

DOSSIER TECHNIQUE ET FINANCIER

PROJET D'APPUI AU SYSTEME DE
SANTE AUX NIVEAUX INTERMEDIAIRE
ET PERIPHERIQUE (ASSNIP) DANS 3
ZONES DE SANTE DE LA VILLE DE
KISANGANI: PHASE DE
CONSOLIDATION DES ACQUIS

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU
CONGO

CODE DGCD : NN 3010 299
CODE NAVISION : RDC 10 158 11

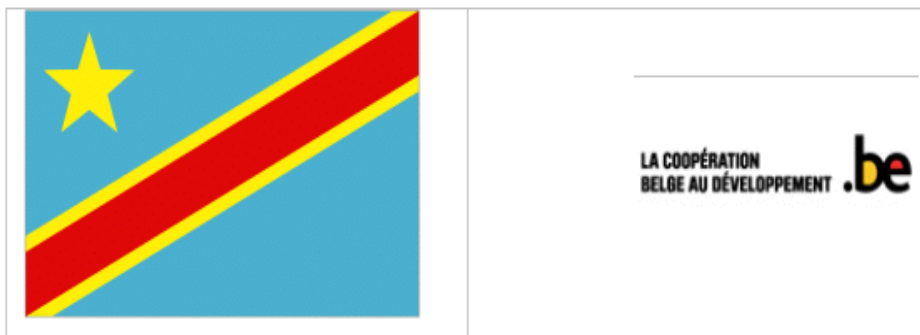


TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS	4
RÉSUMÉ.....	8
FICHE ANALYTIQUE DE L'INTERVENTION.	11
1 ANALYSE DE LA SITUATION.....	13
1.1 NIVEAU NATIONAL	13
1.2 LE SECTEUR DE LA SANTÉ : PRÉSENTATION ET ANALYSE.....	19
1.3 CONTEXTE LOCAL DE KISANGANI	30
1.4 APPUIS BELGES BILATÉRAUX AU SECTEUR DE LA SANTÉ	34
1.5 FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITÉS, MENACES ET DÉFIS POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ LOCAL	35
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	46
2.4 PORTEFEUILLE D'APPUIS COORDONNÉS AU SECTEUR DE LA SANTÉ.....	47
2.5 PRINCIPES DIRECTEURS	47
2.6 SYNERGIE AVEC LES AUTRES ACTEURS	50
2.7 ACCOMPAGNEMENT TECHNIQUE	53
2.8 BÉNÉFICIAIRES DU PROJET	53
3 PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE	55
3.1 OBJECTIF GÉNÉRAL	55
3.2 OBJECTIF SPÉCIFIQUE.....	55
3.3 RÉSULTATS ATTENDUS.....	55
3.4 ACTIVITÉS À METTRE EN ŒUVRE	56
3.5 INDICATEURS ET SOURCES DE VÉRIFICATION.....	69
3.6 HYPOTHÈSES, CONDITIONS, RISQUES.....	71
4 RESSOURCES.....	73

4.1	RESSOURCES FINANCIÈRES	73
4.2	RESSOURCES HUMAINES	76
4.3	RESSOURCES MATÉRIELLES	78
5	MODALITÉS D'EXÉCUTION	79
5.1	CADRE LÉGAL ET RESPONSABILITÉS ADMINISTRATIVES	79
5.2	RESPONSABILITÉS ADMINISTRATIVES ET TECHNIQUES	79
5.3	STRUCTURES D'EXÉCUTION ET DE SUIVI	79
5.4	MODALITÉS FINANCIÈRES DE MISE EN ŒUVRE DE LA CONTRIBUTION DES PARTIES.....	83
5.5	GESTION DE LA CONTRIBUTION BELGE	85
5.6	GESTION EN « RÉGIE »	85
5.7	RAPPORTAGE ADMINISTRATIF, COMPTABLE ET FINANCIER.....	86
5.8	RAPPORTAGES OPÉRATIONNELS.....	88
5.9	MÉCANISMES D'APPROBATION DES ADAPTATIONS AU DTF	89
5.10	MONITORING, ÉVALUATION ET AUDIT	89
5.11	CLÔTURE DE LA PRESTATION.....	92
6	THÈMES TRANSVERSAUX	93
6.1	GENRE	93
6.2	DROITS SEXUELS ET SANTÉ REPRODUCTIVE/VIH-SIDA	93
6.3	PROTECTION DE L'ENFANCE	94
6.4	ENVIRONNEMENT	94
6.5	ECONOMIE SOCIALE	94
7	ANNEXES	95
7.1	CADRE LOGIQUE	96
7.2	BUDGET	103
7.3	CHRONOGRAMME.....	104
7.4	TdR DU PERSONNEL	108
7.5	DESCRIPTION DES INTERVENANTS SANTÉ AU NIVEAU NATIONAL ET PROVINCIAL.....	119
7.6	TABLEAUX AVEC LISTE INDICATIVE DES INVESTISSEMENTS ET AVEC L'INVENTAIRE DU MATÉRIEL EXISTANT	124

Abréviations

ARV	Anti Rétro Virus
ASD	Action santé et développement
ASSNIC	Appui au Système de Santé au niveau Central
ASSNIP	Appui au Système de Santé aux niveaux Intermédiaires & Périphériques
ATI/ATN	Assistant Technique International/National
BAD	Banque Africaine de Développement
BCZ	Bureau Central de Zone
BET	Bureau d'études Techniques
BM	Banque Mondiale
CA	Conseil d'Administration
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
COGES	Comité de Gestion
CP	Comité de Pilotage
CPN	Consultation Périnatale
CPP	Comité de Pilotage Provincial
CSp	Convention Spécifique
CS	Centre de Santé
CSI	Centre de Santé Intégré
CSR	Centre de Santé de Référence
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	Diphtérie Tétanos Coqueluche
DTF	Dossier Technique et Financier
DCE	Délégation de la Commission Européenne
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DSU/DSR	District de Santé Urbain / Rural
ECP	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
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
INS	Institut National de la Statistique
IPPTE	Initiative pour les Pays Pauvres Très Endettés
IPS	Inspection provinciale de la santé
IRA	Infections Respiratoires Aïgues
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
MID	Médecin Inspecteur de District
MIP	Médecin Inspecteur Provincial
MSP	Ministère de la Santé Publique
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAIDECO	Programme d'Appui aux Initiatives de Développement Communautaire
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 (Plan Directeur 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
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

PTME	Prévention de la Transmission du SIDA de la Mère à l'Enfant
RAF	Responsable Administratif & Financier
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 du projet ASSNIP Kisangani exécuté dans la province Orientale, spécialement dans le District Sanitaire Urbain de Kisangani, a appuyé les Zones de Santé (ZS) de Makiso-Kisangani, Kabondo et Lubunga ainsi que la Division Provinciale de la Santé (DPS) dans la mise en œuvre de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) de février 2007 à janvier 2011. Pendant cette phase, le projet a permis de réaliser des progrès tangibles dans l'organisation et le fonctionnement de la pyramide sanitaire selon la SRSS. L'Equipe Cadre Provinciale (ECP) a 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 (ZS) ciblées il y a maintenant (i) des EC des ZS fonctionnelles, (ii) des Plans de Développement de Zones de Santé (PDZS) élaborés et en cours d'exécution, (iii) plusieurs Centres de Santé (CS) et unités hospitalières dans les Hôpitaux Généraux de Référence (HGR) en cours de rationalisation, (iv) un système de référence-contre référence redynamisé, (v) de nouveaux mécanismes de financement des soins et la tarification forfaitaire initiés dans plusieurs ZS, (vi) une participation communautaire plus importante dans la réalisation des activités promotionnelles et la gestion des CS, et (vii) la construction/réhabilitation de formations sanitaires opérationnelles sans oublier la dotation en Médicaments Essentiels Génériques (MEG). Le projet a également permis la production et l'organisation de la documentation physique dans les ZS avec un mécanisme de remontée des informations aux niveaux intermédiaire et central sous forme des fiches techniques.

En dépit de ces progrès, des points faibles importants persistent et nécessitent des stratégies correctrices. Il s'agit e.a. de faiblesses concernant la fonction de leadership et la coordination des projets par les autorités locales, le manque persistant de fonctions normatives et régulatrices des niveaux central et intermédiaire - PNDS tardif, inapplication des normes et directives de la SRSS, retard dans l'élaboration et l'adoption de la loi-cadre du secteur de la santé - du retard dans la mise en œuvre de la décentralisation et de l'application des mesures transitoires. Aux niveaux intermédiaire et opérationnel, le fonctionnement optimal de l'ECP évoluant au sein d'une DPS rationalisée n'est pas effectif, et il y a encore un chevauchement de compétences entre Antennes sanitaires et DPS, accentué en milieu urbain, dans les fonctions d'accompagnement et d'appui au développement des ZS. La faible coordination des interventions de plusieurs partenaires et des directions des programmes spécialisés est perceptible, ces derniers n'ayant pas aligné leur programmation à la SRSS (agenda de Kinshasa, Déclaration de Paris).

Au cours de l'exécution de cette phase du projet, il y a eu des changements constitutionnels importants concernant la décentralisation politique, administrative et territoriale. A telle enseigne que dans le secteur de la santé, il y a des matières relevant des compétences exclusives des niveaux central et provincial, et des compétences concurrentes aux deux niveaux. Ceci a eu pour conséquence, l'élaboration de mesures transitoires pour s'adapter à ce contexte qui jusqu'à ce jour n'ont pas encore été traduites en mesures d'application.

Par ailleurs, 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 belgo-congolaise directe du secteur de la santé après 2013. Les raisons principales de 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'actuel projet d'appui a pris fin le 31 janvier 2011, une phase de consolidation de trois ans permettra de préparer les structures bénéficiaires au retrait de la coopération belgo-congolaise bilatérale directe du secteur de la santé sans risque de compromettre les acquis obtenus.

Entre temps, vus les retards accumulés - la fiche d'identification du nouveau projet n'ayant été approuvée par le Comité des Partenaires qu'en novembre 2010 - le démarrage de la nouvelle intervention n'est donc pas prévu avant le 1 janvier 2012. Il a fallu rédiger un avenant à la convention spécifique de la 1^{ère} phase de l'ASSNIP Kisangani pour permettre de financer **une phase de transition** afin d'assurer la continuité des activités entreprises jusqu'au démarrage de la nouvelle intervention qui est prévue pour le début de l'année 2012. Cette phase est intégrée dans ce projet et fera donc partie de ce DTF. Un ATI basé à Kinshasa est prévu comme gestionnaire des deux volets du projet – Bas-Congo et Kisangani - et pour appuyer le MSP dans les activités de préparation pour la phase de consolidation. Un ATN a également été sélectionné pour les deux provinces afin de travailler en binôme avec l'ATI: l'ATN pour Kisangani a pris ses fonctions au courant du mois d'aout. Il devra notamment assurer la mise en place d'un système cohérent de suivi qui permet la prise de décisions au niveau local et la sélection des cadres d'Inspection Provinciale et de l'ECP, des Antennes d'ECP et des ECZS.

Durant la **phase de consolidation**, l'objectif spécifique sera de consolider le système de santé de la Tshopo de manière durable à travers le renforcement de la future DPS et des ZS de Makiso-Kisangani, Kabondo et Lubunga (objectif spécifique)

Quatre résultats ont été identifiés:

- L'ECP assure un appui de qualité aux ZS et est placée dans les conditions optimales pour piloter la mise en œuvre du PPDS.
- Les ECZ en place dans les ZS de Makiso K., Kabondo et Lubunga assurent l'encadrement des FOSA de 1^{er} contact (CS) et de 1^{er} niveau de référence (HGR) conformément aux directives données par la SRSS en permettant la poursuite de l'expérimentation de la m.e.o. de cette stratégie
- Dans chacune des trois ZS, 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.
- 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 2^{ème} phase seront les suivantes :

- Un alignement (critique) envers la politique sanitaire national
- Une stratégie de sortie du secteur avec comme axes principaux :
 - Capitaliser et institutionnaliser les approches innovantes entamées précédemment
 - Renforcer les capacités institutionnelles du niveau d'appui aux services opérationnels
 - Achever les investissements entamés précédemment (cf. annexe 7.6)
 - Aider les autorités nationales de santé à attirer d'autres appuis externes
- Un portefeuille d'appuis coordonnés au secteur de la santé
- Des principes directeurs :
 - Stimuler le passage d'une approche institutionnelle (service public) vers une approche systémique favorisant les interactions entre acteurs (en premier lieu les interactions avec les communautés locales dans les ZS)
 - Privilégier une approche basée sur les principes du « modèle de district » qui intègre les programmes verticaux dans un seul système
 - Renforcer la transformation d'une gestion principalement de style hiérarchique vers un style de gestion accompagnateur
 - Renforcer la progression d'une approche principalement technique de la qualité vers une approche globale de la qualité
 - Incorporer la dimension de la demande à côté de l'offre ce qui renforce ainsi l'engagement communautaire
 - Renforcer la transformation d'une prise de décision arbitraire vers une prise de décision basée sur les évidences
- Une synergie avec les autres acteurs :
 - Interne : entre les acteurs impliqués directement dans les interventions de la coopération bilatérale directe
 - Externe : à travers des mécanismes de coordination de l'aide et de la CAG

L'ancrage de ce volet ASSNIP prévoit une Assistance Technique Internationale (ATI) en santé publique à temps plein au niveau de la Division Provinciale de la Santé (DPS) ainsi qu'une Assistance Technique Internationale (ingénieur/architecte et un RAF) basée au niveau central (CAG) et dont le travail sera partagé entre ASSNIP Bas Congo et ASSNIP Kisangani.

Par ailleurs, un appel à des Assistances Techniques Nationales ou Internationales à court ou à moyen terme pourra se faire en fonction des besoins identifiés en cours d'exécution.

Fiche analytique de l'intervention.

N° d'intervention DGD	3010 299
Code Navision CTB	RDC 10 158 11
Institution partenaire	Ministère de la Santé Publique
Durée de l'intervention	36 mois
Date de démarrage de l'intervention	1/01/2012
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 mise en œuvre 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

Il a été prévu un budget de 4.000.000 € pour l'ASSNIP Kisangani. Afin d'assurer la continuité de l'intervention, une phase transitoire (9 mois) démarrée le 1/08/2011 a été planifiée pour un budget de 532.000 €, pris sur le budget total de 4.000.000 €. Le budget dans ce DTF correspond à la phase de consolidation (24 mois du 1/1/2012 jusqu'au 31/12/2013) et porte sur le solde de 3.468.000 €.

1 Analyse de la situation

1.1 Niveau national

1.1.1 –Contexte général du pays

1.1.1.1 Situation socio démographique

La RDC est le troisième pays le plus peuplé d'Afrique subsaharienne avec une population estimée à 64 millions d'habitants, mais 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	2 731 289	2 813 228	2 897 624	2 984 553	3 074 090	3 166 313
Equateur	7 265 523	7 483 488	7 707 993	7 939 233	8 177 410	8 422 732
Kasaï Occ.	6 056 679	6 238 380	6 425 531	6 618 297	6 816 846	7 021 352
Kasaï Or.	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 167^{ème} 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 1998 ¹. 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 sociodémographiques. 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.

1.1.1.2 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, Évolution économique, financière et monétaire, 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 : DSCRIP 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.

1.1.1.3 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.

1.1.2 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 DSCRCP 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 DSCRCP 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 DSCRCP 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.

1.1.3 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 EDS 2007, la mortalité infantile est passée de 126 p 1000 en 2005 à 92 en 2007.

Chez l'enfant, les Infections Respiratoires Aigües (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/ 100 000 naissances vivantes en 1985 est passé à 1.289 en 2001 (MICS2). Les 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).

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).

Le niveau de prévalence du VIH SIDA reste élevé : la prévalence du VIH chez les femmes enceintes fréquentant les services de consultation prénatale est de 4,3% (PNLS, 2008).

La RDC est enfin en proie à de multiples et répétitives situations d'urgence. C'est le cas notamment des épidémies - coqueluche, choléra, virus d'Ebola, de poliomyélite, et de rougeole -, des tremblements de terre, des éruptions volcaniques, des conflits armés, la violence sexuelle 'endémique', des accidents de train et d'avions, 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 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 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 6 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 celle 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) l'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 fixation 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 dernier 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 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 (Kisantu), de la BM (Katanga) et des ONG (Katana), 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 - Fonds mondial, GAVI Vaccins, MAP de la Banque Mondiale - présentent l'inconvénient de suivre une stratégie d'intervention en totale 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 ZS.

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 ECZ. 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 ceux de l'UE sont confrontés à une inertie face aux changements, notamment en ce qui concerne la rationalisation d'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 pour le secteur de la santé pour un total de 600 000 agents de l'Etat, tous secteurs confondus). 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. La planification des programmes d'intervention souffre d'un déficit de coordination dû à la persistance d'une multitude d'organes et de structures liés à des projets ou à des fonds spécifiques.

1.2.6 Coordination avec l'intervention des partenaires

Tableau 4 : PTF intervenant dans le secteur de la santé en RDC

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

(Pour plus de détails voir en annexe)

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 2. La crise économique mondiale de 2011 ne fait qu'ajouter à la difficulté.

La vision partagée par 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 »).

Le présent projet contribuera à avancer en matière de santé maternelle et infantile, 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 de l'ASSNIP 2 sera combinée à un renforcement du niveau de régulation provincial poursuivant les mêmes buts (appui aux Equipes Cadre Provinciales).

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 (voir ci-dessous). Le Comité de Pilotage National et la Cellule d'Appui et de Gestion 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 le Gavi.

Cependant, 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 par 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

² 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.

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 l'application des politiques et programmes de santé.

