
- Suivi administratif et financier des projets
- Contrôler la comptabilité des projets (pièces justificatives, clôture mensuelle)
- 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)
- Analyser les demandes de fonds (cash call)
- Superviser la bonne gestion des caisses et des banques
- Appuyer dans l'élaboration des rapports financiers
- Superviser la gestion logistique (contrat, inventaire, gestion des équipements)
- Superviser la gestion administrative du personnel projet
- Appuyer le projet dans le processus de passation des marchés
- Préparer les documents financiers pour les SMCL
- Appuyer la phase de démarrage des projets (mise en place de la gestion administrative et financière)
- Accompagner les projets lors de la réalisation des missions d'audits financiers
- Informer les projets des adaptations de processus

Clôture financière des projets

- Elaborer le calendrier et les modalités de clôture
- Procéder aux réconciliations FIT/Navision
- S'assurer du solde budgétaire disponible selon la méthode de la trésorerie
- Elaborer le bilan financier provisoire

- Suivre les engagements avec une attention particulière pour le suivi des garanties/cautions à libérer lors des réceptions définitives des travaux (planning et tableau de suivi à concevoir)
- Clôturer les caisses et les banques (! suivi des garanties/cautions)
- S'assurer de la résiliation des contrats
- Suivi de l'inventaire de fin de projet
- Veiller à l'archivage des documents
- Préparer les documents pour la SMCL de clôture

7.4.3.7 Profil

Le profil de ce poste exige les exigences suivantes :

Expertise :

Diplôme supérieur en sciences économiques ou expérience équivalente

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 de projet
- Maîtrise de la législation belge en matière de marchés publics et de la législation FED
- Maîtrise du cycle des achats
- 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
- Toute connaissance de la coopération au développement (bilatérale directe ou indirecte) est un atout.

Aptitudes :

- Capacité d'adaptation
- Capacité d'analyse et de synthèse
- Capacité pratique à résoudre les problèmes (orienté solution et résultat)
- Bonnes aptitudes à la communication écrite et verbale dans un contexte multiculturel
- Forte capacité d'organisation
- Forte aptitude à la collaboration, au travail en équipe
- Résistance au stress

7.4.3.8 Mode de sélection

Recruté par appel d'offre international par la CTB Bruxelles. Le candidat sera sélectionné par la CTB, avec l'appui de l'ambassade de la RDC en Belgique, et sera présenté au partenaire congolais pour agrément.

7.4.3.9 Gestion du contrat

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

Aptitudes :

- Capacité d'adaptation
- Capacité d'analyse et de synthèse
- Capacité pratique à résoudre les problèmes (orienté solution et résultat)
- Bonnes aptitudes à la communication écrite et verbale dans un contexte multiculturel
- Forte capacité d'organisation
- Forte aptitude à la collaboration, au travail en équipe
- Résistance au stress

7.4.3.10 Mode de sélection

Recruté par appel d'offre international par la CTB Bruxelles. Le candidat sera sélectionné par la CTB, avec l'appui de l'ambassade congolais en Belgique, et présenté au partenaire congolais pour agrément.

7.4.3.11 Gestion du contrat

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

7.5 ANNEXE 5 : Description des intervenants santé au niveau national et local

7.5.1 Principaux acteurs au niveau national

DGD/CTB :

La Coopération belge appuie le MSP au niveau central – DEP + DLM + DPM + THA - et aux niveaux intermédiaire et périphérique via les projets ASSNIC et ASSNIP 1 à 5 avec un financement de 84 M \$ étalé entre 2006-2013.

Union Européenne (UE)

L'UE à travers le programme humanitaire ECHO et le Programme Santé du 10ème FED - appui un nombre important de ZS notamment dans les deux Kasai, le Nord Kivu et l'Oriental. Le 10° FED apporte également un appui institutionnel au niveau central (à la CAG) et au niveau intermédiaire. Il appui en outre la mise en place de stratégies de financement novatrices basées sur le financement Basé sur la performance. Dans ce cadre-là, des établissements fiduciaires ont été mis en place pour canaliser les fonds vers la périphérie : Fonds d'achat des soins de Santé pour le financement à la performance (FASS) et Fonds de Développement des Services de Santé (FDSS) pour le financement des instances de régulation.

