



CTB

**AGENCE BELGE
DE DÉVELOPPEMENT**

RAPPORT DE FORMULATION

PROJETS D'APPUI AU SYSTEME DE
SANTE AUX NIVEAUX INTERMEDIAIRE
ET PERIPHERIQUE (ASSNIP) DANS LE
BAS CONGO ET A KISANGANI

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU
CONGO

CODE DGCD : NN 3010297 & 3010299
CODE NAVISION : RDC 10 157 11 & 10 158 11

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS.....	4
1 FICHE ANALYTIQUE DE L'INTERVENTION.....	7
1.1 FICHE PROJET	7
2 CADRE D'INTERVENTION ET CONTEXTE.....	16
2.1 CADRE D'INTERVENTION.....	16
2.2 CONTEXTE INSTITUTIONNEL	20
3 DESCRIPTION DE LA DÉMARCHE SUIVIE.....	22
3.1 ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LA FORMULATION	22
3.2 DÉROULEMENT DE LA MISSION.....	22
4 VALIDATION DE L'IDENTIFICATION.....	28
4.1 OBJECTIF GÉNÉRAL	28
4.2 OBJECTIF SPÉCIFIQUE.....	28
4.3 RÉSULTAT ATTENDU N° 1 (RELATIF À LA DPS).....	29
4.4 RÉSULTAT ATTENDU N°2 (RELATIF AUX ECZ)	29
4.5 RÉSULTAT ATTENDU N°3 RELATIF AUX HGR ET CS	29
4.6 RÉSULTAT ATTENDU N° 4 RELATIF AU SUIVI SCIENTIFIQUE, À LA CAPITALISATION ET AUX ÉTUDES).....	30
5 ETUDES ADDITIONNELLES	31
6 ANALYSE DES RISQUES	32
6.1 RISQUES LIES A LA MISE EN ŒUVRE	32
6.2 RISQUES LIES A L'EFFICACITE	34
6.3 RISQUES LIES A LA GESTION	35
6.4 RISQUES LIES A LA DURABILITE	36
6.5 RISQUES FIDUCIAIRES	36
7 THÈMES TRANSVERSAUX	37
8 RÉFÉRENCES.....	38

8.1	DOCUMENTS DGD/CTB	38
8.2	DOCUMENTS NATIONAUX ET SECTORIELS.....	38
8.3	DOCUMENTS CTB & PROJET	40
8.4	DOCUMENTS PROVINCE ORIENTALE & KISANGANI	40
9	AGENDA DE LA MISSION DES CONSULTANTS.....	42
10	LISTE DES PERSONNES CONSULTÉES	44
11	ANNEXE : LE PV DE LA RÉUNION DE RESTITUTION LE 29 SEPT 2011	48

Abréviations

ASSNIC	(Projet d') Appui au Système de santé au Niveau Central
ASSNIP	(Projet d') Appui au Système de santé au Niveau Intermédiaire et Périphérique
AT	Assistant Technique
BAD	Banque Africaine de Développement
BCZ	Bureau Central de Zone
BM	Banque Mondiale
CDR	Centrale de Distribution de Médicaments (Essentiels Génériques)
CAG - MSP	Cellule d'Appui et de Gestion (des financements du Secteur de la Santé)
CDR	Centre de distribution Régional
CE	Commission Européenne
CNP	Comité National de Pilotage
CP	Comité de Pilotage
CPN	Consultation Périnatale
CPP	Comité de Pilotage Provincial
CSp	Convention Spécifique
CS	Centre de Santé
CTB	Coopération Technique Belge
DEP	Direction d'Etudes et Planification du MSP
DGD	Direction Générale de la Coopération au Développement
DPS	Division Provinciale de la Santé
DSCR	Document de stratégie pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté
DTF	Dossier Technique et Financier
DCE	Délégation de la Commission Européenne
ECP	Equipe Cadre Provinciale
ECZ	Equipe Cadre de Zone de Santé
FED	Fonds Européen de Développement
FEDECAME	Fédération des Centrales d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
FOSA	Formation Sanitaire

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
IPS	Inspection provinciale de la santé
ISTM	Institut Supérieur Technique Médical
ITM	Institut Technique Médical
MCD	Médecin Chef de District
MIP	Médecin Inspecteur Provincial
MSP	Ministère de la Santé Publique
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
PPDS	Plan Provincial de Développement Sanitaire
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNAM	Programme National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
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
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RAFi	Responsable Administratif et Financier International
RDC	République Démocratique du Congo
RH	Ressources Humaines
SMCL	Structure Mixte de Concertation Locale
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)
UNICEF	United Nations Children's Fund
USAID	United States Agency for International Development
USD	Dollar américain
ZS	Zone de Santé.

1 Fiche analytique de l'intervention

En ce qui concerne le Bas-Congo : deux fiches analytiques ont été combinées pour aboutir à une fiche unique, ceci pour plusieurs raisons :

1/ la **cohérence géographique** : l'ASSNIP 1 et 3 se situent dans le Bas-Congo qui reste(ra) une seule province selon le nouveau découpage des provinces.

2/ la **cohérence d'action** : dans les 2 fiches le résultat 1 cible l'appui à la même Equipe Cadre Provinciale, notamment celle du Bas-Congo. Le résultat 4 concerne le partage des leçons et des expériences, ce qui est favorisé par le fait d'avoir un seul projet.

3/ l'**efficacité** : les fiches d'identification pour l'ASSNIP 1 et 3 proposent des résultats similaires. Ceci mène à des stratégies communes et à un appui technique similaire. Le fait d'avoir un seul projet rendra donc plus efficace l'encadrement et aussi la gestion du projet. Il y aura ainsi un seul AT responsable pour l'exécution du projet combiné, qui sera positionné au niveau de la DPS.

Les 2 fiches en dessous sont les 2 fiches originalement approuvées. Avec l'accord du partenaire congolais et de l'attaché, et dans un souci de cohérence, les 2 fiches ont été combinées pour constituer la Fiche ASSNIP Bas Congo.

1.1 FICHE PROJET

Projet d'appui au système de santé aux niveaux intermédiaire et périphérique (ASSNIP 1) dans le Bas-Congo : phase de consolidation des acquis

1.1.1 Fiche Analytique originale ASSNIP 1

DGD Numéro d'Intervention	3010 297
Code navision CTB	RDC 10 157 01
Partenaire local	Ministère de la Santé Publique
Durée Convention Spécifique	
Date estimative démarrage du projet	
Contribution partenaire	
Contribution belge	3.000.000 EUR

Secteur d'intervention (code CAD)	12110 –Politique de la santé
Objectif global	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	Achever le processus de mise en place de l'Equipe Cadre Provinciale au sein d'une DPS rationalisée et avoir réalisé les conditions minimales d'investissement et d'organisation pour permettre aux Zones de Santé de Boma et de Lukula la poursuite de leur plan de couverture sanitaire et d'offre de soins de qualité.
Résultats	<p>Résultat 1 : l'ECP est fonctionnelle et placée dans les conditions optimales pour piloter la mise en œuvre du PPDS.</p> <p>Résultat 2 : Les ECZ de Boma et Lukula sont fonctionnelles, évoluent dans un environnement rationalisé, garantissent des conditions optimales de travail et assument effectivement le leadership dans la revitalisation des ZS selon les axes de la SRSS.</p> <p>Résultat 3 : Les structures opérationnelles de Lukula et Boma sont rationalisées et fonctionnent comme un système de santé intégré et bénéficient d'un accompagnement de proximité de la DPS et de son ECP</p> <p>Résultat 4 : Des mécanismes de suivi permettant la prise de décisions au niveau local et la remontée des informations pertinentes aux niveaux provincial et central sont mis en place.</p>

1.1.2 Fiche Analytique originale ASSNIP 3

N°d'intervention DGDC	3011580
Navision code BTC	RDC 11 063 01
Institution partenaire	Au niveau national le Ministère de la Santé Publique (MSP), et au niveau provincial, le Ministère Provincial de la Santé Publique du Bas-Congo
Durée de la Convention spécifique	21 mois
Date de démarrage prévue	1er avril 2012
Contribution locale	Mise à disposition des locaux nécessaires à la mise en œuvre de l'intervention ainsi que du personnel local aux fins des activités du projet
Contribution belge	5.100.000 EUR
Secteur	Santé – santé de base (code CAD 12220)
Objectif global	Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans les zones d'intervention dans le cadre global de la lutte contre la pauvreté
Objectif spécifique	Contribuer conjointement avec la phase de consolidation des acquis du projet ASSNIP 1, à l'achèvement du processus de mise en place de l'Equipe Cadre Provinciale (ECP) au sein d'une Division Provinciale de la Santé rationalisée et à la réalisation des conditions minimales d'investissement et d'organisation pour permettre aux ZS de Kisantu, Ngidinga et Nselo la poursuite de leur plan de couverture sanitaire et d'offre des soins de qualité.
Résultats attendus	Résultat 1: l'ECP est fonctionnelle et placée dans les conditions optimales pour piloter la mise en œuvre du PPDS et produire les résultats Résultat 2 : Les ECZ de Kisantu, Nselo et Ngidinga sont fonctionnelles et placées dans les conditions optimales pour produire les résultats et assument effectivement le leadership dans la revitalisation des ZS

	<p>Résultat 3 : Les structures opérationnelles de Kisantu, Nselo et Ngidinga sont rationalisées, fonctionnent comme un système de santé intégré et bénéficie d'un accompagnement de proximité de la DPS et de son ECP</p> <p>Résultat 4 : Les mécanismes de suivi permettant la prise de décisions au niveau local et la remontée des informations pertinentes aux niveaux provincial et central sont mis en place.</p>
--	---

La mission de formulation n'a pas touché à l'objectif général des projets proposés. L'objectif spécifique a été modifié légèrement par rapport aux fiches originales dans leur formulation précise, comme expliqué dans le DTF. Les zones de santé ciblées par les intervention (respectivement 2 et 3 ZS pour ASSNIP I et III) ont été logiquement rassemblées en 5 zones d'intervention.

Les montants prévus dans les fiches ont été simplement additionnés. Cependant, à cause d'une phase de pont de 9 mois d'une valeur de 467.000 Euros pour ASSNIP I, le budget total a été diminué de ce montant. Ceci résulte en un montant total finalement disponible de $3.000.000 + 5.100.000 - 467.000$ Euros, soit 7.633.000 Euros pour l'ensemble des 2 ASSNIP.

Les résultats ont été légèrement adaptés aussi, mais ne diffèrent pas essentiellement des résultats proposés originalement. Ceci est également expliqué dans le DTF.