Les membres du GIBS œuvrent pour :

- Qu'un effort de coordination inclusive soit déployé - mise en place d'outils de travail et des intrants uniformes - en vue 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 CAP/PAP se fasse dans un avenir respectant les plans de travail ;
- Que la réforme du secteur de la santé (comme un des secteurs prioritaires dans la réforme globale de la fonction publique) 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 stratégique-technique,
- Les rencontres avec le partenaire,
- Les visites de terrain
- Le 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, de la réforme du MSP et de l'Administration publique (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 dans le budget du MSP. La mise en œuvre cohérente et concertée des projets sur financement extérieur 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 ainsi que les différents cadres qui y travaillent ont été recrutés sur base compétitive. 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 (KPMG) ; 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.

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 moderne ; 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 belgo-congolaise 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 Kasaï 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 Kasaï 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 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 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, « 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 MSP au niveau central et provincial avec pour ce dernier des propositions finalisées présentées à Monsieur le Ministre de la santé; (iii) d'initiatives d'appropriation et d'alignement. La réflexion sur d'autres problématiques évolue également notamment dans le domaine de l'approvisionnement en Médicament et l'introduction de mécanismes pour l'accès universel aux soins.

1.3 Contexte local de Kisangani

1.3.1 Organisation administrative

La Province orientale, dont le chef lieu Kisangani est situé à 1 230 km de Kinshasa à vol d'oiseau, est l'une des deux plus vastes et plus peuplées du Congo. Elle a une superficie de 503 239 Km² et compte plus de 8 millions d'habitants, soit une densité de 17 habitants au Km², avec un taux de croissance annuel de 2,4 %. C'est une région à vocation agropastorale et minière.

Elle est subdivisée actuellement en 5 districts administratifs : le district urbain de Kisangani, et les districts ruraux du Bas et du Haut-Uélé, de l'Ituri et de la Tshopo. Dans le cadre de la décentralisation, cette province sera découpée en quatre nouvelles provinces dont celle de la Tshopo qui reprend à son compte le district urbain de Kisangani.

La ville de Kisangani a particulièrement souffert des guerres de la fin de la décennie 90. Toutefois, la paix et la stabilité politique sont aujourd'hui retrouvées et la reprise économique est sensible grâce à l'ouverture de la route qui dessert Bunia et va jusqu'à la frontière avec l'Ouganda. Mais la pauvreté reste importante. La majeure partie de la population a un pouvoir d'achat très faible et n'a pas accès aux services de base : eau, électricité, alimentation.

La ville est un district urbain, subdivisé en 5 zones administratives: sur la rive droite du fleuve Congo, se situent les communes de Makiso-Kisangani, Mangobo et Tshopo et sur la rive gauche, la commune de Lubunga.

Dans sa phase de consolidation, le projet sera positionné dans le cadre de la nouvelle province de la Tshopo qui compte un total de 23 ZS avec 1 622 000 habitants soit plus de 25 % de la population et près de 40 % de la surface de la province de l'Oriental. La Tshopo n'étant pas encore officiellement déclarée province, la phase de consolidation du projet ASSNIP 2 constitue donc une anticipation sur la future organisation du système de santé de cette région avec les incertitudes que cela suppose.

1.3.2 Organisation sanitaire

L'organisation sanitaire de la ville de Kisangani suit l'organisation administrative : elle est composée de 5 ZS qui portent le nom des communes. Parmi ces 5 ZS, seulement trois – Makiso-Kisangani, Kabondo et Lubunga – ont fait l'objet du projet ASSNIP. En dehors de

la ZS de Lubunga située sur la rive gauche du fleuve où 4 aires de santé sur 17 ne sont accessibles que par le fleuve, les supervisions des CS et les références des patients peuvent se faire aisément par la route.

L'ancrage du projet au niveau de la DPS de la Tshopo s'explique facilement, tout d'abord parce que la province Orientale sera découpée en quatre provinces ensuite parce que les trois ZS sélectionnées durant la 1ère phase d'ASSNIP 2 se trouvent déjà dans la Ville de Kisangani, elle-même capitale de la province de la Tshopo. Par ailleurs, la Coopération belgo-congolaise via son projet PAIDECO investit également beaucoup dans les districts de cette nouvelle province.

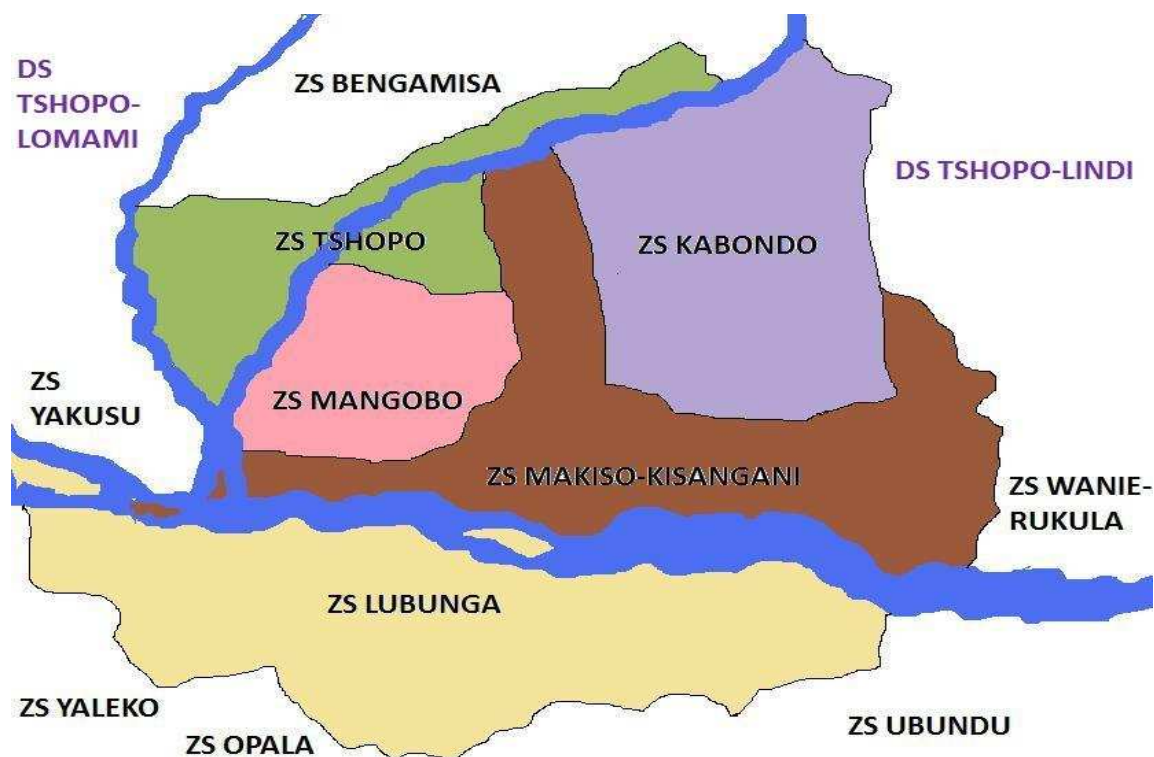


Figure 2. Carte sanitaire du district urbain de Kisangani

1.3.3 Indicateurs de santé de la Province

Les indicateurs de santé sont alarmants : la couverture vaccinale n'est que de 21,5 % pour le DTC3 et l'utilisation des services est en moyenne de 0,30 avec de grandes disparités.

Le secteur privé confessionnel est prédominant (80 %) au niveau des CS et gère l'HGR de Kabondo. Depuis 2006, il y a une augmentation significative du financement du secteur santé par l'Etat avec notamment une augmentation substantielle des primes de risque payées au personnel. Cette augmentation des financements essentiellement consacrée au paiement des primes et salaires n'a eu qu'un impact limité sur les indicateurs de santé. Une grande proportion des personnes payées ne travaillent

plus/pas et ceci limite le bénéfice des augmentations pour ceux qui travaillent, les obligeant à entretenir des mécanismes de compensation développés depuis des années, d'autant plus qu'il plane sur leur carrière des incertitudes : mécanisation, plan de carrière. Cette précarité est entretenue par l'absence de mise en œuvre des dispositions constitutionnelles en ce qui concerne la décentralisation et le découpage des nouvelles provinces. Les mesures transitoires ne sont pas mises en œuvre. On observe une concurrence entre des ministères provinciaux aux moyens limités et un MSP hypertrophié qui peut difficilement faire appliquer ses normes. En l'absence de réforme du niveau central, plusieurs directions continuent à fonctionner de manière « verticale ». Son organigramme n'est toujours pas adopté à la date de rédaction du présent document.

1.3.4 Autres acteurs dans le système de santé local

1.3.4.1 Tableau 5. Acteurs institutionnels actifs en 2010 dans la Tshopo

TSHOPO	PTF	PROGRAMME	ACTIVITES
VILLE DE KISANGANI			
ZS TSHOPO	GF/R8+R9 NU	RSS/MSP OMS+UNICEF	Renforcement du Système Sanitaire Surveillance des épidémies Programme SMI
ZS MANGOBO			
ZS MAKISO K.			
ZS KABONDO			
ZS LUBUNGA			
	BAD	PAPPDS	Appui à l'HGR et à quelques CS
HORS KISANGANI			
TSHOPO LINDI	BAD	PAPPDS	Appui à l'HGR et à quelques CS
	GF/R8+R9	RSS/MSP	Renforcement du système sanitaire Surveillance des épidémies Programme SMI
	NU	OMS+UNICEF	
TSHOPO LOMAMI	SIDA	IRC	Appui à l'HGR et à tous les CS + MEG + Equipement + Formation
	DFID		Appui à l'HGR et à tous les CS + AT Travaux + Equipement + Formation + Primes + MEG + Fonctionnement
	GF/R8+R9	RSS/MSP	Renforcement du Système Sanitaire Programme SMI Programme spécialisé en SMI
	NU	OMS+UNICEF	
		BAD	PAPPDS

Appui aux IPS, DS et ZS 2007-2015 MSP/ DEP

1.3.4.2 Organisations Non Gouvernementales (ONG) actives en 2010 dans la Tshopo

De nombreuses ONG travaillent également dans la région : Action Damien – sous financement DGD - active dans le domaine de la lutte contre la Lèpre et la Tuberculose,

IRC - sous financement SIDA ou DFID - travaille dans les DSR de T. Lindi et de T. Lomami, MSF dans le domaine de la surveillance et de la lutte contre les épidémies (Choléra, Ebola)... Les acteurs confessionnels sont également très actifs dans la gestion de la majorité des CS et de certains hôpitaux.

Voir en annexes la description des intervenants institutionnels et ONG dans le secteur de la santé de la future Province de la Tshopo.

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 belgo-congolaise dans la santé - 60 millions d'euros 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), (iii) en appui au fonctionnement des centrales régionales d'approvisionnement en médicaments (CDR 1 et 2) et (iv) en appui au programme national de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine (THA).

1.4.2 Complémentarité entre les projets financés par la coopération belgo-congolaise

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 doit être regardé comme un thème transversal stratégique correspondant à la SRSS.

Le programme d'appui à la lutte contre la trypanosomiase (THA) est le seul programme vertical que la Coopération 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 bilatérale belgo-congolaise dans le secteur de la santé 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

L'analyse des forces et faiblesses de l'IMP de Kisangani, dans la perspective de la création de la nouvelle DPS de la Tshopo, se base sur les rencontres menées à Kinshasa et sur les documents suivants :

- rapports des missions de suivi scientifique des projets ASSNIP 1 et 2
- rapport d'évaluation à mi-parcours des projets ASSNIP 1 et 2
- rapport final du projet ASSNIP 2 (décembre 2010)
- La fiche d'identification

Les acquis de la phase précédente

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

- 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 3 Zones de santé ciblées sont fonctionnelles
- Les Plans de Développement de Zones de Santé (PPDZ) sont élaborés et en cours d'exécution
- La construction et/ou réhabilitations physiques et fonctionnelles des structures opérationnelles sont réalisées (cf. liste avec l'inventaire des investissements en annexe 7.6)

- Les quatre unités hospitalières fonctionnelles dans les trois Hôpitaux Généraux de Référence (HGR) sont mises en place avec aussi un système d'audits médicaux
- Le fichier personnel aux HGR de Makiso et Kabondo est maîtrisé et les effectifs contrôlés
- Un système de référence-contre référence est rendu plus fonctionnel
- La collecte de l'information sanitaire et le monitoring systématique a améliorée
- L'initiation dans les trois Zones de Santé de mécanismes de financement des soins par la tarification forfaitaire est réalisée
- Un guide 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 des soins, la prise en charge des indigents, l'accès aux soins obstétricaux, le guide thérapeutique, la construction du leadership intégré (ECZ),

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.

- L'informatisation du dossier médical facilitera une série d'activités telles que les audits cliniques, la circulation des informations sanitaires, le contrôle des prestations des formations sanitaires, et la recherche.
- La généralisation d'un système de tarification des soins basé sur le forfait devra être encouragée 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.

1.5.1 Tableau 6 : Forces, faiblesses, opportunités, menaces du système de santé dans le district de la Tshopo

FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES
Bonne collaboration de l'IMP avec les autorités administratives locales	Difficultés d'application du modèle du district de santé en milieu urbain	La Constitution définit les compétences respectives des différents niveaux	Processus de décentralisation inachevé
Existence d'un PPDS 2011 2015	Faiblesse des mécanismes de coordination au niveau intermédiaire	Une Stratégie Nationale existe (SRSS) ; elle est en ligne avec l'action du projet	Inexistence des textes réglementaires soutenant le processus de décentralisation
CPP fonctionnel	Inadéquation du PAO, planification non adaptée aux ressources.	Le PNDS 2011/2015 intègre les éléments de la stratégie nationale	Approche verticale de nombreux programmes et partenaires
Adhésion de l'IPS aux principes de sélection des membres de l'ECP	Certains PTF n'inscrivent pas leurs interventions dans le cadre du PPDS	Approche sectorielle en cours de mise en place au niveau national	Lenteur du processus de réforme de la fonction publique :
Adhésion des responsables sanitaires des Provinces et ZS aux orientations du projet	Pléthore du personnel à tous les niveaux, aussi dans le secteur confessionnel	CAG mise en place au niveau national	Projet d'appui de courte durée (2 ans)
Résultats déjà atteints par la province au cours du projet ASSNIP 2	Résistance au changement dans le domaine de la RH	Arrêté ministériel créant l'Inspection Générale de la Santé conformément à la Constitution	Pas de partenaire identifié jusqu'à présent pour une reprise de l'action entreprise par la Coopération belgo-congolaise
Expériences et évidences documentées à Kisangani	Faible emprise du MIP et des MCZ sur la gestion du personnel	Processus de réforme du niveau intermédiaire en cours	Absence de politique de recrutement cohérente de personnel de santé
Existence d'un CS rationalisé pouvant servir de modèle dans les ZS	Instabilité du personnel formé au poste d'affectation	Approche sectorielle des interventions de la CTB au Congo	Instabilité générale du personnel et faible maîtrise des affectations
Présence de personnel formé en santé publique	Personnel insuffisamment qualifié pour certaines prestations cliniques	Existence dans 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)
SNIS de routine fonctionnel	Création anarchique d'écoles privées de formation en santé	Expériences pilotes en cours dans ASSNIP 4 et 5 concernant la mise en place du niveau intermédiaire	Faible niveau des salaires par rapport aux attentes du personnel
Equipes cadres des ZS fonctionnelles (excepté à Lubunga)	Non-respect des normes de travail par une partie du personnel (permanence, horaires)	Existence d'un modèle d'un plan directeur hospitalier dans le projet ASSNIP/BC (Kisantu)	Sous financement chronique du secteur

Découpage en ZS et aire de santé achevée et cartographié	Le personnel des établissements de soins travaille également dans le secteur privé	Existence de projets de mutuelles en cours de développement dans d'autres provinces (Bukavu, Lukula)	Faible contribution financière de l'Etat au financement de la santé (loin des engagements d'Abuja)
Accessibilité de la plupart des formations sanitaires	Tendance du personnel à pratiquer la médecine privée dans les Fosa publiques	Existence d'une expérience de gestion de dossier des malades dans le projet ASSNIP/Bas Congo (Kisantu)	Non paiement par l'Etat des factures de consommation d'eau et d'électricité en particulier à l'HGR de Kabondo
Bonne collaboration avec la majorité des formations sanitaires confessionnelles dans les 3 ZS appuyées	Faiblesse du suivi/évaluation et faible utilisation des outils du SNIS par le personnel	Existence de modèle de protocoles de soins pour les hôpitaux dans le projet ASSNIP/Bas Congo (Kisantu)	Urbanisation galopante de la ville de Kisangani
Secteur confessionnel catholique intégré dans les ZS	Faible utilisation des informations du SNIS pour la prise de décision	Mise en œuvre du projet d'appui aux CDR N° 2	Pauvreté à tous les niveaux. Faible PIB / habitant
Contribution significative des populations via les comités de santé	Conflits de pouvoir entre membres de l'ECZ et du comité de direction des hôpitaux	Possibilité d'obtenir la contribution des universités belges dans le processus de capitalisation	Insécurité persistante
Tarification forfaitaire en place dans la majorité des formations sanitaire intégrées	Faible implication du niveau intermédiaire et des autorités administratives/politiques dans l'élaboration et la m.e.o. des plans de couverture	Existence d'écoles de SP pouvant contribuer à la capitalisation des expériences de l'ASSNIP	
Existence d'une entreprise privée pouvant participer à l'expérience de mutualisation	Faible niveau de régulation du secteur privé	Possibilité de communications GSM dans la plus grande partie du territoire couvert	
Existence de protocoles de soins pour les CS (ordinogramme)	Prolifération des structures de santé informelles/clandestines délivrant des soins de mauvaise qualité		
Existence d'une CDR fonctionnelle qui assure l'approvisionnement en MEG	Officines pharmaceutiques pirates		

Capacité des ECZ à capitaliser les expériences avec l'appui des équipes du suivi scientifique.	Absence de logiciels de gestion comptable; gestion financière parfois approximative		
Diffusion des expériences capitalisées au niveau central	Méconnaissance des normes de qualité des soins		
	Faible développement de la démarche qualité dans les Fosa		
	Faiblesse de la gestion des déchets médicaux et de l'hygiène hospitalière		
	Faiblesse dans la gestion du MEG		

1.5.2 Les défis du système de santé au niveau provincial

Au vu des forces et faiblesses du système de santé au niveau provincial et de l'environnement général et politique, en particulier de la politique nationale de santé et de l'avancement actuel de sa mise en œuvre, les défis restant à relever en 2011 sont les suivants :

1.5.2.1 Par rapport au niveau provincial

Malgré la volonté du MIP 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.