le 10ème FED/2011-2014 - 51 M € - bien qu'ils ait recours à des unités de gestion fonctionnant en parallèle des administrations qu'elles appuient, veillent à s'aligner sur la politique nationale avec un souci d'efficacité dans leur exécution et d'efficience dans l'utilisation des ressources mobilisées. A ce titre là le FED 10° FED est logé à la Cellule d'Appui à la Gestion

Banque Mondiale (BM)

La BM, dans le cadre du PARSS 2006-2010 - 150 M \$ - a appuyé 83 ZS. Bien que la BM s'aligne sur la politique nationale, on constate que les mécanismes centralisés qui régissaient la mise en œuvre de ce programme ont induit de faibles taux de réalisation opérationnelle. Ceci a induit une révision de ce programme avec une diversification des approches d'intervention dont en particulier la mise en place pour le Katanga d'une approche de financement basée sur la performance

Le PARSS a bénéficié récemment d'une rallonge de financement ; un réajustement de sa stratégie est en cours.

Banque Africaine de Développement (BAD)

La BAD, depuis la reprise de sa coopération structurelle avec la RDC, a octroyé un montant de 5 M \$ aux infrastructures de six ZS et huit banques de sang à Kinshasa. Actuellement, le projet PAPPDS de 38 M \$ appuie le plan directeur du MSP et spécifiquement la construction des infrastructures sanitaires dans 26 ZS de la Province Orientale. Comme pour la BM, on constate du retard et un faible taux de réalisation opérationnelle.

GAVI

GAVI appuie principalement le PEV à travers le Soutien aux Services de Vaccination (5.5 M \$ pour 2008-2009) - et à travers le financement des nouveaux vaccins - anti amaril, anti hépatite virale B et anti Haemophilus influenza type b (45 M \$ pour 2008-2009). La RDC a également été parmi les premiers pays à bénéficier des fonds GAVI pour l'appui à la société civile soit 5.6 M \$ pour 2008-2009.

Actant le fait qu'une couverture vaccinale correcte ne peut être obtenue sans renforcement des structures de soins, le GAVI a accepté de consentir un financement de type Renforcement des Services de Santé au niveau national. La fenêtre renforcement du système de santé du Projet GAVI est financée à hauteur de 56 millions sur 4 ans depuis 2008. Le projet a des actions qui ciblent tous les trois niveaux du système de santé de la RDC, dont 65 Zones, de santé réparties à travers toutes les provinces dont 2 Zones de santé du Bas Congo.

L'exécution du fonds GAVI/R8 d'appui au RSS (est géré directement par le Secrétariat Général du MS. il est néanmoins prévu sur le court terme le transfert de la gestion de ce fonds à la CAG.

Jusqu'à présent les bénéficiaires opérationnels au niveau de 65 ZS ciblées, restent encore limités.

Fonds Mondial

Le FM finance la lutte contre la tuberculose (Round 6 : 12 098 109 USD), (Round 9 : 919 119 USD), la lutte contre le VIH/SIDA (Round 7 : 71 403 216 USD), (Round 8 : 234 540 690 USD) et la lutte contre le paludisme (Round 8 : 339 692 873 USD), (Round 10 : 170 161 885 USD),. Ces actions ne sont pas alignées sur la logique de la SRSS et souffrent, d'un faible taux de performance au regard des montants alloués.

La mise en œuvre de la fenêtre renforcement de système de santé du Fonds Mondial (158 millions USD) a quant à elle démarrée depuis juillet 2011 pour une période de 4 ans. 256 Zones de santé et toutes les onze DPS en sont bénéficiaires. Ce Programme est en voie de mise en place en 2011. La gestion de ce financement comme celui du GAVI RSS a été confiée à la CAG.

Récemment la RDC a subi un certain nombre de revers dont notamment le rejet en décembre 2010 de la proposition 10° round VIH/SIDA et la suspension temporairement de concert entre le PNUD et le FM des versements destinés aux sous bénéficiaires des dons du 8° et 9° Round.

Organisations des Nations Unies

Les organisations des Nations Unies ont leur propre politique sans réel alignement ou transfert de responsabilité aux pouvoirs publics.

- L'UNICEF intervient essentiellement dans les communautés, pour la survie de l'enfant et de la femme, la protection des groupes vulnérables, le développement et l'éducation. Le montant total des dépenses pour 2008 à 2010 s'élevait à 84.3 M \$ dont 5.1 M \$ pour la lutte contre le VIH.

