

DOSSIER TECHNIQUE ET FINANCIER

APPUI AU SYSTÈME DE SANTÉ AUX NIVEAUX INTERMÉDIAIRE ET PÉRIPHÉRIQUE

**VOLET 4 : PROVINCE DE L'ÉQUATEUR, FUTURE PROVINCE DU SUD-
UBANGI**

VOLET 5 : PROVINCE DU BANDUNDU, FUTURE PROVINCE DU KWILU

RD CONGO

**CODE DGCD : NN 3004507
CODE NAVISION : RDC 07 101 11**

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES.....	2
ABRÉVIATIONS	4
RÉSUMÉ	7
FICHE ANALYTIQUE DE L'INTERVENTION	10
1. ANALYSE DE LA SITUATION	11
1.1 Brève présentation de la RDC	11
1.2 Brève présentation de la Future province du Sud-Ubangi, Province de l'Equateur	11
1.3 Brève présentation de la Future province du Kwilu, Province du Bandundu.....	12
1.4 Le contexte politique et économique.....	13
1.5 Contexte du secteur de la santé	15
2. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES.....	26
2.1 Le projet ASSNIP – Volets 4 et 5, appui à la mise en œuvre de la SRSS en complément aux projets ASSNIP 1, 2 et 3	26
2.2 Éléments du contenu du projet	28
2.3 Éléments de la structure du projet	35
2.4 Particularités des modalités d'exécution.....	43
2.5 Recommandations fait dans le rapport annuel 2008 ASSNIP volet 2.....	45
3. PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE	46
3.1 La cohérence et les complémentarités entre les différents volets du programme d'Appui au Système de Santé aux Niveaux Intermédiaire et Périphérique.....	46
3.2 Objectif général.....	47
3.3 Objectif spécifique.....	47
3.4 Résultats attendus, ASSNIP – Volet 4, future province du Sud-Ubangi.....	47
3.5 Résultats attendus, ASSNIP – Volet 5, future province du Kwilu.....	55
3.6 Activités à mettre en œuvre.....	56
3.7 Indicateurs et sources de vérification.....	57
3.8 Acteurs intervenant dans la mise en œuvre	59
4. RESSOURCES.....	61
4.1 Ressources humaines.....	61
4.2 Ressources matérielles.....	62
4.3 Ressources financières	64
5. MODALITÉS D'EXÉCUTION	66
5.1 Cadre légal et responsabilités administratives.....	66
5.2 Responsabilités administratives et techniques	66
5.3 Structures d'exécution et de suivi.....	66
5.4 Modalités financières de mise en œuvre de la contribution des parties.....	70
5.5 Gestion de la contribution belge	72
5.6 Gestion en « régie ».....	72

5.7	Rapportage administratif, comptable et financier	73
5.8	Rapportages opérationnels	74
5.9	Mécanismes d'appropriation des adaptations au DTF.....	75
5.10	Monitoring, évaluation et audit.....	76
5.11	Clôture de la prestation.....	78
6.	THÈMES TRANSVERSAUX.....	79
6.1	L'environnement.....	79
6.2	L'économie sociale	79
6.3	Le genre.....	79
6.4	Les droits de l'enfant.....	80
6.5	Le VIH/SIDA.....	80
7.	ANNEXES.....	81
7.1	Cadre logique.....	81
7.2	Chronogramme	86
7.3	Termes de référence, personnel à long terme.....	89
7.4	Termes de référence, missions au début du projet.....	91

ABRÉVIATIONS

ACORD :	Agence pour la Coopération et la Recherche au Développement
ASSNIP :	Programme d'Appui au Système de Santé aux Niveaux Intermédiaire et Périphérique
ASSNIC :	Programme d'Appui au Système de Santé aux Niveaux Central
AT :	Assistance Technique ou Assistant Technique
ATC :	Assistant Technique Coordinateur (International)
ATRV :	Assistant Technique Responsable de Volet (International)
BCZ :	Bureau Central de la Zone de Santé
BD :	Bureau de District
BDOM :	Bureau Diocésain des Œuvres Médicales
BDD :	Bureau Diocésain de Développement
BM :	Banque Mondiale
BP :	Bureau Provincial
CAP :	Cadre d'Assistance au Pays
CCM/RDC :	Comité National de Coordination de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme en République Démocratique du Congo
CDR :	Centrale de Distribution Régionale de Médicaments (Essentiels Génériques)
CDS :	Centre de Développement Sanitaire
CIAT :	Comité International d'Accompagnement de la Transition
CODESA :	Comité de Développement pour la Santé
COSA :	Comité de Santé
CS :	Centre de Santé
CSI :	Centre de Santé Intégré ¹
CT :	Conseiller technique
CTB :	Coopération Technique Belge
DEP :	Direction d'Études et Planification du Ministère de la Santé
DGCD :	Direction Générale de la Coopération au Développement
DS :	District de Santé
DsCRP :	Document stratégique de la Croissance de la Réduction de la Pauvreté
DLM :	Direction de la Lutte contre la Maladie
DSRP :	Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté
DTF :	Dossier Technique et Financier
ECD :	Équipe Cadre de District
ECZ :	Équipe Cadre de Zone de Santé
FED :	Fonds Européen de Développement
FM :	Fonds Mondial
FEDECAME :	Fédération des Centrales d'Approvisionnement en Médicaments
GARSS :	Groupe d'Appui au Renforcement du Système de Santé
GAVI :	Global Alliance for Vaccines and Immunization
GIBS :	Groupe Inter-bailleur Santé
HGR :	Hôpital Général de Référence

¹ Le concept de « Centre de Santé Intégré » a été utilisé dans certains documents (notamment les dossiers de formulation des projets ASSNIP, volets 1 & 2) pour désigner une formation de premier échelon rationalisée et qui offre l'intégralité du PMA, y inclus la supervision régulière par le médecin formé à la tâche.

Ceci répond à la définition du « centre de santé » (CS) selon le document « Normes de la Zone de santé », annexe de la SRSS. Ce vocable continue malheureusement d'être utilisé pour désigner des formations qui ne répondent pas du tout à ces critères. Nous avons donc maintenu ici l'usage du vocable CSI, conscient de la déviation qu'il constitue par rapport à la terminologie officielle.

IDH :	Indice de Développement Humain
IMD :	Inspection Médicale de District
IMP :	Inspection Médicale de Province
INERA :	Institut de l'Environnement et de Recherches Agricoles
IPS :	Inspection Provinciale de la Santé
ISTM :	Institut Supérieur Technique Médical
ITM :	Institut Technique Médical
LMS :	Leuven Medical Support
MAF :	Manager Administratif et Financier (terminologie CTB)
MAP :	Multi country AIDS Programme
MED :	Médecin Epidémiologiste de District
MEP :	Médecin Epidémiologiste Provincial
MICS :	Multi Indicator Cluster Survey
MID :	Médecin Inspecteur de District
MIP :	Médecin Inspecteur Provincial
MS :	Ministre de la Santé
MSP :	Ministère de la Santé Publique
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
PAIDECO :	Programmes d'Appui aux Initiatives de Développement Communautaire
PAP :	Plan d'Action Prioritaire
PARSS :	Projet d'Appui à la Réhabilitation du Secteur Santé (Projet de Marchés pour Tiers)
PATS :	Programme d'Appui Transitoire au Secteur de la Santé
PCA :	Paquet Complémentaire d'Activités
PCIME :	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PDDS :	Plan Directeur de Développement Sanitaire
PEV :	Programme Elargi de Vaccination
PFMT :	Portfolio Management Team
PIB :	Produit Intérieur Brut
PMA :	Paquet Minimum d'Activités
PNLO :	Programme National de Lutte contre l'Onchocercose
PNLS :	Programme National de Lutte contre le Sida
PNSR :	Programme National de la Santé de la Reproduction
PNLT :	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNLTHA :	Programme National de lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine
PNUD :	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPTE :	Pays Pauvres Très Endettés
PS :	Poste de Santé
PSN :	Politique Sanitaire Nationale
PTF :	Partenaires techniques et financiers
RA :	Recherche Action
RDC :	République Démocratique du Congo
RH(S) :	Ressources Humaines (pour la Santé)
SG :	Secrétaire Général à la Santé
SIDA :	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SLCD :	Service Laïc de Coopération au Développement
SMCL :	Structure Mixte de Concertation Locale
SNIS :	Système National d'Information Sanitaire
SRSS :	Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SSP :	Soins de Santé Primaires
UE :	Union Européenne

UNFPA :	Fonds des Nations Unies pour les Populations
UNICEF:	United Nations Children's Fund
USAID :	United States Agency for International Development
USD :	Dollar américain
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VLIR :	Vlaamse Interuniversitaire Raad
ZS :	Zone de Santé

RÉSUMÉ

La République Démocratique du Congo s'est engagée dans une démarche capitale en élaborant en 2005 et en adoptant au début de 2006 une « Stratégie de Renforcement du Système de Santé » fondée sur une identification objective des dysfonctionnements qui caractérisent le système et qui expliquent la dégradation continue depuis des décennies des services de santé offerts à sa population.

Ceci s'inscrit dans un contexte politique et économique encourageant. La situation politique montre des signes de stabilisation après la fin de la « transition » et le déroulement d'élections législatives, présidentielles et provinciales. Les activités économiques ne peuvent que bénéficier de ce climat ; des signes de reprises sont d'ailleurs perceptibles. Il faut espérer que la situation sécuritaire, elle aussi, se normalisera vite

Active dans l'appui au secteur de la santé de façon historique, la Belgique doit soutenir le RDC dans les efforts ainsi entrepris, d'autant qu'ils s'inscrivent parfaitement dans la politique et la stratégie qu'elle poursuit dans ses actions de coopération dans ce secteur. L'organisation projetée s'inspire en effet de la structure pyramidale construite autour de la Zone de Santé, concept à la base duquel on retrouve incontestablement des institutions belges et que la Coopération belgo-congolaise n'a jamais cessé de soutenir.

La Coopération Belgo-congolaise non seulement a un important portefeuille santé, elle est parmi les seuls partenaires au développement dans le secteur santé à donner un appui important sous forme d'appui technique et renforcement des capacités. Citons, sans être exhaustif :

- L'appui institutionnel au niveau central apporté depuis plusieurs années au Ministère de la Santé Publique par une assistance technique permanente (auprès de la Direction des Etudes et de la Planification) qui a très activement participé à l'élaboration de la stratégie actuelle ; A ce projet s'ajoutera bientôt un projet d'appui à la 4^{ème} direction du MSP. Cette direction regroupe et coordonne tous les programmes verticaux santé dans le pays.
- A la suite de projets de terrain visant essentiellement à réhabiliter des outils (infrastructures et équipements) et à les assister dans leur fonctionnement à Kisangani et dans le Bas Congo (Boma et Lukula) y ont été initiés les premiers volets d'un vaste programme d'Appui au Système de Santé aux Niveaux Intermédiaire et Périphérique ; Un troisième volet a démarré en 2007 dans la Lukaya, Bas Congo.
- Un appui substantiel aux centrales d'achat de médicaments, thème transversal pour tout système de santé, complète la stratégie global de la coopération belgo-congolaise qui vise renforcer le système de santé dans sa globalité.

Ces terrains offrent donc l'opportunité d'organiser la mise en œuvre structurée et consistante de la nouvelle stratégie dans un esprit de recherche. Elle reste en effet à tester. Elle nécessitera encore bien des mises au point et des affinements. C'est l'objet du programme ASSNIP, qui constitue le complément indispensable à l'appui à la DEP (Appui au Système de Santé au Niveau Central).

Nous pouvons donc parler de programme² de la Coopération belgo-congolaise en RDC. Ce programme sera complètement conforme lorsque les projets actuels d'appui à des aspects verticaux

² Nous désignons ici par programme :

« An approach which leads a series of separate projects into one programme with common overall objectives or into one programme cutting across themes or geographic areas, using a multi-disciplinary approach, involving more

(lutte contre le SIDA, TB, Trypanosomiase...) seront tout à fait cohérents avec un appui institutionnel au niveau central, garantie de la durabilité des actions entreprises.

Envisagé sur le long terme (10 à 15 ans) le programme ASSNIP sera complété par deux volets initiaux de 3 ans :

- Dans la Province de l'équateur, future province du Sud-Ubangi, zone de santé à déterminer;
- Dans la Province du Bandundu, future province du Kwilu, zone de santé à déterminer.

Il s'exercera en relation suivie avec la Direction des Etudes et de la Planification (DEP) avec laquelle des échanges mutuellement enrichissants seront accrus. Des relations de synergie seront aussi initiées et maintenues avec le Ministère de la Fonction Publique, engagé dans une ambitieuse réforme également soutenue par la Belgique.

Il est intéressant de constater la diversité des situations couvertes par ces cinq sites d'intervention ASSNIP : rural/urbain, public/privé, présence différenciée des bailleurs...

La contribution de la Belgique s'élèvera à 10 millions € pour cette phase de 3 ans.

Outre l'engagement d'assistants techniques sur le terrain, elle comportera aussi un suivi permanent par des institutions académiques belges et, autant que possible, congolaises. Il se veut essentiellement être de l'appui institutionnel à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en introduisant des changements significatifs dans les structures et leur fonctionnement. Il faut insister fortement sur une condition essentielle de pérennité de ce type d'intervention : il faut que le gouvernement congolais prenne en charge ses obligations financières dans les institutions soutenues par le programme dans un avenir proche et selon un rythme visible.

Les grands axes du programme peuvent être résumés comme suit, ayant comme principes généraux la progressivité et le long terme :

Le projet commencera par la mise en place des équipes provinciales et de zone qui seront les acteurs de terrain auxquels l'assistance technique variée de la DEP, du suivi externe et Conseillers Techniques Responsables de Volets (ATRV) viendront apporter un appui immédiat et dense.

C'est à partir des réalités de terrain, étudiées et transformées de façon systématique et scientifique, que toute la pyramide sanitaire aura les données nécessaires pour se réformer. Et, grâce à ces données, pourra elle-même prendre les décisions adéquates pour les changements voulus. Ces changements affecteront nécessairement, et demanderont la contribution non seulement du secteur de la santé mais d'autres secteurs et départements importants : citons le Ministère de la Fonction Publique, du Budget et de l'Enseignement Supérieur pour n'en citer que quelques-uns.

Un enjeu spécifique aux deux volets formulés ici est d'une importance primordiale pour la RDC : il s'agit de l'élaboration de modalités - voire, de modèles – de partenariat public/privé grâce à la présence forte d'opérateurs privés à but non-lucratif³ sur les deux sites d'intervention visés.

institutions, which may be supported by several different funding sources »
<http://www.devco.government.bg/LANGen/public/portal/glossary.php?seek=programme>

³ privé = initiatives privées type ONG à caractère non-marchand

Plus que pour les autres ASSNIP, un accent particulier est mis également sur l'encadrement et le renforcement des capacités au niveau provincial. Ainsi, progressivement, on verra également les équipes provinciales prendre une structure et des fonctions plus en ligne avec leur rôle d'appui aux zones de santé.

C'est à partir des mises au point (de prototypes de centres de santé, d'hôpitaux de référence, de systèmes de récolte de données...), effectuées au niveau de certaines structures entamées en premier, que la généralisation à l'ensemble va se poursuivre. Ce sont principalement les aspects de réforme de la fonction publique et l'amélioration des budgets de l'état qui vont conditionner la vitesse de généralisation du système.

Finalement, il sera également possible de redessiner un organigramme beaucoup plus fin du niveau central (après la réalisation des mesures qui pourraient y être prises dans l'immédiat).

Par son travail au niveau intermédiaire, et au niveau des opérations, le programme entraînera les différents intervenants à se coordonner autour des plans provinciaux : ceci constituera une base solide de coordination des divers bailleurs et leur alignement réel autour de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé.

Le développement du système de zone montrera également aux différents programmes comment s'intégrer au niveau opérationnel et reprendre de ce fait le rôle normatif qui doit être le leur.

FICHE ANALYTIQUE DE L'INTERVENTION

DGD Numéro d'Intervention	3004507
Code navision CTB	RDC 07 101 11
Partenaire local	Ministère de la Santé Publique
Durée convention spécifique	48 mois
Date estimative démarrage	
Contribution partenaire	
Contribution belge (Euros)	10 000 000
Secteur d'intervention	Santé – Soins et services de santé – 12220
Objectif général	L'état de santé de la population est amélioré dans les territoires d'intervention du programme : la future province du Sud-Ubangi, Province de l'Equateur et la future province du Kwilu, Province du Bandundu
Objectif spécifique	Les soins de santé offerts aux populations de zones sélectionnées sont progressivement améliorés en qualité (soins globaux, continus, intégrés, efficaces, efficaces, accessibles) par des processus d'amélioration progressive qui forment un modèle largement reproductible dans la République Démocratique du Congo
Volet 4, Sud-Ubangi	
Résultat V4/R1	L'Equipe Cadre Provinciale est opérationnelle
Résultat V4/R2	Des Equipes Cadres de Zones sont opérationnelles
Résultat V4/R3	Les structures opérationnelles sont progressivement renforcées
Résultat V4/R4	Le niveau central est alimenté en informations pertinentes pour la planification du secteur à partir de recherches effectuées par le volet 4
Résultat V4/R5	L'approvisionnement des ZS du District en médicaments est amélioré
Volet 5, Kwilu	Résultats analogues à ceux du volet 4

1. ANALYSE DE LA SITUATION

1.1 BRÈVE PRÉSENTATION DE LA RDC

Avec une superficie de 2.345.000 km², la République Démocratique du Congo est le troisième pays de l'Afrique subsaharienne par son étendue après l'Algérie et le Soudan. Sa population est estimée par le Economist Intelligence Unit en 2008 à 64.71 millions d'habitants, soit une densité de 27 habitants au km². Cette population (dont la majorité vit en milieu rural ~80 %) est jeune, avec plus de 50 % de personnes âgées de moins de 20 ans⁴.

Le pays est actuellement divisé en 11 provinces subdivisées à leur tour en 45 districts et villes et 225 territoires et communes. La nouvelle constitution prévoit une réorganisation spatiale en 26 provinces. Elle permettra la mise en place d'un état unitaire fortement décentralisé.

Cette réorganisation de l'état est une donnée importante du projet formulé ici, puisqu'il se développera dans deux districts appelés, l'un et l'autre, à être promus au rang de provinces à moyen terme.

1.2 BRÈVE PRÉSENTATION DE LA FUTURE PROVINCE DU SUD-UBANGI, PROVINCE DE L'EQUATEUR

La province de l'Equateur a une superficie de 404.694 km², ce qui est en fait actuellement la 3^{ème} province du pays en superficie, après la Province Orientale et le Katanga. Elle représente 17,4 % de la superficie totale du pays. Sur le plan de la population, la province de l'Equateur comptait en 2004 approximativement 6.235.000 habitants⁵, soit 10,4 % de la population nationale.

La future province du Sud-Ubangi (chef-lieu, Gemena) est l'un des trois districts du Nord-Equateur - avec les Districts de la Mongala (chef-lieu Lisala) et du Nord-Ubangi (chef-lieu Mobayi-Mbongo/Gbadolite). Ces trois districts ont des superficies respectives de 53.000 km², 50.000 km² et 50.000 km², avec une population totale d'environ 5 millions d'habitants ou 80 % de la population de la province.

A lui seul le Sud-Ubangi avec 1.983.101 hab. représente environ 30 % de la population de la province⁶ avec une densité approximative de 37 habitants au km² (moyenne nationale d'environ 25 hab./km², et de l'équateur de 15 hab./km²). D'après la nouvelle constitution, les trois districts du Nord-équateur ont chacun vocation à devenir d'ici quelques années une province autonome.

La future province du Sud-Ubangi est composée actuellement du district du même nom et d'un district urbain (Zongo). Pour le reste elle est divisée en 4 territoires administratifs. Au courant de 2009, il est prévu d'organiser des élections locales dans ces 4 territoires.