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 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 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.

L'autre défi à ce niveau est de progresser vers un SWAp provincial. Ceci implique la planification et la coordination des intervenants (y compris le secteur confessionnel et privé) sous le leadership du niveau provincial et dans les zones de santé.

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 3 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 des 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).

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

Bien qu'en général l'accessibilité financière a augmenté grâce à la 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 les différents CS reste un défi majeur du projet : intégration, globalité, accessibilité, compétence, permanence et continuité. Ceci passe entre autres par des Equipes Cadre de ZS plus fonctionnelles et par des CS 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 Plan Directeur 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 3 ZS appuyées le matériel pédagogique déjà existant (développé sur place et dans les autres ASSNIP, 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 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. Il faudrait affiner la stratégie de la tarification forfaitaire, aussi à travers des échanges avec les expériences dans le pays. Par rapport au financement de la demande à travers des mutuelles, d'autres expériences (en particulier à Bukavu) seront explorées.

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.

1.5.3 Les menaces majeures et hypothèses fatales

Concernant le présent projet, les menaces majeures au sein du secteur de la santé relèvent de :

- La mise en œuvre effective de la réforme du secteur de la santé
- En particulier, l'intégration des programmes verticaux
- La réforme de la fonction publique

- La mise en œuvre du Plan National de Développement des Ressources Humaines en santé
- La part de l'Etat et de la Province dans le financement du système de santé

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 ASSNIP continueront à appliquer. Les interventions de la Coopération belgo-congolaise 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 belgocongolaise, dans un souci de plus de concentration et de cohérence dans ses interventions, conformément au code de conduite européen, a décidé de se retirer du secteur santé. Elle s'est donné l'horizon de fin 2013 pour réaliser ce retrait le plus positivement possible.

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 mener l'expérience jusqu'à son terme. Dans une situation de sortie du secteur, il n'est pas opportun de mettre le 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 pour pérenniser les efforts du passé (voir point suivant)

2.2.2 Capitaliser et institutionnaliser les approches innovantes entamées précédemment

Dans la phase précédente, le système de santé local a pris plusieurs initiatives innovantes avec l'appui des projets ASSNIP. Il y a lieu maintenant de mener ces initiatives jusqu'au bout, de tirer les leçons de ces approches et de les institutionnaliser et les diffuser au niveau du système entièrement. Parmi ces initiatives se trouvent l'introduction d'un paiement forfaitaire afin d'augmenter l'accessibilité financière pour le patient et de rationaliser les soins, l'introduction de protocoles cliniques au niveau des hôpitaux de référence et des centres de santé et enfin les procédures d'installation des équipes cadres de zone et provinciales.

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

Afin d'augmenter les chances de pérenniser les initiatives innovatrices des ASSNIP dans leur phase initiale, les institutions de support aux ZS doivent être renforcées, notamment les ECP dans leurs 4 métiers identifiés par la politique sanitaire. L'ancrage des ASSNIP se trouvera en conséquence à ce niveau. Bien qu'un encadrement faisait déjà partie des ASSNIP précédents, il y a lieu d'intensifier l'appui à ce niveau.

L'appui au niveau intermédiaire ne pourra pas être assuré par la seule coopération belgo-congolaise, et des efforts afin d'attirer d'autres partenaires seront menés pour le compléter. Les ASSNIP sont principalement intéressés par le métier d'encadrement des zones de santé, puisque ce sera au travers d'une supervision rapprochée et formative, et l'analyse/planification/évaluation conjointe que les zones de santé pourront maintenir leur élan et les acquis innovateurs. L'ECP jouera également un rôle crucial pour la capitalisation mentionnée dans le paragraphe précédent.

2.2.4 Achever les investissements entamés précédemment

Différents investissements en infrastructure et équipement, tant au niveau des CS qu'au niveau des hôpitaux de référence n'ont pas été complétés pendant la phase initiale. Dans les limites budgétaires certes, ASSNIP achèvera plusieurs investissements pour que les institutions concernées puissent se maintenir à des conditions optimales au moment du retrait des ASSNIP.

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

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 d'identifier d'autres intervenants qui pourront 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) 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 cofinancé par la DGD et le contrat cadre entre IMT Anvers et la DGD.

2.3 Localisation de l'intervention

L'intervention sera ancrée au niveau de la DPS/ECP, nouvellement constituée, pour des raisons déjà évoquées plus haut.

Spécifiquement Kisangani, l'intervention se situe au niveau de la ville de Kisangani –

capitale de la Tshopo, plus précisément au niveau des ZS de Makiso-Kisangani, Kabondo et Lubunga

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. ASSNIP fournira tous les efforts nécessaires pour plus de concertation et de synergies entre les différentes interventions, tout d'abord 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 environnement)

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 également les relations avec les prestataires hors publics, en premier lieu ceux 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.

Le projet ASSNIP 2 phase de prolongation, comme son prédécesseur, est conçu pour qu'à chaque étape non seulement soient favorisées l'approche systémique mais également 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 ECZ et non via des quelconques superviseurs spécifiques.

On recherchera également les synergies avec les autres projets de santé prônant cette approche et notamment le projet CTB assurant l'appui à la DEP, D5, la DLM³ et au programme de trypanosomiase.

³ Appui institutionnel à la fonction de lutte contre la maladie au niveau central du MSP-code DGD NN 3004508

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.

Un style d'accompagnement valorisant et stimulant des services de santé par les échelons supérieurs ainsi qu'une supervision intégrée, formative et accompagnatrice seront d'application.

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 signifie un mouvement vers une approche centrée sur le patient et la communauté. Ainsi, ASSNIP 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.

2.5.5 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 offre et 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 ZS, mais aussi l'ECP doivent évoluer vers des organisations apprenantes. Les acteurs dans le système de santé local devront réfléchir régulièrement sur leurs propres pratiques, à partir de l'information disponible. 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 dans les ZS appuyées.

Une analyse des progrès du projet basé sur la mise en place d'un cycle d'analyse évaluation structuré permettant un ajustement continu des décisions prises (...-> programmation opérationnelle -> mise en œuvre -> évaluation -> ajustement -> ...).

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. Il 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, la tarification, etc.

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 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 Coopération belgo-congolaise 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 »).

L'ASSNIP 2 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 de l'ASSNIP sera combinée à un renforcement du niveau de régulation provincial – en particulier avec l'ECZ - 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 un paquet complet 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 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'une ligne de crédit à la CDR permettra d'alléger les finances de l'HGR en couvrant une partie des coûts récurrents de l'HGR (notamment l'enveloppe Médicament) et ainsi d'améliorer 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 publique 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. Au 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.

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 le 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 son ancrage à la DEP, la Coopération belgo-congolaise joue quant à elle 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 ses projets ASSNIP doivent contribuer 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 part 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 l'ECZ le projet s'intéressera aux problématiques transversales de niveau provincial comme p.ex. Le cofinancement des Comités de Pilotage Sectoriel, l'approche SWAP provincial 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 à la CDR de Kisangani.
- 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

Pour rappel, plus de 80 % des formations sanitaires reprises dans le plan de couverture des ZS de l'Oriental sont gérées par le secteur confessionnel : c'est donc un acteur majeur au niveau local.

2.6.4 Acteurs belges

2.6.4.1 Action Damien

Vus 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.

2.6.4.2 Médecins sans Frontière

MSF est également un partenaire pour ASSNIP spécialement en cas d'urgence épidémique.

2.6.4.3 MEMISA

Etant 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 - 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.

2.6.5 Partenaires au développement

2.6.5.1 Banque Africaine de Développement (BAD)

Il faudra vérifier s'il n'y a pas de doublon avec ce qu'à programmé l'ASSNIP 2 dans la ZS de Lubunga.

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

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

Synergies: Elles doivent être envisagées car suite à la phase d'exit de la Coopération belgo-congolaise, le FM pourrait poursuivre un appui aux ZS.

2.6.5.3 Nations Unies (OMS, UNICEF)

Les synergies sont certainement possibles dans les domaines couverts par les agences des NU – ce y compris dans le domaine de la prise en charge des violences sexuelles et du traitement de leurs conséquences - mais également en ce qui concerne l'appui institutionnel.

2.6.5.4 Bailleurs bilatéraux

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.

DFID

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 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 ZS appuyées - ainsi que les populations de l'ensemble de la province, quoique plus indirectement.
- Les patients des ZS appuyés 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 tiers payant et du 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 - ECZ, 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 EC 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.
- Le niveau intermédiaire sera de plus renforcé par la sélection et l'affectation de cadres aux 4 fonctions de la DPS et en particulier à l'EC par le renforcement des leur capacités.

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 surtout 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.

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, PNLN, VIH/SIDA, Lèpre...

3 Planification opérationnelle

3.1 Objectif général

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

Car cela ne se limite pas au district sanitaire urbain de Kisangani mais cible plutôt la nouvelle province de la Tshopo

3.2 Objectif spécifique

Le système de santé de la Tshopo est consolidé de manière durable à travers le renforcement de la DPS et des ZS de Makiso-Kisangani, Kabondo et Lubunga CTB

3.3 Résultats attendus

3.3.1 Résultat Attendu N°1 (DPS°)

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

3.3.2 Résultat Attendu N°2 (ECZ)

Les équipes cadres en place dans les ZS de Makiso K., Kabondo et Lubunga assurent l'encadrement des FOSA de 1er contact (CS) et de 1er 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

3.3.3 Résultat Attendu N°3 (HGR & CS)

Dans chacune des trois ZS, 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

3.3.4 Résultat Attendu N°4 (études et capitalisation)

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

3.4 Activités à mettre en œuvre

3.4.1 Pour le résultat 1 :

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

A1. Appuyer la mise en place de la DPS de la Tshopo

1. Clarifier les missions des différentes structures et les ressources nécessaires

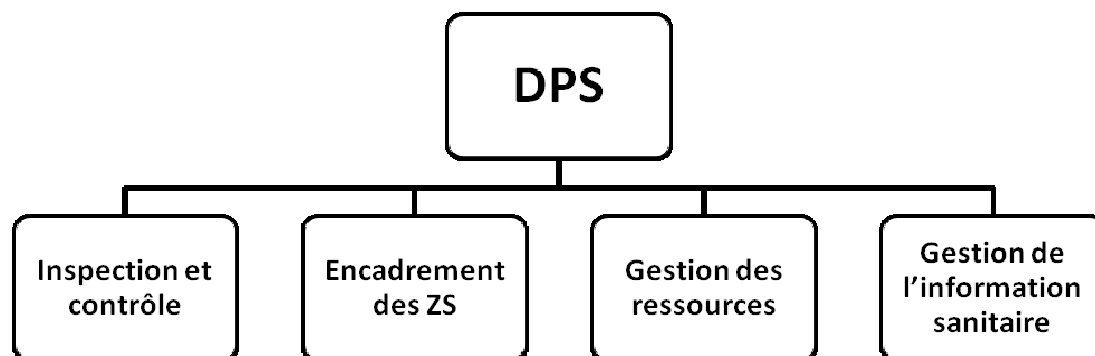
Assister les acteurs-clé du système de santé de la Tshopo pour clarifier les missions des différentes structures (IGS, CPP, CAG, DPS et Antennes) visant à séparer les fonctions de gestion, d'encadrement technique pour l'accompagnement des zones de santé, de régulation, et d'information sanitaire (entre autres le contrôle administratif et tutélaire)

Les résultats de l'audit institutionnel et organisationnel commandé pendant la phase de transition seront la base pour clarifier les missions des 4 métiers et pour mettre en œuvre les recommandations.

Il s'agit de poursuivre le processus – entamé durant la phase de transition en 2011 - de mise en place de l'ECP en les plaçant dans des conditions optimales pour piloter la mise en œuvre du PPDS au sein d'une DPS rationalisée avec la séparation des 4 fonctions:

- Inspection et contrôle,
- Appui au développement des ZS,
- Gestion des ressources
- Gestion de l'information sanitaire.

Figure 3 : Les 4 fonctions de la DPS



Les activités entamées pendant la phase de pont seront poursuivies pendant la phase de consolidation. Pour rappel, pendant la phase de pont, une commission de sélection et évaluation du personnel sera mise en place pour organiser la sélection des membres des équipes des antennes sur base de compétences pour les tâches qui leurs sont confiés. Les cadres recrutés bénéficieront d'un renforcement des compétences et connaissances pendant la phase de consolidation. Leurs formations seront intégrées et mettront un accent sur le contenu du paquet de soins attendus de chaque catégorie de fosa, ainsi que les mesures envisagées pour instaurer une culture de recherche continue de la qualité - et donc de la rationalisation - dans les fosa. Elles donneront aux cadres les outils nécessaires pour faire de l'intégration des activités des programmes verticaux une réalité et utiliser les ressources qu'offrent ces programmes pour développer les services de base dans le cadre de la mise en œuvre des plans de développement des Provinces et des ZS.

La mise en place de ces équipes sera actée par des arrêtés des Gouverneurs des provinces et les ressources nécessaires seront mises à leur disposition pour la réalisation de leur mission. Elles contribueront, avec les ECP, à l'évaluation individuelle des membres des ECZ - demandée à la SMCL de février 2009 - ainsi que des besoins en formation des cadres des ZS pour un meilleur management des services de santé, une maîtrise des stratégies des principaux programmes verticaux, mais aussi et surtout de meilleures aptitudes dans l'offre de prestations cliniques de qualité. Sur base de ces besoins, un plan de renforcement des capacités sera élaboré aussi bien pour les cadres que les agents de collaboration.

Ce plan de renforcement des capacités prendra en compte la nécessité de constituer à la DPS une cellule d'inspection et de contrôle capable de travailler dans des conditions

optimales sous la responsabilité du Médecin Inspecteur. Ce dernier assumera les responsabilités de Chef de Projet National et assurera la coordination de l'ensemble des activités. Il déterminera la périodicité des tournées d'inspection selon les besoins et les particularités de chaque province.

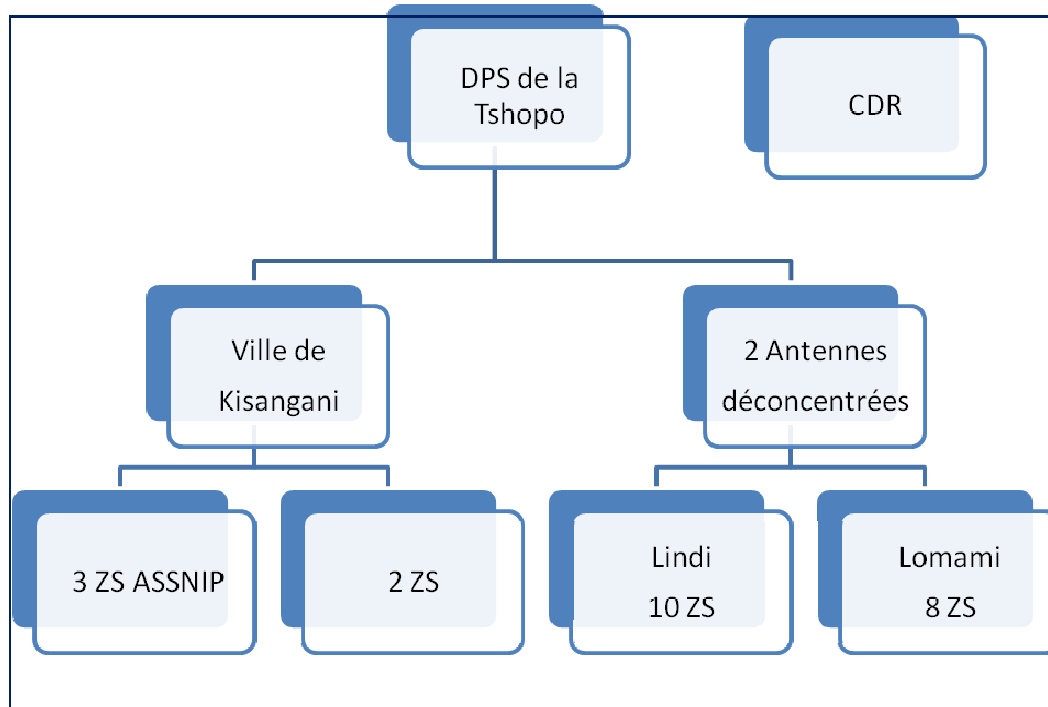
Pour réussir la réorganisation du niveau intermédiaire un audit institutionnel sera commandé pendant la phase de transition sous l'égide du niveau central. Au niveau de la DPS, il fera des propositions visant à séparer les fonctions de gestion, les fonctions techniques pour l'accompagnement des ZS, et les fonctions d'inspection-contrôle des services de santé. Cet audit concernera aussi le DS Urbain à Kisangani. Il fera des propositions pour la constitution de structures efficaces et efficientes qui auront la charge de l'accompagnement de proximité des ZS et la dissémination des expériences générées dans les zones pilotes vers les zones sœurs de la même antenne, voire de la province.