1.1.3 Fiche Analytique adaptée ASSNIP Bas-Congo

La fiche analytique définitive du projet ASSNIP Bas-Congo est formulée comme suite :

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	01/01/12
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

1.1.4 Fiche analytique originale Kisangani – Province de la Tshopo

Projet d'appui au système de santé aux niveaux intermédiaire et périphérique (ASSNIP 2) dans trois Zones de Santé de la ville de Kisangani : phase de consolidation des acquis

DGD Numéro d'Intervention	3010 299
Code navision CTB	RDC 10 158 01
Partenaire local	Ministère de la Santé Publique
Durée Convention Spécifique	
Date estimative démarrage du projet	
Contribution partenaire	
Contribution belge	4.000.000 EUR
Secteur d'intervention (code CAD)	12110 –Politique de la santé
Objectif global	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	Achever le processus de mise en place de l'Equipe Cadre au sein du Bureau du District Sanitaire Urbain de Kisangani et avoir réalisé les conditions minimales d'investissement et d'organisation pour permettre aux Zones de Santé de Makiso-Kisangani, Kabondo et Lubunga la poursuite de leur plan de couverture sanitaire et d'offre de soins de qualité.
Résultats	<p>Résultat 1 : l'ECP est fonctionnelle et placée dans les conditions optimales pour piloter la mise en œuvre du PPDS.</p> <p>Résultat 2 : Les ECZ de Makiso-Kisangani, Kabondo et Lubunga sont fonctionnelles, évoluent dans un environnement rationalisé, garantissent des conditions optimales de travail et assument effectivement le leadership dans la revitalisation des ZS selon les axes de la SRSS.</p> <p>Résultat 3 : Les structures opérationnelles Makiso-Kisangani, Kabondo et Lubunga sont rationalisées et fonctionnent comme un système de santé intégré et bénéficient d'un accompagnement de proximité de l'équipe cadre du district sanitaire urbain de Kisangani</p> <p>Résultat 4 : Des mécanismes de suivi permettant la prise de décisions au niveau local et la remontée des informations pertinentes aux niveaux provincial et central sont mis en place.</p>

Parallèlement aux modifications proposées au niveau de ASSNIP Bas-Congo, ASSNIP II Province de Tshopo propose de légères modifications au niveau de l'objectif spécifique et des résultats attendus. Ceci ne remet pas en cause les options initiales de la fiche d'identification originale.

En appliquant la même logique que pour le projet ASSNIP Bas-Congo, le budget total a été diminué du montant engagé dans la phase de pont. Ainsi le montant total disponible est de :

4.000.000 – 532.000 Euros, soit 3.468.000 Euros.

1.1.5 Fiche analytique adaptée Kisangani – Province de La Tshopo

La fiche analytique définitive du projet ASSNIP Province de la Tshopo ainsi se formule comme suite :

N° d'intervention DGD	3010 299
Code Navision CTB	RDC 10 158 11
Institution partenaire	Ministère de la Santé Publique
Durée de la Convention Spécifique	36 mois
Durée de l'intervention	24 mois
Date de l'intervention	01/01/2012
Contribution du pays partenaire	Estimé à 416.000 €
Contribution belge	3.468.000 €
Secteurs d'intervention (codes CAD)	12110 – Santé - Politique de Santé et gestion administrative 12220 – Santé - Santé de base - Soins et services de santé de base 12281 – Santé - Santé de base - Formation de personnel de santé
Objectif global	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	Le système de santé de la Tshopo est consolidé de manière durable à travers le renforcement de la future DPS et des ZS de Makiso-Kisangani, Kabondo et Lubunga
Résultat 1	L'ECP assure un appui de qualité aux ZS et est placée dans les conditions optimales pour piloter la mise en œuvre du PPDS.
Résultat 2	Les ECZ de Makiso Kisangani, Kabondo et Lubunga assurent l'encadrement des FOSA de 1 ^{er} contact (CS) et de 1 ^{er} niveau de référence (HGR) conformément aux directions données par la SRSS en permettant la poursuite de l'expérimentation de la m.e.o. de cette stratégie

Résultat 3	Dans chacune des trois Zones de Santé, l'accès aux soins, la qualité des soins et la qualité de la gestion de l'HGR ainsi que des Centres de Santé retenus dans le plan de couverture sont rationalisés. Ces FOSA fonctionnent dans un système intégré conforme aux prescriptions de la SRSS
Résultat 4	L'apprentissage basé sur les évidences et expériences de terrain est assuré en vue de renforcer la politique de santé SRSS au niveau provincial et au niveau central

2 Cadre d'intervention et contexte

2.1 Cadre d'intervention

Commentaires additionnels par rapport au DTF

Par rapport au contexte programmatique de la coopération belgo-congolaise

Au départ envisagé sur le long terme (15 ans) avec une première phase de quatre ans (2007 à 2011), l'intervention de la Coopération belgo-congolaise en santé ne se poursuivra pas au delà de 2013. De nouvelles orientations de la coopération bilatérale consignées dans le programme indicatif de coopération (PIC: 2010-2013) ont ainsi consacré le désengagement de la Coopération belgo-congolaise du secteur de la santé en RDC après cette date.

Etant donné que l'actuel projet d'appui a pris fin le 31 janvier 2011, la phase de consolidation doit permettre de préparer les structures bénéficiaires au retrait de la coopération belgo-congolaise du secteur de la santé sans risque de compromettre les acquis obtenus.

La 1ère phase du projet d'appui au système de santé aux niveaux intermédiaire et périphérique exécutée dans le Bas Congo et la Province Orientale a permis de réaliser un certain nombre de progrès dans l'organisation et le fonctionnement de la pyramide sanitaire selon les prescriptions de la Stratégie de Renforcement du Secteur de la Santé. Néanmoins, des points faibles importants persistent encore et nécessitent des stratégies correctrices.

- Au niveau de l'appui du niveau intermédiaire (R1), trop peu de résultats ont été obtenus durant la précédente phase. Comme l'a souligné le briefing initial à Bruxelles, il est important d'obtenir du changement à ce niveau dans les deux ans à venir. Ceci passe en premier lieu (i) par le recrutement rapide des Equipes Cadres Provinciales du Bas-Congo et de la Tshopo (y compris du personnel prévu pour les antennes) et (ii) par l'organisation de l'encadrement des ZS par ces équipes. Pour un démarrage rapide de l'action, durant la période de pont, s'inspirant de l'expérience des autres projets ASSNIP notamment du projet ASSNIP 5 (Bandundu), le recrutement du personnel de ces équipes aura été initié.
- Au niveau des HGR plus particulièrement, un investissement non négligeable a déjà été consenti durant la précédente phase pour le Bas Congo au moins (beaucoup moins pour les trois HGR de Kisangani (Makiso-K., Lubunga et Kabondo) ; le niveau de cet investissement varie cependant beaucoup entre différents HGR du Bas-Congo avec, par exemple, plus d'investissement consenti jusqu'à présent dans les hôpitaux de Lukula ou Boma que dans l'HGR de Kisantu. D'une façon générale, un investissement important dans les infrastructures est encore à consentir durant cette phase si l'on veut atteindre un niveau d'accessibilité et de qualité acceptables.

- Pour ce qui concerne la réorganisation des soins et de la gestion, l'expérience de Kisantu est en avance sur les autres. Cette expérience doit être capitalisée par les autres HGR appuyés.

Par rapport aux incidents de la phase précédente

Parmi les incidents qui ont émaillé la phase précédente, il y en a quatre majeurs qui méritent d'être relevés et qui conduisent à une série de recommandations qui seront prises en compte dans la phase de consolidation :

1. La résistance du personnel des formations sanitaires par rapport au travail 'supplémentaire' qu'ont entraîné les projets ASSNIP. L'augmentation du volume de travail et le travail de rationalisation a obligé le personnel à prêter leurs heures comme prévu dans leurs contrats. Comme les salaires du personnel sont sous-standards par rapport au travail demandé dans leur contrat, et qu'avec le projet ils étaient obligés de réellement prêter leurs heures travail, ils ont fait la grève. A part Kisantu, où la direction de l'hôpital a fait preuve de leadership, les grèves se sont retournées contre les assistants techniques et la CTB. Une leçon à tirer de cette situation est l'importance de veiller à une communication autour du projet et de ses objectifs. Il ne s'agit pas d'un projet belge, mais plutôt d'un projet congolais appuyé par la Coopération Belge. Le projet n'a fait qu'appuyer la mise en œuvre de la SRSS qui est la référence.
2. La mise en place du système de tarification forfaitaire et par conséquent une gestion plus transparente des fonds, a généré une résistance auprès le personnel des formations sanitaires. La raison principale était qu'avec ce nouveau mode de gestion, il n'était plus possible de demander des commissions aux patients et de faire des prescriptions privées de médicaments. Ceci est normal quand le système change profondément le statut quo existant. Un bon accompagnement du personnel et une bonne communication continue est très importante pour expliquer les nouvelles stratégies et leurs avantages, ainsi que d'écouter les besoins du personnel. Les stratégies d'augmentation de salaire qui sont prévues (telles que par exemple le Salaire Minimal Inter social Garanti SMIG) par l'Etat congolais, devraient au moins alléger ces préoccupations
3. La fermeture des structures de soins privées à but lucratif (qui ne contribuaient pas à une couverture universelle rationnelle dans les ZS) a engendré une grande résistance. Ceci impliquait non seulement le personnel de ces structures, mais également des administrateurs et politiciens jusqu'aux échelons supérieurs qui avaient des commissions. Le fait que l'assistance technique a reçu des menaces sérieuses témoigne de la sensibilité autour ces fermetures. Jusqu'à ce jour, ce problème n'a pas de solution satisfaisante.
4. Le refus d'une sélection transparente des équipes de la Direction Provinciale de la Santé se comprend, à part la position de pouvoir, par le fait qu'il y ait une pléthore de personnel au niveau provincial. Rationaliser le personnel dans ces équipes est un exercice délicat. Les leçons doivent être tirées de l'expérience de l'ASSNIP 4 et 5 par rapport à la sélection transparente de la DPS.

Par rapport à la phase de pont

Vus les retards accumulés dans la programmation du deuxième volet de l'intervention ASSNIP, le démarrage de la phase de consolidation n'est pas prévu avant le 01 janvier 2012. L'option prise par la SMCL fin 2010 a été de soumettre un avenant à la convention spécifique de la 1ère phase de l'ASSNIP 1 et de l'ASSNIP 2 pour le financement d'une phase de transition ou 'de pont' d'environ 7 mois permettant d'assurer la continuité des activités entreprises jusqu'au démarrage de la phase de continuation.

D'un point de vue pratique, il est à noter que, dans le corps du texte du DTF, le budget de la phase de pont a été soustrait du budget total consacré à l'action :

- Budget total de 2.533.000 euros pour la continuation de l'ASSNIP 1 contre 3.000.000 d'euros provisionnés au départ
- Budget total de 3.468.000 euros pour la poursuite de l'ASSNIP 2 contre 4 millions d'euros provisionnés au départ.