Une remarque sur la pertinence de la création de provinces nouvelles en Equateur

Les parties nord et sud de la Province de l'Equateur sont séparées par de vastes zones marécageuses qui isolent radicalement le nord. Les seules liaisons avec le chef lieu Mbandaka ou la

⁴ Etat des lieux du secteur de la santé, 1998

⁵ Ministère du Plan, Institut National de la Statistique, 2004

⁶ District médical du Sud-Ubangi, population actualisée 2007

capitale Kinshasa se font par les airs ou par le fleuve; aujourd'hui il peut s'avérer plus aisé de s'approvisionner à Bangui, capitale de Centrafrique, qu'à Mbandaka.

Dans ces conditions, les fonctions de chef lieu de province, celles de l'inspection médicale, par exemple, s'exercent difficilement. Le redécoupage constituera donc une amélioration notable.



Carte 1. Carte schématique du district sanitaire du Sud-Ubangi.

La future province du Sud-Ubangi est le plus endémique du Nord-équateur quant à la Trypanosomiase humaine africaine. L'appui à toutes ses ZS pourra faciliter la transformation graduelle en cours de la lutte verticale en lutte horizontale en intégrant les activités dans les structures des ZS, maintenant que la phase épidémique de la maladie est vaincue. (Rapport d'identification)

1.3 BRÈVE PRÉSENTATION DE LA FUTURE PROVINCE DU KWILU, PROVINCE DU BANDUNDU

La province du Bandundu a une superficie de 295.658 km², soit 13 % de la superficie de la RDC, ce qui la place en 4^{ème} position en terme de taille de province.

Elle comporte actuellement 6 districts sanitaires, le district urbain de Kikwit, le district du Kwilu, le district du Kwango, le district du Mai Ndombe, le district du Plateau et celui urbano urbain de Bandundu. La province compte 7.023.258 habitants, près de 10 % de la population congolaise. Sa densité de population en moyenne est de 23 habitants/ km². Sa densité correspond à la densité moyenne du pays.

La province du Bandundu sera bientôt découpée en trois provinces tel qu'énoncé par la nouvelle Constitution : la province du Kwango, celle du Kwilu, et celle du Mai-Ndombe.

Le découpage vise une administration de proximité. Ce nouveau découpage a l'avantage de centrer une administration sur des communautés assez homogènes. La Province Kwilu regroupera par exemple les Bambunda, les Bambala, les Bayansi et les Pende, ethniquement et culturellement très proches.

La future province du Kwilu regroupera trois districts sanitaires, celui du Kwilu, celui de Kikwit et celui de Bandundu. Le premier compte 21 zones de santé alors que le district urbain de Kikwit compte 2 zones de santé urbaines et celui de Bandundu, une seule zone de santé urbano-rurale. Ces trois districts ont une superficie respective de 83.495 Km², 152 Km² et 3000 km². Leurs populations s'élèvent respectivement à 3.149.405, 362.022 et 107.018 habitants. La densité de population pour chacun de ces districts sanitaires est de 38, 2.382 et 36 hab./km².

La future province du Kwilu représente 29 % de l'actuelle province du Bandundu et est divisée en 5 territoires administratifs. Elle comportera 24 zones de santé. Memisa en appuie 11 d'entre elles, 23 HGR et 18 hôpitaux secondaires.

1.4 LE CONTEXTE POLITIQUE ET ÉCONOMIQUE

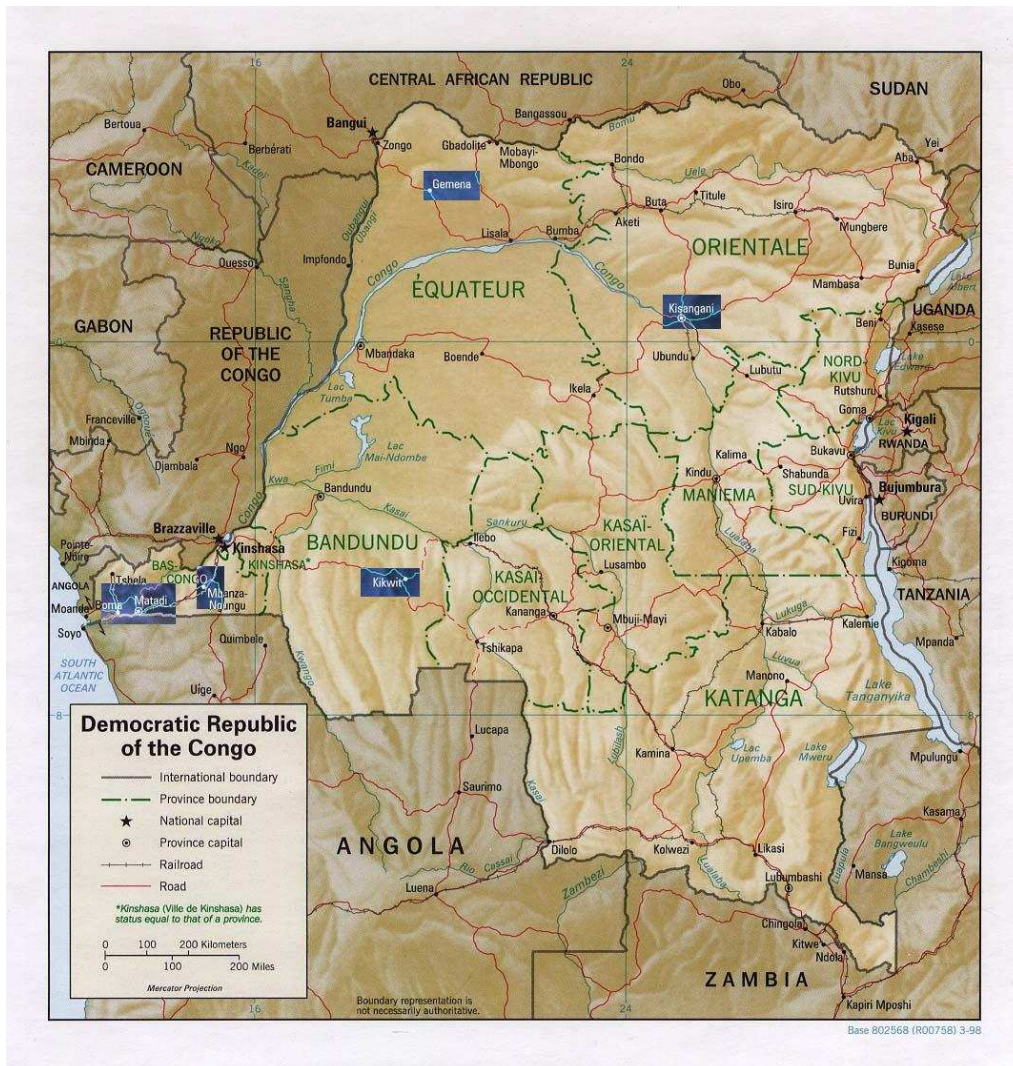
1.4.1 Le contexte politique

L'organisation des élections législatives et présidentielles en 2006 a mis fin à une longue période de « transition ». Le premier gouvernement de la troisième république a été investi en février 2007 ; il a été remanié en octobre 2008. Rien n'indique que ce remaniement entraînera de modifications substantielles dans la politique de santé de la République Démocratique du Congo.

Le programme du nouveau gouvernement est sous tendu par cinq axes majeurs :

- La résorption des poches résiduelles d'insécurité à l'Est du pays et le rétablissement de l'autorité de l'état sur l'ensemble du territoire national ;
- L'accélération de grands travaux de cinq chantiers de la République ;
- L'amélioration des conditions salariales et de vie de la population ;
- Les réformes dans plusieurs domaines vitaux ;
- La poursuite du programme économique convenu avec les partenaires au développement.

Les principaux défis immédiats du gouvernement sont la création et le fonctionnement effectif des institutions d'appui à la démocratie, la prise en charge par le budget de l'Etat des charges résultant de l'unification du pays, le désarmement, la démobilisation et la réintégration des groupes armés, le renforcement des capacités de l'administration publique congolaise, la révision du système judiciaire et le règlement des tensions et conflits locaux dans l'Ituri et les deux Kivu, lesquels ont connu une recrudescence spectaculaire à l'automne 2008.



Carte 2. La localisation des projets ASSNIP en RDC

1.4.2 Contexte économique

La crise que connaît le pays depuis les années 70, l'échec des programmes de stabilisation et d'ajustement structurel des années 80, les deux pillages des années 90, les guerres de 1996 et de 1998 et les multiples conflits armés ultérieurs ont plongé le pays dans une grave crise économique et sociale qui explique l'état de pauvreté avancée de sa population. Il est à mentionner que près de 80 % de la population congolaise vit en milieu rural avec comme activités principales : l'agriculture, la pêche, la chasse, l'élevage et la cueillette. Cette population rurale vit dans une situation précaire et une pauvreté absolue malgré les potentialités immenses qu'offre le secteur agricole.

Le contexte économique est caractérisé par le tarissement des ressources publiques, le reflux de la coopération financière internationale, la chute des investissements et des exportations, l'accumulation des déficits internes et externes, ainsi que la persistance de l'endettement extérieur dont le niveau au 31 décembre 2005 (après allègement de la dette) est évalué à 10 822 milliards USD. En 2005, les paiements effectués au titre du service de la dette se sont chiffrés à 154,1 millions USD. Ils seront de 251,6 millions USD en 2006. (DSCRDP DRC 2006)

Le budget 2009 estime un accroissement des revenus de 64% par rapport au budget 2008, malgré la baisse des tarifs du métal et de l'huile. Les chiffres récents se trouvent dans le tableau 1 ci-dessous.

Table 1 : Indicateurs annuels économiques⁷^a estimation à mi-année du FMI. ^b Actuel. ^c IMF estimation du FMI. ^d Estimation Economist Intelligence Unit.

	2004 ^b	2005 ^c	2006 ^d	2007 ^d	2008 ^d
Croissance PIB réel (%)	6.6	6.5	6.4	7.0	5.9
Population (m) ^a	56.92	58.74	60.64	62.64	64.71
Dettes extérieures totales (US\$ m)	11,434	10,600 ^b	11,201 ^b	11,760	12,200

L'économie a réagi favorablement aux avancées politiques et sécuritaires. En effet, l'environnement macroéconomique marqué par une stabilité des prix intérieurs et du taux de change ainsi que le maintien de la croissance économique amorcée depuis 2003. En effet, grâce au PIR, au PEG ainsi qu'aux réformes économiques et structurelles qui les ont accompagnés, l'inflation qui avait atteint 511 % en 2000, a chuté successivement à 135,1 % en 2001, 16,0 % en 2002, 4,4 % en 2003 et à 9,2 % en 2004. Celui-ci s'établirait à 22,6 % en 2005. La monnaie nationale ne s'est dépréciée que de 10,7 % entre 2001 et 2004. Après une baisse réelle ininterrompue du PIB de 5,5 % en moyenne par an entre 1991 et 2000, le taux de croissance est devenu positif, passant de -2,1% en 2001 à 3,5 % en 2002, 5,7 % en 2003, 6,8 % en 2004 et 6,6% en 2005. Le déficit du compte courant, avant allègement de la dette, a représenté 3,4 % du PIB en 2005. Mais, grâce à la réduction du service de la dette obtenue auprès de nos créanciers bilatéraux (Club de Paris) et multilatéraux dans le cadre de l'Initiative PPTE Renforcée, le déficit s'est situé à 2,0 % du PIB en 2004, faisant passer les réserves extérieures brutes (hors aide) de 4,7 à 6,2 semaines d'importations de biens et services entre 2001 et 2004. Les résultats dans le domaine des finances publiques ont également été encourageants. En effet, les recettes sont passées de 6,2 % du PIB en 2001 à 11,0 % en 2005. Sur la même période, les dépenses ont augmenté de 7,9 % à 16,6 % du PIB, impliquant un déficit global sur base caisse de 0,7 % du PIB en 2005. (DSCR DRC 2006)

Bien que ces résultats soient spectaculaires, ils demeurent à la fois insuffisants et précaires, au regard des besoins de lutte contre la pauvreté et en raison des rigidités qui caractérisent encore l'économie congolaise. Il va sans dire qu'il sera absolument difficile, sinon impossible, d'atteindre les OMD en 2015 dont la réalisation impose des taux de croissance à deux chiffres pendant les dix prochaines années, la mise en œuvre des budgets pro pauvres ainsi que la poursuite des réformes économiques et structurelles.

1.5 CONTEXTE DU SECTEUR DE LA SANTÉ

1.5.1 La Politique Nationale de Santé

La politique de santé promulguée en 2001 a pour but de promouvoir l'état de Santé de toute la population, en fournissant des soins de Santé Primaires de qualité, globaux, intégrés et continus avec la participation communautaire, dans le contexte global de la lutte contre la pauvreté.

La stratégie des SSP et le développement de services polyvalents de proximité (Zone de Santé) sont clairement spécifiés dans la politique.

Cette politique s'articule autour des 6 axes stratégiques suivant :

⁷ Country Report DRC, Economist Intelligence Unit. March 2009.

1. Restructuration du système de Santé selon les orientations politiques, législatives et administratives ainsi que la mise à jour des normes de prestations des services ;
2. Accroissement de la disponibilité des ressources par l'application d'un processus gestionnaire adéquat;
3. Instauration d'un système de lutte intégrée contre les maladies et de promotion de la Santé des groupes spécifiques;
4. Renforcement des Programmes d'Appui aux Activités de Santé;
5. Coordination, promotion de la collaboration intra et intersectorielle et Partenariat pour la Santé;
6. Promotion d'un environnement propice à la Santé.

Outre la politique nationale de santé, le pays dispose d'un plan directeur de développement sanitaire (PDDS) pour la période 2000-2009 dont le coût s'élève à 3,57 milliards de dollars US. Un PDDS 2010-2019 est en cours d'établissement.

1.5.2 L'organisation actuelle du système de santé

1.5.2.1 Au niveau central

Le Cabinet du Ministre de la Santé Publique, le Secrétariat Général, 13 Directions Centrales et 52 programmes verticaux spécialisés. Il a essentiellement un rôle normatif et stratégique.

1.5.2.2 Au niveau intermédiaire

Les **Inspections Provinciales de Santé (IPS)** sont dirigées par un Médecin Inspecteur Provincial (MIP) et sont actuellement au nombre de **11**. Elles sont calquées sur les directions du niveau national. Chaque Province est dotée d'un laboratoire et d'un hôpital provincial qui sont placés sous l'autorité du Médecin Inspecteur Provincial.

Le niveau intermédiaire a un rôle technique d'appui aux Zones de Santé (ZS) et **61 Inspections Médicales de District (IMD)** partagent ce rôle avec les IPS et agissent par délégation pour un suivi de proximité. Ces IDS sont dirigées par un Médecin Chef de District (MCD) dénommé aussi Médecin Inspecteur de District (MID). Il est tenu de rendre régulièrement compte au MIP sur sa responsabilité déléguée. Elles comptent habituellement trois cellules: (i) la cellule des services généraux et études, (ii) la cellule de l'inspection des services médicaux et pharmaceutiques et, (iii) la cellule des grandes endémies et du service d'hygiène.

Ces deux structures (IPS et IMD) du niveau intermédiaire ont ainsi des fonctions similaires.

La Constitution promulguée en 2006 spécifie clairement, en ses articles 202, 203 et 204, les compétences des pouvoirs au sein du Ministère de la Santé⁸ : les compétences exclusives du pouvoir central, celles qui sont concurrentes entre les niveaux provinciaux et centraux et celles, exclusives, du niveau provincial.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la SRSS, les Inspections Médicales de District sont destinées à disparaître, excepté celles situées dans les chefs lieux des futures Provinces qui deviendront des Divisions Provinciales de la Santé (Gemena pour le Sud Ubangi). Pour le Kwilu, la désignation du chef lieu de cette future Province n'a pas encore été opérée et se discute entre Bandundu (l'actuelle chef lieu de la Province du Bandundu), Kikwit et Gungu. Cette dernière situation pourrait constituer un obstacle au volet ASSNIP V dans le Kwilu et la désignation officielle du chef lieu de

⁸ Voir annexe 7.6

cette future Province où sera située le Division Provinciale de la Santé devrait être considéré comme une condition préalable au démarrage des activités du projet.

1.5.2.3 Au niveau périphérique

Les Zones de Santé (ZS) qui comprennent un réseau de Centres de Santé (CS) et un Hôpital Général de Référence (HGR), constituent l'unité opérationnelle du système de santé. Elle est dirigée par l'équipe du **Bureau Central de la Zone de Santé (BCZS)** dirigée par le **Médecin chef de Zone (MCZ)** et est placée sous la supervision du Médecin chef de District. Les Zones de Santé sont passées de 306 en 1985 à **515** en 2003.

1.5.3 Crise institutionnelle du système de santé due à l'histoire récente de la RDC

Le système de santé est actuellement entré dans une crise institutionnelle grave. La situation d'urgence, consécutive aux troubles socio-politiques, a donné lieu à l'introduction d'interventions humanitaires dont l'approche a été essentiellement sélective des problèmes de santé.

Ces interventions qui, avec la normalisation de la situation socio-économique, devraient au fur et à mesure laisser la place aux interventions de développement, passent malheureusement à la chronicité et démasquent au fil de temps leur vrai visage: un outil de déstructuration du système de santé de la RDC.

D'autre part, au niveau mondial, l'approche sélective a atteint son point culminant avec l'adoption en septembre 2000, lors du sommet du millenium des Nations Unies, des Objectifs du Millenium pour le Développement (OMD) par la création au niveau international d'une série des programmes sélectifs et de fonds d'appui aux problèmes spécifiques de santé.

L'organisation actuelle du niveau central du Ministère de la Santé en 13 Directions et 52 programmes spécialisés qui ont tous été hissé au rang d'une direction (chaque programme est dirigé par un directeur) rend très difficile la fonction de coordination intra-sectorielle, assurée formellement par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé. Cela conduit inévitablement à des chevauchements dans les missions et attributions des directions d'une part et des programmes spécialisés d'autre part.

Sur le plan opérationnel, les programmes considèrent un problème de santé spécifique et isolément. Or, un problème de santé ne se présente que rarement d'une façon isolée. Ces programmes recourent à une stratégie 'maximale', ciblée et très balisée pour le résoudre. Des structures parallèles sont édifiées. Elles peuvent être très performantes quand elles abordent le problème en question mais beaucoup moins d'un point de vue 'système de santé' (gestion d'un ensemble de conditions en même temps). Ainsi les priorités deviennent relatives et trop d'attention sera portée sur un seul problème au détriment des autres éléments de 'l'offre' de soins.

Cet état de chose n'est pas sans conséquence sur l'offre de soins au niveau opérationnel.

De plus, les stratégies de survie individuelles et institutionnelles depuis des décennies ont conduit à une multiplication effrénée des structures de formation (les écoles ITM mais aussi d'universités 'locales') que de prestation des soins (centres de santé, centre de santé de référence). C'est ainsi qu'on dénombre en 2005 une soixantaine de facultés et autres structures de niveau universitaire offrant une formation dans le domaine de la santé. Depuis 1998, le nombre d'ITM (Instituts de Techniques Médicales) a augmenté d'environ 15% par an. Il y a en 2007, 362 ITM offrant des formations d'infirmiers ou d'autres professions auxiliaires, comparé à moins de 100 au début des années 1990. Parmi celles-ci, 241 ont été officiellement agréées, et 121 en attente d'agrément. Ces

chiffres ne prennent en compte que les structures enregistrées au Ministère de la Santé à Kinshasa. Le nombre réel est sans doute encore plus important.

Subsidièrement à ce qui se passe au niveau central, une tendance se dessine pour le niveau intermédiaire: la multiplication des bureaux dans une logique de reproduction des tâches des directions centrales et la création des coordinations et points focaux des programmes spécialisés. Les deux échelons du niveau intermédiaire à savoir, l'inspection médicale provinciale (IMP) et l'inspection de district (IMD), tirent ainsi leurs priorités du niveau central.