- L'OMS a financé ces quatre dernières années les activités dans le secteur de la santé pour environ 20 M \$ par an dont l'essentiel est consacré à la vaccination et à l'action humanitaire en situation d'urgence. L'OMS a par ailleurs mobilisé l'appui indispensable à la lutte contre l'onchocercose.
- Le FNUAP appuie essentiellement la santé reproductive et la lutte contre les violences sexuelles. Le montant total des dépenses, pour 2008 à 2010, s'élève à 14.4 M \$.

USAID

L'USAID à travers les ONG MSH, IRC et les Organisations de la société civile locales appui 80 Zones de santé dans 4 provinces (Sud Kivu, Katanga, Kasai Occidentale et Kasai Oriental) avec un budget global de 338 millions de dollars US sur 5 ans à partir de 2011

Quant à l'appui pour la lutte contre le sida entre 2008-2010, il s'élève à 32.7 M \$.

La vision de l'USAID reste peu intégrée, les interventions se faisant directement via des ONG sur lequel le MSP a peu d'emprise.

GIZ

La GIZ appuie au niveau national un programme concernant la Santé Sexuelle et Reproductive et la lutte contre le VIH/SIDA. Elle n'a pas de programme spécifique au Bas-Congo et Kisangani. Néanmoins les instruments et moyens générés par ce programme appuyé par la GIZ seront intégrés au niveau des formations sanitaires dans les ZS appuyées par la coopération belgo-congolaise. Elle appuie également la mise en place de la DPS au Kwango. Un échange d'expérience avec les ASSNIP, facilité par le niveau central, sera prévu.

Autres

- La Coopération française a appuyé la surveillance épidémiologique, la lutte contre la trypanosomiase et le laboratoire.
- L'appui de la Coopération allemande est axé sur la sécurité sanguine et la lutte contre le VIH/Sida.
- DFID appuie dans 4 (autres) provinces des stratégies de financement de santé équitable. Un échange par rapport à des stratégies de financement novatrices sera organisé par le niveau central.
- De nombreuses ONG, confessionnelle ou non, de droit congolais ou étranger et en particulier des ONG européennes et nord américaines, opèrent dans le secteur de la santé. Plus de la moitié des ONG enregistrées opèrent dans le domaine de la lutte contre le VIH/Sida.

- Parmi celles-ci de nombreuses fonctionnent encore sous financement humanitaire dont notamment le Financement ECHO de l'Union européenne, qui couvre toujours une bonne partie de l'est du pays.

7.5.2 Principaux acteurs dans le système de santé local

Nations Unies (OMS, UNICEF)

Les Organisations des NU possèdent des bureaux au niveau provincial – comme à Matadi. En plus de leur programme de portée nationale elles apportent également un appui décentralisé aux gouvernements provinciaux dans le cadre de la mise en œuvre de la politique nationale de santé et des plans sanitaires des provinces.

- L'UNICEF travaille de concert avec le MSP et les ONG pour la mise en œuvre des programmes d'intervention dans les domaines de la Santé, Nutrition, Education, Eau, Hygiène et Assainissement, Protection de l'enfant, Lutte contre le VIH/SIDA...
- Les équipes provinciales de l'OMS ne se concentrent plus seulement sur les activités en rapport avec l'éradication de la poliomyélite et la lutte contre les maladies épidémiques mais elles apportent aussi un appui décentralisé aux DPS .

Fonds Mondial RSS

Le FM RSS tel que décrit plus haut, couvre 9 Zones de santé : Lukula, Kangu, Inga, Vaku, Tshela, Kwimba, Kizu, Kinkozi, Seke Banza.

Gavi RSS

Le Fonds GAVI RSS tel que décrit plus haut couvre deux Zones de Santé : Kwilu Ngongo et Kimpangu ainsi que la DPS.

Coopération Italienne

La Coopération italienne appui la Zone de santé de Matadi avec un budget de 1 235 449 euros pour la période de 2011 à 2014 qui correspond à la 2^e phase du projet arrivé à terme en 2011.