En dehors du financement de la continuité de l'action entreprise durant la phase précédente de l'ASSNIP (subventionnement du fonctionnement des ECZ et des HGR en particulier), les activités majeures de cette phase de pont sont préparatoires de la phase suivante. Il s'agit en particulier de recruter le personnel des ECP et pour les HGR de préparer des plans directeurs immobiliers et d'équipements cohérents. Ces dernières activités prennent un caractère essentiel dans la mesure où la bonne réalisation de celles-ci conditionne la réussite de l'investissement à consentir dans la phase de continuation, courte, on doit le rappeler.

Par rapport à la relation dans le Bas Congo entre l'ASSNIP 1 et l'ASSNIP 3

Les projets ASSNIP 1 et ASSNIP 3 dans leurs deux dernières années d'intervention, doivent être fusionnés. Quelques remarques à ce niveau :

- La programmation détaillée de l'intervention sur la zone de l'ASSNIP 3 correspond bien aux quatre objectifs du projet ASSNIP 1. Il n'y a pas eu de problème technique pour la fusion des deux propositions.
- Le projet ASSNIP 3 continuation (5,1 M euros) est, en volume financier, nettement plus important que le projet ASSNIP 1 (3 M euros). Ceci s'explique en grande partie par la volonté de la coopération belgo-congolaise de mettre en place un « modèle d'excellence » à Kisantu. En effet, cet hôpital géré par des professionnels, bénéficie d'une gestion relativement saine et d'un capital humain intéressant. Ce simple fait explique la part importante de l'enveloppe consacrée à l'investissement sur l'ASSNIP 3 (ajoutons que comme dit plus haut, cet HGR a moins bénéficié d'investissements que ceux du volet ASSNIP 1).

Il s'agit de consolider les acquis avérés du projet ASSNIP3 sur l'hôpital de Kisantu grâce à un investissement conséquent. L'importance en volume de l'appui au fonctionnement de ce même hôpital relève de la même « philosophie ». Il s'agit en effet de démontrer qu'en imposant un paiement au forfait et subventionnant les soins, on peut améliorer de façon conséquente à la fois la qualité et l'accessibilité des soins.

Compte tenu des avancées probantes dans cet hôpital, la recherche pour un appui au-delà de 2013 est prioritaire. Le projet prévoit d'appuyer le partenaire dans ces efforts et de trouver d'autres appuis que via l'aide bilatérale direct belge, ceci en concertation étroite avec l'Ambassade. En premier lieu, la possibilité d'assurer une continuité de l'appui via le canal de la coopération bilatérale indirecte (ONG belges, IMT Anvers) sera explorée.

Certaines des activités programmées dans le DTF finalisé et fusionné ASSNIP1 / ASSNIP3 ne concernent que la ZS de Kisantu ; il s'agit

- du financement direct de la Mutuelle locale dénommée Musakis (pour les autres ZS, on ne parle que de soutenir le processus de création des mutuelles),
- de l'appui au fonctionnement de l'institut de formation en technique Médicale de Kisantu géré par les confessionnels, qui lui aussi peut être considéré comme un modèle dans son domaine,
- de l'appui au fonctionnement de la CDR de Kisantu (dans la zone de Matadi, l'appui à la CAMEBO, CDR située à Matadi, ne sera qu'indirect grâce à la mise en place du système de lignes de crédit proposé).

Par rapport aux actions différentes entre les ASSNIP 1,-2 et 3 de la phase précédente

Malgré une approche similaire, les actions entre les ASSNIP situés au Bas-Congo et l'ASSNIP à Kisangani, sont différentes. Ceci s'explique pour les raisons suivantes :

1. L'histoire et le contexte de départ dans chacune des ASSNIP étaient fort différents. Les acteurs mettent d'autres priorités. Il y a aussi une différence quant à l'ouverture d'esprit au changement. Kisantu par exemple connaît une tradition de coopération internationale de longue date et est donc plus habitué à des inputs externes. Ceci se traduit par une plus grande ouverture pour tester des nouvelles stratégies.

2. Comme les projets ASSNIP adoptent une stratégie de changement, basée sur la recherche-action participative, il est tout à fait normal que dans chaque contexte, les acteurs identifient d'autres points d'entrée pour améliorer le système de santé.

3. La SRSS est une politique qui est très vaste et peu prescriptive quant aux stratégies opérationnelles. Par ce fait elle laisse une grande marge de manœuvre pour développer des stratégies opérationnelles pour rationaliser le système de santé. Dans chaque région ASSNIP, d'autres points d'entrée de rationalisation ont été identifiés ensemble avec les acteurs locaux. A Kisangani la rationalisation des ressources humaines a été le départ, tandis que par exemple à Kisantu le mode de financement était le point de départ pour la rationalisation des soins et des services.

Ces actions diversifiées sont néanmoins complémentaires, et enrichissent l'opérationnalisation de la SRSS. Des efforts ont été faits pour capitaliser ces expériences (rédaction de fiches techniques, atelier de capitalisation au niveau central,...).

2.2 Contexte institutionnel

Commentaires additionnels par rapport au DTF

2.2.1 Par rapport au niveau d'avancement de la réorganisation du niveau intermédiaire

On doit admettre que la mise en place de la décentralisation politique reste au point mort depuis l'adoption des mesures transitoires il y a déjà plus de deux ans. Certes, des propositions de révision de l'organigramme de l'administration sanitaire provinciale ont été présentées au Ministre de la Santé, mais ceci ne garantit pas que l'organisation proposée soit finalement et rapidement validée par le MSP. Il faut donc rester réaliste par rapport à ce Résultat Attendu. Même si ce n'est pas particulièrement exprimé dans le DTF, il est recommandé de concentrer l'intervention sur la construction d'une fonction efficace d'encadrement des ZS par l'Equipe Cadre Provinciale. En effet, c'est là où la faisabilité est la meilleure et c'est là où les besoins sont les plus évidents.

De l'autre côté, la mise en place effective des ECP à Bandundu et dans la province de l'Equateur (ASSNIP 4 et 5) avec un appui très poussé de la part du niveau central (DEP, avec l'appui du projet de la coopération belge), donne un espoir réel pour les évolutions au Bas Congo. L'attaché a clairement intégré cette réorganisation dans son dialogue politique sectoriel avec le partenaire.

2.2.2 Par rapport à la CAG

La mise en place de la CAG met en pratique la volonté affichée par le MSP et le GIBS de mettre en application les principes de la Déclaration de Paris (harmonisation, appropriation et alignement). Un an après son démarrage, l'administration correspondant à l'organigramme de cette cellule a été mise en place. Le financement CE est logé à la CAG, mais possède ses propres procédures et ses propres gestionnaires. Les Fonds GAVI RSS et Fonds Mondial RSS seront aussi gérés par cette CAG bien que ces fonds ne soient pas encore logés dans la CAG au moment de la rédaction des DTF ASSNIP Bas-Congo et Kisangani. .

Vu que la création d'une CAG est pertinente, le projet appuiera l'initiative. Vu que les budgets des DTF ASSNIP Bas-Congo et Kisangani continuent à être gérés en régie, il n'y pas de risques financiers attachés à une intégration de la gestion du projet au sein de la CAG. Le budget prévu sera détaillé au début du démarrage du projet et dès que le partenaire est plus clair sur les besoins.

Rappelons, par ailleurs, que c'est à ce niveau que le RAFi sera rattaché à la CAG. Il aidera la CAG à mieux définir son mandat et ses besoins. Plus précisément, son travail, bien que se concentrant sur sa fonction classique de gestionnaire du projet en régie, permettra aussi de renforcer les compétences du personnel de la CAG dans le domaine de la gestion financière des projets.

Rappelons également que ce RAF international n'est pas payé à temps complet sur les ASSNIP Bas Congo et Kisangani ; le reste de son coût, soit deux cinquièmes est ainsi financé par les ASSNIP Bandundu et Equateur.

2.2.3 Par rapport à la viabilité des acquis dans le contexte de retrait de la coopération belgo-congolaise du domaine de la santé

Toutes les interventions santé financées par la Coopération belgo-congolaise devant s'achever en 2013, leurs objectifs opérationnels ont dû être révisés. Compte tenu de cela, il s'agit désormais de rester réaliste par rapport aux objectifs initiaux tels que définis au moment de la conception de l'intervention. Néanmoins, il s'agit de tenter de démontrer que pourvu qu'on utilise les bons moyens, l'obtention d'un changement d'organisation et de comportement au sein du personnel est possible au terme d'une durée aussi restreinte. Il s'agit également de rechercher dès à présent les moyens de poursuite de l'intervention au moins dans une partie des structures appuyées.

Les éléments permettant d'assurer la viabilité des acquis sont décrits dans le DTF au chapitre 'Stratégie de sortie'. Il est clair qu'une pérennité 'absolue' est impensable dans la situation actuelle du pays. Cependant, des stratégies intermédiaires ont été clairement élaborées dans le DTF (chapitre 2), qui aideront au mieux à préparer le terrain en attendant l'intervention potentielle d'autres bailleurs dans ce secteur et dans les mêmes provinces.

2.2.4 Par rapport à la visibilité de l'action

Le financement sur base d'output tel qu'actuellement pratiqué à Kisantu, même s'il possède des différences importantes en termes d'approche, est convergent sur de nombreux points avec les systèmes de Financements Basés sur la Performance mis en place par d'autres projets tels que ceux financés actuellement par la CE (Projet Santé 10^FFED) ou la BM (projet PARSS au Katanga), ou opéré par des ONG (ex CORDAID ou HEALTHNET...). L'initiative à Kisantu montre même d'indéniables avantages par rapport à la faisabilité réelle dans un environnement quand-même fortement corrompu. L'introduction d'une tarification forfaitaire empêche une évolution vers une commercialisation des soins déjà avancée dans l'état actuel dé-régularisé du système de santé congolais.

Néanmoins cette expérience souffre d'une visibilité faible par rapport à celle de certains des partenaires cités ici. L'expérience menée à Kisantu est cependant très intéressante et peut à de nombreux égards alimenter la réflexion sur le financement de la santé en RDC. On peut donc suggérer aux acteurs du projet de faire un effort plus important de communication sur ce sujet.

3 Description de la démarche suivie

3.1 Acteurs impliqués dans la formulation

La formulation a été menée par une équipe d'experts indépendants et le concours de responsables de la CTB. L'équipe était constituée de deux médecins de santé publique, le Dr. Olivier Barthes (chef de mission et responsable de la formulation de l'ASSNIP 1), et le Dr Michel Picquet, (responsable de la formulation de l'ASSNIP 2), et par deux experts nationaux, le Dr Simbi Ahmadi, le Dr Audace Makamba, experts indépendants congolais.

L'équipe de la CTB RDC (Eric de Milliano, représentant-résident adjoint, et Stéphanie Stasse, AT international sur les projets ASSNIP pour la phase de pont + les deux AT CT Nationaux recrutés pour la phase de pont) a été une importante source d'information. L'équipe de la CTB a été également directement impliquée dans la rédaction du chapitre 5 du DTF relatif aux modalités d'exécution.