Le système de santé est ainsi caractérisé par une désintégration de ses éléments : des prestations de soins anarchiques et non coordonnées et une production de services de santé de qualité douteuse voire même déshumanisée.

Au niveau opérationnel, outre le fait qu'un nouveau découpage des Zones de Santé est intervenu, l'intégration des structures de la Zone de Santé pose problème (l'hôpital évolue à part et fait concurrence aux centres de santé). La plupart des programmes subsidiés par des bailleurs des fonds étendent leurs activités jusqu'au niveau périphérique. Le Paquet Minimum d'Activités (PMA) au lieu d'être mis en œuvre de façon intégrée par une équipe polyvalente, devient un PMA sélectif mis en œuvre par du personnel spécialisé.

Tout ceci pose un problème structurel de taille pour les Ministères de la Santé et de la Fonction Publique en matière de gestion, de contrôle de la qualité des services et de maîtrise des dépenses en santé (inflation de la masse salariale, coûts de fonctionnement, d'investissements en équipement et de maintenance de bâtiments élevés...).

Ces problèmes ont été bien identifiés. C'est ainsi qu'une dynamique de réforme est en cours. Elle a consisté dans un premier temps à l'adoption d'une stratégie de renforcement du système et totalement partagée par tous les bailleurs de fonds. Dans un second temps, dans le cadre de la réforme de la fonction publique, celle du Ministère de la Santé est en bonne voie d'être promulguée d'ici la fin de cette année (voir ci dessous).

1.5.4 Le Renforcement du Système de Santé

Pour faire face à la situation de crise institutionnelle du système de santé, le Ministère de la santé a élaboré au cours de 2005 et adopté la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) pendant la Revue Annuelle du secteur de santé en février 2006. Elle constitue dorénavant le cadre devant régir les programmes d'appui dans le secteur de la santé. Elle est conforme aux efforts à entreprendre pour la réalisation des engagements internationaux du pays en matière de santé, notamment des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), le DSCRIP et le Programme d'Actions Prioritaires juillet 2007 – décembre 2008 du Gouvernement de la RDC.

Cette stratégie vise à créer le cadre référentiel dans lequel seront menées des interventions synergiques visant l'amélioration de l'état de santé de la population. Elle sera un instrument d'intégration pour toute intervention des partenaires qui travaillent en partenariat avec le Ministère de la Santé, surtout au niveau intermédiaire et périphérique. Les critères de classification des Zones selon leurs potentialités pour entrer en renforcement ont été définis.

Les outils pour l'opérationnalisation de la SRSS (normes sanitaires, directives...) sont finalisés et sont considéré dans un premier temps comme hypothèses de travail à tester dans les ZS de démonstration, c'est-à-dire la première série de Zones de Santé qui entrent en renforcement.

Les axes et sous-axes stratégiques, détaillés dans le document de la SRSS, sont les suivants:

- Revitalisation des Zones de Santé et correction des distorsions induites au niveau périphérique par :
 - Développement du leadership intégré au niveau de la Zone de Santé
 - Rationalisation du fonctionnement des structures de santé
 - Amélioration de la couverture sanitaire de la Zone de Santé
 - Amélioration de la qualité des soins
 - Participation communautaire
- Réorganisation du niveau central et intermédiaire avec les mesures suivantes à prendre :
 - Regrouper les programmes sous l'autorité de sept directions dont la création satisfait tous les critères administratifs et légaux. Ce regroupement implique un moratoire sur la création de nouveaux programmes; il implique que les directions régulent les supervisions de façon à éviter, progressivement, que les supervisions centrales se substituent au travail du niveau intermédiaire;
 - Décréter un moratoire sur la création de nouveaux bureaux de direction ou de nouvelles coordinations de programmes au niveau provincial, afin de ne pas figer une situation destinée à être changée d'ici peu;
 - Décréter un moratoire sur l'agrément d'ITM, organiser un audit et un processus de certification des ITM existants;
 - Subordonner la création de structures sanitaires aux plans de couverture des zones, avec un moratoire immédiat sur la création de « postes de santé », sur la création de « centres de santé de référence », sur la transformation de centres de santé en « hôpitaux de référence », et sur l'installation de nouveaux bureaux centraux de Zone.
- Rationalisation du financement de la santé par :
 - Décentralisation du lieu de négociation des financements extérieurs du centre vers la province
 - Shift du type de négociation des financements extérieurs par programme vers le financement des plans intégrés provinciaux
 - Amélioration du financement de la ZS.
- Renforcement du partenariat intra et inter sectoriel par :
 - Collaboration systématique avec les secteurs connexes comme celui de l'eau, des transports et communication, de l'éducation, de l'environnement et de l'agriculture, qui sont tout à fait incontournables pour l'amélioration de la santé des communautés. Cette collaboration/concertation se fera à tous les niveaux où des plans de développement sont élaborés, comme par exemple le plan de développement du territoire.
 - La collaboration avec les autres secteurs devra également permettre de protéger la population contre les activités de certaines structures de santé qui, par la qualité douteuse de leurs services constituent un danger pour les usagers.
- Développement des ressources humaines pour la Santé (RHS)

Le processus de réforme de la fonction publique en cours avec la mise en place des cellules thématiques offre une opportunité pour prendre en charge ces différentes actions.

Dans cet axe on peut citer :

 - L'amélioration des compétences du personnel par (i) la formation initiale de l'équipe cadre et celle des équipes polyvalentes des centres de santé, la formation continue du personnel de santé lors des supervisions formatives, les stages de formation dans les Zones de Santé qui ont un bon niveau de performance (Zone de Santé de démonstration par exemple)

- o L'amélioration des conditions salariales est un élément non négligeable de réussite de la stratégie.
- o Une meilleure conception d'un système incitatif peut permettre d'améliorer la fonctionnalité du système de santé. Ce système incitatif ne se fonde pas seulement sur l'amélioration des conditions matérielles mais prend en compte les aspects de perspective de carrière.
- Renforcement de la recherche sur les systèmes de santé.
Plusieurs études seront entreprises dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie : les normes sanitaires de la Zone de Santé seront testées, la hauteur du financement communautaire, la capacité et la volonté de payer les soins par les usagers seront évaluées. Cette recherche se fera essentiellement dans les Zones de Santé de démonstration qu'il faudra rapidement mettre en place.

1.5.5 Réforme en cours du Ministère de la Santé

La réforme est complexe car elle doit s'attaquer à une situation qui prévaut depuis plusieurs années et dans laquelle les personnels de santé se sont installés. Le facteur humain ne sera pas le plus facile à traiter et la rationalisation indispensable ne fera pas l'économie d'un bon dialogue social pour prévenir le conflit.

Un audit institutionnel du Ministère de la Santé a été commandité et son rapport est disponible depuis avril 2008. Une mission de restructuration du Ministère de la Santé Publique a déjà produit un premier rapport en juin 2008. Une synthèse de ce rapport est présentée ci dessous.

Par son décret n°03/035 du 13 novembre 2003, le Président de la République a mis en place une commission interministérielle chargée du pilotage de la Réforme de l'Administration Publique (CIPRAP). En décembre 2003, le Ministre de la fonction publique a créé la première structure opérationnelle de la réforme qui est le Groupe Projet de la Fonction Publique (GFPF). Les autres structures opérationnelles de la réforme sont les cellules thématiques de la Réforme qui sont spécifiques à chaque secteur. Ces dernières ont pour mission d'impulser la réforme dans leur secteur d'activités. En ce qui concerne le secteur de la santé, « la cellule thématique de la réforme » a été créée par l'arrêté n° CAB/MIN/FP/CTA/TSK/083/2006 du 10 novembre 2006 du Ministre de la Fonction Publique.

En mai 2007, le Président de la République par son ordonnance n°070/018 du 16 mai 2007 a fait de la réforme de l'Administration Publique, une attribution du Ministère de la Fonction Publique mettant ainsi fin au CIPRAP.

En 2005, une première mission d'appui à la réforme du Ministère de la Santé a été réalisée par l'OMS sur demande du Ministre de la Santé. Cette mission a proposé les axes de la réforme ainsi que les mesures conservatoires destinées à éviter la cristallisation d'une situation destinée à être changée. Ces mesures conservatoires n'ont pas connu un début d'application du fait de la transition politique et donc, de la fragilité dans laquelle se trouvait le pouvoir en place du fait de l'absence de légitimité.

Si la mise en œuvre de cette stratégie notamment en ce qui concerne les actions proposées au niveau périphérique et intermédiaire a fait du chemin, il n'en est pas de même du niveau central dont la structure continue de poser des problèmes. En effet, les problèmes du niveau central sont entiers et peuvent être résumés comme suit :

- i. Il existe une inadéquation entre les attributions actuelles du Ministère de la Santé Publique et son cadre organique. Cette inadéquation ne permet pas au Ministère de la Santé Publique de remplir correctement sa mission notamment, l'offre des soins de santé de qualité à l'ensemble de la population vivant sur le territoire national.
- ii. Le cadre organique du Ministère de la santé pose des problèmes que l'on peut résumer comme suit : (i) le cadre organique est éphémère, il rend la coordination intra sectorielle difficile, (ii) le Secrétariat Général est présenté comme une structure du niveau central au même titre que les directions centrales, (iii) un éclatement des pools de décisions qui rend aléatoire la cohérence, l'efficacité et l'efficience dans l'offre des soins de santé de qualité et rend encore plus difficile la coordination intra sectorielle (iv) l'uniformisation de la forme des structures organiques des niveaux (central et intermédiaire) qui ont des missions pourtant différentes, (v) de nombreux chevauchements entre les attributions de différentes directions centrales du Ministère de la Santé Publique, (vi) certains programmes spécialisés ont été créés pour contrôler des problèmes qui ne sont pas de réels problèmes de santé publique ou des problèmes qui relèvent des attributions d'autres ministères, (vii), les programmes spécialisés font partie intégrante du cadre organique et n'ont pas de liens structurels ou fonctionnels avec les directions centrales dont ils exécutent une partie de la mission, (viii) il existe une opacité dans les relations fonctionnelles entre les directions ayant certaines matières en commun, cas de la gestion de l'information.
- iii. Selon la constitution, la RDC passe d'un Etat fortement centralisé à un Etat unitaire fortement décentralisé. Ce nouveau paysage politique impose un transfert des compétences et des ressources du niveau central vers le niveau intermédiaire et donc, une modification de la forme et une clarification des missions de ces deux niveaux.
- iv. Les problèmes liés à la fois au cadre organique et à la politique nationale de santé (PNS). La PNS marginalise l'Hôpital Provincial (HP) privant ainsi les Hôpitaux Généraux de Référence (HGR) de l'appui dont ils ont besoin dans l'amélioration de l'offre des soins cliniques. Le cadre organique confie la même mission à l'HGR et à l'HP, créant ainsi une grave distorsion dans les relations entre ces deux niveaux d'offre des soins.
- v. Le niveau et les flux de financement actuel du secteur de la santé sont peu documentés. L'absence ou l'insuffisance de financement des structures du niveau central et/ou le mode de financement d'autres structures de ce niveau a fini par opérationnaliser le niveau central. Plutôt que de normaliser ou de réguler, les programmes spécialisés et les directions centrales deviennent de plus en plus des prestataires pour la mise en œuvre des projets financés par leurs partenaires. Cette situation crée un vide important en matière de régulation et de régulation de l'ensemble du système.
- vi. Le pays ne dispose pas de loi cadre pour le secteur de la santé. Ce vide légal/institutionnel ouvre la porte à toutes sortes de distorsions comme on le constate actuellement dans le système de santé.
- vii. Le plan directeur de développement sanitaire 2000- 2009 (PDDS) qui est le stratégique du Ministère de la santé n'est plus adapté au contexte politique et sanitaire actuel. L'élaboration d'un nouveau plan stratégique est une nécessité voire une urgence.
- viii. Les problèmes des ressources humaines sont de plusieurs ordres. Parmi les principaux, on a noté ceux relatifs à la production en terme de qualité et de quantité, les faibles capacités de certains acteurs des directions centrales et des programmes spécialisés aggravent la

situation déjà fragile dans laquelle se trouvent ceux-ci. Les normes, directives et politiques sont élaborées par des cadres qui n'en ont pas l'expertise. Elles ne tiennent pas toujours compte de la réalité du terrain et perdent de plus en plus de leur pertinence. L'actuel cadre organique en est un exemple

La réforme du MSP consistera en (i) l'actualisation de la PNS, (ii) l'élaboration d'un cadre organique rationalisé et pertinent par rapport à la mise en œuvre de la mission telle qu'elle sera définie dans la PNS, (iii) l'actualisation du plan stratégique du MSP, (iv) l'élaboration de la loi cadre du secteur de la santé, (v) l'élaboration de la loi portant réforme hospitalière, (vi) l'élaboration de la loi sur le financement de la santé. La démarche méthodologique pour ce faire met l'accent sur la nécessité de mettre en place un cadre organique plus cohérent et plus pertinent par rapport à la mission du MSP.

La mission des programmes spécialisés doit être clarifiée dans le contexte de la décentralisation. Leur contribution à la réalisation des objectifs sectoriels sera évaluée. Les résultats de cette évaluation donneront des indications sur la nécessité soit de retenir le programme si sa contribution à la réalisation des objectifs sectoriels est élevée (sous réserve d'une restructuration interne), soit de réviser ou de regrouper ceux dont la contribution à la réalisation des objectifs sectoriels est faible, soit le cas échéant, de les conduire à une terminaison.

Etant donné que la réforme ne peut que s'inscrire dans le temps, il est préconisé de mettre en place des mesures conservatoires et des mesures transitoires. Les premières évitent que ne s'aggrave la situation actuelle, les secondes permettent de mieux gérer le processus de décentralisation dans le secteur avant la loi cadre sectorielle. Une feuille de route du processus de réforme avec des produits attendus à chaque étape est proposée. Le nouveau plan stratégique inclura la mise en œuvre de tout le processus de réforme du secteur de la santé.

- La légitimité dont dispose l'actuel Gouvernement lui donne des marges de manœuvre largement suffisantes pour pouvoir conduire une telle réforme. Une feuille de route pour le Ministère de la Santé Publique a été promulguée par la Présidence de la République clarifie ses responsabilités (18 missions lui sont assignées) ainsi que les départements avec lesquels il doit collaborer (comme celui de l'Environnement avec lequel la prise en compte de l'hygiène et salubrité publique est partagée).
- Certains membres de la Mission de Restructuration du Ministère de la Santé Publique affirment que les textes définitifs de cette réforme seront publiés avant la fin de l'année 2008. Un premier draft d'organigramme nous a été fourni (il prévoit 5 divisions et 11 bureaux pour la 4ème Direction) à titre indicatif. Les missions de la future DLM ne seront pas modifiées significativement si ce n'est qu'une division 'Laboratoire' (ancienne D8) est ajoutée.
- Les 6 axes stratégiques de la SRSS, en particulier la planification par unité fonctionnelle, constitueront le socle du relèvement de la fonctionnalité des structures opérationnelles de l'ensemble du Système de Santé. La mise en place effective et rapide de la décentralisation précise clairement le rôle de chaque niveau sur la base des attributions constitutionnelles des niveaux central et provincial.⁹ C'est dans cette perspective que l'appui sera apporté.

⁹ Voir annexe 7.6

1.5.6 Cohérence et synergies avec les autres interventions de la coopération belgo-congolaise

Le programme ASSNIP s'inscrit intégralement dans la Stratégie de Renforcement du Système de Santé tel que décrite plus haut. Il est donc logique que les approches pour le volet 4 et 5 d'ASSNIP soient calquées sur les autres volets déjà en cours :

- Un appui à la rationalisation des ressources humaines et un appui aux salaires en conséquence après cette rationalisation
- Un appui à la rationalisation de la couverture sanitaire à travers une sélection des CS à appuyer dans la zone
- Une rationalisation de l'offre des soins, respectant les échelons de soins, y compris une amélioration de la qualité de cette offre, respectant les échelons de soins.

Il s'inscrit dans le contexte général des autres appuis que la Coopération belgo-congolaise s'est engagée à fournir à la RDC pour l'accompagner dans la mise en œuvre de la SRSS aux trois niveaux de développement des Soins de Santé Primaires à savoir :

- Au niveau central (ASSNIC : appui à la DEP et dans la future proche au DLM¹⁰) ;
- Au niveau intermédiaire et périphérique (ASSNIP 1 à 3 et bientôt à 4&5) ;
- Appui au programme de lutte contre le THA, à tous les niveaux ;
- Le projet d'appui aux centrales de distribution régionale (CDR) de médicaments essentiels génériques qui appuie une CDR au Sud Ubangi (CDR de Bwamnada) et une autre dans le Kwilu (CDR de Kikwit).

Pour renforcer la cohérence des interventions de la coopération belgo-congolaise autour de cette réforme nationale, le projet produira la rétro-information nécessaire des expériences menées au niveau des ZS à fournir au niveau central du Ministère de la Santé et la FEDECAME, afin de renforcer la réflexion sur la stratégie de renforcement du système de santé. Pour ce faire, les résultats de ces expériences seront traités dans l'Observatoire sur le système de santé et les ressources humaines. Cette approche de rétro-information systématisée, force l'intervention logiquement dans une approche de recherche-action.

Les aspects sûrement touchés par cette approche sont, sans être exhaustifs :

- La rationalisation du personnel et la mise à la retraite d'un certain nombre d'agents
- La rationalisation de la prescription et de l'approvisionnement en médicaments
- La tarification par item et le développement de mécanismes de paiement alternatifs qui recherchent l'équité (paiement par épisode de maladie ou de risque, mutuelles de santé)
- La gestion des maladies chroniques
- Le processus d'appui par les provinces aux ZS
- La formation de base et la formation continue du personnel opérationnel, etc.

1.5.7 Cohérence et synergies avec les autres partenaires techniques et financiers

Lors d'une rencontre des ambassadeurs de l'Union Européenne en 2001, il a été décidé de confier la coordination des appuis des pays membres de l'Union Européenne au niveau du secteur de la santé (entre autre) à certaines ambassades. Très rapidement, on s'est rendu compte qu'un élargissement à tous les autres bailleurs de fonds et partenaires multilatéraux soit nécessaire.

¹⁰ Direction de la lutte contre la maladie du Ministère de la santé

En 2005, le groupe a élaboré ses premiers termes de référence, une note sur les thèmes génériques stratégiques du secteur, et a redéfini le profil des représentants de ses membres autour de la capacité de contribution à la prise de décision institutionnelle.

En janvier 2006, dans le cadre d'une Présidence tournante, la Belgique a pris la coordination du Groupe Inter-Bailleurs Santé (GIBS), ainsi rebaptisé, pour une période de deux ans, tel que prévu dans les premiers termes de références adoptés le 28/11/2005. En juin 2007, le Canada a été désigné pour assurer la relève à partir de janvier 2008.

Le GIBS est devenu ainsi le cadre de concertation et de réflexion pour ses membres en matière de mise en œuvre de la SRSS. Il vise la synergie et la complémentarité des différents partenaires du Ministère de la Santé en vue d'une bonne coordination de l'assistance qu'on lui apporte et application des politiques et programmes de santé.

Les membres de ce groupe ont convenu d'œuvrer 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 Ministère de la Santé 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 Ministre de la Santé ;
- 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 que la restructuration du niveau central et intermédiaire du Ministère de la santé aboutissent dans un délai raisonnable ;
- Que le cadre légal et stratégique régissant le secteur de la santé soit actualisé avant la fin de l'année 2009 marquant la fin de la période du PDDS actuel (2000-2009).

Les activités du GIBS sont (i) réunions périodiques de concertation, (ii) création des groupes de travail stratégique-technique, (iii) rencontres avec le partenaire, (iv) visites de terrain et (v) support technique au Ministère de la Santé.