2. Appuyer la mise en place des structures santé de la Tshopo

La mise en place des structures de la DPS de la Tshopo sera réalisée conjointement avec les autres partenaires de développement. Le projet pilotera le processus et prévoit une contribution pour le déploiement et le fonctionnement des équipes mises en place.

- Réorganiser les DS ruraux de la Tshopo (Tshopo Lindi 10 ZS, Tshopo Lomani 8 ZS,) -en 2 Antennes déconcentrées de la DPS Tshopo pour l'accompagnement de proximité des ZS. Pour les 5 ZS de la Ville de Kisangani (ex DSU) l'accompagnement se fera à partir de la DPS Tshopo.

Figure 4: DPS de la Tshopo



- Réaliser la sélection des encadreurs (des antennes) de l'ECP par un comité de sélection (cf. l'expérience d'ASSNIP 5)
- Former les encadreurs sélectionnés par rapport à leurs fonctions et les outils de travail
- Déployer les encadreurs dans les antennes déconcentrées : assurer la disponibilité des locaux, de l'équipement bureautique et une moto/encadreur ainsi que des frais de fonctionnement
- Mettre en place l'IGS provincial dans l'objectif de séparer les fonctions inspection/contrôle et encadrement :
 - Réaliser la sélection des Inspecteurs provinciaux (un médecin, un pharmacien, un financier et un chargé des ITM) de la santé
 - Assurer la formation des IPS par rapport à leurs fonctions et les outils de travail
 - Contribuer (ensemble avec les autres partenaires) au déploiement de l'équipe d'inspection à travers: la construction/réhabilitation des locaux (par la BAD) + équipement + véhicule
- Accompagner la transformation de la DPS de la Province Orientale en DPS selon le nouveau découpage
 - Réaliser la sélection des autres membres de la DPS Tshopo.
 - Former - formation théorique et stage - les membres sélectionnés par rapport à leurs fonctions et les outils de travail
 - Déployer les moyens nécessaires pour faire fonctionner la DPS Tshopo en y intégrant aussi les moyens pour assurer la maintenance des équipements et bâtiments/eau et électricité.

A2. Appuyer le développement, la mise en œuvre et évaluation des plans de développement des différentes structures de la Tshopo

1. Appuyer l'élaboration des plans de développement et d'actions des différentes structures de la Tshopo :

- a. Recadrer, à partir du PPDS actuel, le plan de développement santé de la DPS de la Tshopo - priorisé et budgétisé - tenant compte des 4 métiers - encadrement technique; régulation et contrôle administratif; management et information sanitaire - et leurs sous-fonctions suivant le schéma proposé par le MSP.

Rem.: Le plan comprendra entre autre un plan de communication, un rapportage/analyse du SNIS provincial, la grille des rémunérations, un plan d'investissement priorisé, un plan de maintenance, un plan de contingence,....

- Appuyer la finalisation du plan directeur sanitaire de la Ville de Kisangani afin d'arriver à un développement intégré des 3 échelons de soins au niveau de la Ville.

Rem. : Une attention particulière sera portée à la rationalisation des hôpitaux de la Ville, à la structuration des fonctions de 1^o échelon de référence (HGR de ZS) et de 2^o échelon de référence (hôpital provincial) d'une façon coordonnée et selon une logique de réseau inter hospitalier.

2. Appuyer la mise en œuvre de ces plans par rapport aux 4 métiers

- Appuyer les fonctions d'encadrement des ZS par les Antennes:
 - Répartir les tâches au sein des équipes d'encadrement en termes géographiques - un encadreur pour 2 à 3 ZS donc 4 à Lindi, 3 à Lomami et 2 à Kisangani - et thématiques : répartition du suivi de sujets spécifiques en fonction des compétences de chacun.

Rem : Les 9 encadreurs seront concernés par le projet vu que le BAD se retire de la province.

- Elaborer un plan d'action d'encadrement pour chaque A et un plan de travail pour chaque encadreur
- Assurer le fonctionnement et la qualité des tâches principales des Antennes: entre autres les supervisions, les sessions d'analyse - par tous les encadreurs - le suivi du management de qualité dans les ZS, les revues trimestrielles, la participation aux réunions au niveau de la zone et de la province
- Appuyer les fonctions de développement de l'information sanitaire par les Antennes:
 - Assurer le recyclage et l'accompagnement par rapport au GESIS afin d'arriver à un rapport SNIS provincial
 - Analyser les données santé de la province : cela concerne au minimum les données de routine, les informations sur les médicaments, l'hygiène, les épidémies ...
 - Assurer la diffusion du bulletin de l'information sanitaire dans la province
 - Assurer la formation et renforcer l'utilisation de la cartographie des ZS
 - Mettre en oeuvre le plan de communication
 - Assurer la surveillance épidémiologique – en collaboration avec l'OMS - et les ripostes contre les épidémies et les catastrophes – en collaboration avec MSF - selon le plan de contingence. Une ligne de crédit sera prévue pour la constitution d'un stock stratégique à la CDR.

- Accompagner la fonction de régulation au niveau de la DPS:
 - Préparer l'élaboration des textes légaux et réglementaires – édits et arrêtés - des instructions techniques et leur diffusion
 - Assurer la formation et l'organisation du contrôle administratif et tutélaire
 - Assurer le fonctionnement et la rémunération par rapport aux tâches principales de la DPS rationalisée
- Renforcer la fonction de gestion des ressources:
 - Mettre en œuvre le plan de maintenance (ce y compris la maintenance préventive) du matériel et de l'équipement
 - Réhabiliter/construire les infrastructures prioritaires et acheter les équipements prioritaires pour la DPS tout en tenant compte de l'aspect environnemental
 - Assurer la qualité des médicaments ce y compris le contrôle tutélaire du CDR par la DPS, l'inspection par la D3, l'achat éventuel de kits minilab, et la contribution aux audits internationaux des médicaments (Quamed)
 - Constituer une bibliothèque - physique et virtuelle incluant un abonnement à des revues médicales et des supports audio-visuels pour l'éducation à la santé - pour la DPS et les 3 ZS.

Rem.: Contacter l'OMS pour une acquisition gratuite de leur bibliothèque
- Assurer la formation continue :
 - Préparer un plan de formation continue pour le personnel de la future DPS : un montant forfaitaire sera mis en disposition.

3. Assurer le suivi et évaluation de ces plans:

- Appuyer les réunions de CPP et de ses Commissions, la mise en oeuvre de leurs recommandations et la diffusion des produits
- Assurer les revues périodiques (semestrielles, annuelles) entre tous les acteurs concernés par la santé dans la Tshopo
- Organiser semestriellement les SMCL
- Conduire l'évaluation finale, éventuellement ensemble avec l'ASSNIP 1

3.4.2 Pour le résultat 2 :

« Les équipes cadres en place dans les ZS de Makiso K., Kabondo et Lubunga assurent l'encadrement des FOSA de 1er contact (CS) et de 1er 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 »

Le deuxième axe concerne les organes d'encadrement de l'offre de soins. Il s'agit de leur donner les moyens et la capacité de dépasser les simples procédures de supervision de routine pour entrer dans une approche qualitative de l'encadrement. L'ECZ peut jouer un rôle majeur dans l'intégration progressive par les prestataires de méthodes de travail et attitudes appropriées, allant vers une approche de « soins de santé centré sur le patient ». Il faudrait également leur adjoindre un rôle de communication auprès de la population sur des thèmes généraux relatifs à l'offre de soins de santé. Par la combinaison de ces fonctions, les membres de l'ECZ deviendraient des informateurs-clé concernant les résultats et les leçons de l'approche, au sein de la ZS.

B1. Appuyer le développement, la mise en œuvre et évaluation des plans de développement dans les 3 ZS appuyées

1. Assurer l'organisation et le fonctionnement des organes de gestion

- Clarifier les rôles auprès des membres des organes de gestion à partir des directives existantes
- Elaborer le règlement d'ordre intérieur pour chaque organe de gestion dans chacune des ZS : CA et COGES de la ZS, Comité de Direction de l'HGR, Comité de Développement de l'Aire de Santé.
- Assurer une bonne préparation par le secrétariat de chaque organe de gestion, (invitation à temps, agenda, documents préparatoires), conduite (suivi des décisions de la réunion antérieure, orientation vers la prise de décision, conduite participative) et suivi (PV avec recommandations, suivi de la mise en œuvre des recommandations). Ceci implique également une bonne préparation et restitution des réunions auprès des institutions représentées
- Mener des activités de communication selon le plan de communication et appuyer l'archivage au sein de chaque organe de gestion

2. Appuyer la mise à jour du plan de développement des ZS et l'élaboration du plan opérationnel multi-bailleurs

- Appuyer la validation du canevas national adapté au développement des ZS
- Accompagner la mise à jour/l'élaboration du plan de développement des ZS (quinquennal) et du plan opérationnel multi-bailleurs (annuel) suivant une démarche participative et selon une finalité publique. Tous les acteurs concernés par le système de santé de la ZS seront impliqués (les représentants des aires de santé, les prestataires publics et privés, l'ECZ, les

autres secteurs, les partenaires de développement). La vulgarisation de ces plans devra également être assurée.

- Renforcer le plaidoyer pour la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre de ces plans auprès du secteur public et des partenaires au développement (plan de mobilisation des ressources)
- Assurer le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de ces plans

3. Appuyer la mise en œuvre des plans des ZS

- Appuyer les activités d'encadrement technique et d'apprentissage en vue de développer la qualité des soins et de gestion ce y compris la participation aux soins hospitaliers, la supervision formative et intégrée (avec analyse et exploitation conjointe des rapports), l'évaluation opérationnelle et les ateliers de monitoring
- Documenter le processus de prise de décisions : CR de la réunion de l'ECZ, de supervision, des ateliers de monitoring et d'audit
- Réhabiliter/construire les infrastructures prioritaires et acheter les équipements prioritaires pour les ECZ tenant compte de l'aspect environnemental et en fonction de l'enveloppe budgétaire disponible
- Assurer le financement du fonctionnement courant et de la maintenance des ECZ par les subventions des HGR dans lesquels prestent les membres des ECZ

4. Assurer le suivi et l'évaluation de ces plans:

- Elaborer les rapports dont les tableaux de bords de la ZS, les rapports SNIS et les rapports mensuels d'activités
- Assurer la tenue des réunions des organes de gestion dans les 3 ZS
- Appuyer les revues périodiques mensuelles et trimestrielles entre tous les acteurs concernés - le privé inclus - par la santé dans les 3 ZS
- Appuyer le monitoring semestriel selon la méthode Tanashi

5. Assurer la formation continue pour les membres de l'ECZ suivant le plan de formation

- Elaborer des référentiels de compétence en se référant aux expériences de Kisantu, Memisa Ituri, ESP, ASD
- Prévoir une formation continue pour le management en SSP

B2. Assurer la réhabilitation des infrastructures prioritaires pour les ECZ

La réhabilitation/construction des infrastructures prioritaires et l'achat des équipements prioritaires pour les ECZ seront réalisés tenant compte de l'aspect environnemental et en fonction de l'enveloppe budgétaire disponible.

3.4.3 Pour le résultat 3 :

« Dans chacune des trois ZS, 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 »

C1. Renforcer la couverture au premier échelon de manière progressive

1. Assurer le paquet de soins complet du premier échelon dans les CS de démonstration par ZS :

Ceci comprend la présence d'une infrastructure adéquate, un système de déchets, un équipement adéquat, un PMA fonctionnel, avec un système d'assurance qualité, l'application des protocoles diagnostiques et thérapeutiques, l'application de la tarification forfaitaire, un accompagnement rapproché à travers une supervision formative et intégré et des ateliers de formation.

2. Assurer la continuité des soins (basé sur le PMA) dans les CS appuyés suivant le plan de développement de la ZS :

Les es protocoles diagnostiques et thérapeutiques, ainsi que la tarification forfaitaire, seront appliqués assurée. Ces CS bénéficieront également d'une supervision formative et intégrée ainsi que d'ateliers de formation. Ils recevront également un budget de redémarrage de 3000 Euros/CS, soit l'équivalent de médicaments pour 4 mois accompagné de petit matériel médical.

3. Assurer les réhabilitations prioritaires :

Ceci sera décidé au début de projet sur base des besoins prioritaires parmi les CS de démonstration. Il est prévu une enveloppe budgétaire fixe.

C2. Assurer la mise à niveau du plateau technique dans les 4 Unités Fonctionnelles dans les 3 HGR

1. Assurer les réhabilitations/extensions prioritaires :

La condition préliminaire sera de disposer d'un Plan directeur de l'Hôpital/de la Ville à la fin de la période de transition. Il est prévu une enveloppe budgétaire fixe qui pourra financer les infrastructures prioritaires. Le volet maintenance des équipements et bâtiments – eau, électricité et gestion des déchets - ne sera pas oublié. A titre indicatif :

- HGR de Makiso K.: extension/réhabilitation du bâtiment du service d'urgence et des soins intensifs
- HGR de Kabondo: extension/réhabilitation du bâtiment du service d'urgence et des soins intensifs
- HGR de Lubunga: construction de deux bâtiments - pédiatrie, maternité - et réhabilitation du service d'urgence et des soins intensifs

2. Assurer les équipements prioritaires conformes au Paquet de Soins Complémentaires au niveau de l'Hôpital :

La condition préliminaire sera de disposer d'un Plan directeur de l'Hôpital à la fin de la

période de transition avec une liste prioritaire des équipements médicaux et non-médicaux (principalement mobilier et matériel informatique) pour chaque HGR. Il est prévu une enveloppe budgétaire fixe pour ces achats.

A part cela, un système d'incinération doit être mis en place considérant l'ensemble de la Ville. Une étude sera effectuée pour identifier un système adapté. Un budget indicatif est prévu qui comprend également la formation initiale du personnel et les frais de fonctionnement pour 2 ans.

3. Mettre en œuvre l'informatisation du système de gestion des patients (dossier médical)

Sur base de l'expérience de Kisantu, un système de dossier médical informatisé sera mis en place dans chacun des 3 Hôpitaux. Ceci comprendra le hardware (autour de 25.000 € par HGR) et le software (autour de 5.000 € par HGR) ainsi que la formation initiale et la maintenance du système (forfait de 5.000 €).

C3. Contribuer au fonctionnement des HGR

Un forfait d'environ 6500 euro/mois par Hôpital pendant 2 ans est prévu. Une attention particulière sera prêtée à la prise en charge et accompagnement des victimes des violences sexuelles.

C4. Appuyer la rationalisation et la qualité des soins

1. Appuyer la rationalisation de l'offre des soins et l'organisation du système de référence et contre-référence:

- Rationaliser les soins au niveau des CS dans les 3 ZS :
 - Procéder à la fermeture des PS publics dans les aires de démonstration suivant la politique nationale d'une ZS à 2 échelons (en particulier à Kabondo)
 - Promouvoir l'utilisation systématique des ordinogrammes
 - Assurer l'inspection et le rapportage des structures privées
- Rationaliser les soins dans les 4 Unités Fonctionnelles des HGR :
 - Appliquer le guide des protocoles thérapeutiques
- Rationalisation des fonctions de niveau de 2° référence (fonction d'un hôpital provincial) :
 - Décrire, avec l'appui d'une consultance, dans le plan directeur de la Ville de Kisangani une division des tâches de 2° référence (déjà existantes) entre les HGR
 - Assurer le fonctionnement par rapport à ces fonctions identifiées
- Renforcer l'intégration des programmes verticaux :
 - Assurer l'intégration au point de vue : logistique, gestion des données, supervision, formation du personnel des services de santé de base

- Assurer que le budget mise à disposition des CS par les programmes verticaux soit intégré dans la gestion globale du budget de la ZS

2. Renforcer le système d'assurance qualité des soins au niveau CS et HGR :

- Assurer la remise-reprise journalière dans les UF au sein de l'HGR et la tenue régulière des réunions de staff hebdomadaires
- Assurer la supervision des UF par le directeur de nursing, le médecin chef de staff et par des spécialistes
- Appuyer la réalisation des études de cas hebdomadaires et des audits cliniques mensuels, basés sur des dossiers de patients hospitalisés correctement remplis en vue de prendre des mesures structurelles pour améliorer la qualité des soins
- Assurer des audits pharmaceutiques mensuels - particulièrement par rapport à la prescription et la consommation - en se basant sur le guide thérapeutique et un système de comptabilité des médicaments par service et par prescripteur au sein de l'hôpital
- Tenir des réunions trimestrielles entre médecins des 3 HGR de la Ville dans le cadre d'un réseautage inter hospitalier
- Organiser des journées scientifiques semestrielles pour le staff médical et paramédical de la Ville
- Organiser des stages de recyclage pour le personnel de l'HGR (2 pers/an/HGR)
- Organiser des stages des infirmiers dans les CS de démonstration
- Organiser des revues entre pairs au niveau des CS :
 - Constituer 3 groupes de CS - avec dans chaque groupe un CS démonstration - avec des visites alternantes dans chacun des CS participants
 - Documenter et disséminer les expériences
- Organiser des ateliers de formation au niveau des 3 ZS (équivalent pour 680 personnes/jours par an)
- Assurer la formation des chirurgiens par rapport aux fistules vésico-vaginales
- Prévoir une bourse en économie de la santé à Kinshasa

3. Améliorer la transparence et l'efficacité dans la gestion financière, les médicaments et la tarification:

- Créer une ligne de crédit pour chaque structure au niveau de la CDR en vue de sécuriser et pérenniser l'approvisionnement en médicaments

- Informatiser le système de gestion financière des 3 HGR et instaurer une comptabilité analytique et assurer la formation du personnel
 - Elaborer, exploiter et diffuser des rapports financiers mensuels par structure
 - Etudier le mécanisme de subvention des HGR par la contribution des CS aux références
 - Assurer le paiement des factures de l'HGR par les CS
 - Mettre en place une caisse de péréquation au niveau de la ZS
 - Faire un plaidoyer pour mobiliser des ressources après 2013
 - Rendre des comptes vers le haut et vers le bas
4. Renforcer le dialogue avec les communautés locales:
- Elaborer le volet dialogue communautaire au niveau des CS de démonstration
 - Sensibiliser la population sur la mutuelle par exemple la mutualisation du transport des malades

3.4.4 Pour le résultat 4 :

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

Un principe important dans le travail de réflexion sera d'harmoniser les stratégies entre les différents ASSNIP afin d'arriver à une stratégie cohérente (par thème) à présenter au niveau central.