Pour la CTB Bruxelles ont participé aux missions le Dr Paul Bossyns, responsable du secteur santé, et le Dr Karel Gyselinck, chargé de la formulation. Les deux ont également contribué activement aux échanges.

Enfin la DEP et les autres bénéficiaires directs du projet (MIP MCZ, MCH) de même que plus généralement les divers partenaires du projet ont, par les communications entretenues avec l'équipe de formulateurs, contribué à la conception du DTF.

3.2 Déroulement de la mission

Ce rapport est le résultat d'une démarche qui a été en pratique l'application des indications contenues dans les termes de référence de la mission.

Il est cependant à noter que la finalisation de la Fiche d'identification des deux projets ASSNIP a tardé puisque alors que le début de la rédaction de cette Fiche d'identification date du mois de novembre 2010, celle-ci n'a été finalement validée qu'en avril 2011 par le MSP. La mission de formulation elle-même a démarré trois mois après.

La formulation s'est organisée autour de trois étapes.

3.2.1 Phase préparatoire

Elle a concerné plusieurs activités :

- Une série de discussions avec des personnes clés en Belgique, notamment au travers d'une séance de briefing menée avec des responsables de la DGD et de la CTB Bruxelles ;
- La collecte et l'étude de la documentation sur le contexte global de la coopération entre la RDC et la Belgique. Cela a compris notamment l'analyse des données des autres interventions de la Coopération belgo-congolaise, les analyses de situation, etc.

- La préparation de la mission de terrain et la coordination de la mission avec la représentation de la CTB Kinshasa;
- Des contacts préparatoires avec les personnes clés en RDC au niveau de la Représentation de la CTB et des deux experts nationaux de l'équipe ;
- la définition d'un premier planning pour la mission.

3.2.2 Première mission en RDC

Comme prévu dans les TDR, la mission de formulation a pu démarrer à la mi juillet 2011.

La 1ère étape de la mission de formulation s'est déroulée du 17 juillet 2011 au 7 août 2011.

Réalisation de la mission pour ce qui concerne le Bas Congo

La mission pour ce qui concerne le Bas-Congo s'est déroulée selon le plan initial mentionné dans les TDR:

- Durant la première semaine, les responsables du projet de la CTB (Portfolio Manager, AT LT d'appui ASSNIP 3, AT LT locaux recrutés pour la phase de pont) mais aussi un représentant du siège de la CTB (Dr P Bossyns) ont partagé leur point de vue et proposé des orientations aux deux consultants. Puis les visites de partenaires ont été réalisées. Il s'est agit bien sûr de rencontrer le Secrétariat Général et la DGD mais aussi les potentiels bénéficiaires indirects au niveau central (DEP, DLM, Direction des Etablissements de Soins, Direction de la Pharmacie et du Médicament, représentants de la FEDECAME) ; il s'est aussi agit de rencontrer les principaux autres partenaires du MSP. Parmi ces partenaires, la CE, l'OMS, l'UNICEF ont pu être rencontrés ; par contre ni le représentant de la Banque Mondiale ni le responsable du projet PARSS n'ont pu être rencontrés.
- La deuxième semaine a été entièrement consacrée aux visites de terrain. Les sites suivants ont été visités :
 - HGR, Bureau de ZS, CDR de Kisantu (CAMEKI) ;
 - DPS du Bas Congo à Matadi, CDR de Matadi (CAMEBO) ;
 - BCZ, HGR et différents CS de Lukula (dont Makulu Lungui, CS de démonstration) ; des représentants de la mutuelle locale ont également été rencontrés à Lukula ;
 - BCZ et HGR à Boma ; un représentant de la mairie de Boma a été rencontré.

Au retour sur Kinshasa, un débriefing a eu lieu avec le MIP. Durant ce débriefing, l'expert a pu proposer la série d'ajustements proposés par rapport à la Fiche d'identification validée en avril.

Durant la 3° semaine, les rendez-vous au niveau central ont été complétés. Le chef de mission a par ailleurs participé à certaines des discussions relevant de la formulation de

l'ASSNIP 2 (notamment dans le but d'assurer l'harmonisation des deux interventions en Province Orientale et dans le Bas-Congo).

Réalisation de la mission pour ce qui concerne Kisangani

Le programme de la mission de trois semaines était au départ le suivant :

Semaine	Lieu	Activités
1	Kinshasa	Briefing avec la CTB et rencontre avec les différents acteurs et partenaires au niveau central
2	Kisangani	Visite sur le terrain suivie d'un atelier
3	Kinshasa	Suite des rencontres, la rédaction de l'aide-mémoire et la journée de restitution au MSP.

Alors que la mission sur le terrain des consultants pour le Bas-Congo a pu se dérouler comme prévu, celle des consultants en charge d'ASSNIP 2 a dû changer de méthodologie en cours de route suite aux problèmes logistiques rencontrés pour se rendre par voie aérienne à Kisangani. La CTB, via son expert auprès de la DEP, a proposé alors de faire venir plus tôt à Kinshasa le staff managérial de Kisangani – qui devait de toutes les façons y venir pour la journée de restitution ; il s'agissait alors de travailler sous forme d'atelier participatif avec le concours de l'expertise santé de la CTB/siège .

La 1^{ère} mission s'est donc finalement déroulée de la manière suivante :

Semaine	Lieu	Activités
1	Kinshasa	Briefing par CTB, rencontre des acteurs principaux au niveau MSP et partenaires techniques & financiers (PTF)
2	Kisantu	Visite sur le terrain : hôpital, mutuelles, CDR
	Kinshasa	- Atelier avec le staff de Kisangani et l'expert santé CTB - Rédaction de l'aide-mémoire et journée de restitution au MSP.
3		

Les consultants – ATI et ATN - accompagnés de l'expert santé de la CTB et de l'ATN de Kisangani, ont profité d'une journée au courant de la 2^{ème} semaine pour faire une visite de terrain à Kisantu afin d'étudier différentes expériences pilotes conduites dans cet hôpital de référence pour la coopération belgo-congolaise en RDC dont celle du Dossier du malade et celle du Guide thérapeutique. Ils ont pu également rencontrer les responsables de la mutuelle locale et du CDR.

Ont participé à cet atelier tenu du 29/07/11 au 3/08/11, les personnes suivantes :

Noms et Prénoms	Fonction
Dr Jean-Marc MAMBIDI	Médecin Inspecteur Provincial, DPS de Kisangani
Dr Doudou MBENGI	Membre de l'ECP de Kisangani
Dr Aime LUKUSA	Médecin Chef de la ZS de Lubunga
Dr Getty LIKOKO	Médecin Chef ai de la ZS de Makiso-Kisangani
Dr David KAVUNGU	Médecin Chef ai de la ZS de Kabongo
Dr Audace MAKAMBA	Consultant local en Santé publique pour la CTB
Dr John OKENDE	ATN, phase de transition d'ASSNIP 2 à Kisangani
Dr Michel PICQUET	Consultant Santé publique AEDES Bruxelles
Dr Karel GYSELINCK	Expert Santé publique de la CTB Bruxelles

L'objectif de cette 1^{ère} étape était de dresser une première ébauche de la phase de consolidation des acquis du projet, en fonction des risques et opportunités du contexte. L'aide-mémoire rédigé à cette occasion fut partagé et discuté avec les membres de la CTB ainsi qu'avec les principaux acteurs du MSP et du terrain concernés. Il récapitulait les points essentiels que la mission a proposé à l'approbation des parties prenantes pour la réunion de restitution du DTF.

Débriefing de la mission au niveau local

A partir des données collectées par les deux experts, deux Aide-mémoires ont été produits ainsi que les présentations Powerpoint correspondantes. Ces aide-mémoires ont été présentés en plénière dans la Salle Kwete de la DEP le 4/8/11 (réunion modérée par le Dr Kalambaye directeur de la DEP et représentant le SG). Un PV de la discussion qui eut lieu consécutivement à la présentation des deux experts (ASSNIP 1 et ASSNIP 2), est disponible.

Ceci a clôturé la 2^o phase de la mission.

3.2.3 Elaboration du DTF et du RdF

Cette période a démarré le 8 août 2011 au retour en Europe des consultants, et s'est terminée au début de septembre 2011. Elle s'est concentrée sur la rédaction du DTF. Les deux experts ont effectué le 6/09 une mission de contact au siège de CTB Bruxelles, ce qui permit d'ajuster leurs premiers drafts de DTF (présence dans la réunion des deux consultants internationaux ainsi que des deux experts santé de la CTB et d'un représentant d'AEDES). La version corrigée a été envoyée à la CTB Kinshasa aux alentours du 10/9.

A partir de là, une task force formée de cadres de la CTB/RDC, des deux appuis techniques du siège (Drs Paul Bossyns et Karel Gyselinck) et des AT long terme en place pour la phase de pont, en séminaire à Gisenyi au Rwanda, a apporté une ultime révision de la part de la CTB et nombreux représentants congolais.

Cet ultime aménagement a permis d'aboutir à la version envoyée au MSP pour lecture avant approbation, le vendredi 16/9.

Remarques par rapport à l'ajustement des propositions de DTF des experts

Dans la version finale des DTF du Bas Congo et de Kisangani, un minimum de changements a eu lieu par rapport aux propositions initiales des experts. Ces changements ne concernaient pas la logique du projet qui reste identique à ce qui avait été proposée par les experts lors de la présentation de l'aide mémoire au terme de la première mission ; elles concernent essentiellement la mise en œuvre avec des ajustements principalement à propos de la proposition des Consultants de prolonger le poste d'AT court terme National : celle-ci n'a pas été intégrée dans la version finale du DTF proposé au MSP. Ceci pour les raisons suivantes : la disparité entre les conditions salariales entre un ATN et les cadres locaux contient le risque de tensions entre personnes, surtout quand le gradient de compétence n'est pas très important entre les deux. De plus, il y a le risque de 'brain drain' des cadres du Ministère de la Santé vers un poste comme ATN dans un projet. Ceci affaiblirait les institutions qui doivent justement être renforcées à travers ces projets. On est ainsi passé à un dispositif basé uniquement sur de l'assistance technique internationale long terme pour la phase dite de continuation.

Autres changements spécifiques à chaque ASSNIP :

Pour l'ASSNIP Bas-Congo

L'intégration complète du volet ASSNIP 3 dans la proposition : les propositions du consultant initialement ciblées sur les ZS et les formations sanitaires de Lukula et Boma, ont ainsi été étendues à 3 zones supplémentaires, celles couvertes par l'actuel projet ASSNIP 3 : Kisantu, Nselo et Ngindinga. Le budget spécifique proposé par la CTB pour ces 3 ZS et leurs formations sanitaires a été ajouté au budget initial prévu pour les deux ZS de l'ASSNIP 1.