D'autre part, dans le cadre du PAP¹¹, 15 Groupes Thématiques ont été mis sur pied par le Ministère du Plan. La composition actuelle ¹²de ces Groupes Thématiques montre que deux sont affectés à des thèmes qui touchent l'intervention : le 11^{ème} sur la Santé dont la présidence est assumée par le Ministre de la Santé Publique, le secrétariat par la DEP et le co-secrétariat par le Canada. Le 14^{ème} GT sur VIH/Sida est présidé par le Ministre de la Santé Publique, le secrétariat est assumé par le Programme National Multisectoriel de Lutte contre le VIH/Sida et le co-secrétariat par l'ONUSIDA.

Les appuis qui seront fournis feront l'objet de concertations et de renforcements réciproques entre les PTF intéressés autour de la mise en œuvre de la SRSS et de la réforme du Ministère de la Santé et de l'Administration publique (déconcentration/décentralisation).

¹¹ Plan d'Action Prioritaire

¹² 15 janvier 2008

1.5.8 Appui à la politique sectorielle et à la Stratégie de renforcement du système de santé

Le programme ASSNIP a intrinsèquement dans son mandat, une contribution à la réflexion sur la politique nationale et le renforcement du secteur de la santé. Comme pour tout programme d'autres bailleurs appuyant ces deux niveaux, cette contribution sera faite au sein de l'Observatoire sur le système de santé et les ressources humaines en santé. Ils forment ainsi un complément logique et complémentaire avec les projets d'appui institutionnel au niveau de la DEP et au niveau du DLM. Leur mandat et impact dépassent ainsi le niveau local.

Pour réaliser ce mandat ambitieux, le projet s'inscrit obligatoirement dans une approche de recherche-action, où les expériences du terrain puissent remonter au niveau des discussions de politique sectorielle et de réforme.

Le coordinateur d'ASSNIP créera les opportunités de réflexion et de présentation à différents niveaux du Ministère de la Santé. Tous les conseillers techniques du programme ASSNIP interviennent en appui aux structures du Ministère de la Santé et renforcent la communication entre elles.

2. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

2.1 LE PROJET ASSNIP – VOILETS 4 ET 5, APPUI À LA MISE EN ŒUVRE DE LA SRSS EN COMPLÉMENT AUX PROJETS ASSNIP 1, 2 ET 3

La mise en œuvre de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé est appuyée par différentes démarches, soutenues ou promues par différents Partenaires Techniques et Financiers. Les actions les plus structurées demeurent les ASSNIP (Appui au Système de Santé aux Niveaux Intermédiaire et Périphérique) et les ASSNiC (Appui au Système de Santé au Niveau Central).

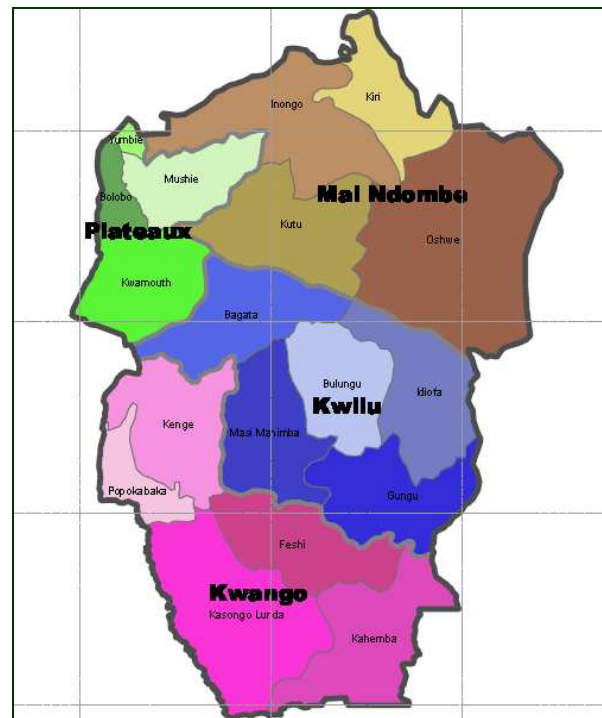
2.1.1 Décision d'étendre le projet sur deux futures provinces: volet 4, Sud-Ubangi et volet 5, Kwilu

La formulation confirme l'ambition de l'identification d'étendre le programme ASSNIP sur deux nouvelles provinces.

L'équipe de formulation a soumis à l'atelier de restitution une alternative consistant en un allongement du projet (4 ou 5 ans au lieu de 3) mais sa concentration sur un seul site. Cette alternative n'a pas été retenue.



Carte 3. La carte administrative de la Province de l'Equateur



Carte 4. La carte administrative de la Province du Bandundu

Ce choix se justifie par l'ampleur de la réforme du système de santé que la République Démocratique du Congo a mise en œuvre. La construction d'un système de santé est un processus à long terme et dans le sens absolu n'existe pas : un système de santé n'est jamais achevé. Les projets ASSNIP s'inscrivent à 100% dans cette logique. Leur horizon est de 3 ans seulement, l'objectif final est à plus long terme évidemment. Les résultats identifiés dans le dossier doivent être considérés comme des résultats intermédiaires.. Ceci signifie que les projets ASSNIP à chaque fois préparent le terrain pour une phase suivante de la mise en œuvre de la réforme du système de santé. Les projets ASSNIP forment en ensemble avec beaucoup d'autres interventions de la coopération belgo-congolaise, mais aussi avec les autres partenaires au développement. Ils contribuent au développement d'un système de santé de qualité pour le Congo qui ne peut finalement être assuré qu'à très long terme à travers de multiples interventions successives et complémentaires menées par les autorités congolaises avec l'ensemble des partenaires au développement. C'est pourquoi les projets ASSNIP doivent créer des liens de communication et d'échange avec le niveau central et s'inscrire dans un processus de coordination et harmonisation avec les autres partenaires au développement.

2.1.2 Choix de la zone de développement initiale dans la future province du Sud-Ubangi

Initialement, la zone de santé de Bwamanda était retenue en unanimité par les autorités congolaise et la coopération belge, comme zone de démonstration future du projet ASSNIP 4. Les raisons étaient évidentes : il s'agit d'une zone de santé avec déjà un grand potentiel de développement rapide entre autre à cause de la présence depuis longtemps du CDI Bwamanda qui n'a jamais cessé appuyer la zone, financièrement et techniquement.

A la fin de la formulation, le CDI semble pourtant en crise institutionnelle et l'assistant technique de santé ainsi que son homologue congolais se sont retirés de la zone.

En même temps, la zone de démonstration au niveau de Kwilu n'a pas pu être identifié de façon consensuelle puisque les éléments d'analyse manquaient. Le choix reste donc ouvert.

En terme pratique, le présent document propose que la première activité des projets ASSNIP 4 et 5 consiste d'identifier les zones de santé de démonstration dans chaque province. Les critères de choix restent toujours le potentiel de développement rapide d'un niveau de qualité de soins qui permettra à la zone de servir dans un avenir relativement proche comme zone de démonstration et donc de stage pour par exemple les autre ECZ de la province. Le minimum comme préalable serait la présence d'une ECZ complète, un HGR relativement fonctionnel et avec une localisation centrale dans la zone pour qu'il puisse réellement servir comme niveau de référence pour la population de la zone.

2.2 ÉLÉMENTS DU CONTENU DU PROJET

2.2.1 Nécessité de redessiner la géographie des zones de santé

Le volet 2 du programme ASSNIP (Ville de Kisangani) a de facto considéré trois zones de santé alors que la ville est divisée en cinq territoires administratifs. Il est trop tôt pour tirer des conclusions sur la pertinence de cette mesure ou sur la réussite de son exécution. La future province du Sud-Ubangi qui fait l'objet du volet 4 compte plusieurs exemples de zones de santé dont la configuration géographique montre la nécessité de revoir son dessin (position

outrancièrement excentrée de l'hôpital général de référence de Tandala dans sa zone de santé, par exemple).

Ce volet sera l'occasion d'analyser tous les aspects d'une révision des zones de santé et de les rencontrer dans l'esprit de la nouvelle Constitution qui ne fait plus du territoire une entité territoriale décentralisée.

2.2.2 Précisions sur la composition et les processus de mise en place des équipes cadres de zones

Les acquis en matière de fonctionnement de la zone de santé - incluant l'ECZ - sont nombreux. Citons l'existence du Bureau Central de Zone de Santé, les normes et directives publiées par le MS et l'expérience des projets ASSNIP 1 et 2. On y a vu l'importance de ne pas confondre ECZ et BCZ, la nécessité de confronter les normes à la situation de terrain (e.a. en ce qui concerne la composition de l'ECZ), la nécessité de se départir d'une approche purement administrative dans la mise en place de l'ECZ et la nécessité de s'en tenir strictement à l'approche intensive d'une seule zone de santé par volet pour commencer.

2.2.2.1 Fonctions

L'équipe cadre de zone, doit remplir toutes les fonctions qui permettent à celle-ci de fonctionner :

- dispensation des soins
- gestion du système de zone

Les membres de l'équipe cadre auront donc une responsabilité directe dans la dispensation des soins :

- à l'hôpital où ils prestent directement (soins médicaux et soins infirmiers)
- et au niveau du centre de santé où les soins sont prestés par des infirmiers sous la responsabilité directe des médecins de l'hôpital, par délégation.

L'une des fonctions importantes de l'équipe cadre est donc la supervision des structures de premier niveau, les CS.

Une autre fonction importante est l'assurance de la qualité des soins, notamment à l'hôpital, ce qui veut dire la mise en place de procédures de contrôle de la qualité et plus généralement de processus d'évaluation continue du travail.

L'équipe cadre a également la responsabilité de la gestion de la zone : approvisionnements, administration, comptabilité, relations avec les niveaux politico administratifs, relations avec les niveaux supérieurs du MSP, coordination des intervenants.

2.2.2.2 Organisation du travail de l'équipe cadre de zone de santé

Pour certains membres de l'équipe, les fonctions sont claires et ils assurent des fonctions qu'ils ne partagent pas avec les autres (bien que tout le monde doive être au courant de ces dossiers) :

- l'Administrateur Comptable,
- le Responsable du Nursing.

Les médecins superviseurs quant à eux, doivent se répartir des responsabilités horizontales et verticales. Responsabilités liées à la rationalisation de structures, de services ou d'activités. Comme exemple de responsabilités horizontales, les services de l'hôpital, les différents centres de santé (y compris leur développement). Comme responsabilités verticales, celles liées à la lutte contre la maladie ou à l'organisation de la prise en charge de groupes vulnérables spécifiques par exemple.

Les médecins devront donc se répartir ces différents dossiers, les développer selon une démarche réflexive (de recherche) et documenter l'avancement de cette dernière, dans l'optique d'améliorer le fonctionnement de l'ECZ et donc le développement de la zone de santé.

2.2.2.3 Composition et mécanismes de sélection de l'équipe Cadre de Zone de Santé

L'équipe cadre de zone ou structure de leadership intégré se doit de réaliser les trois fonctions essentielles suivantes : la fonction médicale, la fonction de nursing et la fonction administrative et logistique. Elle comprendra les personnes ayant une responsabilité dans la dispensation des soins (médecins et infirmier responsable du nursing à l'hôpital) ainsi qu'un administrateur comptable destiné à devenir l'administrateur comptable de toute la zone.

Le MCZ coordonne les activités de l'ECZ et assure la responsabilité administrative de la zone vis à vis des autorités diverses.

On peut considérer comme point de départ, en suivant les normes, une équipe avec trois médecins, un infirmier responsable du nursing et un administrateur/gestionnaire-comptable. Si ces normes ne convenaient pas dans un contexte donné, la zone de santé étant unité de planification (par la base ou de bas en haut), d'autres configurations peuvent être proposées en concertation avec l'équipe Cadre Provinciale, pourvu que les raisons de changement soient documentées (dans un esprit de Recherche Action). Il reviendra aux différents volets ASSNIP d'évaluer ces recherches et de proposer éventuellement de nouveaux critères de sélection au niveau central.

2.2.2.4 Mise en place

Elle interviendra dès le démarrage du projet. C'est, suivant le document de SRSS la première des étapes à faire. Mais cette mise en place devra procéder de la préoccupation sur les actions à mener que d'une démarche administrative pure.

2.2.2.5 Rôle de l'ECZ dans la mise en œuvre de la ZS de recherche et de démonstration

Les acteurs du terrain attendent la mise en œuvre rapide de ZS de recherche et de démonstration afin de pouvoir former le personnel par stage plutôt que par la théorie.

Il faudra donc se concentrer sur un certain nombre de problèmes non encore résolus. Ils doivent d'abord être identifiés avec l'aide de la DEP, de l'assistance technique de coordination et les conseillers techniques du projet et de tous les acteurs actuels des projets de la Coopération belgo-congolaise (ASSNIP, ASSNIC et PARSS) sans exclure d'autres participants. Des évaluations effectuées localement par les ONG peuvent également être consultées.

L'ECZ une fois organisée, fera un plan de couverture de la ZS afin de sélectionner le premier CS à développer. Ce CS servira lui aussi de terrain de recherche, de démonstration et de stage pour les CS suivants. Les 5 sous axes de revitalisation des zones de santé seront mis en œuvre simultanément mais à des vitesses variables.

Il existe des critères de fonctionnalité d'une ZS et d'un CS. Il faudra probablement les dépasser si on veut assurer des soins continus, globaux et intégrés dans un système de santé qui intègre hôpital et CS.

En ce qui concerne la manière dont une ZS devient ZS de recherche et de démonstration, elle doit faire elle-même l'objet d'une Recherche Action qui a déjà été initiée dans les volets 1 et 2 avec l'aide des CT, de la DEP et du Suivi Scientifique.

2.2.3 Précisions sur la mise en place des équipes cadres provinciales

En attendant l'évolution de la situation constitutionnelle des provinces, le terme ECP sera utilisé ici pour une présentation - discussion théorique sur l'équipe Cadre Provinciale tandis que le terme équipe Cadre de District restera d'application pour décrire la situation actuelle.

La mise en œuvre de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé passe par un développement progressif des zones de santé à l'intérieur d'une province, en commençant par les ZS à haut potentiel. La responsabilité du développement de ces zones est une fonction qu'il faut pratiquement recréer au sein de l'Inspection Provinciale de la Santé.

2.2.3.1 Stratégie de mise en place

La stratégie que le programme propose est la suivante :

- l'inspection continue à fonctionner comme elle le fait maintenant pour assurer les prestations qui doivent se faire sur l'ensemble du territoire provincial, et notamment dans les zones non retenues immédiatement pour le développement : vaccinations, lutte contre certaines maladies, approvisionnement, supervisions.
- pour les zones qui entrent en développement, il est nécessaire que l'Inspection Provinciale de la Santé apporte le soutien nécessaire à ce développement : appui technique, financier (à travers des projets éventuellement, mais aussi à travers le budget de l'état...) politique...¹³.

La **constitution d'une ECP** est une des stratégies conçues en 2006 par le MSP pour assurer ce soutien. Il s'agit « d'une petite équipe [cadre provincial] dont les membres polyvalents se partageront la responsabilité des ZS... »

Depuis l'initialisation de la SRSS, des expériences de mise en œuvre ont été faites et plusieurs textes rédigés sur le sujet. Cela constitue la base d'une recherche action. En effet, le sujet est neuf et les projets ASSNIP sont une opportunité de contribuer à la mise au point du fonctionnement des ECP. Tirant parti des expériences et des documents déjà réalisés, la proposition du projet ASSNIP 4 est la suivante.

L'inspection médicale du District du Sud-Ubangi préfigure l'inspection médicale de la prochaine province. Le projet facilitera la formation d'une équipe autour de médecin inspecteur de District. Quelles en sont les grandes options ? Le processus est encore en recherche et il est donc trop tôt pour fixer définitivement des normes. En attendant, le parallèle avec l'ECZ peut constituer une référence pratique.

¹³ ASSNIP 1-2, DTF, mai 2006

Il s'agit donc d'une équipe de pilotage du développement des ZS, conduite par le MIP sous l'autorité du Ministre Provincial de la Santé. Elle est secondée par l'administration médicale déjà en place de même que l'ECZ est secondée par le BCZ ou le Secrétariat qui le remplace.

2.2.3.2 Organisation et composition de l'ECP

L'**organisation** de l'équipe Cadre Provinciale reste très proche de l'organisation de l'équipe Cadre de Zone de Santé c.-à.-d. celui d'une équipe où :

- chaque membre de l'équipe assure des responsabilités verticales (problèmes de santé et leur solution) et horizontales (ZS définies)
- l'information mutuelle est organisée par l'intermédiaire de réunions et de documents

Il est difficile de préciser dès le début de la recherche la **composition de l'ECP**. Plusieurs formes ont déjà été expérimentées et devraient être documentées afin de permettre aux animateurs d'ASSNIP 4 de proposer un modèle efficace. Il est déjà reconnu qu'il faut réunir des éléments dynamiques, « cadres polyvalents (de préférence des médecins), formés en Santé Publique, ayant une expérience suffisante de développement (et de gestion) de ZS »¹⁴. A Gemena, le bureau de l'IMD étant insuffisamment étoffé, outre le conseiller technique positionné par le projet, divers médecins, coordinateurs d'ONG ou de programmes, ont été identifiés comme ressources pour la mise en œuvre du plan de développement sanitaire.

En fait, plutôt qu'une démarche administrative, il faudra surtout être attentif aux problèmes à résoudre et aux tâches à exécuter et en confier la responsabilité aux techniciens compétents adéquats (ad hoc). Les tâches au moment où elles se présentent devraient aider à créer un groupe de travail, noyau progressif de la future équipe. Plus tard, l'expérience aidera à formaliser l'organisation et le fonctionnement de l'ECP.

2.2.3.3 Les fonctions de l'équipe Cadre Provinciale

Certaines **fonctions** de l'IMP sont plus particulièrement prises en charge par l'ECP, par exemple, les **fonctions techniques** (animation - gestion des ZS, supervision - encadrement, formation, normalisation, planification, évaluation, plaidoyer, coordination des partenaires), alors que les **fonctions administratives** (gestion du personnel, dépenses d'investissement et de fonctionnement, comptabilité, logistique, rapportage) sont exécutées par des bureaux (ou secrétariats) en appui aux fonctions techniques.

La fonction la plus cruciale actuellement est la **fonction d'animation** qui comprend :

- la planification de la mise en œuvre de la SRSS
- le coaching - prise en charge intensive de la ZS où sera appliquée la stratégie de RSS
- la supervision - coaching de ZS ayant déjà installé le SRSS

a) Planification

Il s'agit de :

- redéfinir les limites des ZS (par rapport à 2003)
- définir les ZS prioritaires (établir les critères, e.a. la certitude que la ZS est bien définie et centrée sur son HGR sans que cela ne provoque de contestations)
- mettre au point et adapter les stratégies et les normes à partir de l'expérience du terrain (e.a. la ZS de démonstration et de recherche) et en informer le niveau central

¹⁴ MSP, Secrétariat Général, Directives de mise en œuvre de la SRSS, septembre 2006

b) Prise en charge intensive d'une ZS

L'accompagnement se fait dans la durée. Les membres de l'ECP ayant l'expérience du fonctionnement d'une ZS se tiennent aux côtés des membres de l'ECZ pendant une période (1 à 2 semaines ?), proposent une vision de ZS et de CS fonctionnels¹⁵, discutent avec les membres de l'ECZ selon leurs responsabilités respectives et observent et commentent la mise en œuvre sur le terrain, tant au niveau de l'installation d'un CS de démonstration que du fonctionnement de l'ECZ, tout en les laissant prendre les décisions.

Dans le cas d'une ZS de démonstration, le coaching doit également aider à concevoir et rédiger les documents permettant de capitaliser les innovations.

c) Supervision de ZS

Une fois la ZS fonctionnelle, le coaching s'espace et se mue en supervision. Il ne s'agit pas d'une supervision monitoring évaluation. Mais, moyennant un gradient de compétence (obtenu éventuellement en commençant à suivre le CT), il s'agit de répondre aux problèmes de l'ECZ, problèmes présentés ou observés.