Organisations confessionnelles

CORDAID apporte un appui à deux Zones de santé (Boma et Kitona) et à la DPS Matadi, appui qui court depuis 2010 jusqu'à 2013. Le budget total de ce projet est de 899 682 euros

Caritas Développement Santé (CDS) regroupe 3 structures de coordination de l'ASBL Diocèse de Kisantu qui s'étend sur l'ensemble du District de la Lukaya: (i) Le BDOM (Bureau Diocésain des Œuvres Médicales) qui s'intéresse au développement et gestion des structures sanitaire ; (ii) Le Bureau Diocésain de Développement qui est chargé de l'animation agricole et le développement communautaire ; (iii) Le Bureau Diocésain de Caritas qui prend en charge les actions d'urgence, les activités de nature caritative (aide aux plus vulnérables) et l'encadrement et l'alphabétisation de la jeunesse désœuvrée.

La CDS fait la promotion de l'interaction et la synergie en structures (p.ex. agriculture et nutrition, alphabétisation et développement des jeunes), de la recherche d'efficacité et d'efficience dans la gestion des ressources. De plus le BDOM a un rôle important dans la mobilisation et la coordination des apports extérieurs pour les ZS du District. C'est ainsi que le BDOM est gestionnaire des appuis: (i) de l'ONG belge SLCD pour la Zone de Santé de Kisantu ; (ii) de Medicus Mundi Navarra/ UE pour l'appui au District; (iii) de CRS financé par l'USAID ; (iv) de Misereor Allemagne pour les appuis aux ZS. Naturellement ces efforts seront capitalisés par le projet ASSNIP.

7.6 ANNEXE 6 : Inventaire des investissements de la phase précédente

POUR ASSNIP 1

Nom du marché	Valeur (EURO)	Type (T/F)	Bénéficiaire	Date de réception	Destination finale
I. CONSTRUCTIONS & REHABILITATIONS					
Réhabilitation Hôpital Central de Boma (CSC RDC 648 - Lot 1)	143.928,00 €	Travaux	HGR Boma	20/10/2010	HGR Boma
Construction de trois maisons pour médecins (CSC RDC 648 - Lot 2)	123.096,96 €	Travaux	HGR Lukula	15/07/2010	HGR Lukula
Construction de deux maisons pour médecins (CSC RDC 648 - Lot 3)	85.669,00 €	Travaux	HGR Lukula	15/07/2010	HGR Lukula
Réhabilitation centre de dépistage volontaires, ... (CSC RDC 648-Lot 4)	79.734,73 €	Travaux	HGR Lukula	15/01/2010	HGR Lukula
S/Total	432.428,69 €				
II. Véhicules et Motos					
Jeep Land Cruiser chassis long 003 IT 268	26.800,00 €	Fourniture	BCZS Lukula	5/06/2007	BCZS Lukula
Jeep Land Cruiser chassis long 003 IT 269	26.800,00 €	Fourniture	HGR Lukula	5/06/2007	HGR Lukula
Jeep Land Cruiser chassis long 003 IT 289	26.800,00 €	Fourniture	HGR Boma	11/09/2009	HGR Boma
Jeep Land Cruiser chassis long 003 IT 384	31.990,00 €	Fourniture	BCZS Boma	22/09/20209	BCZS Boma
Jeep Land Cruiser 003 IT 305	28.000,00 €	Fourniture	Projet Assnip 1	23/01/2008	A Déterminer par la SMCL
1 Moto Yamaha DT 175	2.456,25 €	Fourniture	ZS BOMA	14/05/2007	ZS BOMA
1 Moto Yamaha DT 175	2.456,25 €	Fourniture	ZS LUKULA	14/05/2007	ZS LUKULA
1 Moto Yamaha DT 125	2.456,25 €	Fourniture	ZS BOMA	8/09/2008	ZS BOMA
1 Moto Yamaha DT 125	2.456,25 €	Fourniture	CS MAKUNGU LEF	14/05/2007	CS MAKUNGU LENGI
S/Total	150.215,00 €				
III. MATERIEL ET EQUIPEMENTS MEDICAUX					
Equipements médico techniques (CSC 769)	112.303,50 €	Fourniture	HGR Boma	6/12/2010	HGR Boma
Tables de chevet, lits hospitalier métalliques, cerceau de lit, matelas (BC 31)	28.480,43 €	Fourniture	HGR Boma	24/03/2011	HGR Boma
Matériel de laboratoires (CSC RDC 994)	17.860,00 €	Fourniture	HGR Boma	17/06/2011	HGR Boma
S/Total	158.643,93 €				
IV. AUTRES EQUIPEMENTS					
PHOTOCOPIEUR CANON IR1022A	1.300,00 €	Fourniture	ECZ/BOMA	25/10/2007	ECZ/BOMA
PHOTOCOPIEUR CANON IR2230	2.950,00 €	Fourniture	Projet Assnip 1	25/10/2007	Projet Assnip 1
KIT ANTENNE VSAT INTERNET	6.061,13 €	Fourniture	ECZ/BOMA	28/12/2007	ECZ/BOMA
KIT ANTENNE VSAT INTERNET	4.945,83 €	Fourniture	ECZ/LUKULA	26/07/2007	ECZ/LUKULA
S/Total	15.256,96 €				
S/Total	- €				
TOTAL GENERAL	756.544,58 €				