Pour l'ASSNIP Kisangani

En ce qui concerne le point C1 du Résultat 3 – renforcer la couverture au premier échelon – il a été décidé que :

- La continuité des soins (basé sur le PMA) dans les CS appuyés serait assurée suivant le plan de développement de la ZS
- Les réhabilitations prioritaires seront décidées au début de projet sur base des besoins prioritaires parmi les CS de démonstration. Une enveloppe budgétaire fixe est prévue.

3.2.4 Deuxième mission en RDC : validation du DTF par la partie congolaise

L'étape ultérieure de restitution et de discussion du DTF à Kinshasa a eu lieu du 25 au 29 septembre 2011 et a été placée sous la responsabilité de la CTB. Le PV de la réunion de restitution se trouve en annexe.

Après trois jours sur place au contact à la fois de la DGD (Dr J.P. Noterman) et de la CTB Kinshasa ainsi que des deux experts du siège (Drs Paul Bossyns et Karel Gyselinck), consacrés à l'ajustement final des deux DTF, les consultants ont préparé la restitution qui s'est déroulée le 29/09 dans la salle Nkwete du MSP et qui a été modérée par M le Secrétaire Général. Finalement la version finale du DTF accompagnée du présent RDF a été transmise le 03/10/2011 à la CTB Kinshasa pour ce qui concerne l'ASSNIP Bas-Congo et le 04/10/2011 pour ce qui concerne l'ASSNIP Kisangani.

4 Validation de l'identification

A l'occasion de la préparation de l'Aide mémoire initial et à la lumière des rencontres effectuées, les consultants ont pu analyser la Fiche d'Identification du projet ASSNIP 1 et donc suggérer un certain nombre d'ajustements dans la planification du projet. Ces ajustements ont été approuvés lors de la séance de débriefing de la 1^{ière} mission des consultants. Nous présentons ici la justification de ces changements. Cette partie du document aboutit au libellé des Résultats Attendus tels que présentés dans le DTF.

4.1 Objectif général

4.1.1 Libellé Fiche d'Identification

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.

4.1.2 Formulation retenue

inchangée

4.2 Objectif spécifique

4.2.1 Libellé de la Fiche d'Identification

Achever le processus de mise en place de l'Equipe Cadre Provincial au sein d'une DPS rationalisée et avoir réalisé les conditions minimales d'investissement et d'organisation pour permettre aux ZS la poursuite de leur plan de couverture sanitaire et d'offre de soins de qualité.

4.2.2 Formulation retenue

Bas Congo

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 Ndiginda

Kisangani

Consolider le système de santé de la Tshopo de manière durable à travers le renforcement de la DPS et des ZS de Makiso-Kisangani, Kabondo et Lubunga.

4.3 Résultat Attendu N°1 (relatif à la DPS)

4.3.1 Libellé de la Fiche d'Identification

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

4.3.2 Commentaires justificatifs des amendements apportés

Le mot 'fonctionnel' a été précisé et réfère à la fonction primaire de l'ECP, notamment à encadrer les ZS.

4.4 Résultat Attendu N°2 (relatif aux ECZ)

4.4.1 Libellé Fiche d'Identification

Les ECZ de X et Y sont fonctionnelles, évoluent dans un environnement rationalisé, garantissent des conditions optimales de travail et assument effectivement le leadership dans la revitalisation des ZS selon les axes de la SRSS.

4.4.2 Commentaires justificatifs des amendements apportés

La notion de fonctionnalité utilisée dans les propositions de la FI, était relativement floue ; il est apparu souhaitable de préciser les choses. Le détail du modèle proposé pour une ZS rationalisée (Cf. la SRSS) constituera la base de la programmation des activités entrant dans le cadre du RA 2.

4.4.3 Formulation retenue

Les équipes cadres en place dans les ZS de X et Y 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

4.5 Résultat Attendu N°3 relatif aux HGR et CS

4.5.1 Libellé de la Fiche d'Identification

Les structures opérationnelles de X ,Y et Z sont rationalisées, fonctionnent comme un système de santé intégré et bénéficient d'un accompagnement de proximité de la DPS et de son ECP

4.5.2 Commentaires justificatifs des amendements apportés

On a apporté des précisions dans la version finale sur ce qui devait être rationalisé ; on circonscrit également l'intervention à une liste limitée de formations sanitaires bénéficiaires.

4.5.3 Formulation retenue

Dans les ZS de X, Y et Z, 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. Ces formations sanitaires fonctionnent dans un système intégré conforme aux prescriptions de la SRSS.

4.6 Résultat Attendu N°4 relatif au suivi scientifique , à la capitalisation et aux études)

4.6.1 Libellé de la Fiche d'Identification

Des mécanismes de suivi permettant la prise de décisions au niveau local et la remontée des informations pertinentes aux niveaux provincial et central, sont mis en place.

4.6.2 Commentaires justificatifs des amendements apportés

La proposition du consultant insiste sur la capitalisation par le MSP de l'expérience de terrain et l'analyse spécifique de nature objective (études), Dans cette phase de consolidation, il est en effet essentiel de tirer les leçons de l'expérience ; ceci se fera à travers des appuis plus directs qu'auparavant.

4.6.3 Formulation retenue

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

5 Etudes additionnelles

Aucune étude additionnelle n'est nécessaire pour la programmation des ASSNIP Bas-Congo et Kisangani En effet l'ensemble des propositions s'est fait sur base de l'expérience acquise au cours de la précédente phase.

6 Analyse des risques

Les risques liés au ASSNIP Bas-Congo et ASSNIP Province de la Tshopo sont considérés comme équivalents. Par contre, la dynamique locale et les acteurs nationaux séparément détermineront l'expression éventuelle de ces risques.

6.1 Risques liés à la mise en œuvre

6.1.1 Risques liés au contexte politique et militaire

On doit supposer que durant le projet la situation politique et militaire de la RDC demeurera stable. Notons qu'en 2011 et 2012 sont programmées des élections à différents niveaux; il faut supposer que celles-ci se montreront démocratiques et se passeront dans le calme.

Naturellement toute dérive dans le processus démocratique fait courir le risque d'une nouvelle interruption de la coopération belgo-congolaise.

Mesures d'atténuation :

Aucune envisageable de la part du projet lui-même

6.1.2 Risques liés à la dégradation du contexte économique

L'aggravation de la situation économique nationale qui peut être la conséquence de la crise internationale actuelle, crée un potentiel d'aggravation de la pauvreté des ménages des zones couvertes par le projet, avec pour conséquence l'aggravation de la situation sanitaire locale et une diminution des capacités de la population à payer les soins.

Mesures d'atténuation :

Seul l'accroissement du volume de subventionnement des soins est envisageable dans un tel contexte. Dans un contexte où le niveau de contribution de l'aide internationale, diminue cet accroissement paraît cependant peu probable.

En dehors de cela, le projet peut seulement monitorer la dégradation de la capacité à payer des patients. Certaines des enquêtes à envisager dans le cadre du résultat N°4 du projet permettront d'assurer le suivi des variables correspondantes.

6.1.3 Risques liés aux problèmes de transport

Depuis quelques mois, il n'y a plus de vols entre Kisangani et Kinshasa par des compagnies aériennes ayant une licence internationale. Suivant la politique de ressources humaines de la CTB, il n'est pas permis à son personnel de voyager avec des compagnies aériennes non agréées IATA.

Mesures d'atténuation :

En attente d'une reprise des vols agrégés, les mesures suivantes sont prises :

Pour les ateliers et les réunions qui peuvent être organisés à Kinshasa, les partenaires congolais viennent avec les vols de compagnies aériennes nationales.

Pour les travaux de réhabilitation, l'assistance technique d'un projet infrastructure à Kisangani assurera un appui.

6.1.4 Risques liés la faisabilité d'obtenir des résultats dans les délais prévus

Vu le retrait de la Coopération Belgo-congolaise bilatérale directe du secteur de la santé fin 2013, il est impératif de respecter les délais prévus. Ce risque est important particulièrement dans le domaine de l'infrastructure.

Mesures d'atténuation :

Par rapport à la mise en œuvre de la réhabilitation des infrastructures prévues dans les délais prévus, certaines mesures ont déjà été prises pendant la phase de transition. En général, il y a 4 étapes pour réaliser une construction :

- La 1^o étape est un 'plan de masse' qui donne un relevé du terrain et des bâtiments existants. Ceci est en cours dans la phase transitoire et sera fait pour l'ASSNIP Bas-Congo et Kisangani avant fin 2011.

- La 2^o étape est un 'plan directeur hospitalier'. Ceci sera réalisé par la phase transitoire pour fin janvier 2012 pour l'ASSNIP Bas-Congo et Kisangani.

- La 3^o étape est un 'cahier de charge détaillé'. Ceci est déjà prêt pour Kisantu (où se situe la plus grande partie des constructions, notamment pour 1,8 millions d'euros) et sera prêt pour toutes les autres constructions prévues avant fin janvier 2012. Dès que les plans directeurs sont approuvés, le marché public peut être lancé. La publication prendra 36 jours. Les offres seront donc en principe être disponibles fin mars 2012.

- La 4^o étape est 'l'attribution du marché'. Il est prévu que les travaux commencent en mai 2012.

En attente de la sélection de l'ATI architecte/Ingénieur de construction, le suivi sera assuré par l'ATI Santé Publique, engagé dans le cadre de la phase transitoire, et ensuite par son successeur qui est un ATI Ir. Biomédical. L'ATI travaillant dans un projet d'infrastructure dans la région (par exemple à Kisangani) pourra donner un appui, ainsi que la cellule infrastructure de la CTB à Bruxelles.

6.2 Risques liés à l'efficacité

6.2.1 Risques liés à la lenteur des réformes

L'intervention suppose le maintien et l'accroissement de l'effort de l'Etat en matière de financement de la santé mais également un engagement important de celui-ci dans la poursuite du processus de réforme du secteur de la santé. Au cœur du sujet la réforme de l'organisation du niveau intermédiaire du MSP, bien sûr mais également de nombreuses autres réformes comme la réorganisation du niveau central et la mise en place d'une gestion moderne des ressources humaines au sein du MSP. A ce niveau là, il ne faut cependant pas se faire d'illusion : le processus de réforme en RDC est lent.

L'absence d'adoption et application de la restructuration du niveau intermédiaire d'une part, et l'absence d'adoption du plan consolidé de développement des zones de santé appuyées d'autre part, nécessitent des mesures d'atténuation. Ces mesures sont au cœur de la phase de consolidation.

Mesures d'atténuation :

L'ensemble du dispositif mis en place par l'intermédiaire de la CTB en matière de santé et notamment les projets intervenants au niveau central contribuera à la mitigation de ce risque ; ceci en participant au dialogue technique relatif aux différentes réformes. L'appui de la DGD et du GIBS est également à solliciter afin de porter les réformes proposées.