Tâches possibles :

- Discussions individuelles avec les responsables des différents sous-projets de l'ECZ
- Discussions en plénière avec restitution des discussions éventuelles
- Accompagnement sur le terrain, observation, restitution
- Aide à la résolution de conflits internes à l'ECZ
- Appui à la Recherche Action (RA)
- Plaidoyer au niveau de la province

Cela peut demander une présence de plusieurs jours.

2.2.3.4 Rôle des Conseillers Techniques

Le conseiller technique délégué par la CTB au niveau de l'équipe Cadre de District doit y trouver sa place de façon pragmatique : son rôle est un de conseiller, lors de la prise en charge de certains problèmes ou en coaching d'autres membres, essentiellement par la démonstration pratique. Les domaines de démonstration sont divers : guidance dans les tâches de planification, participation intensive au lancement d'une ZS et supervision de ZS... Il aura également pour rôle « d'aider à l'élaboration et la mise en œuvre des plans de développement provinciaux, à l'intégration des activités des programmes verticaux et à renforcer les capacités du personnel de santé de ce niveau notamment dans la mise en place des basket funding provinciaux »¹⁶.

Il participera à la constitution de l'équipe Cadre de District dans une vision d'équipe Cadre Provinciale et au lancement de la ZS de démonstration. Dans ses activités au service de la ZS de Bwamanda il devra formaliser sa collaboration avec le AT du CDI-Bwamanda.

Il constitue en outre un relais technique entre l'ECP et le CT d'appui central et la DEP.

L'expert national qui renforcera la DEP (voir aussi 2.3.2.2), travaillera ensemble avec les CTs des deux volets dans une relation de concertation entre CT. L'impact direct au niveau de l'ECP sera conceptuel (non opérationnel) et ne se fera que s'il y a une demande de la part de l'équipe, qu'il

¹⁵ Le CS n'est pas un service « déconcentré » de l'PHGR car ses fonctions sont différentes. Par contre, les fonctions de l'PHGR sont des fonctions qui obligent à **centraliser** par rapport aux CS les ressources nécessaires à leur mise en œuvre.

¹⁶ MSP, Secrétariat Général, Stratégie de Renforcement du Système de Santé, juin 2006

s'agisse d'exposé, de texte conceptuel ou de participation à une discussion. Il est essentiel de laisser sa responsabilité aux CTs des volets.

2.2.3.5 Risques

- La future province du Sud-Ubangi n'est pas encore une province. Ce volet du projet constitue donc une anticipation avec toutes les incertitudes que cela suppose. Cependant, son enclavement par rapport à Mbandaka oblige à organiser une équipe d'animation proche des ZS.
- Actuellement, le MID est le seul médecin de l'IMD. Intégrer à l'équipe Cadre de District des responsables aussi divers que les médecins coordonnateurs de programmes et d'ONG et des CT du projet nécessitera beaucoup de respect mutuel et une volonté sans faille d'aboutir à un modèle commun.
- La participation à l'ECP étant une dynamique toujours en recherche, la composition ne peut pas encore être figée. Il est donc difficile d'y attacher des moyens de motivation sans perturber le processus de sélection ou d'inclusion des membres.

2.2.3.6 Ressources allouées par le projet à l'ECP

Le budget du projet ASSNIP – Volet 4&5 détaille les ressources qui sont affectées par le projet au lancement et à l'entretien de l'ECP pendant 3 ans. Le Rapport Annuel 2008 ASSNIP volet 2 démontre que la ligne budgétaire initiale prévue était très insuffisante par rapport aux besoins. ASSNIP 4&5 tiennent compte de cette remarque et ont prévu un budget pour :

- Investissements : réhabilitation de locaux, bureautique, véhicules
- Fonctionnement : bureautique, déplacements vers les ZS, à Mbandaka et à Kinshasa, stages, salaires corrigés ou avantages, affectation d'un conseiller technique international.

2.2.4 Promotion d'un véritable partenariat public/privé

Le rôle central d'opérateurs privés (privé = initiatives privées type ONG à caractère non-marchand) dans le projet ASSNIP – Volet 4 est une nouveauté par rapport aux volets antérieurs du programme. Certes, à Kisangani, une des trois zones de santé prises en compte, Kabondo, est gérée par le BDOM, mais dans ce volet du programme ASSNIP, elle jouait un rôle de second plan, l'effort principal étant porté sur la zone de santé de Makiso Kisangani, totalement publique. La zone de santé de Kabondo est traitée comme une occasion d'approcher un site géré par un partenaire privé ; elle ne constitue pas le cœur du projet. Dans ASSNIP – Volet 4, la zone de santé retenue comme site de développement initial en Sud-Ubangi, constituant à ce titre le centre du projet, est gérée par un partenaire privé, le CDI-Bwamanda, dans des infrastructures appartenant au Diocèse.

Cette conjoncture constitue une contrainte au démarrage du projet : mettre en place les structures et les procédures convenant à un projet de coopération internationale convenu entre les états congolais et belge.

Mais elle constitue une opportunité pour développer des modalités - sinon un modèle - de partenariat public-privé qui aura à se nouer dans de très nombreux sites en République Démocratique du Congo car les prestataires de soins et les opérateurs privés y sont extrêmement nombreux et diversifiés. C'est l'un des éléments les plus importants et prometteurs de ce projet. Ce partenariat pourra prendre la forme, par exemple, d'un contrat de gestion de type « contracting out entre l'état (la province) et une ONG », à étudier au cours du projet.

Le projet animera la réflexion sur ce sujet avec toutes les instances intéressées : différentes directions au Ministère de la Santé Publique, différents autres ministères, opérateurs, bailleurs... Il favorisera la mise en place d'un partenariat original à Bwamanda. Ceci fait l'objet d'une ligne budgétaire spécifique dans le volet 4, district sanitaire de Bwamanda, sous le résultat 1 :

V4/R1/A4

Soutenir l'élaboration de modèles de partenariat public/privé

2.2.5 Choix des partenaires privés dans le projet ASSNIP 4

La perspective de « contrats » de gestion évoquée ci-dessus suppose le recours à des processus de sélection impliquant des appels à candidatures, la détermination de critères objectifs de sélection du partenaire parmi les candidats, la mise en œuvre de procédures formelles de sélection... Aucun de ces éléments n'est actuellement disponible ; leur élaboration est précisément l'un des objectifs des volets 4 et 5 du programme d'Appui au Système de Santé aux Niveaux Intermédiaire et Périphérique. Le partenariat se développera donc dans le projet actuel avec les opérateurs présents de longue date et disposés à contribuer au développement des zones de santé qu'ils gèrent dans un esprit de service public.

2.3 ÉLÉMENTS DE LA STRUCTURE DU PROJET

2.3.1 Le(s) chef(s) de projet(s)

Pour le côté congolais, le chef de projet de chaque volet du programme d'Appui au Système de Santé aux Niveaux Intermédiaire et Périphérique est le médecin inspecteur de province (MIP). Dans le cas des volets actuels, développés au niveau de districts, futures provinces, le chef de projet sera le médecin chef de district (MCD).

Un préalable à la mise en œuvre des volets 4 et 5 sera donc la confirmation des médecins chefs de districts actuels dans leur fonction - ou la désignation de successeurs répondant au profil décrit plus loin - et l'engagement des différentes parties (les autorités congolaises et le MCD lui-même) de les y maintenir pour une durée de plusieurs années (au moins 4 ans).

2.3.2 Structure de l'assistance technique

L'assistance technique placée par la Coopération Technique Belge est structurée en deux niveaux.

2.3.2.1 Assistance technique de terrain

Chaque volet du programme d'Appui au Système de Santé aux Niveaux Intermédiaire et Périphérique dispose d'un conseiller technique international. Dans les volets antérieurs, le conseiller technique est placé au niveau périphérique, celui de la zone de santé sélectionnée comme premier site de développement et comme future zone de santé de démonstration.

Dans les volets actuels, le conseiller technique sera localisé au niveau intermédiaire, le district sanitaire, future province médicale (R1/A1/1, Engager un conseiller technique responsable du volet (International).

C'est au travers de l'animation de l'équipe Cadre Provinciale qu'il appuiera le développement des zones de santé et particulièrement la zone de démonstration.

L'ancrage du projet au niveau des provinces futures s'explique facilement, tout d'abord parce que les provinces ont pris de l'importance politique énorme dans le cadre de la fédéralisation du pays et aussi parce que l'appui concerne, même si cela se produira à des vitesses différentes, l'ensemble des zones de santé des futures provinces. Renforcement des capacités au niveau central (DEP)¹⁷
Les projets ASSNIP se sont toujours inscrits dans une philosophie d'échange entre le niveau opérationnel (intermédiaire et périphérique) et central pour capitaliser au mieux les expériences du terrain.

Au niveau national, la direction d'étude et de planification a toujours été un interlocuteur important pour les projets ASSNIP pour des raisons évidentes. La DEP est responsable pour toutes les recherches menées dans le secteur de santé et est sensé de traduire ces expériences en proposition de politique de santé. En plus la DEP est une des directions les plus fonctionnelles du ministère pour le moment.

Mais en pratique, le dialogue capitalisant entre la DEP et les projets ASSNIP s'est toujours montré difficile parce que la DEP est débordée. Elle est sollicitée énormément par beaucoup de partenaires et par le ministère même.

Ce constat a mené à la décision que la DEP allait se renforcer avec un cadre supérieur de santé publique qui se concentrera effectivement et presque exclusivement sur les échanges entre les projets ASSNIP et le ministère de la santé (DEP). Son mandat concerne aussi les ASSNIP 1,2 et 3 et son recrutement répondra ainsi également aux faiblesses identifiées dans les autres projets ASSNIP. Le projet ASSNIP 4-5 créera les conditions de travail pour ce cadre en lui rendant une voiture et d'autres moyens de transport. Il sera entièrement intégré dans l'équipe de la DEP.

Localisé au niveau central et ancré à la Direction des études et de la Planification, un expert national apportera un appui à la DEP dans sa fonction d'études et de recherche sur le système de santé. Cet expert travaillera en coordination étroite avec l'assistance technique de terrain de l'ensemble des volets du programme ASSNIP. Les modalités de ce renforcement sont précisées par ailleurs. (2.3.3)

En outre, un appui est également apporté par un « suivi scientifique » dont les modalités d'intervention sont également décrites ailleurs.

2.3.2.2 Assistance à la gestion du programme

Enfin, la Coopération Technique Belge, Kinshasa, a structuré un soutien en matière de gestion financière et administrative du programme localisé dans ses bureaux à Kinshasa mais organisé pour apporter un appui très décentralisé auprès des équipes de terrain (voir modalités de gestion – portfolio management – chapitre 5).

2.3.3 Précisions sur le renforcement de la DEP avec un expert national

Un expert national de haut niveau avec un profil de médecin santé publique sera recruté par la DEP et travaillera essentiellement dans le cadre de la capitalisation des expériences du programme d'Appui au Système de Santé aux Niveaux Intermédiaire et Périphérique. Cette fonction appartient à la DEP, mais actuellement, la DEP est surchargée et n'arrive pas à assumer cette fonction

¹⁷ Désignée dans les documents de formulation des volets antérieurs du programme ASSNIP par « assistance technique de coordination ».

correctement. Outre l'harmonisation des informations pertinentes qui remontent des différents volets ASSNIP, l'expert appuiera la DEP dans sa fonction d'accompagnement des provinces et de tirer les leçons des provinces dans l'application de la politique sanitaire nationale pour ajuster celle-ci au niveau du ministère central. Il s'occupera de l'ensemble des zones d'intervention ASSNIP et ne se confiera donc pas à ASSNIP 4-5 seulement.

La présence de cet expert aidera ainsi la DEP, direction du MSP chargée des études, de s'impliquer véritablement dans les études menées par le programme ASSNIP. L'expert sera totalement intégré dans l'équipe de la DEP et il consacrera l'essentiel de son temps au suivi de toutes les ASSNIP (donc aussi des volets 1, 2 et 3). Il fera aussi équipe avec le Conseiller Technique Senior, déjà engagé dans le projet ASSNIP 1-2, mais qui consacre beaucoup de temps dans les provinces du Bas-Congo et Kisangani.

À la différence du suivi scientifique avec lequel cet expert national partage aussi bien la méthodologie que la plupart des tâches (voir point 2.3.6 « Nature et contenu du suivi scientifique »), il est envisagé comme un appui externe beaucoup plus intensif. Une visite de terrain d'au moins 7 jours par trimestre par volet est recommandée. Il organisera aussi des ateliers qui permettront une meilleure coordination et échange d'expérience entre les projets ASSNIP.

2.3.4 Précisions sur l'assistance technique de terrain

2.3.4.1 Justification

Le projet a besoin de l'expertise du CT de terrain pour affronter 2 défis majeurs: conseiller les cadres locaux dans la mise en œuvre d'une ECP et dans le développement d'une ZS de recherche et de démonstration. Bien que des normes et des directives existent déjà pour les ZS et que plusieurs ZS fonctionnent dans la future province du Sud-Ubangi, il s'agit d'en améliorer les performances en commençant par une ZS qui servira de terrain de stage et de démonstration. L'expérience de travail du CT dans un District de Santé (dénomination internationale de la ZS) sera cruciale. Par contre, en ce qui concerne les ECP, bien que des normes et des directives existent déjà, le MSP n'en a pas encore l'expérience. Outre l'expérience éventuelle du CT, il faudra donc faire appel à des qualités de créativité et d'innovation et de compréhension profonde du rôle du niveau intermédiaire.

2.3.4.2 Approche

Il s'agit d'un processus d'animation. Aussi bien au niveau ECP que ZS, c'est l'approche par problème qui sera adoptée. Il faut y être très attentif: entendre les problèmes soumis par les acteurs, identifier par l'observation les problèmes non relevés. Le modèle existant de ZS sert de cadre conceptuel, de référence, pas de « résultat » à réaliser coûte que coûte. L'expérience peut aider à imaginer des solutions, pas à imposer un modèle qui a réussi dans un autre contexte. Le conseiller technique de terrain fait équipe et partage les expériences et les informations avec le conseiller technique senior et l'assistant technique d'appui central.

Le CT permet à l'ECP et à l'ECZ de se montrer créatives en montrant que les normes doivent être adaptées pourvu que la mise en œuvre des innovations soit documentée. (cf. techniques de RA). Il faut profiter du fait que les ancrages des CT CTB ne sont pas identiques dans chaque projet pour organiser la communication et les inviter à se transmettre les informations sur leurs volets respectifs, par mail mais surtout en rencontres, organisé par la DEP (l'AT d'appui central) et animées par le CT senior.

2.3.4.3 Ancrage

L'ancrage institutionnel des AT est légèrement différent des autres ASSNIP.

Le point fort de ASSNIP 1-2 et 3 se trouve dans le fait que les AT se trouvent au niveau le plus opérationnel notamment les zones de santé. Ceci permet d'investir de façon intensive dans la création des zones de démonstration. Un Conseiller technique au niveau central devrait permettre de capitaliser l'expérience.

La force de ASSNIP 1-2 a aussi été sa faiblesse, surtout dans le cadre d'un environnement administrative qui a changé rapidement et significativement. Depuis la formulation de ces projets, l'importance des provinces dans le cadre de la décentralisation a augmenté sérieusement et les autorités à ce niveau réclament à juste titre leur place dans le système bien qu'elles ne disposent pas encore des moyens et des capacités nécessaires et que la définition de leur mandat en termes complémentaires avec le niveau central n'e soient pas encore assez explicites.

ASSNIP 4 et 5 a donc opté de travailler dans les zones de santé à travers la nouvelle autorité qu'est l'équipe cadre provinciale. Ceci n'est pas la voie la plus directe mais plusieurs avantages de cette approche peuvent être identifiés aussi :

- Travailler à travers la province est une occasion de renforcer la capacité (individuelle et institutionnelle) à ce niveau de la pyramide sanitaire qui deviendra de plus en plus incontournable.
- L'appropriation des démarches par les autorités provinciales est indispensable pour la pérennité de l'intervention
- La politique sanitaire montre beaucoup de lacunes dans sa connaissance et la formulation de normes pour ce niveau. La démarche scientifique de ASSNIP 4-5 se déplace donc partiellement du niveau opérationnel (zones de démonstration) vers la province sans pour autant laisser tomber le niveau zone de santé.
- Le dialogue avec le niveau central sera plus facile avec les autorités provinciales dans le 'driver's seat'

En **résumé**, les activités du CT terrain CTB concerneront donc l'appui :

- au fonctionnement d'une ECP (conseiller)
- à l'organisation d'une ZS de recherche et de démonstration à Bwamanda
- au lancement d'une deuxième ZS
- à la capitalisation de toutes ces expériences au profit du Ministère de la Santé et de la DEP en particulier

2.3.4.4 Le briefing des conseillers techniques ; d'autres conditions de leur mobilisation

La mise en œuvre de plusieurs volets successifs du programme ASSNIP s'accompagnera d'une amélioration significative de leur déroulement, chaque volet bénéficiant de l'expérience des volets antérieurs. A cette fin, les conseillers techniques terrain suivront un programme de formation consistant préalablement à leur envoi sur le terrain.

En Belgique, plusieurs séances de présentation des projets ASSNIP seront organisées :

- A la Coopération Technique Belge, Bruxelles ;
- Auprès des équipes de suivi scientifique ;
- Avec les formulateurs des projets ASSNIP ;

- Auprès des opérateurs privés actifs sur les sites du projet : Memisa, CDI-Bwamanda.

Il s'agit d'initier les conseillers en profondeur sur l'esprit et le contenu du programme d'Appui au Système de Santé aux Niveaux Intermédiaire et Périphérique, sa place dans la Stratégie de Renforcement du Système de Santé ainsi que dans les actions que la Belgique mène en soutien à cette stratégie.

Il s'agit aussi de les informer en profondeur sur la nature et les contraintes de leur mission et sur les différents moyens prévus pour les soutenir : assistance technique administrative et financière, assistance technique de coordination, conseiller technique auprès de la DEP, suivi scientifique, suivi technique de la CTB, Bruxelles, possibilité de missions ponctuelles visant des problèmes spécifiques déjà identifiés ou apparaissant au cours du déroulement du projet...

En République Démocratique du Congo, contacts approfondis et préparés :

- Dans les structures du Ministère de la Santé Publique particulièrement touchées par le projet ASSNIP – Volets 4 et 5 : la Direction des études et de la Planification, la Direction des Ressources Humaines, DLM... ;
- Auprès des différents conseillers techniques belges affectés aux structures du Ministère de la Santé Publique, notamment à la DEP ;
- Dans les structures nationales touchées dans la réforme du système de santé : Ministère de la Fonction Publique,... et auprès des conseillers techniques belges qui y sont affectés ;
- Auprès des autres partenaires techniques et financiers actifs dans la réforme du système de santé ;
- Sur chacun des sites des autres projets ASSNIP : Kisangani, Bas Congo.

L'objectif est de fournir aux conseillers techniques les informations les plus détaillées sur le contexte de leur intervention ainsi que les leçons les plus immédiates des projets déjà en cours ; il s'agit aussi d'initier aussitôt que possible les synergies potentielles entre toutes les actions en cours visant le renforcement du système de santé congolais. Ce programme sera établi en concertation entre les partenaires congolais (Direction des études et de la Planification) et belges (Coopération Technique Belge, assistance technique déjà en place...).

On prévoira un délai de l'ordre de 6 à 8 semaines entre la désignation des conseillers techniques et leurs prises de fonction effectives sur le terrain.

D'autre part, on veillera à décharger autant que possible les conseillers techniques des tâches logistiques ou domestiques : recherche de logements (sur base de la présélection, le CT formulera son choix), de véhicules, dédouanement de leurs biens personnels en les assistant dans ces différentes démarches. Ceci incombe évidemment d'abord à la CTB ; les autres acteurs y participeront : les autorités congolaises, les opérateurs privés.

2.3.5 L'implication du gouvernement congolais dès le démarrage du projet

Le gouvernement congolais, véritable maître d'ouvrage du programme ASSNIP, doit être impliqué dans sa mise en œuvre dès son démarrage.