D1. Appuyer la réflexion au niveau opérationnel

1. Observer et renforcer la dynamique de prise de décision et de réflexion documentée au sein des ECZ et ECP ('gestion scientifique')
 - Observer à l'aide d'un journal d'expérience
 - Utiliser plus systématiquement les rapports de réunions, de supervision, d'audits cliniques pour renforcer le cycle de management et l'apprentissage
 - Renforcer l'utilisation d'une grille d'analyse structurée de la démarche de prise de décision Cf. le rapport d'appui scientifique avril 2009
 - Assurer la production de comptes rendus structurés
2. Accompagner la dynamique des groupes de travail technique autour des thématiques prioritaires
 - Répartir les thématiques prioritaires
 - Assurer la formation des groupes de travail par rapport à la démarche de recherche- action

- Organiser des ateliers de rédaction autour des thèmes de recherche-action et assurer la publication

3. Prévoir un pool d'expertise (ponctuelle et perlée)

4. Approfondir le dossier de recherche-action sur la tarification forfaitaire :

- Échanger les expériences entre ASSNIP quant à la tarification forfaitaire
Enrichir les processus de la mise en place de la stratégie de la tarification forfaitaire
- Approfondir des sous-thèmes spécifiques liés à la tarification forfaitaire tels quels :

La prise en charge des indigents par la communauté, étude des coûts au niveau de l'hôpital (coût complet moyen par épisode d'hospitalisation par département), la population de référence enregistrée au niveau de la Ville, la rationalisation des unités fonctionnelles à l'HGR, la 'rationalisation ciblée' du personnel

5. Documenter l'expérience du système de référence/contre-référence dans le 3 ZS

6. Documenter l'expérience de Kabondo par rapport au PTME en réseau

7. Documenter la participation communautaire dans le développement de l'aire de santé St André (ZS Lubunga)

8. Compléter le guide des protocoles thérapeutiques pour les hôpitaux:

- Prendre connaissance de l'expérience de développement d'un guide thérapeutique à Kisantu
- Compléter le guide thérapeutique développé à Lubunga et Makiso en collaboration avec le niveau central
- Assurer la reproduction et la diffusion des guides thérapeutiques pour les hôpitaux dans le Tshopo

9. Traitement des violences sexuelles et des fistules vésico-vaginales:

Conduire une réflexion sous forme de recherche-action et d'atelier avec toutes les parties prenantes et intéressées pour une approche rationnelle, efficiente et intégrée en faveur du traitement des violences sexuelles et des fistules vésico-vaginales. Ceci est complémentaire à la formation des chirurgiens par rapport à ce problème.

D2. Appuyer la capitalisation au niveau intermédiaire et central

1. Assurer la validation des expériences documentées au niveau de la province

2. Contribuer à des ateliers de capitalisation à différents niveaux :

- Provincial (annuel)
- Entre les ASSNIP (semestriel, avant les SMCL)
- National avec d'autres partenaires (annuel)

- International (ad hoc)
- Atelier de capitalisation des acquis à la fin des projets de tous les ASSNIP (fin 2013)

3. Réaliser des voyages d'études à différents niveaux :

- Entre les ASSNIP par exemple pour une étude comparative des systèmes de compléments salariaux (ZS de Lukula et Lubunga)
- A d'autres ZS par exemple pour conduire une étude à Bukavu afin de préparer la mise en place d'une mutuelle

4. Assurer l'accompagnement par le niveau national en vue de capitaliser pour les autres provinces :

- Prévoir des missions de suivi semestrielles par la DEP/D5/SG
- Assurer des missions de backstopping annuels

3.5 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 Coopération. 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 :

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

1. Les taux d'utilisation des services curatifs et préventifs du 1er échelon (CS)
2. Les taux d'utilisation des services curatifs du 2ème échelon / service (HGR)

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

3. Le nombre de supervisions réalisées par ZS par l'ECP avec rapport ;
4. Le nombre de réunions de l'ECP par trimestre (avec PV);
5. Le nombre de CPP annuels et de réunions thématiques connexes réalisées (avec PV)
6. Le nombre de membres de l'ECP effectivement sélectionné sur base de leurs compétences, tenant compte de l'aspect genre

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

7. Le nombre de plans d'action opérationnels officiellement adoptés par le C.A. de la ZS ;
8. Le nombre de supervisions intégrées de CS réalisées dans chaque ZS avec rapport ;

9. Le nombre de visites d'inspection contrôle effectuée par l'ECP/DPS ;
10. Le % des membres de l'ECS qui font régulièrement des supervisions dans les CS ;
11. Le % de femmes dans les structures de gestion aux différents niveaux ;
12. 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

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

13. Par HGR, le taux d'occupation des lits et la DMS par service
14. Par HGR, le % de cas hospitalisés qui ont été référés par un CS
15. Par HGR, les taux de létalité hospitalière globale et après 48 heures d'hospitalisation
16. Par HGR, le montant moyen de la contribution du patient par type de forfait (tarifs facturés au patient) et le % de recettes que représente cette contribution ;
17. Par HGR, le % de patients envoyés en hospitalisation parmi les patients référés en consultation ;
18. Par ZS, le nombre et le % d'accouchements assistés par du personnel professionnel formé.

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

19. Le nombre de missions de supervision effectuées par le niveau central ;
20. Le nombre d'études de coûts réels réalisées
21. Le nombre d'études sur la capacité à payer réalisées ;
22. Le nombre de sujets de réflexion faisant partie 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 la réalisation du projet.

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 PV des réunions des équipes de gestion aux différents niveaux ;
- Les registres SNIS (CS et HGR);

- Les rapports annuels et trimestriels des DPS, ECP et ECD;
- Les rapports produits par l'AT et par les expertises perlés/ponctuelles;
- Les rapports d'études
- Les visites d'inspection 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 les leçons des réussites et des échecs.

3.6 Hypothèses, conditions, 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 uniforme ;
- Une actualisation des conventions est réalisée 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 appuyées 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 :

- La mise en place du cadre organisationnel de la DPS en 4 métiers avec l'appui conjoint des différents partenaires au niveau provincial pour déployer le personnel;
- La présence d'un plan de développement consolidé tenant 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 ;
- Le recrutement indépendant et transparent du personnel de l'ECP (fonction de critères objectifs) ;
- Pas d'affectation non justifiée de personnel dans les formations sanitaires ; pas d'interférences dans l'affectation du personnel ;
- La 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) ;
- La volonté avérée de faire participer les représentants de la communauté, les collectivités locales et la société civile à la gestion des formations sanitaire ;
- Les factures d'eau et d'électricité des formations sanitaires confessionnelles sont payées par l'état.

D'un point de vue de l'offre de service

- 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 avec répartition par résultat attendu

Le système de santé de la Tshopo est consolidé à travers le renforcement de la future DPS Et des ZS de Makiso K., Kabondo et Lubunga		Phase de consolidation ASSNIP KISANGANI		
		Total	2012	2013
TOTAL en EUROS		3 468 000		
TOTAL HORS MOYENS GENERAUX (78.5%)		2 728 000	1 523 000	1 205 000
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	367 000	300 000	67 000
A1	Appuyer la mise en place des structures de la DPS Tshopo	200 000	200 000	0
A2	Appuyer le développement, la mise en œuvre et évaluation des plans de développement des différentes structures de la Tshopo	167 000	100 000	67 000
R2	Les ECZ des 3 ZS - Makiso-K., Kabondo et Lubunga - assurent l'encadrement des CS et des HGR conformément aux directions données par la SRSS en permettant la poursuite de l'expérimentation de cette stratégie (10.7%)	297 000	171 000	126 000
B1	Appuyer le développement, la mise en œuvre et évaluation des plans de développement dans les 3 ZS appuyées	252 000	126 000	126 000
B2	Assurer la réhabilitation des infrastructures prioritaires pour les ECZ	45 000	45 000	0
R3	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 (67.7%)	1 850 000	945 000	905 000
C1	Renforcer la couverture au premier échelon	300 000	150 000	150 000
C2	Assurer la mise à niveau du plateau technique dans les 4 Unités Fonctionnelles dans les 3 HGR	550 000	275 000	275 000
C3	Contribuer au fonctionnement des formations sanitaires du 1° et 2° niveau	760 000	380 000	380 000
C4	Appuyer la rationalisation et la qualité des soins	240 000	140 000	100 000
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 central (8.3%)	214 000	107 000	107 000
D1	Appuyer la réflexion au niveau au niveau opérationnel	134 000	67 000	67 000
D2	Appuyer la capitalisation au niveau intermédiaire et central	80 000	40 000	40 000
RUBRIQUES X et Z (21,5%)		740 000	359 000	381 000
X	Réserve budgétaire (3%)	27 000	13 500	13 500
Z	Moyens généraux (97%)	713 000	353 000	360 000
Z1	1 ATI LT + 1 ARCHI 1/3 temps	435 000	225 000	210 000
Z2	Staff national	60 000	30 000	30 000
Z3	Frais de fonctionnement AT	60 000	30 000	30 000
Z4	Appui à la CAG inclus le RAF int. (CAG) 1/5 temps	101 000	50 500	50 500
Z5	Audit (17500) + Audits médicaments (7000) + Backstopping (10000) + Evaluation finale (22500)	57 000	17 500	39 500

4.1.2 Notes explicatives du budget

Le budget proposé dans ce DTF ne concerne que la phase de consolidation (3. 468.000 €) pour 2 ans. Ce budget est complémentaire au budget de la phase transitoire (mini DTF de 532.000 €). Les 2 correspondent au budget de 4.000.000 € prévu dans le PIC.

En général, les stratégies de financement des institutions bénéficiaires de l'intervention pour stimuler une bonne dynamique et performance, peuvent être différentes entre ASSNIP sur base des expériences existantes. Ceci à condition que les mêmes principes soient appliqués et qu'il y a une bonne documentation et capitalisation.

Pour les investissements :

Des enveloppes indicatives (environ 1/3 du budget) sont prévues pour des investissements (réhabilitations et constructions, équipement médical et non-médical, moyens de transport) :

- Pour assurer la sélection (5.000 €) et le déploiement des équipes sélectionnées à la DPS (195.000 €) dans le cadre de la réforme intermédiaire. L'utilisation de ces enveloppes sera conditionnée sur base de plans de développement validés. D'autres partenaires dans la province (entre autre le BAD) seront sollicités afin de contribuer à ce déploiement (constructions, véhicules, motos, matériel bureautique) Un forfait de 200 000 € est prévu ;
- Pour des réhabilitations/constructions prioritaires au niveau de l'ECZ, un montant de 45.000 € est prévu.
- Pour réaliser des réhabilitations/extensions/gestion des déchets prioritaires au niveau des HGR dans les 3 ZS, ainsi que procurer des équipements prioritaires pour compléter le PCA à l'HGR et informatiser le dossier médical, les arbitrages devant mener à la liste des bâtiments à construire ou réhabiliter et aux listes d'équipement seront de toutes les façons à réaliser à partir de la planification hospitalière faite en préalable au processus de réhabilitation et d'équipement (comprenant PEH, PDI et Plan d'équipement et de maintenance). Un montant total (pour les 3 HGR ensemble) de 550.000 Euros est prévu.
- Pour mettre en œuvre des constructions prioritaires au niveau des CS selon les priorités du plan de développement de ZS, un montant de 210.000 € est prévu. De l'équipement est prévu pour assurer le paquet de soins complet dans les 3 CS de démonstration et pour mettre à niveau les autres CS retenus en termes d'équipement. Un montant de 90.000 € est réservé à cet effet. Au total : 300.000 €.

Pour le fonctionnement :

- Les frais de fonctionnement prennent environ 41% du budget.
- Le système de primes sera graduellement remplacé par un système de salaires basé sur la législation nationale (SMIG, grille barémique). Cette

transition ne pourra se faire que dans les Fosa rationalisées et sur base de calculs.

- Une contribution au financement du fonctionnement des équipes mises en place dans le cadre de la réforme au niveau intermédiaire est prévue pour une durée de 16 mois. Le coût est estimé approximativement à 167.000 €. Il s'agit d'une contribution. D'autres partenaires au développement seront également sollicités à contribuer.
- Le budget prévu au niveau des ECZ comprend non seulement le fonctionnement des ECZ à proprement parler (3 ZS au total) mais également les primes aux encadreurs de ZS. Ceci correspond à un budget moyen total d'environ 3500 € par mois par ZS. Au total 252.000 €. Ce budget naturellement comprend le carburant pour effectuer les supervisions ; le personnel des ECZ recevant des primes, il n'est pas prévu d'allocation journalière de subsistance pour la réalisation des supervisions dans la ZS.
- Au niveau des HGR, il y aura un subventionnement direct (budget pour achat médicaments inclus) et indirect (à travers les CS). Cela est conditionné par (i) la mise en œuvre des recommandations des audits financiers aux HGR (déjà réalisés), (ii) une programmation budgétaire réelle, (iii) l'application des outils de rationalisation de l'HGR déjà disponibles, tels que pour la gestion, la prescription rationnelle, le circuit du patient, et l'assurance qualité (cf. outils autres ASSNIP).
- Le subventionnement des CS sera conditionné par (i) la présence d'un plan de développement de ZS avec des priorités et une programmation des activités, (ii) une gestion rigoureuse, en premier lieu par rapport à l'utilisation des recettes pour le renouvellement du stock des médicaments. Une partie de ce subventionnement servira à financer l'HGR pour les cas référés.
- Un total de 760.000 € est prévu pour le fonctionnement des 1° et 2° échelons.
- Les activités spécifiques pour rationaliser et assurer la qualité des soins sont couvertes par une enveloppe de 240.000 €.

Pour l'appui à la réflexion et la capitalisation:

- Une enveloppe pour mobiliser de l'expertise internationale/nationale à la demande des ZS et de la DPS est prévue pour un montant de 134.000 €.
- Pour les activités de capitalisation, principalement pour des ateliers de capitalisation, des voyages études internes (entre ASSNIP) et externes et le suivi technique par le niveau national, un montant de 80.000 € est réservé.

Pour les moyens généraux:

- Les moyens généraux contiennent une partie d'appui technique transversal (les ATI et leur fonctionnement, le backstopping), donc pour les 4 résultats, et une partie de la gestion de projet (l'appui à la gestion par la CAG, qui

inclut aussi 1/5 du temps d'un(e) Responsable Administratif et Financier, le staff national et les audits).

- 1 audit financier, 2 missions de back-stopping et une évaluation finale sont prévus
- Il est également prévu une contribution annuelle de 3.500 € (7.000 € pour 2 ans) pour participer aux audits internationaux de la qualité des médicaments organisés par Quamed.
- Pour les AT et le personnel cf. 4.2 ressources humaines.

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

4.1.3 Contributions congolaises à l'intervention

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

1. Mise à disposition des locaux pour les AT au niveau de la DPS, estimée sous forme de charge locative à 1500 € par mois x 24 mois = 36.000 €;
2. Les salaires toutes charges comprises de cadres-clé compétents impliqués directement (au niveau ZS et DPS) dans ce projet et ce, y inclus le personnel médical complémentaire pour favoriser un bon fonctionnement des zones sanitaires: 380.000 €;
3. Le paiement des factures d'eau et d'électricité aux formations sanitaires confessionnelles dans les 3 ZS.

4.2 Ressources humaines

4.2.1 Personnel National

La RDC s'engage, pour la durée du projet, à assurer la présence de personnel compétent et motivé aux postes clés dans les 3 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 trois ECZ déjà appuyées. Si l'on excepte les éventuels renouvellements de personnel, il s'agira donc de procéder au recrutement des cadres pour former l'Equipe Cadre de la Province de la Tshopo (y compris les antennes). Le nombre de ce personnel et leur profil de compétence requis sera déterminé à travers un audit institutionnel et organisationnel

piloté par le niveau central durant la phase de transition.

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

4.2.2 Assistants techniques internationaux:

Les AT n'ont en principe 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.

4.2.2.1 Assistance Technique en Santé Publique

Le projet fera appel à un expert international avec un profil de santé publique : cet AT qui démarrera son activité au lancement 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 une grande expérience en gestion du changement</p> <p>Kisangani</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 au MIP pour tout ce qui concerne la capitalisation de l'expérience. • Appui à l'encadrement technique et gestionnaire des 3 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 de leur développement

4.2.2.2 AT en architecture/ planification, suivi des marchés publics et travaux

Position localisation et durée	Tâches principales
<p>AT Long terme international en Architecture ou ingénieur en construction</p> <p>1/3 temps sur Kisangani</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinateur de la préparation des DAO de travaux prévu dans le projet sur base des plans directeurs et des plans de développement , de leur lancement et de leur attribution

Kinshasa 24 mois	<ul style="list-style-type: none"> • En charge d'assurer le contrôle de la qualité du travail des BET recrutés pour l'élaboration des DAO de travaux • Coordonateur de la mise en œuvre des divers travaux planifié • En charge d'assurer le contrôle de la qualité du travail des BET recrutés pour le suivi de l'exécution des divers travaux réalisés.
---------------------	--

4.2.2.3 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 à court terme ponctuelles ou perlées.