L'expérience de l'ASSNIP 4 et 5 par rapport à la mise en place des ECP rationalisées aidera les projets ASSNIP au Bas-Congo et Kisangani pour mener à bien un exercice similaire.

Le retrait de la Coopération Belgo-congolaise bilatérale directe du secteur de la santé constitue aussi un instrument de pression sur les responsables du système de santé pour faire avancer la réforme.

6.2.2 Risques liés à l'instabilité du personnel au niveau central

Les changements de personnes au niveau des postes de commandement du niveau central du MSP induisent naturellement des problèmes de continuité, de mémoire institutionnelle et de cohérence des interventions dans la durée. Pour autant ce qui pour certains pourrait constituer un risque peut s'avérer in fine une opportunité.

Mesures d'atténuation :

Il y a lieu de rester neutre dans l'ensemble du processus. Seul l'Etat congolais peut trouver les voies et moyen d'une amélioration de l'efficience du dispositif qu'il a mis en place. Il revient à l'attaché, et l'équipe santé de la CTB de dialoguer avec le partenaire quand des anomalies à ce sujet sont observées.

6.2.3 Risques liés à l'instabilité du personnel dans la zone du projet

S'il existe un risque majeur pesant sur ce projet c'est bien celui de voir les efforts de celui-ci perturbés par des interférences dans l'affectation du personnel. Ce genre de cas arrive d'autant plus souvent que les projets apportent un confort matériel au personnel appuyé ce qui fait fatalement des envieux. A ce niveau là, compte tenu de la faiblesse de la gouvernance en RDC, tout est possible: retrait du personnel formé par le projet de la zone de son intervention et remplacement par du personnel non compétent ou non motivé ; affectations intempestives dans les structures appuyées; interférences dans le processus de recrutement des cadres destinés à former les Equipes Cadres à créer, etc.

Mesures d'atténuation :

Même s'il n'est pas écrit, un contrat moral doit être instauré entre le Secrétariat Général du MSP, le Gouvernement local et la CTB. Dans le cas où ce genre d'interférences perturberait le projet, les plus vives protestations devront être faites. Ces protestations devront être relayées par la DGD vers le plus haut niveau de la hiérarchie du MSP.

Dans des cas extrêmes, on doit pouvoir même envisager une interruption du projet.

6.3 Risques liés à la gestion

6.3.1 Risques liés à une offre de service trop faible en matière de travaux de réhabilitation ou de construction

La mise en place de procédures d'attribution du marché transparentes et ouvertes à l'offre de service privée, condition sine qua none de la réalisation d'ouvrages de qualité, suppose néanmoins que cette offre privée existe et qu'elle puisse répondre aux sollicitations techniques et administratives du Dossier d'Appel d'Offre concocté par la CTB. Ceci n'est pas garanti.

Mesures d'atténuation :

Une identification rapide de l'offre de service devra être faite pour les deux provinces.

6.3.2 Risques liés à la faiblesse du réseau FEDECAME

Bien qu'étant appuyé de façon importante durant les dernières années (y compris par la coopération belge bien entendu), le réseau FEDECAME continue de présenter certaines faiblesses chroniques voire structurelles (description plus complète dans le DTF relatif à l'appui CDR). Ces faiblesses peuvent induire un défaut de disponibilité des MEG de qualité au niveau périphérique.

Mesures d'atténuation :

Il convient d'appuyer autant que faire ce peu ce réseau.

Une garantie d'achat stable de MEG issus de ce réseau par les structures sanitaires appuyées par les ASSNIP fait partie des mesures d'atténuation.

Le comportement en la matière des formations sanitaires appuyées devra être suivi de près ; d'autres mesures comme le subventionnement par lignes de crédit sont aussi à envisager là où c'est pertinent.

6.4 Risques liés à la durabilité

Le DTF a proposé déjà plusieurs mesures et stratégies pour pérenniser l'intervention au-delà de 2013, l'année où la Coopération Belgo-congolaise bilatérale directe dans le secteur de la santé prendra fin. En dehors des mesures que le projet même pourra influencer significativement (voir chapitre 2 les stratégies de sortie), un risque majeur reste la relève par d'autres canaux de la Coopération belgo-congolaise ou d'autres bailleurs. Il serait difficile à concevoir dans l'état actuel de la RDC, que les autorités nationales, avec leurs faiblesses institutionnelles et un manque de moyens très important, puissent maintenir de façon autonome les acquis des interventions ASSNIP. La probabilité que d'autres bailleurs reprennent les initiatives dans les mêmes zones d'interventions (provinces) doit être considérée comme faible. En effet, depuis des années, les bailleurs se sont partagés le territoire congolais pour une meilleure répartition du travail. Même avec cette stratégie, ils n'arrivent pas à couvrir l'ensemble des provinces. L'UE a par exemple récemment réduit le nombre de zones de santé appuyées parce qu'elle estime être trop éparpillée géographiquement déjà.

Dans ces conditions, le retrait de la Coopération Belgo-congolaise bilatérale directe du secteur de la santé pose des défis importants.. La Belgique - étant avec l'UE le plus important bailleur avec une présence sur le terrain - occupe en effet une place plus qu'importante dans un pays extrêmement fragile comme la RDC. Dans un environnement avec une absence virtuelle de l'Etat et ce même dans les secteurs traditionnellement à sa charge, avec une corruption et une impunité connues à tous les niveaux de la société, une présence proche du niveau opérationnel est indispensable pour maximiser l'impact et réduire au maximum le risque fiduciaire. Les démarches des interventions belges dans le secteur de la santé correspondent à ces conditions de travail difficiles.

Mesures d'atténuation :

L'ancrage auprès de la CAG constitue une mesure d'atténuation importante

Afin d'assurer la continuité de l'appui, surtout au niveau opérationnel, et de ses acquis, il sera important d'explorer la possibilité d'assurer, après 2013, la continuité d'un appui à travers le canal de la Coopération Belgo-congolaise bilatérale indirecte (ONG, universités).

6.5 Risques fiduciaires

Le risque fiduciaire lié à la gestion de l'intervention est très réduit vu sa modalité de gestion en régie, le principe de la double signature et l'appui et contrôle que pourra exercer le RAF de la CAG à Kinshasa

7 Thèmes transversaux

Les thèmes transversaux sont couverts dans le Dossier technique et financier.

8 Références

8.1 Documents DGD/CTB

Analyse situationnelle du secteur de la santé et évolution du programme de la coopération bilatérale en RDC. Dr JP Noterman. Mars 2011.

- Document « orientations stratégiques lors d'une formulation », **cellule santé CTB (2009)**
- Cadre conceptuel de la coopération belge intitulé « investir dans la santé pour un meilleur bien-être », **Because Health (2007)**
- Check-lists thèmes transversaux
- Document conceptuel « new style projects » (CTB)
- Documents liés aux projets: DTF autres projets CTB, rapports de suivi (rapport annuel et PAP).
- Évaluation du secteur de la Santé de la Coopération belge, **HERA (2005)**.
- Gender mainstreaming **CTB, Mars 2010**
- Gestion clinique des victimes de viol. **OMS/UNHCR 2005**
- Guide de formulation de la CTB

Grille d'analyse des programmes/projets de la coopération bilatérale belge. DGCD D1/GRAP-PA Santé. 15/02/2010

- Note politique de la coopération belge par rapport au VIH/SIDA, **DGD (2006)**
- Note stratégique de la coopération belge pour le secteur de la santé, **DGD (2008)**
- Rapport annuel **CTB, 2010**
- Rapport de mission en vue de rédiger un guide d'infrastructure. **CTB Burundi. P. Pire. 01-15 déc. 2010**

Stratégies pour une identification du secteur Santé. Réflexions. CTB (draft)

- **The Millennium Development Goals Report 2011.** United Nations

8.2 Documents nationaux et sectoriels

- **Agenda de Kinshasa.** 16/06/2009
- **Appuis aux Inspections Provinciales, aux Districts Sanitaires et aux Zones de Santé. 2007-2015.** Document RDC/MSP/DEP.

- **C. A. G. & Alignement de l'aide sur les priorités nationales.** Arrêté ministériel du 16/11/2009 portant sur la création, les attributions, la composition et le fonctionnement d'une C. A. G. de financement du secteur de la santé en RDC. RDC/MSP
- **C. A. G. Renforcement des capacités & des financements du secteur de la santé en RDC.** MSP/Coopérations allemande & belge. 24/05/2011
- **C . A. G. des financements du secteur de la Santé.** MEMO 15. 24/02/11. Bathé Ndjoloko Tambwe, Coordonnateur National & Dr Paolo Max Operti, Conseiller Technique.
- **Cartographie des systèmes d'approvisionnement, de distribution des MEG & autres produits de santé en RDC.** OMS & MSP/SG/PNAME. Janvier 2010.
- **DSCRIP, 2006**
- **EDS 2007** (Résumé)
- **Guide d'intégration des activités des programmes dans les ZS,** MSP/DLM
- **Réflexions sur l'intégration administrative de la fonction de lutte contre la maladie au niveau des DPS.** MSP/DLM ; Mai 2011
- **Plan National de Développement Sanitaire, PNDS 2011-2015.** RDC/MSP/SG. Mars 2010
- **Recueil des normes de la Zone de Santé.** RDC/MSP/SG. Aout 2006
- **Stratégie de Coopération 2009-2013 de l'OMS avec la RDC.** OMS Afrique.
- **Stratégie de Renforcement du Système de Santé.** RDC/MSP/SG. 1^{ère} édition. Sept 2006
- **Stratégie de Renforcement du Système de Santé.** RDC/MSP/SG. 2^{ème} édition. Mars 2010
- **Tableau résumant les ZS Orphelines et non Orphelines.** Document RDC/MSP/DEP. Fanja REALISON. 8/04/2011.

8.3 Documents CTB & Projet

- **Avenant au DTF des Projets ASSNIP 1 et 2 dans le Bas-Congo et la ville de Kisangani en RDC**
- **Cartographie et Adéquation de l'aide en RD**
- **Convention spécifique ASSNIP 1 & 2 (2006)**
- **Convention de mise en œuvre du Projet ASSNIP 1 & 2 (2007)**
- **DTF ASSNIP 1 & 2. GIMH. 23/06/2006**
- **DTF ASSNIP 4 & 5. Provinces de l'Equateur (Sud Ubangui) et Bandundu (Kwilu)**
- **Fiche d'identification du Projet ASSNIP 2 dans trois ZS de la ville de Kisangani : phase de consolidation des acquis. Octobre 2010.**
- **PIC 2008-2010 et 2010-2013**
- **PV avec recommandations des réunions SMCL des ASSNIP 1 & 3** (Matadi : 19/11/08 ; Boma : 3 et 4/06/2009), ASSNIP 1 & 2 & 3 (Kisantu : 4 et 5/02/10 ; Kisangani : 23/06/10) ASSNIP 3 (Kisantu : 25/11/2010) et ASSNIP 1 & 2 (Kinshasa : 11/03/11)
- **Rapports annuels du Projet ASSNIP 1 & 2** (2007, 2008 et 2009)
- **Rapport d'évaluation à mi-parcours ASSNIP 1 & 2. HERA BELGIUM. 8/05/2010.**
- **Rapports du suivi scientifique** (2007, 2008, 2009 et 2010)
- **Rapport final ASSNIP 2** (1ère phase). Dr Fedjo Tefoyet. 20/04/2011.