A cette fin, les agents congolais seront associés au processus de briefing décrit ci-dessus. On déterminera les meilleures modalités de cette association pour chacun de ces acteurs : le chef de projet (MIP), le(s) médecin(s) chef(s) de zone(s), le(s) directeur(s) d'hôpitaux...

Ceci aura aussi pour effet d'asseoir le crédit des conseillers techniques internationaux auprès de leurs collègues congolais.

D'autre part, un des préalables à la mise en œuvre du volet sera le fonctionnement du comité provincial de pilotage, structure de pilotage de la mise en œuvre de la SRSS en province.

Dès le démarrage du projet, le processus de conversion de l'Inspection Médicale de District en Division Provinciale de la Santé comprendra un plan de rationalisation de son fonctionnement et de la gestion de ses ressources de manière à être en adéquation avec ses attributions, la charge de travail à accomplir et les ressources disponibles.

2.3.6 Nature et contenu du suivi scientifique

2.3.6.1 Définition de l'activité

Le terme « suivi scientifique » suggère le concept de continuité d'une consultance basée sur l'expérience de consultants extérieurs au projet. Il s'agit d'aider¹⁸ à la mise en œuvre du projet en profitant d'une position extérieure privilégiée, sans responsabilité hiérarchique ni prise de décision directe¹⁹.

Les aides sont de deux ordres : les concepts et le travail d'équipe. Il s'agit de partir de l'expérience des acteurs locaux et de leur vécu, pour ensuite tenter de cadrer et de conceptualiser cette expérience afin finalement de pouvoir identifier les actions les plus appropriées. Le fait que les consultants extérieurs possèdent une expérience différente de celle des chercheurs opérationnels (du terrain) peut les amener à suggérer des solutions créatives au projet lui-même. Le fait qu'ils soient extérieurs leur permet d'aider à vaincre les obstacles personnels dans la formation d'équipes. On pourrait donc détailler les objectifs du suivi scientifique de la manière suivante.

2.3.6.2 Objectifs

- Identification d'axes de travail.
- Discussion et rédaction de cadres conceptuels spécifiques (par exemple : sur le niveau intermédiaire ou la coordination public/privé), entre autre pour aider à définir les problèmes.
- Aide à la conception et à la formulation de stratégies lorsque l'équipe locale rencontre des difficultés et qu'il faut un apport créatif extérieur.
- Aide à la formulation de recherches (entre autre pour formuler les hypothèses et définir les méthodologies).
- Aide aux processus d'enseignement destinés à des acteurs externes ou internes du projet ;
- Aide à l'extension et à la pérennisation des acquis du projet (capitalisation) ;
- Aide à la mise en place d'un cadre d'évaluation, surtout en ce qui concerne la construction d'un cadre de données à recueillir (documentation et recherche).
- Aide à la formation d'équipes y compris
- Aide à la définition de l'articulation entre les chercheurs opérationnels (équipes cadre) et les acteurs locaux ;

¹⁸ Le terme « aide » est donc à comprendre ici dans le sens de « coaching » à partir des activités des acteurs ou de « guidance » plutôt informative avec une connotation de formation continue. Dans ce cadre, des exposés formels ne sont donc pas à exclure.

¹⁹ Sauf exception - avec l'approbation de toutes les parties - pour aider à débloquer une situation.

2.3.6.3 Méthodes

Les méthodes de suivi sont basées sur l'empathie et la formation continue. Elles doivent permettre d'identifier les **problèmes** et les besoins du projet afin de compléter le modèle, de stabiliser les résultats des recherches action, et d'en permettre la reproduction ailleurs.

En termes concrets il faudrait prévoir :

- Des missions au niveau des zones de santé, des ECP ou de la DEP, combinant des entrevues individuelles, des observations d'activités, des révisions de documents et de rapports, des discussions en séances plénières, qui doivent renforcer le leadership des acteurs locaux. Il peut être intéressant de faire suivre des entrevues individuelles par une séance plénière où un responsable local de projet de recherche présente le problème et les pistes de solutions discutées à l'ensemble de l'équipe.
- Entre les missions, des correspondances et recherches bibliographiques en fonction des questions qui se posent aux différents niveaux.
- Une aide plus directive et technique dans une démarche systématique de recherche (et bien sûr de documentation) lorsque la recherche de solution impliquant vision, procédures quantitatives, stratégies alternatives et instructions opérationnelles devient complexe.

La cible du suivi scientifique sera constituée des cadres nationaux et des conseillers techniques qui participent à des recherches opérationnelles, c.-à-d. qui sont engagés dans la conception, la réalisation et l'évaluation d'un projet ou d'un programme.

2.3.6.4 Conditions de réussite d'un suivi efficient

- Les consultants du suivi scientifique doivent travailler en coordination totale avec la coordination interne des projets ASSNIP afin de ne pas aboutir à des contradictions
- Les consultants doivent cependant pouvoir dialoguer avec les responsables de la conception générale du projet.
- Ils doivent pouvoir contribuer à la répartition des responsabilités de recherche entre les chercheurs opérationnels des équipes locales.
- Il faut un certain degré de continuité du suivi par les mêmes consultants, sans que ceci ne s'oppose à l'intervention de consultants plus extérieurs, choisis pour des compétences spéciales.
- Une recherche action devrait porter sur l'utilité du suivi scientifique lui-même.
- Chaque mission de suivi scientifique périodique résultera en un rapport qui contiendra au moins une analyse de la situation et des difficultés rencontrées sur le terrain avec, si nécessaire, l'identification de nouvelles orientations.
- Il s'agit ici d'un appui longitudinal par une équipe qui s'intéresse à l'ensemble du « programme » ASSNIP et adapte son appui aux demandes du terrain et aux besoins qu'elle identifie. Un tel suivi s'appuie à la fois sur des missions de terrain régulières et sur une communication continue.

En ce sens, si l'équipe du suivi du projet ASSNIP 4 n'est pas la même que celle d'ASSNIP 1-2, une coordination très étroite entre les 2 équipes est recommandée.

D'autre part, ce projet devant préparer les structures nationales à prendre leurs responsabilités, on peut considérer que le suivi scientifique joue le rôle qu'une institution universitaire jouerait auprès de la DEP en appui à des projets (pilotes) de recherche et de démonstration. En ce sens, cette

perspective sera renforcée par une collaboration étroite avec une institution universitaire congolaise qu'il serait même souhaitable d'associer à l'offre de service.

2.3.7 Relations de l'assistance technique et du suivi scientifique avec le Ministère de la Santé Publique

Pour passer d'une pratique de gestion de crise, intuitive du système de santé périphérique et intermédiaire, à des décisions collégiales, réfléchies, reposant sur une analyse systématique et rationnelle des problèmes, s'appuyant sur les connaissances disponibles nationalement et internationalement, il a été envisagé dans le cadre de la mise en œuvre de différents volets de ASSNIP un appui extérieur constitué à la fois par l'assistance technique et le suivi scientifique.

Dans le cadre de la mise en œuvre de ce projet le suivi scientifique et l'assistance technique sont vus comme une préfiguration des responsabilités que devront prendre les structures nationales à l'issue du projet.

L'un et l'autre disparaîtront ou changeront fondamentalement de forme après la cessation du programme ASSNIP. Ce mouvement doit être progressif. Rien n'impose qu'il s'applique au même rythme à chacune des composantes de l'appui. Mais il convient qu'il soit amorcé rapidement ; le volet 4 du programme contient plusieurs dispositions qui vont dans ce sens.

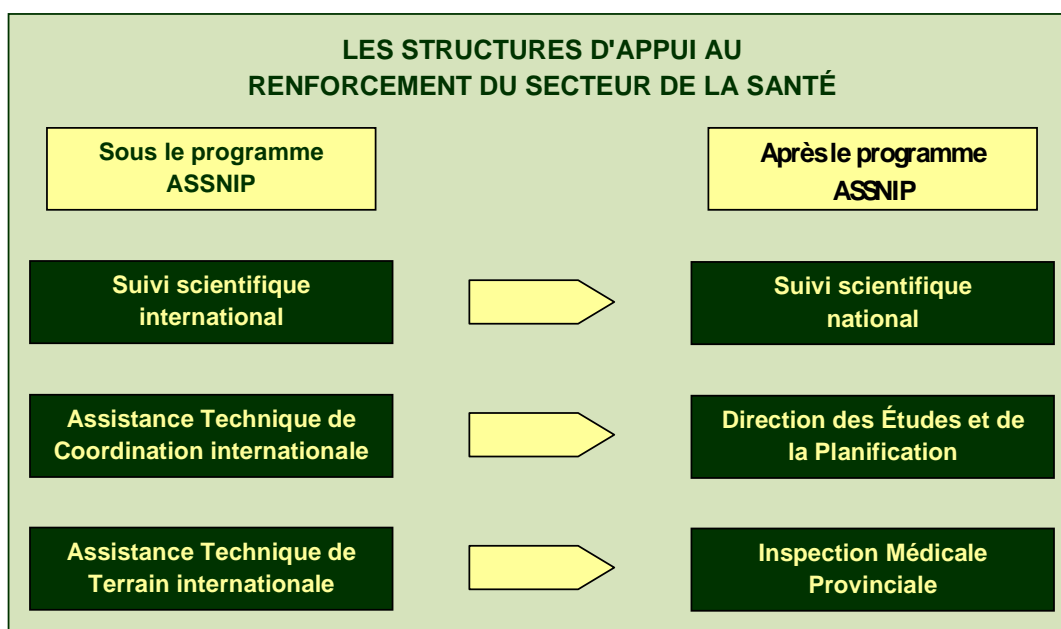


Figure 1. L'évolution des structures d'appui au renforcement du secteur de la santé vers l'achèvement du programme ASSNIP

A la différence du suivi scientifique, considéré essentiellement comme un appui extérieur par une institution universitaire, en dehors de la ligne hiérarchique, l'assistance technique est envisagée comme une préfiguration de ce que devront faire les différentes instances du ministère de la santé publique.

Une des missions de la Direction des Etudes et de la Planification (DEP) est de veiller à ce que l'élaboration des politiques, les normes et les stratégies du secteur de la santé soit basée sur la

recherche en système de santé. L'implication d'un membre du staff de la DEP dans la mise en œuvre de différents volets du programme ASSNIP constitue une opportunité pour la DEP de développer des compétences pour assumer cette mission.

Mais en attendant que la DEP développe les compétences spécifiques qu'exige le suivi de la mise en œuvre des volets ASSNIP, l'assistance technique de coordination jouera le rôle de préfiguration de la DEP.

La condition de cette préfiguration est que l'action du projet ASSNIP soit reproductible par les structures du MSP et que la continuité de la prise en charge soit assurée.

Au niveau de l'assistance technique de coordination centrale, il est recommandé qu'un membre du staff de la DEP soit identifié pour partager cette responsabilité sous la responsabilité du Directeur de la DEP. Il s'agit d'un processus de concertation, de formation et de reprise en charge progressive par la DEP toute entière et il doit donc être clair que le membre identifié de la DEP n'est pas simplement le point focal de l'assistance technique.

Les termes de référence de l'expert de la Direction des études et de la Planification à rattacher à l'assistance technique de coordination sont précisés en annexe (voir point 7.3.2 « Renforcement de l'assistance technique de coordination : expert de la DEP ») à titre indicatif ; en effet, il semble opportun de laisser au responsable de la DEP la latitude de les préciser et d'opérer la sélection de l'agent affecté à cette fonction.

Au niveau du suivi scientifique, le point focal du suivi scientifique à la DEP pour les volets 1 et 2 devrait être rattaché à une institution académique nationale intéressée à la mise en œuvre de la SRSS. Une amélioration devra de ce fait, être introduite dans la structuration du suivi scientifique. Le rôle de la DEP étant dans ce cadre d'offrir un cadre de travail au point focal de l'équipe de suivi scientifique.

2.4 PARTICULARITÉS DES MODALITÉS D'EXÉCUTION

2.4.1 Précisions sur la nécessité de « protections »

Il est abondamment question de « protections » des zones de santé ou des formations sanitaires en cours de renforcement, en particulier lorsqu'elles ont vocation à devenir des entités de démonstration.

Il s'agit :

- Pour ces entités, de les autoriser à s'écarter de dispositions réglementaires ou normatives et de leur permettre de développer - généralement à titre expérimental - des procédures ou des méthodes originales et d'évaluer leurs qualités (efficacité, efficacité, ...) par rapport aux normes et règlements et déterminer la pertinence d'extension ultérieures éventuelles ;
- Pour tous les partenaires impliqués dans l'exécution du projet ASSNIP, de soutenir les entités en développement dans leurs démarches expérimentales ; ceci peut éventuellement exiger de ces partenaires qu'ils engagent leur autorité hiérarchique ou formelle dans ce soutien ; on pense ici, notamment, aux opérateurs privés actifs dans le projet.

Ces dispositions pourront toucher à :

- La gestion du personnel : par exemple, les modalités d'encouragement à une redistribution géographique des ressources humaines, les modalités de facilitation de prise de retraite... ;
- Les relations avec les patients : les modalités d'encouragement à suivre le circuit rationnel de leur accès aux services de santé, à utiliser de façon rationnelle les ressources mises à disposition...
- Des domaines plus généraux tels que les mécanismes de tarification ;
- ...

Bien entendu, les expériences ainsi tentées ne le seront qu'en concertation avec toutes les parties ; elles seront soigneusement mises en place, analysées, documentées en tant qu'éléments de la recherche-action qui imprègne tous les projets ASSNIP.

L'expérience des projets ASSNIP 1, 2 et 3 met en évidence la difficulté à mener de telles expériences et la nécessité de la mobilisation de tous les acteurs, notamment des pouvoirs de tutelle.

Le projet ASSNIP – Volet 4 présente la particularité de mettre en jeu des acteurs nouveaux, les opérateurs privés actifs sur les sites à développer. Ils seront considérés comme des partenaires à part entière dans la recherche-action engagée ; ils respecteront aussi les « protections » qui auront été convenues.

2.4.2 Des moyens de motivation et de fidélisation du personnel

Chacun reconnaît le caractère pernicieux de la pratique très généralement répandue de « primes » qui constituent aujourd'hui l'essentiel de la rémunération des agents employés dans le secteur de la santé. Ceci est d'autant plus déstructurant pour le système que les primes sont accordées sous forme de per diem à l'occasion de séminaires ou de formations sur des sujets étrangers à la réforme du secteur.

Dans les volets 1, 2 et 3 du programme ASSNIP la Coopération belgo-congolaise a proposé de verser à chaque agent des formations sanitaires renforcées un complément de salaire couvrant l'écart entre la rémunération effectivement versée par l'état congolais et le barème reconnu comme légitime par la Fonction Publique. Les difficultés de mise en œuvre de cette disposition ainsi que les particularités du volet 4 du programme ASSNIP (présence d'opérateurs privés en tant qu'employeurs effectifs, personnels moins pléthoriques que sur les sites antérieurs, problème de distribution géographique des ressources humaines plus que de sureffectifs globaux...) incitent à envisager d'autres formes d'encouragement, de motivation et de fidélisation du personnel.

Conformément aux accord inter bailleurs et les partenaire congolais, il est prévu que le personnel rationalisé reçoive une indemnité conforme les accords. Un personnel rationalisé est une condition préalable absolue avant de passer à l'acte. Un personnel rationalisé peut être défini comme :

- Dans les Hôpitaux Généraux de Référence,
1 infirmier pour 3 lits (avec une proportion de 20 % d'infirmiers A1)
- Dans les CSI : 4 infirmiers

Pour la rationalisation du personnel une négociation avec les autorités provinciales, les ministère de la santé publique et le ministère de la fonction publique et avec les syndicats sera nécessaire.

2.5 RECOMMANDATIONS FAIT DANS LE RAPPORT ANNUEL 2008 ASSNIP VOLET 2

Les recommandations suivantes ont été formulées :

- Accélérer le processus de projets d'arrêtés relatifs aux Mesures Transitoires
- Clarifier l'approche à adopter en rapport à la mise en place et le mode de fonctionnement de l'ECP en vue de rendre effective sa mission d'accompagnement des ZS
- Assurer la protection des ZS en réhabilitation
- Assurer une meilleure coordination au niveau provincial des appuis des différents partenaires
- Harmoniser la tarification en vue d'assurer une meilleure accessibilité financière aux services de santé
- Assurer des supervisions régulières des structures sanitaires
- Tenir régulièrement les réunions des Comités de Gestion et Conseils d'Administration
- Evaluer régulièrement les performances du personnel sur base de son job descripting
- Veiller en concertation avec les partenaires au respect de leur planification
- Proposer à la prochaine SMCL la création d'une ligne claire pour l'achat de l'équipement médico-technique.

Le présent dossier tient compte de ces remarques.

3. PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE

3.1 LA COHÉRENCE ET LES COMPLÉMENTARITÉS ENTRE LES DIFFÉRENTS VOILETS DU PROGRAMME D'APPUI AU SYSTÈME DE SANTÉ AUX NIVEAUX INTERMÉDIAIRE ET PÉRIPHÉRIQUE

La pertinence de grouper les différents volets ASSNIP dans un programme unique apparaissait évidente dès la confection initiale du programme en 2006 (ASSNIP 1 et 2) en les considérant, d'une part, sous l'éclairage de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé et, d'autre part, parmi l'ensemble des actions de la Coopération belgo-congolaise dans le secteur de la santé en République Démocratique du Congo.

Les deux volets qui sont formulés ici complètent un programme qui vise le renforcement institutionnel des différents niveaux du service de santé, depuis le niveau opérationnel jusqu'au niveau central en passant par le niveau intermédiaire. La diversité des situations ainsi que l'étendue du territoire congolais justifient que le programme se développe sur plusieurs sites distincts et produise plusieurs zones de santé de démonstration. Quatre ou cinq sites paraissent une mesure adéquate, en sorte qu'on n'envisage plus de volets complémentaires à ce projet (voir point 5.11 « Clôture de la prestation »)

Le programme d'Appui au Système de Santé aux Niveaux Intermédiaire et Périphérique (ASSNIP : volets 1 à 5) et le programme d'Appui au Système de Santé au Niveau Central (ASSNIC : l'Appui à la Direction des études et de la Planification du Ministère de la Santé (phase 2) et le prochain Appui à la Direction de Lutte contre la Maladie) constituent une panoplie diversifiée mais complémentaire d'actions systémiques que la Belgique mène au service du renforcement du secteur de la santé de la République Démocratique du Congo.

Ils vont permettre à la DEP, grâce à la diversité des sites et des montages - urbain, rural, confessionnel... - de recueillir des données capitales pour la définition de normes correctes, pour la planification et pour l'amélioration de la politique sanitaire nationale.

Le projets ASSNIP et ASSNIC sont donc parfaitement complémentaires et renforcent l'un l'autre. Les projets ASSNIP seront également complémentaire avec le projet d'appui au programme de lutte contre la trypanosomiase. Surtout maintenant au niveau de Sud Ubangi (l'ASSNIP 4) où la trypanosomiase est hyper endémique, la collaboration entre les deux interventions sera inévitable surtout parce que dans le nouveau projet Trypano, l'intégration du programme dans le système de santé global est la stratégie centrale.

Finalement, un appui est donné par la coopération belgo-congolaise aux centrales d'achat des médicaments. Le médicaments est un thème transversal crucial pour tout système de santé et constitue un frein majeur pour la qualité des soins en RDC. Dans le cadre des ASSNIP, tous les achats médicaments passent par les centrales sauf rupture de stock à ce niveau. Des comptes seront ouvert au niveau des centrales de Bwamanda et de Kikwit (ASSNIP 4 et 5 respectivement) pour fournir toutes les zones de santé des 2 provinces appuyées en médicaments en attendant un encadrement plus intensif après avoir rendu fonctionnel la zone de démonstration. Cette injection

important en médicaments devrait permettre aux zones de santé de redémarrer les activités cliniques dans un premier pas de rationalisation des soins.