Cette provision permettra de réaliser

- Des missions visant la capitalisation de l'expérience ;
- Des missions visant l'appui méthodologique à la préparation, la réalisation, et l'analyse d'études spécifiques;
- Des missions visant des domaines spécialisés comme par exemple en ce qui concerne l'élaboration voire le dépouillement des appels d'offres d'équipement biomédical.

4.3 Ressources matérielles

4.3.1 Investissements

La liste des investissements (cf. annexe 7.6), cad. des constructions/réhabilitations/système de gestion des déchets ainsi que l'achat des équipements (matériel roulant, équipement bureaucratique et informatique, équipement médical et non-médical) n'est que indicative. Elle sera adaptée/précisée/validée en fonction des plans de développement priorités et validés.

Les achats tiendront compte de l'inventaire de fin de projet de la phase précédente (cf. annexe 7.6).

Tous les appels d'offres prévus pour les investissements sous forme de ressources matérielles seront lancés au début de projet.

L'appui de la Coopération belgo-congolaise est une contribution aux plans de développement provinciaux et à ceux des ZS auxquels d'autres partenaires contribueront.

5 Modalités d'exécution

5.1 Cadre légal et responsabilités administratives

Le cadre légal sera fixé par la Convention Spécifique relative au projet Appui au Système de Santé aux Niveaux Intermédiaire et Périphérique, Volet 2 (ASSNIP Kisangani), Province Orientale, Ville de Kisangani, ZS de Makiso, Kabondo et Lubunga.

Cette convention est à signer entre le Royaume de Belgique et la République Démocratique du Congo à l'issu 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 nécessaires⁴;

- 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 (niveau central);
- Un représentant du Gouvernorat de la Province concernée ;
- Un 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 ;
- 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

⁴ Ceci vise en particulier les mesures de « protection » des zones d'intervention, telle que ce concept est défini dans le rapport d'évaluation

- 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 DPS 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 belgo-congolaise 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 coordination⁵ de tous les aspects des projets ;
- L'initiation pour la préparation et la tenue des réunions des SMCL ;
- La garantie que le contenu⁶, 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 prévue. Elle sera présidée par le Ministère.

- 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 ...

⁵ Gestion de la coordination : comprend les activités nécessaires pour la coordination des divers processus et activités de gestion de projet et de portefeuille. Cette coordination consiste à faire les choix nécessaires en matière 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.

⁶ Contenu : les résultats du projet et tout le travail nécessaire pour les atteindre

- 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 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 par rapport 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 d'un tiers temps sur la planification technique et le suivi des constructions/ réhabilitations à réaliser dans l'ASSNIP Kisangani, d'un tiers des ZS de Lukula et Boma, d'un tiers temps sur les ZS de Kisantu, Nselo et Ngidinga.

La planification technique consistera aussi en grande partie de la préparation des marchés publics. En effet à l'avenir c'est la CAG qui sera chargée de la préparation et l'exécution des marchés publics. Pour permettre à la CAG de développer des compétences dans ce domaine, il est donc proposé de baser cette assistance technique au sein de cette structure.

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 soutenues 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 aux points 7.2 et 7.3 du présent DTF.

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 de l'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 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.

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

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.

Le projet aura au début de la mise en œuvre un baseline existant mise à jour. Il peut être complété par des études baseline plus spécifiques suivant les besoins des recherches qui seront menées en cours d'intervention. Ensuite, les données compilées la première année (dans les 6 premiers mois du projet) constitueront les références du projet afin de permettre l'évaluation au terme du projet et de mesurer objectivement son impact.

5.10.2 Gestion et suivi quotidien du projet

La gestion et le suivi quotidien du projet sont confiés à la direction du projet qui composée du MIP responsable pour la Tshopo 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.

5.10.3 Evaluation du projet

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 ces 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.

Evaluation DGD

Dans le cadre du contrat 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.

5.10.4 Audit

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.

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).

En tout état de causes, le projet stimulera l'implication des femmes dans les organes de prise de décisions telles que les ECZ, 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 ECP. D'une façon plus générale, l'ASSNIP veillera à la représentativité des femmes (et des associations de femmes) au sein de ses organes de gestion représentant la communauté.

La prise en charge des victimes des violences sexuelles 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).

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

6.2 Droits sexuels et santé reproductive/VIH-SIDA

Si le projet parvient à améliorer l'accès (général) aux soins de santé, il contribuera à l'amélioration du dépistage VIH dans les structures le pratiquant. De même, si le projet parvient à améliorer la qualité des services dans les structures supportées, cela se répercutera sur une amélioration de la prise en charge des maladies opportunistes.

Par ailleurs, il existe un centre médical nommé "Centre Prince Alwaleed" construit avec des fonds d'Arabie Saoudite juste à côté de l'HGR de Makiso et qui était appuyé par le FNUAP pour la prise en charge de violences sexuelles, y compris les fistules vésico-vaginales. Cet appui étant arrivé à son terme, ce centre continue à fonctionner vaillamment et isolément avec les moyens du bord. Par ailleurs, certains gynécologues de l'hôpital universitaire de Kisangani feraient de temps à autres de cures de fistules. Il faudra évaluer la qualité des services et clarifier la complémentarité avec les services de santé de base.

Une réflexion, sous forme de recherche-action, sera menée avec toutes les parties prenantes et intéressées pour une approche rationnelle, efficiente et intégrée de l'ensemble des programmes nationaux VIH/Santé Reproductive/Violences sexuelles. Au-delà des aspects techniques et logistiques (tels que la disponibilité des réactifs pour le dépistage, les médicaments pour le traitement, des méthodes contraceptives) une attention particulière sera prêtée aux attitudes non-discriminatoires, à la confidentialité et

le 'privacy', la stabilisation du personnel formé dans les services de santé de base.

6.3 Protection de l'enfance

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 afin de rendre plus accessibles les tarifs forfaitaires relatifs à ce groupe cible.

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 coût efficacité est avéré, les options de source énergétique préservant l'environnement seront préférées aux autres alternatives.

6.5 Economie sociale

Il n'y a pas des activités spécifiques prévues par rapport à ce thème.

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 : TdR du personnel
- Annexe 5 : Description des intervenants santé au niveau national & local
- Annexe 6 : Liste indicative des investissements et Description du matériel du projet existant à Kisangani

7.1 Cadre logique

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses
OG	Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans les zones d'intervention de la Tshopo 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 - La situation socio-économique s'améliore et entraîne une amélioration du pouvoir d'achat des populations - Un engagement significatif de l'Etat dans le financement de la sante
OS	Le système de santé est consolidé de manière durable via le renforcement de la DPS de la Tshopo et des ZS Makiso K., Kabondo et Lubunga	<ul style="list-style-type: none"> - Taux d'utilisation des services curatifs et préventifs de 1er échelon (CS) dans les ZS ciblées (Makiso-K., Kabondo et Lubunga) - Taux d'utilisation des services curatifs de première référence par service (pédiatrie, médecine interne, maternité, chirurgie) dans les HGR des ZS ciblées 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 « DS ») - Pas d'affectation non justifiée de personnel dans les formations sanitaires
R 1	L'ECP assure un appui de qualité aux ZS et est placée dans les conditions optimales pour piloter la mise en œuvre du	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de supervisions réalisées par ZS par l'ECP selon les normes fixées par le MSP ; - Nombre de réunions de l'ECP; 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapport de l'ECD; visites d'inspection contrôlé par le MSP (D5, DEP) - Rapports des ECZ et de l'AT 	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place du cadre organisationnel de la DPS de la Tshopo en 4 métiers. - Les différents partenaires au niveau

	PPDS.	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de CPP annuels et de réunions thématiques connexes - Nombre de membres de l'ECP effectivement sélectionné sur base de leurs compétences, tenant compte de l'aspect genre 		provincial et local intègrent leurs activités dans le Plan Provincial de Développement Sanitaire dans une logique horizontale s'orientant vers un SWAP provincial
R 2	Les EC en place dans les ZS de Makiso-K., Kabondo et Lubunga assurent l'encadrement des formations sanitaires 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 mise en œuvre de cette stratégie.	<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; - % de femmes dans les structures de gestion aux différents niveaux - l'intégration de la SSR/VIH, genre et environnement dans les plans d'actions opérationnels officiellement adoptés par le Conseil d'administration de la ZS 	<ul style="list-style-type: none"> - Visites d'inspection contrôle par l'ECP/DPS; - Rapports annuels des ECZ PAO; rapports SNIS: 	<ul style="list-style-type: none"> - Recrutement rationnel du personnel de l'ECP (en fonction de critères objectifs)
R 3	Dans chacune des trois ZS, l'accès aux soins, la qualité des soins et de la gestion de l'HGR ainsi que des CS retenus dans le plan de couverture sont rationalisés. Ces FOSA fonctionnent dans un système intégré conforme aux	<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 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapport SNIS; - Rapport de supervision des ECZ de l'ECP et de l'AT 	<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 ZS et

	prescriptions de la SRSS	<p>un centre de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux de létalité hospitalière globale et après 48 heures d'hospitalisation - montant moyen de la contribution du patient par type de forfait et le % des recettes que représente cette contribution. - % de patients envoyés en hospitalisation parmi les patients référés en consultation. - Nombre et le pourcentage d'accouchements assistés par du personnel professionnel formé 		<p>redistribution intégrale aux formations sanitaires) selon des critères objectifs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Offre de service locale adéquate en matière de travaux de réhabilitation/ construction - Le réseau FEDECAME/ CDR est fonctionnel - actualisation de la convention avec le secteur confessionnel - accord entre les ZS et les représentants de l'Armée congolaise sur les modalités de remboursement des frais de soins prodigués gratuitement aux familles des hommes en uniforme ;
R 4	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	<ul style="list-style-type: none"> - le nombre de mission de supervision effectuées par le niveau central - Nbre d'études de couts réels réalisés - Nbre d'études sur la capacité à payer réalisées - Le nombre de sujets de réflexion faisant partie d'un dialogue politique sectoriel au niveau central auxquels le projet donne une contribution majeure. 	Journaux internationaux de santé publique	

	Activités pour atteindre le Résultat 1	Moyens	Contribution belge
R 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.		367 000 €
A 1.	<p>APPUYER LA MISE EN PLACE DE LA DPS TSHOPO</p> <p>1. Clarifier les missions des différentes structures et les ressources nécessaires</p> <p>2. Appuyer la mise en place des structures santé de la Tshopo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Budgets de fonctionnement pour réunions, ateliers revues, Budgets carburant, perdiems - Expertise technique locale - Assistance Technique - Achat de matériel informatique, de mobilier, réhabilitations sommaires - Achat véhicule 	200.000 €
A .2	<p>APPUYER LE DEVELOPPEMENT, LA M.E.O. ET L'EVALUATION DES PLANS DE DEVELOPPEMENT DES DIFFERENTES STRUCTURES DE LA TSHOPO</p> <p>1.Appuyer l'élaboration des plans de développement et d'actions des différentes structures de la Tshopo</p> <p>2. Appuyer la m.e.o. de ces plans par rapport aux 4 métiers</p> <p>3. Assurer le suivi et l'évaluation de ces plans</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Budgets de fonctionnement, perdiems - Financements ateliers - Expertise technique locale Assistance Technique 	167.000 €

	Activités pour atteindre le Résultat 2	Moyens	Contribution belge
R 2	Les ECZ de Makiso-K., Kabondo et Lubunga assurent l'encadrement des formations sanitaires 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 mise en œuvre de cette stratégie.		297 000 €
B.1	<p>APPUYER LE DEVELOPEMENT, LA MISE EN ŒUVRE ET L'EVALUATION DES PLANS DE DEVELOPEMENT DANS LES 3 ZS APPUIEES DANS LA TSHOPO</p> <p>1. Assurer l'organisation et le fonctionnement des organes de gestion</p> <p>2. Appuyer la mise à jour du plan de développement des ZS et l'élaboration du plan opérationnel multi-bailleurs</p> <p>3. Appuyer la mise en œuvre des plans des ZS</p> <p>4. Assurer le suivi et évaluation de ces plans</p> <p>5. Assurer la formation continue pour les membres de l'ECZ suivant le plan de formation</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Budgets de fonctionnement, Budgets carburant, perdiems - Financements ateliers, - Expertise technique locale - Assistance Technique 	252.000 €
B.2	<p>ASSURER LA REHABILITATION DES INFRASTRUCTURES PRIORITAIRES</p> <p>1. Réhabiliter/construire/équiper l'infrastructure de l'ECZ de Lubunga (= à titre indicatif)</p> <p>2. Réhabilitation de la maison du MCZ de Lubunga (= à titre indicatif)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Achat de matériel informatique, de mobilier, réhabilitations sommaires - Expertise technique externe - Assistance Technique 	45.000 €
	Activités pour atteindre le Résultat 3	Moyens	Contribution belge
R 3	Dans chacune des trois ZS, l'accès aux soins, la qualité des soins et de la gestion de l'HGR ainsi que des CS retenus dans le plan de couverture sont rationalisés. Ces FOSA fonctionnent dans un système intégré conforme aux prescriptions de la SRSS		1 850 000 €

C.1	RENFORCER LA COUVERTURE DU 1er ECHELON 1. Assurer le paquet de soins complet du premier échelon dans les CS de démonstration par ZS : 2. Assurer la continuité des soins (basé sur le PMA) dans les CS appuyés suivant le plan 3. Assurer les réhabilitations prioritaires selon le plan de développement de la ZS	- Budgets pour travaux et équipements - Bureaux d'Etudes Techniques, AT	300.000 €
C.2	ASSURER LA MISE A NIVEAU DU PLATEAU TECHNIQUE DANS LES 4 UF DES 3 HGR 1. Assurer les réhabilitations/extensions prioritaires. A titre indicatif : - HGR de Makiso K. : extension/réhabilitation des urgences et soins intensifs - HGR de Kabondo : extension/réhabilitation des urgences et soins intensifs - HGR de Lubunga : idem + construction de 2 bâtiments - pédiatrie, maternité 2. Assurer les équipements prioritaires conformes au Paquet de Soins Complémentaires au niveau HGR 3. M.e.o. l'informatisation du système de gestion des patients (dossier médical)		550.000 €
C.3	CONTRIBUER AU FONCTIONNEMENT DES HGR	- Enveloppe budgétaire correspondantes - Experts recrutés ad hoc, AT	760.000 €
C.4	APPUYER LA RATIONALISATION ET LA QUALITE DE L'OFFRE 1. Appuyer la rationalisation de l'offre des soins et l'organisation du système de référence et contre-référence 2. Renforcer le système d'assurance qualité des soins au niveau CS et HGR 3. Améliorer la transparence et l'efficience dans la gestion financière, les MEG et la tarification 4. Renforcer le dialogue avec les communautés locales	- Enveloppe budgétaire correspondantes, AT	240.000 €

	Activités pour atteindre le Résultat 4	Moyens	Contribution belge
R.4	Durant le projet des leçons basées sur des évidences sont tirées de l'expérience et alimentent les niveaux intermédiaire et central du MSP au niveau provincial et au niveau central		214 000 €
D.1	<p>APPUYER LA REFLEXION AU NIVEAU OPERATIONNEL</p> <p>1. Observer et renforcer la dynamique de prise de décision et de réflexion documentée au sein des ECZ et ECP ('gestion scientifique')</p> <p>2. Accompagner les groupes de travail technique autour des thématiques prioritaires</p> <p>3. Prévoir un pool d'expertise (ponctuelle & perlée)</p> <p>A titre indicatif :</p> <p>4. Approfondir le dossier de recherche-action sur la tarification forfaitaire</p> <p>5. Documenter l'expérience référence et de contre-référence dans les 3 ZS</p> <p>6. Documenter l'expérience de Kabondo par rapport au PTME en réseau</p> <p>7. Documenter la participation communautaire de l'aire de santé de St André (Lubunga)</p> <p>8. Compléter le guide des protocoles thérapeutiques pour les hôpitaux</p> <p>9. Traitement des violences sexuelles et des fistules vésico-vaginales</p>	<p>- AT/LT et CT,</p> <p>- Cadres du niveau central et intermédiaire</p>	134.000 €
D.2.	<p>APPUYER LA CAPITALISATION AU NIVEAUX INTERMEDIAIRE ET CENTRAL</p> <p>1. Assurer la validation des expériences documentées au niveau de la province</p> <p>2. Contribuer à des ateliers de capitalisation à différents niveaux</p> <p>3. Réaliser des voyages d'études à différents niveaux</p> <p>4. Assurer l'accompagnement par le niveau national afin de capitaliser pour les autres provinces</p>	<p>- AT/CT</p> <p>- Enveloppe budgétaire pour réunions et ateliers</p>	80.000 €

7.2 Budget

Le système de santé de la Tshopo est consolidé à travers le renforcement de la future DPS et des ZS de Makiso K., Kabondo et Lubunga