8.4 Documents Province Orientale & Kisangani

- **Amélioration de l'accès aux soins obstétricaux dans la ville de Kisangani.** Dr Fedjo Tefoyet. Mars 2010
- **Construction du leadership intégré d'une ECZ : processus & écueils. Cas de la ZS de MAKISO-KISANGANI.** Dr Samuel Bosongo Itigaino
- **Expérience de la ZS de LUBUNGA dans l'amélioration de l'accès universel aux soins.** Description du processus de mise en place de la tarification forfaitaire avec participation communautaire. LUKUSA M. Aimé. Février 2010
- **Guide thérapeutique. Expérience de l'Hôpital General de Référence de**

LUBUNGA dans l'amélioration de la qualité des soins. Dr Alex IBANDA MATONDO. Juillet 2010

- **Influence du mode de paiement sur l'utilisation des services. ZS de Kabondo.** Atelier de capitalisation ASSNIP 2 ; 25 au 26 /01/2011. Drs Marie LEBEE LENDUNGA et Amos MOSEMA BE AMOTI.
- **Plan d'activités 2011. Fondation Damien, Kisangani.** RDC/POO/Coordination Lèpre et Tuberculose. Dr. Jean MUSAFIRI AKOMBA. Février 2011.
- **Processus de mise en place de la tarification forfaitaire dans la ZS urbano-rurale de LUBUNGA.** LUKUSA M. Aimé. Janvier 2011
- **Projet d'Appui au Plan Directeur de Développement Sanitaire dans la Province Orientale.** Rapport de restructuration du projet. Division Santé du Fonds Africain de Développement. OSHD. Octobre 2007.

Rationalisation du service de chirurgie : organiser l'accès aux soins des indigents. Dr Fedjo Tefoyet. Mai 2009

9 Agenda de la mission des consultants

1^{ère} Mission

A. Kinshasa : les 2 experts

Jours	Description des activités
14/07/11	- Préparation de la mission (Bruxelles)
16/07/11	- Briefing avec DGD (J.P. Noterman) et CTB (P. Bossyns, K. Gyselinck, N. Stasse)
17/07/11	Vol Bruxelles-Kinshasa
18/07/11	- Briefing avec l'équipe de la CTB Bruxelles/Kinshasa + DEP + AT nationaux - Réunion avec le Secrétaire Général a.i. du MSP Dr Mukengeshayi
19/07/11	- Rencontre avec Drs F. Ladrière, AT DEP & G. Michaux, AT DLM - Réunion à la D3, Dr Mbombo, sur la réforme hospitalière - Réunion avec Drs Dick Declercq et Urbain Menace (ambassade)
20/07/11	- Rencontre à la DEP avec Dr E. Guevart (ASSNIP5) - Réunion avec Dr B. N. Tambwe, coordonnateur à la CAG - Rencontre avec Dr Jean Macq (UCL) chargé du suivi scientifique
21/07/11	- Rencontre à la DCE avec Drs H. Got et M. Mulowe - Réunion à la D3 avec le PNAM et la FEDECAME - Réunion avec le PS/10 ^{ème} FED - O. Inginda et P. Operti - et D. Vandenberg (AEDES)
22/07/11	- Réunion avec le coordinateur de l'OMS - Réunion à la DEP avec Dr P. Bossyns sur le suivi scientifique
23/07/11	- Réunion de travail à la CTB avec Drs P. Bossyns et Eric de Milliano

B.1. Mission Expert Bas-Congo

24/07/11	- Départ sur le terrain de l'expert en charge de la formulation du Bas-Congo
25/07/11	- Visite des structures de Kisantu : BCZ HGR, rencontre des parties prenantes
26/07/11	- Visite de la DPS à Matadi, rencontre des parties prenantes
27/07/11	- Visite HGR BCZ de Lukula et de plusieurs CS (dont Makulu Lengui) ;
28/07/11	- Poursuite des rencontres à Lukula et déplacement sur Boma
29/07/11	- Visite HGR BCZ de Boma ; rencontre des parties prenantes ; débriefing avec le MIP à Matadi
30/07/11	Retour Kinshasa
31/07/11	- Retour à Kinshasa de l'expert en charge de la formulation du Bas-Congo
1/08/11	Finalisation Aide mémoire ; rédaction des présentations...Présentation en
3/08/11	Atelier de validation

B.2. Mission Expert Kisangani (à Kinshasa)

24/07/11	- Rédaction des activités de la 1 ^{ère} semaine
25/07/11	- Réunions à la DSNIS & à l'UNICEF
26 & 27/07/11	- Préparation de la mission à Kisangani : ATI + 2 ATN - Rencontre avec le Représentant Résident de la CTB
28/07/11	Préparation de l'atelier avec Karel Gyselinck + ATI + 2 AT
29 & 30/07/11	Travail en atelier avec le staff de Kisangani avec Karel Gyselinck + ATI + 2 AT
31/07/11	Rédaction des activités de la 1 ^{ère} semaine
1 & 2/08/11	Travail en atelier avec le staff de Kisangani + KG + AT + AT/DEP
03/08/11	- Travail en atelier (fin) & Réunion avec le Dr Karel Gyselinck + 2 ATI + 4 ATN + l'ATI/DEP

C. Kinshasa : les 2 Experts

04/08/11	Préparation de la restitution au MSP : 2 ATI + 2 ATN
05/08/11	Restitution nationale de l'Aide-Mémoire au MSP/DEP
06/08/11	- Correction de Aide-Mémoire - Vol Kinshasa-Bruxelles

2^{ème} Mission : les 2 Experts

25/09/11	- Vol Bruxelles-Kinshasa
26/09/11	- Préparation de la restitution au MSP : 2 ATI + 2 CTB/Bruxelles et 2 Kinshasa
27/09/11	- Réunion à la DGD (Dr J.P. Noterman) : 2 ATI + 4 CTB
28/09/11	- Réunion chez le Secrétaire Général au MSP avec DGD et CTB
29/09/11	Restitution nationale des DTF au MSP/DEP et Vol Kinshasa-Bruxelles

10 Liste des personnes consultées

Bruxelles

AEDES :

- **Vicente Pardo, médecin de santé publique**
- **Dr Daniel Van Den Bergh, pharmacien**

CTB :

- **Dr Bossyns Paul, responsable des programmes santé**
- **Dr Gyselinck Karel, responsable de la formulation**

UCL :

- **Dr Jean Macq, professeur, ESP**
- **Dr Nathalie Ribesse, chercheur, ESP**

Kinshasa

Ambassade de Belgique

- **Dr Dick Declercq, ministre-conseiller de la coopération**
- **Dr Jean-Pierre Noterman, attaché de coopération**
- **Dr Urbain Menasse, attaché-adjoint de coopération**
- **Mr Harold Vandermeulen, attaché de coopération**

CTB

- **Mr Eric de Milliano, Portfolio Manager**
- **Dr Fabienne Ladrière, AT DEP**
- **Dr Geneviève Michaux, AT DLM**
- **Dr Stéphanie Stasse, AT ASSNIP 1,2 et 3**
- **Dr Edouard Gevaert, AT ASSNIP 5**
- **Mr Alain Ndeke, Financial officer CTB/santé**

MSP :

- **Dr Mukengeshayi, Directeur D5**
- **Dr Hyppolite Kalambaye, DEP**
- **Dr Boji, chef de bureau SNIS, DDSSP**
- **Dr Osongo, chef de bureau SNIS, DDSSP**
- **Dr Audace MAKAMBA, consultant local en santé publique CTB**
- **Dr Simbi Ahadi, expert DEP, Consultant en santé publique CTB**
- **Dr Daniel Ngeleka Mutolo, Directeur à la DPM**

- **Dr Mbombo, Directrice de la D3**
- **Dr Bathé Ndjokolo Tambwe, Coordonnateur à la CAG**
- **Mr Jean Claude Deka Lundu, Secrétaire Général, FEDECAME**
- **Mr Dumbo Tshamoba, CDIM/D8 (DLS)**
- **Dr Yoka Denis, expert technique, DLM**
- **Dr Kandal Matthieu, CB, DDSCP**
- **Dr Kebela ilunga, directeur de la DLM**
- **Ph Ngeleka, Directeur de la DPM**
- **Ph Matamba, Directeur du Programme National d'Approvisionnement des Médicaments essentiels;**
- **Dr Anatole Managala, Directeur du Programme Mutuelles de santé ;**

DCE

- **Dr Henri Got, Chef de secteur santé, coopération régionale**
- **Dr M. Mulowe, responsable du secteur santé**
- **Dr Paolo Max Operti, Conseiller Technique PS/10ème FED & CAG**
- **Mr O. Inginda, PS/10ème FED**

Nations Unies

- **Dr Lokonga , responsable sectoriel Santé à l'OMS**
- **Mr Celestino Costa, chef survie, UNICEF**

Action Damien (RDC)

- **Dr Georges Bakaswa Ntambwe, directeur médical**

Médecins du Monde (Belgique)

- **Mme Rodembourg Noëlle, Adjointe coord. Général**

Médecins Sans Frontières (Belgique)

- **- Dr Mit Philips Responsable de la lutte contre les épidémies**

Kisangani (atelier de Kinshasa)

- **Dr Mambidi Jean Marc, médecin inspecteur provincial**
- **Dr Doudou MBENGI, Membre de l'ECP de Kisangani**
- **Dr Aimé Lukusa, MC de la ZS de Lubunga**

- **Dr Getty LIKOKO de Makiso-Kisangani**
- **Dr David KAVUNGU MC ai de la ZS Kabondo**

Province du Bas Congo

Zone de santé de Lukula

- **Dr Aimé Umla Phuati, Médecin chef de Zone de santé de Lukula ;**
- **Dr Omer Nzita Nzinga, Médecin Directeur de l'Hôpital de Lukula ;**
- **Clément Mvumbi Tsasa, Data Manager ZS Lukula ;**
- **Suzanne Umba Mvumbi , Directrice de Nursing Hôpital de Lukula ;**
- **Raphaël Sambu Tsasa , Infirmier Supérieur, Zone de santé de Lukula ;**
- **Dr Panzu Msasunda, Médecin Chef de Staff de Lukula ;**
- **Dr Luzolo Muanda, Médecin traitant HGR Lukula ;**
- **Serge Mamboma L. B : Sous Division EPSP;**
- **Olivier Malonda Vangu, Curé de la Paroisse de Lukula ;**
- **Crispin Ngoma Buveiga , Promoteur Mutuelles ;**
- **Mr Madiaba Mavinga Charles, IT de Makungu lengi ;**
- **Mme Anélie Nsafu Ngwala , IT du CS de Lukula ,**
- **Dr Patou Njida , Médecin au centre de santé de Lemb**

Zone de santé de Boma

- **Dr Antoine Vangu Vangu Payadu, Médecin directeur de l'Hôpital de Boma**
- **Dr Michel Kamba Nlandu , Médecin Chef de Zone de Boma ;**
- **Mr Flavien Mikiadi, Administrateur gestionnaire de la ZS ;**
- **Mr André Mbumbi Mimi, Infirmier Supérieur ;**
- **Madeleine Khonde Mvula, directeur de Nursing de l'Hôpital de Boma ;**
- **Dr Moreau Umba , Médecin de l'Hôpital de Boma**

DPS Bas Congo

- **Dr Oscar Mavila, Médecin inspecteur Provincial du Bas Congo**

- **Mr Jean Jacques Diyabanza , Chagé de la Communication et de la mobilisation ;**
- **Dr Justin Numbi Nzuzi , Chef de bureau d'Etudes et Planification**
- **Ph David Diangazi Mbaya Tshiama, Pharmacie Inspecteur de la Province du Bas- Congo ;**

11 Annexe : le PV de la réunion de restitution le 29 sept 2011

Compte rendu de la réunion de présentation du Document Technique et Financier (DTF) des projets ASSNIP Bas-Congo et Kisangani.