3.2 OBJECTIF GÉNÉRAL

L'état de santé de la population est amélioré dans les territoires d'intervention du programme : la future province du Sud-Ubangi, Province de l'Équateur et la future province du Kwilu, Province du Bandundu

Cette expression de l'objectif général est reprise du dossier d'identification. Cet objectif est conforme à la Stratégie de Renforcement du Système de Santé.

3.3 OBJECTIF SPÉCIFIQUE

Les soins de santé offerts aux populations de zones sélectionnées sont progressivement améliorés en qualité (soins globaux, continus, intégrés, efficaces, efficaces, accessibles) par des processus d'amélioration progressive qui forment un modèle largement reproductible dans la République Démocratique du Congo

Nous avons repris la formulation de l'objectif spécifique retenu pour les volets 1 et 2 et maintenu la fin de la phrase (...qui forment un modèle largement reproductible dans la République Démocratique du Congo).

Cet objectif est pertinent par rapport aux besoins de la population cible du programme et parfaitement cohérent avec l'appui du programme à la mise en œuvre de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé qui doit permettre, par les mises au point qui se feront au niveau du terrain, de fournir au niveau central des données utiles pour l'actualisation des normes, pour la définition de politiques et pour la planification.

3.4 RÉSULTATS ATTENDUS, ASSNIP – VOLET 4, FUTURE PROVINCE DU SUD-UBANGI

Les volets 4 (Sud-Ubangi) et 5 (Kwilu) sont tous deux structurés en cinq résultats intermédiaires formulés de façon identique.

Table 2 : résultats Volet 4 Sud-Ubangi

Résultat V4/R1	L'Equipe Cadre Provinciale est opérationnelle
Résultat V4/R2	Des Equipes Cadres de Zones sont opérationnelles
Résultat V4/R3	Les structures opérationnelles sont progressivement renforcées
Résultat V4/R4	Le niveau central est alimenté en informations pertinentes pour la planification du secteur à partir de recherches effectuées par le volet 4
Résultat V4/R5	L'approvisionnement des ZS du District en médicaments est amélioré

Chacun est commenté ci-dessous :

Résultat V4/R1

L'Equipe Cadre Provinciale est opérationnelle

Il s'agit de l'élément le plus novateur du projet. Certes ce résultat figurait de la même façon dans les volets précédents, mais le poids qui lui était accordé, en terme de budgets ou d'assistance technique, le plaçait en retrait par rapport au développement des zones de santé et de leurs équipes cadres.

Ici, l'accent est d'emblée placé sur ce niveau intermédiaire.

Nous renvoyons au paragraphe qui lui est expressément consacré plus haut pour la description de son contenu et les recommandations quant aux activités qui doivent y conduire (voir point 2.2.3 « Précisions sur la mise en place des équipes cadres provinciales »)

Résultat V4/R2

Des Equipes Cadres de Zones sont opérationnelles

Au niveau de chaque Zone de Santé, l'équipe cadre aura à élaborer un plan de développement de la zone et à entamer son exécution. Elle assurera progressivement la supervision des Centres de Santé à mesure que ceux-ci seront rationalisés.

La composition et les modalités de constitution des équipes cadres de zones de santé sont aussi décrites plus haut (voir point 2.2.3 « Précisions sur la composition et les processus de mise en place des équipes cadres de zones »)

3.4.1 Les appuis techniques

L'appui des équipes cadres de zones de santé par l'assistance technique de la Coopération Technique Belge se fera par l'intervention du conseiller technique terrain, responsable de chacun des deux volets du programme, localisé à la Division Provinciale de la Santé.

Des budgets sont prévus pour des bourses destinées aux membres des équipes cadres ainsi que pour la participation à des séminaires et à des voyages d'études.

3.4.2 Les appuis matériels

3.4.2.1 Les appuis en investissement

Bien que le programme soit fortement orienté vers l'assistance technique et la couverture temporaire de coûts de fonctionnement des formations sanitaires soutenues, il prévoit le financement de réhabilitations, voire de constructions, de locaux destinés à abriter les équipes cadres.

Des équipements bureautiques seront fournis par le programme.



Photo 2. Le Bureau de l'IMD, de face



Photo 1. ... à réhabiliter !



Photo 3. ... de dos

Figure 2 : le bureau de l'IMD

Pour réaliser les réhabilitations et pour faciliter le suivi technique (architectural) des travaux, les budgets de réhabilitation incluent à chaque niveau une partie pour engager un expert congolais en travaux publics avec connaissance des marchés publics en construction. Cette personne sera basée à Kinshasa pour coordonner et suivre l'ensemble des travaux de réhabilitation des 2 volets. Probablement un contrat de 18 mois devrait suffire.

3.4.2.2 Les appuis en fonctionnement

Le programme prendra en charge les coûts de fonctionnement des équipes cadres, notamment les frais de déplacements.

3.4.3 Les appuis financiers : le financement de moyens de motivation et de fidélisation du personnel

Les agents congolais membres des équipes cadres pourront bénéficier de rémunérations fixées en considération des prestations effectivement fournies et en cohérence avec les perspectives ouvertes par la réforme de la Fonction Publique, telles qu'elles sont aujourd'hui connues.

Mais l'essentiel des ressources budgétaires prévues dans ce cadre sera utilisé avec une grande liberté à des mesures à mettre en place par le projet lui-même (voir point 2.4.2 « Des moyens de motivation et de fidélisation du personnel »).

Résultat V4/R3

Les structures opérationnelles sont progressivement renforcées

Le programme ASSNIP concentre ses ressources sur les formations sanitaires ; c'est au départ du renforcement de celles-ci qu'il ambitionne de contribuer - avec d'autres programmes tels que ASSNiC, appui aux directions du MSP central... - à la réforme de l'ensemble du secteur.

Près de 50 % de l'enveloppe budgétaire globale du projet ASSNIP – Volets 4 et 5 sont directement alloués à la poursuite du résultat R3. Il faut y ajouter une part très importante des « coûts globaux » qui bénéficieront aussi directement aux formations sanitaires et aux personnels qui y sont affectés (bourses, voyages d'étude, assistance technique, suivi scientifique, études ponctuelles...)

Ceci justifie que, outre le détail des activités présenté dans le cadre logique et le cadre budgétaire, on le décrive de façon plus synthétique ici.

3.4.4 La rationalisation des Ressources humaines

3.4.4.1 Le dégageement des agents en âge d'être retraités

De nombreux fonctionnaires en âge de retraite demeurent encore en fonction malgré les efforts de l'état Congolais pour les indemniser correctement. Cette conjoncture entraîne des effets pervers en entretenant un excédent de personnels constaté dans la plupart des formations sanitaires publiques et rend extrêmement aléatoire tout effort de rationalisation²⁰.

Comme disposition initiale de rationalisation de chaque formation, le programme servira à ces agents, dans les formations en cours de rationalisation, des indemnités acceptables pour eux et fixées autant que possible en cohérence avec les perspectives ouvertes par la réforme de la Fonction Publique. Des modalités devront être arrêtées pour la reprise progressive par l'état Congolais de ses obligations en cette matière.

La première année, cela concernera le personnel de l'hôpital général de référence de la zone Zone de Santé choisie comme sone de démonstration. On examinera l'opportunité d'étendre cette mesure dès la deuxième année à d'autres zones de santé du Sud-Ubangi en anticipation à l'appui que le projet leur apportera ultérieurement.

3.4.4.2 La détermination du cadre organique de chaque structure

Le cadre organique est retenu comme suit :

²⁰ Il faut toutefois remarquer que la pléthore de personnel de soins est moins marquée en Sud-Ubangi, notamment à Bwamanda que sur les sites des ASSNIP 1 et 2.

L'Hôpital Général de Référence

- Médecins : 1 médecin pour 30 lits avec un minimum de 2 médecins
- Infirmiers et autres personnels techniques de santé :
1 infirmier pour 3 lits,
dont 20 % d'infirmiers A1
- Autres personnels : 1 agent pour 12 lits

Le Centre de Santé Intégré

- Infirmiers : 4 infirmiers

La sélection des agents appelés à remplir ce cadre

Les membres du personnel des formations sanitaires en voie de renforcement seront désignés par le Médecin Chef de District²¹ parmi une liste de candidats présélectionnés par un comité d'évaluation²² composé de :

- un délégué de l'Equipe Cadre Provinciale
- un délégué du Ministère de la Fonction Publique
- le Médecin Chef de la Zone concernée
- un délégué d'un bailleur important dans la province,
- le conseiller technique du projet de la Coopération belgo-congolaise,

et ce, après appel à candidature lancé sur base d'une description de poste fine et évaluation sur base de critères objectifs.

3.4.5 Les appuis du programme aux formations sanitaires soutenues

3.4.5.1 Les appuis techniques

Contrairement aux volets précédents du programme ASSNIP, l'assistance technique de la CTB est à présent ancrée au niveau intermédiaire, la province médicale. Mais l'activité du conseiller technique ainsi que celle du suivi scientifique seront orientées vers la zone de santé et, plus particulièrement, vers les formations sanitaires en développement.

Le programme ouvre des lignes budgétaires pour des bourses destinées aux membres des équipes cadres et des équipes de direction ainsi que pour la participation à des séminaires et à des voyages d'études, pour autant que ceux-ci répondent à des besoins explicitement justifiés et programmés dans les plans d'action annuels..

3.4.5.2 Les appuis matériels

1. Les appuis en investissement

La réhabilitation des hôpitaux généraux de référence constitue un poste important du projet actuel ; un montant de près de 300 000 € y est affecté pour chaque hôpital pris en charge par le projet. Le contenu et la planification de cette réhabilitation seront détaillés et le budget sera affiné par un plan directeur dressé en début de projet.

²¹ Formellement, cette prérogative appartient au Médecin Inspecteur de Province ; une concertation entre les deux niveaux sera donc organisée pour anticiper la structure future

²² Ce comité pourra intervenir dans d'autres tâches relatives à la gestion du personnel. Notamment, son avis sera sollicité lors de demande de renvoi d'un agent déjà en poste.

On prévoira en effet de dresser rapidement des plans directeurs hospitaliers pour les hôpitaux généraux de référence des deux ou trois zones de santé appelées à être soutenues dans leur développement par le projet. Ceci se justifie par l'état des infrastructures concernées²³. Les termes de référence de ces études sont ébauchés en annexe (voir point 3.6.2 « Plans directeurs hospitaliers »).

Ces développements immobiliers pourront éventuellement aussi toucher les ITM, certains centres de santé et comporter des logements pour les personnels des formations sanitaires. Pour les ITM, un plan général provincial basé sur les besoins objectifs de nouvelles formations sera établi préalablement.

Des véhicules seront fournis pour permettre le déroulement des activités des formations sanitaires, notamment la prise en charge des urgences (ambulances, voitures, motos).

Des équipements bureautiques seront fournis par le programme.

2. Les appuis en fonctionnement

Le programme prendra largement en charge les coûts de fonctionnement des formations sanitaires soutenues.

Notons deux lignes particulières dans les budgets réservés à cet effet :

- les produits pharmaceutiques et médicaux
Le projet prévoit leur financement à concurrence de 16 € par admission en hôpital général de référence et 125 € par mois et par Centre de Santé
- la maintenance des infrastructures et équipements
Une ligne a été prévue à hauteur de 240 € par an et par lit hospitalier. Cette conjoncture doit permettre, outre la maintenance proprement dite, de déterminer à terme son coût réel, aujourd'hui tout à fait inconnu.

Une ligne budgétaire sera ouverte au niveau des CDR selon les procédures établies déjà par le projet d'appui aux CDR. Les ECZ soumettront leurs commandes pour approbation au CT qui donnera le feu vert au CDR pour fournir la commande. Ceci évitera que les CDR doivent préfinancer les stocks de médicaments. Les livraisons seront vérifiées au moment de l'arrivage dans les zones.

Le projet d'appui aux centrales d'achat de médicaments (projet CDR) est un autre projet dans le cadre de la coopération belgo-congolaise qui vise de son côté contribuer au renforcement du système de santé. La problématique du médicament dans un pays est un thème transversal pour tout système de santé.

Les projets ASSNIP profitent de cette intervention dans la mesure qu'elle assure la disponibilité des médicaments dans les zones appuyés par ASSNIP. De l'autre côté, les projets ASSNIP, et surtout le présent projet ASSNIP 4-5, achètent des médicaments dans les centrales d'achat et contribuent ainsi à la viabilité financière des centrales. Les zones de santé appuyées seront aussi introduites dans les procédures de travailler à travers les centrales d'achat. La complémentarité est donc complète. ASSNIP 4-5 prévoit une importante ligne budgétaire dans chacun de ses volets pour achats de médicaments qui serviront comme un premier appui aux zones de santé dans les

²³ Les volets 1 et 2 du programme (Kisangani et Bas Congo) ne comportaient pas ces éléments car les infrastructures avaient subi une réhabilitation substantielle au cours de projets de coopération antérieurs. Le volet 3 (Kisantu, Bas Congo) fait l'objet de l'élaboration d'un plan directeur hors parallèlement au projet ASSNIP.

nouvelles provinces mais qui ne sont pas retenues comme zones de démonstration et qui ne bénéficieront donc pas d'un appui plus complet (financièrement et techniquement) dans un premier temps.

Les ASSNIP ont aussi des liens structurels avec le futur projet d'appui institutionnel au niveau de la 4^{ième} direction (Direction de Lutte contre les Maladies – DLM). Cette direction devra coordonner les différents programmes verticaux dans le pays. Comme partout, l'intégration au niveau opérationnel de ces programmes pose problème et le programme ASSNIP y est confronté. Notamment le programme de lutte contre la trypanosomiase est très active dans la future province de Sud-Ubangi à cause de l'endémicité de la maladie dans cet endroit. Le programme ASSNIP devra collaborer avec ce programme et devra chercher une stratégie d'intégration opérationnelle.

L'intégration des programmes verticaux et leur articulation avec les autorités provinciales restent à être définies. Vu son ancrage spécifique au niveau provincial, le projet ASSNIP 4-5 contribuera particulièrement à la définition de cette relation entre programmes verticaux et l'organisation de l'ECP.

3.4.6 La chronologie de la prise en charge des différentes formations

La planification fine sera déterminée par les équipes cadres au cours de l'exécution du programme.

3.4.7 Une remarque sur les institutions privées visées par le programme

L'élaboration de modèles de partenariat public/privé, activité très importante dans le volet actuel du programme, est formellement localisée au niveau provincial (V4/R1/A3), mais elle impliquera tous les acteurs du programme, à tous les niveaux. Concrètement elle visera évidemment les formations sanitaires elles-mêmes.

Résultat V4/R4

Le niveau central est alimenté en informations pertinentes pour la planification du secteur à partir de recherches effectuées par le volet 4

Il s'agit d'un résultat essentiel pour la pérennisation des réformes mises en place sur les sites d'intervention du programme d'Appui au Système de Santé aux Niveaux Intermédiaire et Périphérique.

Sa réalisation sera évidemment une préoccupation centrale de l'assistance technique de coordination, du suivi scientifique du programme d'Appui au Système de Santé aux Niveaux Intermédiaire et Périphérique mais aussi des composantes du programme d'Appui au Système de Santé au Niveau Central.

Les modalités de renforcement de l'assistance technique de coordination sont décrites par ailleurs. Elles sont fondées sur l'engagement par la Direction des études et de la Planification d'un agent affecté prioritairement à la coordination des différents volets ASSNIP de façon à amorcer l'implication de cette direction centrale du MSP dans cette tâche. Les budgets prévus à cette fin couvriront les éléments suivants :

V4/R4/A1

Renforcer la DEP (expert national)

- la rémunération de l'agent
- 10 déplacements par an pour l'agent DEP accompagné d'une personne (10 jours en moyenne)
- les per diem correspondants
- l'usage d'une voiture
- l'usage d'un téléphone
- l'achat d'une voiture et d'un ordinateur.

Résultat V4/R5

L'approvisionnement des ZS du District en médicaments est amélioré

Les volets 4 et 5 du programme prévoient la distribution de médicaments pour un montant de 250.000 euros/an (200.000 la première année) pour chaque volet à l'ensemble des zones de santé non couvertes par le programme de développement.

Ceci aura pour effet d'améliorer le fonctionnement de ces zones et, en conséquence, les préparer à leur renforcement ultérieur. En effet, il est constamment constaté que la simple disponibilité de médicaments dans les formations sanitaires a un impact positif sur ces dernières.

La gestion de ce poste sera confiée au CDR de Bwamanda. Comme déjà expliqué au niveau du point 3.4.5.2, l'achat de médicaments sera préfinancé au niveau des CDR, mais les commandes seront strictement jugées préalablement à l'approbation et les livraisons vérifiées.

3.5 RÉSULTATS ATTENDUS, ASSNIP – VOLET 5, FUTURE PROVINCE DU KWILU

Les résultats attendus dans le volet 5, Kwilu, sont identiques à ceux du volet 4, Sud-Ubangi. Leur contenu et les activités à mettre en œuvre sont fort semblables. Des différences pourront apparaître lorsque la zone de santé de développement initial (zone de démonstration) y aura été sélectionnée. On peut en identifier immédiatement déjà :

Volet 5 : R1/A1/00

Déterminer la ZS à développer par priorité (ZS de démonstration)

Une étude préalable nécessaire au démarrage effectif des volets consiste dans le choix de la zone de santé considérée comme future zone de démonstration.

Bien entendu, ce volet bénéficiera de l'élaboration de plans directeurs hospitaliers pour deux ou trois hôpitaux généraux de référence, comme le volet 4 et pour les mêmes raisons.

Volet 5 : V4/R1/A3

Soutenir l'élaboration de modèles de partenariat public/privé

L'équipe Cadre Provinciale a pour vocation primordiale la planification des services de santé sur son territoire. C'est dans ce cadre que lui est dévolue la charge de promouvoir la structuration de la collaboration entre les opérateurs privés²⁴ de la santé et les autorités publiques (V5/R1/A3, Soutenir l'élaboration de modèles de partenariat public/privé). Cette activité est mentionnée dans le volet 5, sans budget correspondant.

3.6 ACTIVITÉS À METTRE EN ŒUVRE

Des activités sont amplement identifiées dans le cadre logique avec les sous activités essentielles. Les moyens nécessaires à leur accomplissement sont détaillés dans les tableaux du budget et leur planification figure dans les chronogrammes du projet.

Il faut insister sur le fait que dans un projet qui comporte une très importante dimension de recherche, il est illusoire de vouloir déterminer a priori le détail des tâches qui seront accomplies au cours de son exécution. Une très grande latitude sera laissée aux acteurs qui y seront engagés sous la supervision, voire sous la conduite, de la DEP et du Groupe d'appui à la Stratégie de renforcement du système de santé que la direction abrite ainsi que des différentes structures de suivi.

D'autre part, la mise en œuvre du présent projet d'Appui au Système de Santé aux Niveaux Intermédiaire et Périphérique exige que deux démarches soient exécutées comme phase tout à fait initiale de celui-ci²⁵.

3.6.1 Activité préliminaire au début de l'exécution

R1/A1/00

Déterminer la ZS à développer par priorité (ZS de démonstration)

La présente mission n'a pas eu les moyens, notamment en temps, d'effectuer les visites indispensables à la formulation complète d'un projet. Une mission d'une semaine sera nécessaire, avec déplacement dans la future province du Kwilu et celle de Ubangi, pour, en concertation avec les autorités du district de santé et des ONG concernées :

- Sélectionner la zone de santé du district qui bénéficiera de l'appui initial visant à en faire une zone de démonstration ;
- Valider les éléments de la présente formulation, notamment les budgets et le chronogramme ;
- Identifier les particularités du site justifiant des dispositions spécifiques pour la formulation du volet.

Il n'est pas attendu que des difficultés notables surgissent dans le cadre de cette mission.

²⁴ Privé = initiatives privés type ONG à caractère non-marchand

²⁵ Dans le cadre du présent document de formulation les deux démarches sont prévues et budgétées par le projet.