		Budget total 2 phases	Répartition entre Mini DTF et phase de consolidation	
			MINI DTF	Phase consolidation
TOTAL en EUROS		4 000 000	532 000	3 468 000
TOTAL HORS MOYENS GENERAUX		3 153 000	425 000	2 728 000
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	438 000	71 000	367 000
A1	Appuyer la mise en place des structures de santé de la future province de la Tshopo	200 000	0	200 000
A2	Appuyer le développement, la mise en œuvre et évaluation des plans de développement des différentes structures de la Tshopo	238 000	71 000	167 000
R2	Les ECZ des 3 ZS - Makiso-K., Kabondo et Lubunga - assurent l'encadrement des CS et des HGR conformément aux directions données par la SRSS en permettant la poursuite de l'expérimentation de la m. e. o. de cette stratégie	311 000	14 000	297 000
B1	Appuyer le développement, la mise en œuvre et évaluation des plans de développement dans les 3 ZS appuyées	266 000	14 000	252 000
B2	Assurer la réhabilitation des infrastructures prioritaires pour les ECZ	45 000	0	45 000
R3	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	2155. 000	305 000	1.850 .000
C1	Renforcer la couverture au premier échelon	300 000	0	300 000
C2	Assurer la mise à niveau du plateau technique dans les 4 Unités F. des 3 HGR	550 000	0	550 000
C3	Contribuer au fonctionnement des HGR	1065 000	305 000	760 000
C4	Appuyer la rationalisation et la qualité des soins	240 000		240 000
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 central	249 000	35 000	214.000
D1	Appuyer la réflexion au niveau au niveau opérationnel	169.000	35 000	134. 000
D2	Appuyer la capitalisation au niveau intermédiaire et central	80 000	0	80 000
RUBRIQUES X et Z		847.000	107 000	740. 000
X	Réserve budgétaire	27 000	0	27 000
Z	Moyens généraux	820 000	107 000	713. 000
Z1	1 ATI LT + 1 ARCHI 1/3 temps	504.500	69 500	435 000
	1 ATN phase de pont	30000	30000	0
Z2	staff national	60 000	0	60 000
Z3	frais de fonctionnement AT	67 500	7 500	60 000
Z4	Appui à la CAG inclus le RAF int. (CAG) 1/5 temps	101 000	0	101 000
Z5	Audit (17 500) + Audits médicaments (7 000) + Backstopping (10 000) + Evaluation finale (23000)	57 000	0	57 000

7.3 Chronogramme

Objectifs et résultats		2011		2012				2013			
		Phase de pont		Phase de consolidation							
R 1	l'ECP de la Tshopo assure de façon efficiente la fonction d'encadrement des ZS	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
A 1	APPUYER LA MISE EN PLACE DES STRUCTURES DE LA DPS TSHOPO										
	1. Clarifier les missions des différentes structures et les ressources nécessaires										
	2. Appuyer la mise en place des structures de la DPS de la Tshopo										
	3. Assurer le suivi et l'évaluation de ces plans										
A 2	APPUYER LE DEVELOPPEMENT, LA MISE EN ŒUVRE ET L'EVALUATION DES PLANS DE DEVELOPEMENT DES DIFFERENTES STRUCTURES DE LA TSHOPO										
	1. Appuyer l'élaboration des plans de développement et d'actions										
	2. Appuyer la mise en œuvre de ces plans par rapport aux 4 métiers										
	3. Assurer le suivi et évaluation de ces plans										
R 2	Les ECZ de Makiso.K, Kabondo et Lubunga assurent l'encadrement des Fosa de 1er contact (CS) et de 1er niveau de référence (HGR)										
B 1	APPUYER LE DEVELOPPEMENT, LA MISE EN ŒUVRE ET L'EVALUATION DES PLANS DE DEVELOPEMENT DES DIFFERENTES ZS DE LA TSHOPO										
	1. Assurer l'organisation et le fonctionnement des organes de gestion										
	2. Appuyer la mise à jour des plans de développement ZS et l'opérationnel multi-bailleurs										
	3. Appuyer la mise en œuvre des plans des ZS										

	4. Assurer le suivi et évaluation de ces plans												
	5. Assurer la formation continue pour les membres de l'ECZ suivant le plan de formation												
B 2	ASSURER LA REHABILITATION DES INFRASTRUCTURES PRIORITAIRES												
	Réhabiliter/construire les infrastructures prioritaires et acheter les équipements des ECZ												
R.3	Dans chacune des trois ZS, l'accès aux soins, la qualité des soins et de la gestion de l'HGR ainsi que des CS retenus dans le plan de couverture sont rationalisés. Ces FOSA fonctionnent dans un système intégré conforme aux prescriptions de la SRSS												
C 1	ASSURER LA REHABILITATION DES CS DE DEMONSTRATION												
	1. Assurer le paquet de soins complet du premier échelon dans les CS de démonstration par ZS												
	2. Assurer la continuité des soins (basé sur le PMA) dans les CS appuyés suivant le plan												
	3. Assurer les réhabilitations prioritaires												
C 2	ASSURER LA MISE A NIVEAU DU PLATEAU TECHNIQUE DANS LES 3 UF DES 3 HGR												
	1. Assurer les réhabilitations/extensions prioritaires.												
	2. Assurer les équipements prioritaires conformes au Paquet de Soins Complémentaires / chaque HGR												
	3. M.e.o. l'informatisation du système de gestion des patients (dossier médical)												
C.3	CONTRIBUER AU FONCTIONNEMENT DES HGR												
C 4	APPUYER LA RATIONALISATION ET LA QUALITE DE L'OFFRE												
	1. Appuyer la rationalisation de l'offre des soins et l'organisation du système de référence et contre-référence												

2. Renforcer le système d'assurance qualité des soins au niveau CS et HGR											
3. Améliorer la transparence et l'efficience dans la gestion financière, les MEG et la tarification											
4. Renforcer le dialogue avec les communautés locales											

R 4	L'apprentissage basé sur les évidences/expériences de terrain est assuré en vue de renforcer la politique de santé du MSP										
D 1	APPUYER LA REFLEXION AU NIVEAU OPERATIONNEL										
	1. Observer et renforcer la dynamique de prise de décision et de réflexion documentée au sein des ECZ et ECP ('gestion scientifique')										
	2. Accompagner les groupes de travail technique autour des thématiques prioritaires										
	3. Prévoir un pool d'expertise (ponctuelle & perlée)										
	4. Approfondir le dossier de recherche-action sur la tarification forfaitaire										
	5. Documenter l'expérience référence et de contre-référence dans les 3 ZS										
	6. Documenter l'expérience de Kabondo par rapport au PTME en réseau										
	7. Documenter la participation communautaire de l'aire de santé de St André (Lubunga)										
	8. Compléter le guide des protocoles thérapeutiques pour les hôpitaux										
	9. Traitement des violences sexuelles et des fistules vésico-vaginales										
D 2	APPUYER LA CAPITALISATION AU NIVEAUX INTERMEDIAIRE ET CENTRAL										
	1. Assurer la validation des expériences documentées au niveau de la province										
	2. Contribuer à des ateliers de capitalisation à différents niveaux										

	3. Réaliser des voyages d'études à différents niveaux	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	4. Assurer le suivi par le MSP afin de capitaliser pour les autres provinces	■	■	■	■	■	■	■	■	■

7.4 TdR du personnel

7.4.1 Conseiller technique en Santé Publique en appui à l'ECP de la Tshopo

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 accompagnement des processus de changement, ainsi que 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) de la Tshopo (Kisangani).

7.4.1.2 Lieu de travail et cadre institutionnel

Le candidat travaillera à Kisangani au sein de la Division Provinciale de la Santé (DPS) du Ministère de la Santé (MS), responsable pour la Tshopo. 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 transformatrices ») 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 MIP de la Direction Provinciale de la Santé,

Il appuie l'Equipe Cadre Provinciale responsable de la Tshopo en ce qui concerne les fonctions techniques de l'ECP avec un accent spécial sur la recherche et le leadership accompagnateur.

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

1. Cet accompagnement comporte les tâches telles que : Appuyer la réforme des organes de gestion au sein de la DPS et ZS
2. Appuyer la mise en pratique des recommandations de l'audit organisationnel : assister les organes à mieux comprendre leur rôle
3. 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.
4. 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 en développement organisationnel.
- Une connaissance préalable du contexte congolais et de son système de santé (ou tout au moins de l'Afrique centrale).
- Une expérience en matière de VIH/Santé Reproductive/Violences Sexuelles et/ou l'intégration de ces programmes dans les services de santé de base.

7.4.1.8 Mode de sélection

Recruté par appel d'offre international par la CTB Bruxelles. Le candidat sera sélectionné par la CTB et, avec l'appui de l'ambassade de la RDC en Belgique ; il sera 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 niveau du MSP, au sein 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
- Conseiller le gestionnaire MP dans les aspects techniques des appels d'offre « construction » de la CTB et de la cellule MP du MSP
- 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 ce 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
- Elaborer 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 concerneront 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.

7.5 Description des intervenants santé au niveau national et provincial

7.5.1 Principaux intervenants au niveau central

Coopération belgo-congolaise :

La Coopération belgo-congolaise appuie le MSP au niveau central – DEP + DLM + DPM + THA - et aux niveaux intermédiaire et opérationnel via les projets ASSNiC et ASSNIP 1 à 5 avec un financement de 84 M \$ étalé entre 2006-2013. (Cf. chapitre 1.5 pour les détails). Le Programme d'Appui aux Initiatives de Développement Communautaire (PAIDECO) a été mis sur pied en 2006, pour compléter d'autres initiatives de la Coopération belgo-congolaise dans le domaine du développement communautaire qui ont prouvé la nécessité d'associer dans l'exécution les bénéficiaires des projets d'infrastructure.

Union Européenne (UE)

L'UE à travers son programme humanitaire ECHO - appui aux ZS, lutte contre le sida, sécurité transfusionnelle, eau et assainissement, approvisionnement en médicaments et aide d'urgence - et le Programme Santé du 9ème FED - appui de 74 ZS dans les deux Kasai, le Nord Kivu et l'Oriental, appui institutionnel au niveau central et intermédiaire, approche contractuelle, MEG et stratégies de financement innovatrices - finance également le secteur de la santé. Les PS/9ème FED/2006-2010 - 80 Millions € - et 10ème FED/2011-2014 - 51 M € - bien qu'ils ont recours à des unités de gestion fonctionnant en parallèle des administrations et services nationaux 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.

Banque Mondiale (BM)

La BM, dans le cadre du PMURR, a alloué au secteur de la santé une enveloppe de 49 M \$. Le PARSS 2006-2010 - 150 M \$ - appuie 83 ZS. La BM s'aligne également sur la politique nationale; on constate par contre que les mécanismes centralisés qui régissent leur mise en œuvre se caractérisent par de faibles taux de réalisation.

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 6 ZS et 8 banques de sang à Kinshasa. Actuellement, le projet PAPPDS de 38 M \$ appuie le plan directeur du MSP. Comme pour la BM, on constate du retard et un faible taux de réalisation opérationnelle.

GAVI

- Le GAVI appuie principalement le PEV à travers le Soutien au Service de Vaccination (SSV) -5.5 M \$ pour 2008-2009 - et à travers les nouveaux vaccins - anti amaril (VAA), anti hépatite virale B (HepB) et anti Haemophilus influenza type b (Hib) – pour un montant de 45 M \$ pour 2008-2009.

- L'exécution du fonds GAVI/R8 d'appui au Renforcement du Système de Santé (RSS) - 56 M \$ 2007-2010 – est géré directement par le MSP, mais les bénéficiaires opérationnels au niveau de 65 ZS ciblées sont limités. Le fonds GAVI/R9/RSS concerne 265 ZS dans les provinces non jumelées avec le GF/RSS sélectionnées pour l'an 1 du FBR.

Fonds Mondial de lutte contre le Paludisme, la Tuberculose et le SIDA

Le FM a financé la lutte contre la tuberculose (8 M \$ en 3 ans), VIH/Sida (114 M \$ en 5 ans) et paludisme (54 M \$ en 5 ans). Ces actions ne sont pas alignées sur la logique de la SRSS et souffrent, du fait de procédures et d'exigences des conditionnalités, d'un faible taux de performance au regard des montants alloués soit 653 M \$ depuis 2003.

Organisations des Nations Unies

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

- L'UNICEF intervient 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'élève 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 avec des fonds pour environ 20 M \$ par an dont l'essentiel est consacré à la vaccination et à l'action humanitaire en situation d'urgence.

- 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

Les USA à travers l'USAID, le CDC, l'Eglise du Christ au Congo et MSH fournissent un appui pour le développement de 80 ZS - appui au PMA/PCA - dans le Sud Kivu, les 2 Kasai et le Katanga (30 M \$). Quant à l'appui pour la lutte contre le sida entre 2008-2010, il s'élève à 32.7 M \$.

GIZ

La GIZ appuie au niveau national un programme concernant la Santé Sexuelle et Reproductive, la lutte contre le VIH/SIDA et la sécurité sanguine. 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.

DFID

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.

COOPERATION FRANÇAISE La Coopération française a appuyé la surveillance épidémiologique, la lutte contre la trypanosomiase et le laboratoire.

Organisations Non Gouvernementales

Les ONG, confessionnelles 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. Très peu d'ONG exécutent des programmes sur fonds propres.

7.5.2 Principaux intervenants au niveau provincial

7.5.2.1 Partenaires Techniques & Financiers

Banque Africaine de Développement (BAD)

La BAD appuie 26 ZS dans la Province Orientale dont un certain nombre sont situées dans la Tshopo et en particulier dans la ZS de Lubunga déjà appuyée par la CTB. On constate néanmoins beaucoup de retard dans le PAPPDS d'où un faible taux de réalisation opérationnelle.

Fonds Mondial (GF/RSS/R8 + R9)

Les ZS de la Tshopo font également parties de la liste des 256 ZS GAVI/GF/R9 concernant le Renforcement du Système Sanitaire - gérée par le MSP – dans les provinces non jumellées avec le GF/RSS sélectionnées pour l'an 1 du FBR.

Nations Unies (OMS, UNICEF)

Les Organisations des NU ont des bureaux provinciaux à Kisangani et apportent également un appui décentralisé aux gouvernements provinciaux dans le cadre de la mise en oeuvre de la politique nationale de santé et des plans sanitaires des provinces.

- L'**UNICEF**⁷ travaille de concert avec le MSP et les ONG pour la mise en oeuvre 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 et le Choléra. La flambée actuelle de choléra a commencé en mars 2011 à Kisangani où elle a infecté plus de 1.400 individus et provoqué 74 décès. Le long du fleuve, elle s'est répandue par l'intermédiaire de l'eau, des bateaux et des voyageurs jusqu'à Kinshasa. Entretemps, l'UNICEF a fourni 2.700 litres de solution de lactate Ringer, 20.000 sachets de SRO aux CS des trois provinces sinistrées. Elle a fourni 460.000 co d'Aquatab pour désinfecter l'eau susceptible d'être contaminée. Des points de traitement de l'eau ont aussi été installés le long du fleuve.

- Les équipes provinciales de l'**OMS**⁸ 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 gouvernements provinciaux. Par ailleurs:

- La lutte contre les violences sexuelles s'effectue en partenariat entre **UNFPA**, OMS et

⁷ Cf le site internet de l'UNICEF en RDC www.unicef.org/drcongo/french/activities.html

⁸ Cf. le site internet de l'OMS en RDC www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_cod_fr.pdf

UNICEF. Il existe à Kisangani un centre médical nommé "Centre Prince Alwaleed" construit avec des fonds d'Arabie Saoudite situé à côté de l'HGR de Makiso et qui était appuyé par le FNUAP pour la prise en charge de violences sexuelles, y compris les fistules vésico-vaginales. Cet appui étant arrivé à son terme, ce centre continue à fonctionner vaillamment avec les moyens du bord. Par ailleurs, certains gynécologues du CHU feraient de temps à autres de cures de fistules.

7.5.2.2 Organisations Non Gouvernementales (ONG)

De nombreuses ONG travaillent également dans la région comme Action Damien – sous financement DGD - active dans le domaine de la lutte contre la Lèpre et la Tuberculose, IRC qui sous financement SIDA ou DFID travaille dans les DSR de T. Lindi et de T. Lomami, MSF est actif dans le domaine de la surveillance et de la lutte contre les épidémies (Choléra, Ebola)... Les acteurs confessionnels sont également très actifs vu qu'ils gèrent la majorité des CS et également certains hôpitaux.

Action Damien

L'Action Damien (AD)⁹ obtenue e.a. par des divers financements dont la DGD est active dans plusieurs provinces de la RDC et en particulier depuis 1974 dans celle de l'Oriental. Cette dernière a été subdivisée en trois coordinations de lutte contre la lèpre et la tuberculose dont celle de la Province Orientale Ouest (POO) qui s'occupe de la Ville de Kisangani et des districts de la Tshopo. L'AD travaille en étroite collaboration avec les ECP, les DS et ZS. Les bénéficiaires de ce programme sont les malades lépreux et tuberculeux et, plus largement, les 3 millions d'habitants des 31 ZS couvertes – dont les 3 ZS ASSNIP - dans la province en 2010. A noter qu'à Kisangani, La ZS de Lubunga est particulièrement touchée par ces maladies. Selon son plan d'activités 2011-2013, l'ONG poursuivra ses activités de formation, supervision, fourniture de médicaments et de consommables de laboratoire ainsi que du contrôle de qualité quant à la lecture des résultats au microscope.

Médecins sans Frontière

Entre mai 2010 et mai 2011, MSF¹⁰ a mené des campagnes de vaccination contre la rougeole et est intervenue également en appui à l'épidémie de choléra à Kisangani e.a. dans la ZS de Lubunga. L'épidémie qui sévit à l'Ouest de la RDC depuis mars 2010 a déjà touché 2 787 personnes et provoqué 153 décès dans plusieurs localités situées le long du fleuve Congo. Afin d'enrayer la propagation de la maladie, le pool d'urgence de MSF a ouvert plusieurs centres de traitement du choléra (CTC) dont un à Lubunga. Les premiers cas de choléra sont apparus à Kisangani en mars avant de s'étendre à plusieurs provinces pour atteindre la périphérie de Kinshasa, où les premiers cas ont été recensés le 20 juin. Les équipes de MSF ont déjà soigné près de 2.000 patients. MSF et travaille en étroite coordination avec le MSP. En 2010, les dépenses de l'ONG en RDC se sont élevées à plus de 10 M € sur financements à 100% privés et ce avec une équipe composée de 46 internationaux et 496 nationaux.