POUR ASSNIP 3

Nom du marché	Type (T/F)	Bénéficiaire	Date de réception	Destination finale	MONTANT €	Qté
Etagères avec tiroirs	Mobilier	ASSNIP3	8/05/2008	ETAT CONGOLAIS	435,00	6
Téléphone portable Alcatel EZ59	Téléphone	ASSNIP3	19/05/2008	ETAT CONGOLAIS	45,00	1
Téléphone portable Nokia	Téléphone	ASSNIP3	19/05/2008	ETAT CONGOLAIS	77,00	1
Cafetière Philips 4653	Equipement	ASSNIP3	30/05/2008	ETAT CONGOLAIS	42,00	1
pc lap top HP Compaq	Mat Inform	ASSNIP3	2/06/2008	ETAT CONGOLAIS	1133,00	1
Copieur Canon IR 2018	Mat Inform	ASSNIP3	7/06/2008	ETAT CONGOLAIS	4420,00	1
Split westpool 18 000 BTU	Mat de bureau	ASSNIP3	7/06/2008	HGR KISANTU	1444,00	2
Split westpool 12 000 BTU	Mat de bureau	ASSNIP3	7/06/2008	ETAT CONGOLAIS	1497,00	3
Stabilisateur 2000 W	Mat Inform	ASSNIP3	7/06/2008	ETAT CONGOLAIS	86,00	2
Stabilisateur 1000 W	Mat Inform	ASSNIP3	7/06/2008	ETAT CONGOLAIS	72,00	3
Onduleur 650 A	Mat Inform	ASSNIP3	7/06/2008	ETAT CONGOLAIS	243,00	3
Tableau de bureau Hod 5055	Mobilier	ASSNIP3	7/06/2008	ETAT CONGOLAIS	504,00	3
Fauteuil bureau 6109	Mobilier	ASSNIP3	7/06/2008	ETAT CONGOLAIS	444,00	3
Chaises visiteurs ISO 3501	Mobilier	ASSNIP3	16/06/2008	ETAT CONGOLAIS	293,00	6
Chaises jardin Riviera	Mobilier	ASSNIP3	3/07/2008	ETAT CONGOLAIS	72,00	12
Tables carrées en plastic	Mobilier	ASSNIP3	3/07/2008	ETAT CONGOLAIS	46,00	3
Onduleur ICE 1500 w	Mat Inform	ASSNIP3	8/07/2008	ETAT CONGOLAIS	236,00	1
Antenne VSAT pour Internet	Equipement	ASSNIP3	8/07/2008	ETAT CONGOLAIS	4330,00	1
Stabilisateur FVR 2000 W	Mat Inform	ASSNIP3	8/07/2008	ETAT CONGOLAIS	31,80	1
Frigo L.G. 130 litres	Equipement	ASSNIP3	24/07/2008	ETAT CONGOLAIS	191,00	1
Pc lap top DELL	Mat Inform	ASSNIP3	30/05/2008	ETAT CONGOLAIS	1003,00	1
Pc lap top DELL	Mat Inform	ASSNIP3	28/07/2008	ETAT CONGOLAIS	1996,00	2
Coffre fort électronique	Mat de bureau	ASSNIP3	28/07/2008	ETAT CONGOLAIS	177,00	1
Appareil photo digital Sony	Mat de bureau	ASSNIP3	31/07/2008	ETAT CONGOLAIS	178,00	1
Téléphone portable Nokia 1200	Téléphone	ASSNIP3	20/08/2008	ETAT CONGOLAIS	27,00	1
Imprimante HP Deskjet D4260	Mat Inform	ASSNIP3	4/09/2008	ETAT CONGOLAIS	165,00	1
Chevalet (tableau blanc)	Equipement	ASSNIP3	4/09/2008	ETAT CONGOLAIS	190,00	2
Bureau kelly avec retour	Mobilier	ASSNIP3	16/09/2008	ETAT CONGOLAIS	445,00	1
Fauteuil Tecno	Mobilier	ASSNIP3	16/09/2008	ETAT CONGOLAIS	205,00	1
Chaises visiteurs ISO 3501	Mobilier	ASSNIP3	16/09/2008	ETAT CONGOLAIS	195,00	3