A. INTRODUCTION

La réunion s'est tenue le jeudi 29 août 2011 dans la salle N'Gwete du MSP, 39 avenue de la Justice dans la commune de Gombe/Kinshasa. Elle a débuté à 10H20, en présence des personnes dont le nom figure sur la liste de présence (en annexe) et s'est achevée à 12H 25. Elle était modérée par le Docteur Pierre Lokadi, Secrétaire Général du MSP.

B. PRESENTATION

Dr Olivier Barthes, en charge de la formulation et de la rédaction des DTF avec le Dr Michel Picquet, a articulé sa présentation sous les thèmes suivants :

- Contexte administratif et financier
- bilan des phases précédentes des ASSNIP (acquis, contraintes et faiblesses, forces et opportunités)
- Evolution du système de santé en RDC (faiblesses et contraintes, forces et opportunités)
- Contexte de la coopération belgo-congolaise (phase de sortie du secteur de la santé avec tout ce que cela implique pour les ASSNIP),
- Objectifs, résultats attendus, actions en rapport avec chaque résultat attendu
- Budgets d'investissement
- Appui et intégration à la CAG
- Capitalisation des expériences et lien avec les projets ASSNIC.

Remarque : la présentation Power Point fait également partie des annexes de ce PV.

C. QUESTIONS/REPONSES

Après cette présentation, le Secrétaire Général a donné la parole pour des questions ou des commentaires aux acteurs du Bas-Congo, ensuite à ceux de Kisangani et finalement à ceux du niveau central ce y compris les partenaires.

C.1. BAS-CONGO

- Une intervention a permis aux participants de prendre conscience qu'il fallait trouver ensemble une solution pour pouvoir offrir des bureaux sans location à l'antenne de la DPS/BC pour les ZS de la Lukaya
- Deux préoccupations - moyens pour la communication et pour construire/réhabiliter plus

de 2 CS à Nselo - ont permis de réexpliquer que le budget est très flexible. Il est aujourd'hui indicatif et s'arrête PV restitution formulation ASSNIP Bas-Congo et Kisangani, le 05 août 2011-08-05 2

au niveau des actions, c'est-à-dire aux grandes intentions. Il est donc indispensable maintenant que chaque structure concernée par ce projet réalise son plan d'actions opérationnel en tenant compte de TOUTES les ressources mises à sa disposition et des coûts réels établis par les devis.

- Les préoccupations concernant la localisation de l'Antenne déconcentrée du Bas-Fleuve et de la coexistence d'une nouvelle DPS de la Tshopo avec l'ancienne IPS de la Province Orientale, ont permis au niveau central de redire que la réforme du niveau intermédiaire doit se faire uniquement sur base d'un rationnel par rapport à l'offre de soins. Chaque réponse à donner à la mise en place des nouvelles structures organisationnelles DOIT commencer par les mots : « pour être le plus efficace,

voici l'organisation proposée ». Le politique ne peut absolument pas intervenir dans ces choix. Le niveau central est par ailleurs entrain de clarifier les concepts d'ECP et de configuration des DPS. Il a déjà préparé un certain nombre de documents normatifs qui sont déjà à la commission des lois (dont la proposition de révision de l'organigramme de la DPS en RDC).

C.2. KISANGANI

- Plusieurs interventions ont concerné le non remboursement par l'Etat des factures de soins prodigués aux fonctionnaires ayants droits (en particulier les militaires). Le Secrétaire Général est intervenu en assurant l'assemblée que ce problème allait être réglé et que d'autre part que le Gouvernement se préparait à remettre en vigueur la retenue sur salaire opérée dans le temps pour contribuer aux achats de médicaments du DCMP. (Cf. la création d'une mutuelle de santé pour les fonctionnaires). Le problème soulevé pour les hôpitaux confessionnels d'être théoriquement exonérés des factures d'eau et d'électricité mais qui souvent ne bénéficient pas de ce droit a permis aux « formulateurs » de préciser que cela faisait justement partie de la contrepartie congolaise et qu'à ce titre l'Etat devait tenir ses engagements. Pour le SG c'est l'occasion de revoir les conventions qui lient ces hôpitaux avec le MSP et avec le reste du Gouvernement congolais. Il a émis l'hypothèse que la non reconnaissance des conventions existantes venait de la trop grande visibilité affichée des partenaires qui font croire aux sociétés de distributions d'eau et d'électricité qu'il s'agit de structures privées.

- Les formulateurs ont pu également rassurer un intervenant de Kisangani qui s'inquiétait de ne pas avoir vu de ligne pour les bourses d'étude.

- Le MIP de la Province Orientale s'est lui engagé à progresser vers la rationalisation effective et vers la construction d'une nouvelle DPS de la Tshopo avec les quatre métiers.

C.3. NIVEAU CENTRAL

- Dr Kalambay (DEP) a attiré l'attention des participants sur d'autres points :

· Il faut également capitaliser sur ce qui n'a pas marché et l'analyse qui en a été faite.

· C'est le pays qui fait sa propre réforme et utilise pour cela les moyens mis à sa

disposition par les différents bailleurs ; il faut donc faire attention de ne pas se faire imposer des réformes qui ne conviendrait pas au pays.

- Il faut réfléchir ensemble à la manière de créer des passerelles entre les projets qui veulent s'implanter dans la CAG et les activités menées par la CAG afin d'éviter que celle-ci ne devienne une juxtaposition de RAF, situation qui deviendrait rapidement ingérable et inefficent.

- Bien que tout projet doive avoir pour objectif le rapprochement vers les OMD ciblés sur la santé, cela ne signifie aucunement qu'il faille travailler dans la verticalité; en effet, cette tendance pourrait pousser à croire à tort qu'il existe de bonnes et de mauvaises maladies ; il est donc préférable de penser renforcement de système de santé.

- Par rapport à la phase de sortie de la Belgique du secteur santé en coopération bilatérale directe, il a été redit qu'il fallait préparer le mieux possible la « remise-reprise » pour que le repreneur sache ce qu'il a à appuyer et afin de lui donner la garantie que tout cela est rationalisé. Etant donné que cela prendra du temps avant que le Gouvernement congolais ne puisse financer seul le Service de Santé, il serait peut-être nécessaire de passer par une étape intermédiaire où le MSP imposerait une seule logique d'intervention à tous les bailleurs, logique d'ailleurs utilisée par la Coopération belge, celle de faire des appuis conséquents au DEVELOPPEMENT des ZS. Les ASSNIP, comme toutes les autres interventions doivent viser les RESULTATS. Si les résultats obtenus sont bons, il est probable que le Gouvernement congolais interpelle le Gouvernement belge pour rediscuter de ce retrait. Encore faut-il pour cela qu'il y ait un nouveau gouvernement en Belgique !

- L'intervention du directeur adjoint du PNPMS appelait à ce qu'il y ait une plus grand prise en compte dans cette négociation des besoins, demandes, capacités de développement et plaintes de la SOCIETE CIVILE.

D. EN CONCLUSION

- Le Dr J. P. Noterman (DGD) est revenu sur quelques points :

- La Belgique doit être considérée comme un des partenaires du MSP parmi d'autres qui doivent également s'impliquer

- L'aide budgétaire au niveau DPS et ZS doit se faire en se basant sur les plans de développement

- Pour lui, l'Equipe Cadre Provinciale, c'est l'ensemble de la DPS

- Pour les travaux, il faut absolument tenir compte de la durée du projet qui n'est que de 2 ans

- Il faudra clarifier dès que possible l'accès aux soins des militaires et de leurs familles

- L'occupation du CS de Boma est une préoccupation (qui semble être maintenant résolue)

- Il rappelle le problème des factures impayées par l'Etat en ce qui concerne l'HGR de Kabondo

et la nécessité d'intégrer le centre Al Walid à l'HGR de Makiso-Kisangani afin d'éviter toute concurrence entre ces deux structures

Le Secrétaire Général a conclu en quelques points :

- Les ATI n'ont plus l'initiative ni la décision et doivent donc intégrer les services du MSP et les appuyer à : élaborer leurs documents, organiser les services, gérer les ressources,... Ce sont les provinces qui doivent faire leurs plans et non les projets. Elles doivent élaborer aussi les budgets. Le financement de ces plans doit être multi bailleur. Le financement des projets est là pour aider la réalisation des plans d'actions.
- Des kits d'intervention pour la mise en place des DPS sont développés par le MSP
- La fonction Contrôle/Inspection, l'installation d'une ligne à la CDR pour les médicaments et la participation communautaire ne doivent pas être oubliés dans les DTF
- La création d'antennes doit être conditionnée à une réflexion sur les besoins couverts par cette mise en place
- Chaque projet doit contribuer au fonctionnement de l'outil de suivi stratégique du PNDS
- Le montage financier ne doit pas oublier de trouver des solutions pour appuyer les CDR.

Au terme de la réunion, Le Secrétaire Général considère que seule une lecture complète du DTF pourra lui permettre de l'approuver. Il demande que la version finale du DTF lui soit remise le plus tôt possible pour que ses services puissent l'examiner dans le détail avant présentation au Ministre de la Santé :

Parmi les points que le SG entend examiner figurent :

- les modalités pratiques de la capitalisation de l'expérience
- La justification du poste d'AT International/Ingénieur-architecte : en particulier par rapport à son profil international et son ancrage à la CAG
- La répartition de l'enveloppe de réhabilitation entre HGR.