⁹ RDC/POO/Action Damien, Coordination contre la Lèpre et la Tbc, plan d'activités 2011 www.actiondamien.be

¹⁰ Informations provenant du site internet de MSF Belgique : www.msf.be

MEMISA

MEMISA¹¹, ONG belge, confessionnelle et spécialisée en SSP est subsidiée à 80 % par la DGD. (i) Avec un budget 2011 de plus de 3 M €, l'ONG soutient 38 ZS dans 6 provinces dont l'Oriental : il s'agit des ZS de Fataki, Lita, Drodoro, Jiba, Tchomia, Pawa et Boma Mangbetu. A noter que certaines des provinces sélectionnées par l'ONG sont également celles du projet ASSNIP 2 ou des collaborations peuvent être envisagées en particulier au cours de cette phase de phasing out. (ii) Par ailleurs, 150 microprojets sont appuyés par MEMISA sur fonds propres comme p.e. le soutien en médicaments au CSR St Joseph de la ZS de la Tshopo. (iii) L'ONG dispose à Kinshasa d'un stock stratégique de matériel d'aide d'urgence qui permet une assistance aux populations éprouvées dans les 48 heures partout au Congo. Via ses partenaires actifs dans les différents CS et hôpitaux, elle peut offrir une aide immédiate et efficace aux victimes dans les régions touchées par la guerre - Est du Congo - ou d'autres catastrophes comme les épidémies, inondations, accident d'avion... Dans l'Ituri (Province de l'Oriental), où d'intenses conflits armés ont sévi, l'ONG travaille, via deux programmes uniques - la réintégration des ex-milices et renforcement de la surveillance épidémiologique - à la reconstruction du service médical.

Organisations confessionnelles

Le système des soins de santé repose principalement sur les organisations religieuses et quelques ONG qui ont poursuivi leurs activités malgré la crise : en effet, plus de 80 % des formations sanitaires reprises dans le plan de couverture des ZS de l'Oriental sont gérées par le secteur confessionnel. A Kisangani, par exemple, il est prédominant au niveau des CS et gère l'HGR de Kabondo

¹¹ Cf. le site internet de MEMISA : www.memisa.be

7.6 Tableaux avec liste indicative des investissements et avec l'inventaire du matériel existant¹²

RESULTAT	LISTE INDICATIVE DES INVESTISSEMENTS	Montant estimatif
N°1 (ECP)	Réfection bureaux de l'ECP/antennes, mobilier et équipement bureautique	155.000
	1 véhicule 4X4 pour l'ECP	40.000
	Sous-total N°1	195000
N°2 (ECZ)	ECZ de Lubunga : construction et équipement salle de réunion, et réhabilitation maison d'habitation du MCZ	45.000
	Sous-total N°2	45.000
N°3 (CS)	Réhabilitation d'au moins 2 CS dans la ZS de Kabondo	70.000
	Réhabilitation d'au moins 2 CS dans la ZS de Makiso	70.000
	Réhabilitation d'au moins 2 CS dans la ZS de Lubunga	70.000
	Equiperment d'au moins 3 CS de démonstration et mise à niveau d'autres CS selon les priorités retenus dans le plan de couverture dans la ZS de Kabondo	30.000
	Equiperment d'au moins 3 CS de démonstration et mise à niveau d'autres CS selon les priorités retenus dans le plan de couverture dans la ZS de Makiso	30.000
	Equiperment d'au moins 3 CS de démonstration et mise à niveau d'autres CS selon les priorités retenus dans le plan de couverture dans la ZS de Lubunga	30.000
	Sous-total N°2 volet CS	300.000
N°3 (HGR)	Réhabilitation/extension bâtiment service d'urgence et soins intensifs Kabondo	60.000
	Réhabilitation/extension bâtiment service d'urgence et soins intensifs Makiso	60.000
	Construction pédiatrie/maternité et réhabilitation service d'urgence Lubunga	120.000
	Système d'incinération déchets médicaux ville Kisangani	25.000
	Equiperment médical/non-médical de l'HGR de Kabondo	60.000
	Equiperment médical/non-médical de l'HGR de Makiso	60.000
	Equiperment médical/non-médical de l'HGR de Lubunga	60.000
	Informatisation du dossier médical dans les 3 HGR	105.000
	Sous-total N°3 volet HGR	550.000

¹² Inventaire du 26 janvier 2011 préparé par : E. BALANGA LILUKO Admin. – Comptable, vérifié par: A. NDEKE, Project Financial Officer et visé par : Dr G. T. T FEDJO, ATI CTB/ASSNIP 2

INVENTAIRE DES INVESTISSEMENTS DANS LA PHASE PRECEDENTE

Nom du marché	Valeur (EURO)	Type (T/F)	Bénéficiaire	Date de réception	Destination finale
I. CONSTRUCTIONS & REHABILITATIONS					
Construction du bâtiment administratif de l'HGR de Kisangani (CSC RDC 649 - Lot 1)	63.195,00 €	Travaux	BCZS Makiso	19/03/2011	BCZS Makiso
Construction de deux maisons à trois chambres et garage (CSC RDC 649 - Lot 2)	79.887,36 €	Travaux	HGR Makiso	19/03/2011	HGR Makiso
Construction de deux maisons jumelées (CSC RDC 649 - Lot 3)	71.178,28 €	Travaux	HGR Makiso	19/03/2011	HGR Makiso
S/Total	214.260,64 €				
II. Véhicules et Motos					
Jeep Land Cruiser 003 IT 300	30.000,00 €	Fourniture	Projet Assnip 2	11/02/2007	A Déterminer par la SMCL
Jeep Land Cruiser chassis long 003 IT 270	26.800,00 €	Fourniture	HGR Kabondo	30/07/2007	HGR Kabondo
Pick Up HILUX 003 IT 403 (CSC RDC 676)	21.784,00 €	Fourniture	BCZS Makiso	16/09/2009	BCZS Makiso
Pick Up HILUX 003 IT 404 (CSC RDC 676)	21.784,00 €	Fourniture	DPS / Kisangani	16/09/2009	DPS / Kisangani
Jeep Land Cruiser chassis long 003 IT 381 (Ambulance)	32.290,00 €	Fourniture	HGR Makiso	4/03/2010	HGR Makiso
Jeep Land Cruiser chassis long 003 IT 382 (Ambulance)	32.290,50 €	Fourniture	HGR Kabondo	25/03/2010	HGR Kabondo
Jeep Land Cruiser chassis long 003 IT 383 (Ambulance)	32.290,50 €	Fourniture	HGR Lubunga	25/03/2010	HGR Lubunga
2 Motos Yamaha DT 125	3.275,00 €	Fourniture	BCZS Kabondo	15/03/2007	BCZS Kabondo
2 Motos Yamaha DT 125	3.275,00 €	Fourniture	BCZS Makiso	15/03/2007	BCZS Makiso
1 Moto Yamaha DT 125	3.275,00 €	Fourniture	BCZS Lubunga	8/09/2008	BCZS Lubunga
1 Moto Yamaha DT 125	3.275,00 €	Fourniture	Projet Assnip 2	8/09/2008	A Déterminer par la SMCL
6 Motos Yamaha DT 125 (CTB/BTC BLX 665)	15.900,00 €	Fourniture	HGR Lubunga	19/03/2010	HGR Lubunga
2 Motos Yamaha DT 125 (CTB/BTC BLX 665)	5.300,00 €	Fourniture	DPS / Kisangani	19/03/2010	DPS / Kisangani
1 Motos Yamaha DT 125 (CTB/BTC BLX 665)	2.650,00 €	Fourniture	CS St André	19/03/2010	CS St André
1 Motos Yamaha DT 125 (CTB/BTC BLX 665)	2.650,00 €	Fourniture	Projet Assnip 2	19/03/2010	A Déterminer par la SMCL
4 Motos Yamaha DT 125 (CTB/BTC BLX 665)	12.120,00 €	Fourniture	BCZS Makiso	24/03/2011	CS à déterminer par ECZ
4 Motos Yamaha DT 125 (CTB/BTC BLX 665)	12.120,00 €	Fourniture	BCZS Lubunga	24/03/2011	CS à déterminer par ECZ
3 Motos Yamaha DT 125 (CTB/BTC BLX 665)	9.090,00 €	Fourniture	BCZS Kabondo	24/03/2011	CS à déterminer par ECZ
2 Moteur Hors bord 15 CV	2.456,25 €	Fourniture	HGR Lubunga	13/01/2010	HGR Lubunga
S/Total	272.625,25 €				
III. MATERIEL ET EQUIPEMENTS MEDICAUX					
KIT OPHTAMOLOSOCPE ET OTOSCOPE (TROIS)	643,89 €	Fourniture	HGR MAKISO	9/09/2009	HGR MAKISO
KIT OPHTAMOLOSOCPE ET OTOSCOPE (QUATRE)	858,52 €	Fourniture	HGR KABONDO	9/09/2009	HGR KABONDO
KIT OPHTAMOLOSOCPE ET OTOSCOPE (TROIS)	643,89 €	Fourniture	HGR LUBUNGA	9/09/2009	HGR LUBUNGA
ELECTROCARDIGRAMME + ACCESSOIRES (UN)	5.368,79 €	Fourniture	HGR KABONDO	23/10/2009	HGR KABONDO
ELECTROCARDIGRAMME + ACCESSOIRES (UN)	5.368,79 €	Fourniture	HGR LUBUNGA	23/10/2009	HGR LUBUNGA
MONITORING FOETAL (UN)	4.438,81 €	Fourniture	HGR MAKISO	10/12/2009	HGR MAKISO
COUVEUSE INCUBATEUR + ACCESSOIRES (DEUX)	7.850,12 €	Fourniture	HGR MAKISO	10/12/2009	HGR MAKISO
MONITORING FOETAL (UN)	4.438,81 €	Fourniture	HGR KABONDO	10/12/2009	HGR KABONDO
COUVEUSE INCUBATEUR + ACCESSOIRES (DEUX)	7.850,12 €	Fourniture	HGR KABONDO	10/12/2009	HGR KABONDO
MONITORING FOETAL (UN)	4.438,81 €	Fourniture	HGR LUBUNGA	10/12/2009	HGR LUBUNGA
COUVEUSE INCUBATEUR + ACCESSOIRES (DEUX)	7.850,12 €	Fourniture	HGR LUBUNGA	10/12/2009	HGR LUBUNGA
TENSIOMETRE A MERCURE (10)	656,95 €	Fourniture	HGR MAKISO	26/01/2010	HGR MAKISO-KIS.
TENSIOMETRE A MERCURE (10)	656,95 €	Fourniture	HGR KABONDO	26/01/2010	HGR KABONDO
TENSIOMETRE A MERCURE (10)	656,95 €	Fourniture	HGR LUBUNGA	26/01/2010	HGR LUBUNGA
ECHOGRAPHE 2D A UNE SONDE AVEC LOGICIEL	18.952,65 €	Fourniture	HGR KABONDO	29/03/2010	HGR KABONDO
PANNEAUX SOLAIRES 12V - 70W (DEUX)	1.322,58 €	Fourniture	ZS LUBUNGA	26/05/2010	CS LOSOKO
BATTERIES ACCUMULATEURS (DEUX)	612,90 €	Fourniture	ZS LUBUNGA	26/05/2010	CS LOSOKO
CONVERTISSEUR 12 V - 220W (UN)	653,23 €	Fourniture	ZS LUBUNGA	26/05/2010	CS LOSOKO
MODULE PHOTOVOLTAIQUE (PANNEAUX SOLAIRES) (SIX)	4.037,43 €	Fourniture	HGR MAKISO	5/07/2010	HGR MAKISO
REGULATEUR DE TENSION	182,08 €	Fourniture	HGR MAKISO	5/07/2010	HGR MAKISO
INVERSEUR DE COURANT 5000W x 5	2.768,41 €	Fourniture	HGR MAKISO	5/07/2010	HGR MAKISO
MODULE PHOTOVOLTAIQUE (PANNEAUX SOLAIRES) (SIX)	4.037,43 €	Fourniture	HGR KABONDO	5/07/2010	HGR KABONDO

REGULATEUR DE TENSION	182,08 €	Fourniture	HGR KABONDO	5/07/2010	HGR KABONDO
INVERSEUR DE COURANT 5000W x 5	2.768,41 €	Fourniture	HGR KABONDO	5/07/2010	HGR KABONDO
MODULE PHOTOVOLTAIQUE (Panneaux solaires) (SIX)	4.037,43 €	Fourniture	HGR LUBUNGA	5/07/2010	HGR LUBUNGA
REGULATEUR DE TENSION	182,08 €	Fourniture	HGR LUBUNGA	5/07/2010	HGR LUBUNGA
INVERSEUR DE COURANT 5000W x 5	2.768,41 €	Fourniture	HGR LUBUNGA	5/07/2010	HGR LUBUNGA
GPS GARMIN OUTDOOR - 64 MB (QUATRE)	1.324,00 €	Fourniture	DPS / Kisangani	9/07/2010	DPS / Kisangani
ASPIRATEUR A PIED (UNE PCE)	424,64 €	Fourniture	HGR MAKISO	15/09/2010	HGR MAKISO
ASPIRATEUR ELECTRIQUE (UNE PCE)	584,50 €	Fourniture	HGR MAKISO	15/09/2010	HGR MAKISO
KIT DE REANIMATION (UN)	176,85 €	Fourniture	HGR MAKISO	15/09/2010	HGR MAKISO
CANULES DE GUEDEL (SIX)	59,95 €	Fourniture	HGR MAKISO	15/09/2010	HGR MAKISO
EXTRACTEUR D'OXYGENE (UN)	4.056,56 €	Fourniture	HGR KABONDO	15/09/2010	HGR KABONDO
HEMOGLOBINOMETRE (TROIS PCES)	179,85 €	Fourniture	HGR KABONDO	15/09/2010	HGR KABONDO
ASPIRATEUR A PIED (UNE PCE)	424,64 €	Fourniture	HGR KABONDO	15/09/2010	HGR KABONDO
ASPIRATEUR ELECTRIQUE (UNE PCE)	584,50 €	Fourniture	HGR KABONDO	15/09/2010	HGR KABONDO
KIT DE REANIMATION (UN)	176,85 €	Fourniture	HGR KABONDO	15/09/2010	HGR KABONDO
CANULES DE GUEDEL (SIX)	59,95 €	Fourniture	HGR KABONDO	15/09/2010	HGR KABONDO
HEMOGLOBINOMETRE (TROIS PCES)	179,85 €	Fourniture	HGR LUBUNGA	15/09/2010	HGR LUBUNGA
ASPIRATEUR A PIED (UNE PCE)	424,64 €	Fourniture	HGR LUBUNGA	15/09/2010	HGR LUBUNGA
ASPIRATEUR ELECTRIQUE (UNE PCE)	584,50 €	Fourniture	HGR LUBUNGA	15/09/2010	HGR LUBUNGA
KIT DE REANIMATION (UN)	176,85 €	Fourniture	HGR LUBUNGA	15/09/2010	HGR LUBUNGA
CANULES DE GUEDEL (SIX)	59,95 €	Fourniture	HGR LUBUNGA	15/09/2010	HGR LUBUNGA
FRIGO 140 litres Marque SUPER GENERAL (UN)	192,27 €	Fourniture	HGR MAKISO	11/10/2010	HGR MAKISO
FRIGO 140 litres Marque SUPER GENERAL (UN)	192,27 €	Fourniture	DPS / Kisangani	11/10/2010	DPS / Kisangani
Matériel médical et chirurgical	3.947,87 €	Fourniture	HGR MAKISO	5/11/2010	HGR MAKISO
Matériel médical et chirurgical	3.947,87 €	Fourniture	HGR KABONDO	5/11/2010	HGR KABONDO
Matériel médical et chirurgical	3.947,87 €	Fourniture	HGR LUBUNGA	5/11/2010	HGR LUBUNGA
Matériel médical (BC 0142/2010)	4.792,00 €	Fourniture	HGR MAKISO	21/12/2010	HGR MAKISO
Matériel médical (BC 0142/2010)	4.792,00 €	Fourniture	HGR KABONDO	21/12/2010	HGR KABONDO
Matériel médical (BC 0142/2010)	4.792,00 €	Fourniture	HGR LUBUNGA	21/12/2010	HGR LUBUNGA
Matériel chirurgical (BC 0149/2010)	4.165,00 €	Fourniture	HGR MAKISO	19/01/2011	HGR MAKISO
Matériel chirurgical (BC 0149/2010)	4.165,00 €	Fourniture	HGR KABONDO	19/01/2011	HGR KABONDO
Matériel chirurgical (BC 0149/2010)	4.165,00 €	Fourniture	HGR LUBUNGA	19/01/2011	HGR LUBUNGA
GPS MAP 62 GARMIN	1.475,00 €	Fourniture	ZS MAKISO	19/01/2011	ZS MAKISO
GPS MAP 62 GARMIN	1.475,00 €	Fourniture	ZS MAKISO	19/01/2011	ZS MAKISO
GPS MAP 62 GARMIN	1.475,00 €	Fourniture	ZS MAKISO	19/01/2011	ZS MAKISO
Equipements médico techniques (CSC 769)	112.303,50 €	Fourniture	HGR Boma	6/12/2010	HGR Boma
S/Total					259.532,37 €
IV. AUTRES EQUIPEMENTS					
PHOTOCOPIEUSE CANON IR 1020	731,31 €	Fourniture	DPS / Kisangani	29/09/2010	DPS / Kisangani
PHOTOCOPIEUSE CANON IR 1020	731,31 €	Fourniture	HGR MAKISO	29/09/2010	HGR MAKISO
PHOTOCOPIEUSE CANON IR 1020	731,31 €	Fourniture	HGR KABONDO	29/09/2010	HGR KABONDO
PHOTOCOPIEUSE CANON IR 1020	731,31 €	Fourniture	HGR LUBUNGA	29/09/2010	HGR LUBUNGA
RISOGRAPHE EZO 370	6.500,00 €	Fourniture	Projet Assnip 2	19/12/2008	Projet Assnip 2
S/Total					9.425,24 €
TOTAL GENERAL					755.843,50 €