Vidéo projecteur Dell 1201 MP	Mat Inform	ASSNIP3	11/10/2008	ETAT CONGOLAIS	952,00	1
Téléphones portable Nokia 1208	Téléphone	ASSNIP3	13/10/2008	ETAT CONGOLAIS	80,00	2
Toyota Land cruiser Type missionnaire	Mat roulant	ASSNIP3	28/01/2009	ECP District Lukaya	13000,00	1
Motos Yamaha DT 125	Mat roulant	ZS Ngidinga	16/02/2009	BCZS Ngidinga	5735,74	2
Toyota Land cruiser Type missionnaire	Mat roulant	ASSNIP3	2/04/2009	ETAT CONGOLAIS	30762,00	1
Desktop HP Compaq DX2390	Mat Inform	HGR KISANTU	8/04/2009	HGR KISANTU	4802,60	5
Imprimante HP laser P1005	Mat Inform	HGR KISANTU	8/04/2009	HGR KISANTU	313,06	2
Stabilisateur Light Wave 1500 VA	Mat Inform	HGR KISANTU	8/04/2009	HGR KISANTU	640,35	15
Onduleur UPS 1200 VA	Mat Inform	HGR KISANTU	8/04/2009	HGR KISANTU	551,41	5
Imprimante I-sensys MF 4010	Mat Inform	HGR KISANTU	8/04/2009	HGR KISANTU	597,66	2
Stabilisateur 1500 VA	Mat Inform	ZS Kisantu	8/04/2009	BCZS Kisantu	42,69	1
Imprimante Canon I-Sensys MF4010	Mat Inform	ZS Ngidinga	7/05/2009	BCZS Ngidinga	298,80	1
Stabilisateur 1500 VA	Mat Inform	ZS Ngidinga	7/05/2009	BCZS Ngidinga	85,40	2
Stabilisateur 1500 VA	Mat Inform	ZS Nselo	19/05/2009	BCZS NSELO	95,40	2
Imprimante Canon I-Sensys MF4010	Mat Inform	ZS Nselo	19/05/2009	BCZS NSELO	298,80	1
Bouilloir	Mat de bureau	ASSNIP3	7/06/2009	ETAT CONGOLAIS		1
Copieur Canon IR 2018	Mat Inform	HGR KISANTU	2/07/2009	HGR KISANTU	4230,50	1
Exincteurs 32 kg	Equipement	HGR KISANTU	2/07/2009	HGR KISANTU	2826,30	6
Exincteurs 9 kg	Equipement	HGR KISANTU	2/07/2009	HGR KISANTU	390,00	4
Portable DELL Latitude E5400	Mat Inform	ZS Ngidinga	5/07/2009	BCZS Ngidinga	901,00	1
Ordinateurs Priminfo	Mat Inform	HGR KISANTU	15/07/2009	HGR KISANTU	8510,00	10
Réhabilitation du CS de Ngeba	Construction	ZS Kisantu	17/07/2009	Centre de Santé de Ngeba	15781,07	
Réhabilitation du Bureau Central de la Zone de Santé de Nselo	Construction	ZS Nselo	17/07/2009	BCZS Nselo	20809,73	
Stabilisateurs Light Wave 1500 VA		ITMK	23/07/2009	ITMK	512,28	12
Imprimante Canon I-Sensys MF4010		ITMK	23/07/2009	ITMK	298,83	1
Ordinateur priminfo		ITMK	23/07/2009	ITMK	10212,00	12
Ordinateur priminfo	Mat Inform	ZS Ngidinga	3/08/2009	BCZS Ngidinga	851,00	1
Portable DELL Latitude E5400	Mat Inform	ZS Kisantu	31/08/2009	BCZS Kisantu	683,00	1
Portable DELL Latitude E5400	Mat Inform	ZS Nselo	1/09/2009	BCZS NSELO	901,00	1
Ordinateur Priminfo	Mat Inform	ZS Nselo	1/09/2009	BCZS NSELO	851,00	1