3.6.2 Plans directeurs hospitaliers

R3/A1/01

Dresser des plans directeurs pour les hôpitaux (max 3) à réhabiliter

L'ampleur des réhabilitations des grandes infrastructures des zones de santé à renforcer justifie que l'on dresse des plans directeurs hospitaliers pour deux ou trois établissements par district. Dans le Sud-Ubangi, on étudiera l'hôpital de la zone de Bwamanda et un ou deux des hôpitaux parmi Tandala et Gemena.

Si l'hôpital de Gemena était retenu parmi les hôpitaux à réhabiliter à moyen terme, la mission d'élaboration de son plan directeur comporterait une importante approche de la problématique de l'Hôpital Général Provincial de Référence :

- justification d'un Hôpital Général Provincial de Référence dans chaque nouvelle province
- vocation de l'Hôpital Général Provincial de Référence :
 - plateau technique
 - compétences
 - articulation avec les autres niveaux de soins
 - ...
- phasage du développement de l'hôpital montant d'abord au niveau d'hôpital général de référence (de zone), puis, ultérieurement, au niveau d'Hôpital Général Provincial de Référence ;
- ...

Les termes de référence de cette étude sont donnés en annexe (« Plans directeurs hospitaliers ») du DTF.

3.7 INDICATEURS ET SOURCES DE VÉRIFICATION

La remarque faite ci-dessus sur la difficulté à (pré)définir en détail les activités est également pertinente pour les indicateurs et les moyens d'évaluation.

Certains sont néanmoins mentionnés dans le cadre logique. Une étude du 'baseline' sera réalisée au début du projet dans la mesure que les indicateurs ne soient pas disponibles à travers le système d'information sanitaire de routine. Cette étude fera objet du briefing des CT à Bruxelles préalablement à leur départ. Une collection à part de data n'est pas nécessaire. Des indicateurs peuvent y être ajoutés selon le déroulement et les orientations du projet.

Le moyen d'évaluation primordial sera le suivi régulier assuré tant par la CTB elle-même que par la (ou les) institution(s) académique(s) engagée(s) pour le suivi scientifique.

Ci-dessous, nous traitons le suivi des Hôpitaux Généraux de Référence soutenus par le projet à titre d'exemple de systèmes d'indicateurs à mettre en place.

3.7.1 Indicateurs de suivi des hôpitaux

La pertinence de cet exemple vient de l'importance des hôpitaux dans les processus de réforme du secteur de la santé : (i) position centrale et initiale dans le processus parmi les structures opérationnelles (on renforce chaque HGR immédiatement, on renforce les CS progressivement) ; (ii) radicalité de la transformation de la place des HGR dans les Zones de Santé (dans lesquelles ils seront désormais absolument intégrés alors qu'aujourd'hui ils sont fort autonomes) ; (iii) poids des HGR dans le Programme d'Appui au Système de Santé aux Niveaux Intermédiaire et Périphérique (dans chaque zone de santé soutenue, le volume des ressources financières allouées directement à l'HGR est plus de quatre fois supérieur à celui orientés vers les centres de santé : 982 820 euros contre 230 840).

Les systèmes de gestion et d'information standardisés qui seront mis en place dans les différentes institutions hospitalières devront permettre le suivi d'indicateurs tels que :

3.7.1.1 Indicateurs composites

- TOM (Taux d'occupation moyen)
- DMS (Durées moyennes de séjours par service)
- TRM (Taux de rotation des patients)

3.7.1.2 Indicateurs de production

- Nombre d'admission
- Nombre de journées d'hospitalisation
- Nombre d'interventions chirurgicales, majeure, mineures
- Nombre d'accouchements
- Nombre de prestations techniques (Rx, laboratoire,...), (total et par patient) pour patients externes/internes
- Volume de médicaments distribués, par service
- Nombre de médicaments prescrits par patient (distinction pts internes et externes)
- Activité des services logistiques (nombre de kg de linge traité, activité de maintenance, activité des ambulances,...)
- Activité des services administratifs (nombre de factures dressées, activité des services de recouvrement, des services sociaux)
- ...

3.7.1.3 Indicateurs de performance/qualité

- Taux de mortalité par service
- Nombre d'infections nosocomiales sur la totalité des patients opérés
- Fréquence des ruptures de stocks en pharmacie
- Taux de recouvrement des montants facturés
- Niveau de satisfaction de la patientèle
- ...

L'implantation de ces systèmes de gestion/information sera progressive et adaptée à chaque HGR et au niveau actuel de qualité de chacun d'eux dans ces domaines.

Si les indicateurs énumérés ci-dessus - d'ailleurs à titre d'exemples – sont relativement traditionnels dans le suivi de la gestion proprement dite des hôpitaux, ils sont de peu d'utilité pour apprécier leur

intégration dans le système de santé, ce qui est précisément un objet central de la réforme. Elaborer une grille d'évaluation sur ce sujet serait hasardeux à ce stade du projet ; ce sera une des tâches prioritaires du projet, à accomplir avec l'appui des différentes instances de suivi. On se limitera ici à en ébaucher quelques éléments.

3.7.1.4 Indicateurs d'« intégration »

- Taux d'admission pour la population de chaque aire de santé
- Nombre de références/contre références
- Taux de référence par centre de santé
- Proportion des références parmi les admissions à l'HGR
- Nature et qualité des appuis apportés par l'HGR aux CSI
 - Supervision
 - Pharmacie
 - Appui opérationnel
 - ...
- évaluation des « privilèges » accordés aux patients référencés
- Cohérence du système de tarification/facturation en HGR et CSI
- Gestion des indigents
- ...

L'évaluation de la satisfaction de la population/patientèle porte sur la réforme du système autant que sur le fonctionnement de chacune des formations sanitaires ; elle pourra nécessiter une approche sociologique spécifique.

3.8 ACTEURS INTERVENANT DANS LA MISE EN ŒUVRE

Le programme d'Appui au Système de Santé aux Niveaux Intermédiaire et Périphérique est mis en œuvre par, pour la Partie Congolaise :

- les structures périphériques du MSP dans les zones d'intervention : zones de santé, hôpitaux généraux de référence,
- les structures intermédiaires du MSP : Inspections Médicales Provinciales et de District.

Dans le cas des volets 4 et 5 du programme, des acteurs centraux seront les opérateurs privés actifs dans les zones d'intervention : le CDI-Bwamanda en Sud-Ubangi, équateur, et, vraisemblablement, MEMISA au Kwilu, Bandundu.

Pour la Partie Belge, la mise en œuvre est confiée à la Coopération Technique Belge.

En outre, de multiples acteurs sont mobilisés pour participer à la mise en œuvre à des titres divers :

- structures centrales du Ministère de la Santé Publique en tant que pouvoir de tutelle des structures périphériques ;
- la Direction des études et de la Planification en tant que réceptacle privilégié des enseignements produits par l'exécution du projet, notamment dans ses composantes de recherche,
- autres départements ministériels en relation avec les structures de santé, en particulier le Ministère de la Fonction Publique ;
- médecins coordinateurs de programmes de santé développés sur les sites d'intervention ;
- tous les partenaires techniques et financiers du secteur de la santé en République Démocratique du Congo
- ...

4. RESSOURCES

4.1 RESSOURCES HUMAINES

4.1.1 Ressources engagées pour l'exécution du programme d'appui

Le Programme d'Appui au Système de Santé aux Niveaux Intermédiaire et Périphérique se fonde sur une assistance technique pointue ; elle se caractérise davantage par la finesse de sa composition que par sa masse, que celle-ci s'exprime en effectifs engagés ou en budgets consommés.

Elle est multiforme et comporte des conseillers techniques internationaux, un appui scientifique relativement lourd et du personnel d'appui.

Elle absorbe quelque 20 % du budget global du projet.

Par rapport à l'expertise technique, les appellations suivantes sont suivies :

Chaque volet bénéficiera d'un **conseiller technique (terrain)**, qui sera ancré au niveau du district sanitaire (future province). Un **expert national** en santé publique sera affecté par le MSP à la DEP et recevra des conditions de travail comme l'ensemble du personnel de la DEP. Les dépenses pour le projet par rapport à cette personne peuvent être résumées comme :

Table 3 : dépenses renforcement DEP

cadre additionnel (DEP)	1 500/mois		18 000
Déplacements	8 960		8 960
Per diem	16 000		16 000
Voiture			4 000
Téléphone			4 320
		Total / année	51 280
Achat voiture	32 000	0	
Achat bureau	2 000	0	
Total inv	34 000		

Ces dépenses ne peuvent s'engager que sous condition d'une affectation effective d'un cadre avec le profil requis.

Le personnel d'appui se compose, pour chaque volet, de :

- Un(e) secrétaire comptable, chargé de la comptabilité du volet et travaillant sous la supervision et au service du conseiller technique, avec évidemment des liens fonctionnels et intensifs avec le MAF du portfolio management.
- Un(e) secrétaire dactylo.
- Un chauffeur.

Un expert congolais en construction pour suivre les travaux de réhabilitation est également prévu pour une durée de 18 mois. Ce budget est réparti dans les lignes budgétaires de réhabilitation avec un maximum total de 120.000 Euro, y compris son fonctionnement.

4.1.2 Amélioration des conditions sociales du personnel de santé

Le programme favorisera la rationalisation du personnel en contribuant à verser aux fonctionnaires susceptibles d'être retraités des indemnités acceptables. Le coût des indemnités de retraites est pris en compte à concurrence de 800 € (1000 US\$) par agent dans l'attente d'indications de la part des autorités congolaises (Fonction Publique).

Conformément aux accord inter bailleurs et les partenaire congolais, il est prévu que le personnel rationalisé reçoive une indemnité conforme les accords. Un personnel rationalisé est une condition préalable absolue avant de passer à l'acte. Un personnel rationalisé peut être défini comme :

- Dans les Hôpitaux Généraux de Référence,
1 infirmier pour 3 lits (avec une proportion de 20 % d'infirmiers A1)
- Dans les CSI : 4 infirmiers

Pour la rationalisation du personnel une négociation avec les autorités provinciales, les ministère de la santé publique et le ministère de la fonction publique et avec les syndicats sera nécessaire.

4.2 RESSOURCES MATÉRIELLES

4.2.1 Investissements

Outre des investissements en véhicules (ambulances, voitures et motos) et en outils de gestion (informatique, bureautique, connexions Internet...) des budgets importants sont prévus pour la réhabilitation des hôpitaux et pour la construction de logements pour le personnel.

Pour la seule réhabilitation des hôpitaux, près de 600.000 euros sont prévus dans chacun des deux provinces d'intervention du projet.

Des montants se cumulant à 160.000 euros sont prévus pour la réhabilitation des bureaux des équipes cadres provinciales et de zones.

Un montant de 115.000 euros est réservé à la construction de logements.

Enfin un montant de 150.000 euros est inscrit au profit d'appui à des ITM. Cet appui est absolument lié à la condition de développer un plan de couverture pour les ITM par province et le respect du moratoire sur le développement d'autres ITM. Le plan annuel 2008 volet 2 ASSNIP a démontré qu'il y a beaucoup de problèmes si cette condition n'est pas rempli. Ce problème a suscité beaucoup de débats au sein du SMCL. Les autorités sanitaires ont estimé d'attendre l'enquête de viabilité des ITM que le MSP va bientôt organiser avant d'apporter quelconque appui.

En conséquence ce budget ne peut être engagé qu'après l'élaboration d'un plan général pour la province des besoins en RH, par l'ECP.

Au total, les deux volets du programme utiliseront quelque 20 % du budget global à des réhabilitations et constructions d'infrastructures. C'est une différence importante avec les projets antérieurs, développés sur des sites qui avaient été préalablement réhabilités.

4.2.2 Coûts de fonctionnement

La contribution aux frais de fonctionnement - hors charges du personnel - des formations sanitaires soutenues se fait essentiellement par :

- La couverture des produits pharmaceutiques et médicaux (près de 5 %) ;
- La maintenance des infrastructures et équipements (près de 5 %).

En pharmacie : l'appui est calculé sur la base de :

- 16 € par patient hospitalisé (admission) pour les Hôpitaux Généraux de Référence
- 125 € par mois pour les Centres de Santé Intégrés
- En maintenance²⁶, 240 € par lit dans les Hôpitaux Généraux de Référence.

Ces montants, très supérieurs à ceux actuellement disponibles dans les formations sanitaires, ne couvriront néanmoins pas la totalité des besoins ; ceux-ci doivent être partiellement couverts par le recouvrement des coûts.

En outre plus de 10 % du budget global sont prévus pour la distribution de médicaments dans les zones de santé des futures provinces du Sud-Ubangi et du Kwilu qui ne seront pas spécifiquement soutenues par le projet.

²⁶ Actuellement, aucun budget n'est jamais prévu pour la maintenance des infrastructures ni des équipements. Un suivi strict sera donc nécessaire pour garantir le bon usage des montants avancés ici ; il permettra, à terme d'acquérir une connaissance satisfaisante du coût réel de la maintenance d'infrastructures hospitalières en RDC.

4.3 RESSOURCES FINANCIÈRES

BUDGET TOTAL			BUDGET TOTAL	%	ANNEE 1	ANNEE 2	ANNEE 3
V4	Les soins de santé offerts aux populations du district du Sud-Ubangi sont progressivement améliorés en qualité - volet 4		3,914,653	39.1%	1,541,108	785,254	1,588,292
V4 R1	<i>L'Equipe Cadre Provinciale est opérationnelle</i>		354,620	3.5%	218,540	73,040	63,040
V4 R1 A1	Mobiliser les expertises nécessaires au fonctionnement de l'ECP		314,620		208,540	53,040	53,040
V4 R1 A2	Soutenir l'élaboration du plan de développement de la Province		0		0	0	0
V4 R1 A3	Soutenir l'élaboration de modèles de partenariat public/privé		40,000		10,000	20,000	10,000
V4 R1 A4	Soutenir les appuis aux zones de santé		0		0	0	0
V4 R2	<i>Des Equipes Cadres de Zones sont opérationnelles</i>		242,430	2.4%	90,170	30,420	121,840
V4 R2 A1	Mettre en place l'Equipe Cadre de la ZS 4/1 (Bwamanda)		152,260		90,170	30,420	31,670
V4 R2 A2	Mettre en place l'Equipe Cadre de la ZS 4/2		90,170		0	0	90,170
V4 R3	<i>Les structures opérationnelles sont progressivement renforcées</i>		2,399,083	24.0%	928,558	386,954	1,083,572
V4 R3 A1	Renforcer la Zone de Santé 4/1 (Bwamanda)		1,630,525		928,558	386,954	315,014
V4 R3 A2	Renforcer la Zone de Santé 4/2		768,558		0	0	768,558
V4 R4	<i>Le niveau central est alimenté en informations pertinentes pour la planification du secteur à partir de recherches effectuées par le volet 4</i>		243,520	2.4%	103,840	69,840	69,840
V4 R4 A1	Renforcer la DEP (expert national)		187,840		85,280	51,280	51,280
V4 R4 A2	Organiser les échanges entre les volets du programme et entre le programme et le niveau central		55,680		18,560	18,560	18,560
V4 R5	<i>L'approvisionnement des ZS du District en médicaments est amélioré</i>		675,000	6.8%	200,000	225,000	250,000
V4 R5 A1	Ouvrir une ligne budgétaire au profit du CDR		675,000		200,000	225,000	250,000
V5	Les soins de santé offerts aux populations du district du Kwilu sont progressivement améliorés en qualité - volet 5		3,686,813	36.9%	1,445,828	713,974	1,527,012
V5 R1	<i>L'Equipe Cadre Provinciale est opérationnelle</i>		314,620	3.1%	208,540	53,040	53,040
V5 R1 A1	Mobiliser les expertises nécessaires au fonctionnement de l'ECP		314,620		208,540	53,040	53,040
V5 R1 A2	Soutenir l'élaboration du plan de développement de la Province		0		0	0	0
V5 R1 A3	Soutenir l'élaboration de modèles de partenariat public/privé		0		0	0	0
V5 R1 A4	Soutenir les appuis aux zones de santé		0		0	0	0
V5 R2	<i>Des Equipes Cadres de Zones sont opérationnelles</i>		242,430	2.4%	90,170	30,420	121,840
V5 R2 A1	Mettre en place l'Equipe Cadre de la ZS 5/1		152,260		90,170	30,420	31,670
V5 R2 A2	Mettre en place l'Equipe Cadre de la ZS 5/2		90,170		0	0	90,170
V5 R3	<i>Les structures opérationnelles sont progressivement renforcées</i>		2,399,083	24.0%	928,558	386,954	1,083,572
V5 R3 A1	Renforcer la Zone de Santé 5/1		1,630,525		928,558	386,954	315,014
V5 R3 A2	Renforcer la Zone de Santé 5/2		768,558		0	0	768,558
V5 R4	<i>Le niveau central est alimenté en informations pertinentes pour la planification du secteur à partir de recherches effectuées par le volet 4</i>		55,680	0.6%	18,560	18,560	18,560
V5 R4 A1	Renforcer la DEP (expert national) ==> voir V4R4A1		0		p.m.	p.m.	p.m.
V5 R4 A2	Organiser les échanges entre les volets du programme et entre le programme et le niveau central		55,680		18,560	18,560	18,560
V5 R5	<i>L'approvisionnement des ZS du District en médicaments est amélioré</i>		675,000	6.8%	200,000	225,000	250,000
V5 R5 A1	Ouvrir une ligne budgétaire au profit du CDR		675,000		200,000	225,000	250,000

X		Réserve budgétaire (max 5% * total activités)	278,033	2.8%	92,331	92,330	93,372
X	01	Réserve budgétaire	278,033	2.8%	92,331	92,330	93,372
X	01	01 Réserve budgétaire REGIE	278,033		92,331	92,330	93,372
Z		Moyens généraux	2,120,500	21.2%	707,834	686,333	726,333
Z	01	Frais de personnel	1,258,000	12.6%	419,334	419,333	419,333
Z	A1	01 Engager un conseiller technique pour chaque volet	900,000		300,000	300,000	300,000
Z	A1	02 Ressources financières et procurement (PFM)	250,000		83,334	83,333	83,333
Z	A1	03 Engager équipe du projet (chauffeur, secrétaire et comptable pour chaque volet)	108,000		36,000	36,000	36,000
Z	02	Investissements (pour les deux volets)	84,000	0.8%	76,000	4,000	4,000
Z	02	01 2 véhicules (1 pour chaque volet)	50,000		50,000	0	0
Z	02	02 Equipement bureaux CT	11,000		8,000	1,500	1,500
Z	02	03 Equipement IT bureaux CT	10,000		8,000	1,000	1,000
Z	02	04 Aménagements du bureaux CT	13,000		10,000	1,500	1,500
Z	03	Frais de fonctionnement (pour les deux volets)	363,500	3.6%	87,500	138,000	138,000
Z	03	01 Loyer du bureau	0		0	0	0
Z	03	02 Services et frais de maintenance	5,500		1,500	2,000	2,000
Z	03	03 Frais de fonctionnement des véhicules	45,000		15,000	15,000	15,000
Z	03	04 Télécommunications	12,000		4,000	4,000	4,000
Z	03	05 Fournitures de bureau	9,000		3,000	3,000	3,000
Z	03	06 Missions CT	30,000		10,000	10,000	10,000
Z	03	07 Frais de représentation et de communication externe	6,000		2,000	2,000	2,000
Z	03	08 Formation: bourses d'études	250,000		50,000	100,000	100,000
Z	03	09 Frais financiers	6,000		2,000	2,000	2,000
Z	04	Audit et Suivi et Evaluation	415,000	4.2%	125,000	125,000	165,000
Z	04	01 Monitorer et évaluer le programme (Suivi scientifique)	280,000		80,000	80,000	120,000
Z	04	02 Audits annuels	75,000		25,000	25,000	25,000
Z	04	03 Backstopping	60,000		20,000	20,000	20,000
TOTAL			10,000,000	100%	3,787,101	2,277,890	3,935,008

Pour le démarrage du projet, des engagements seront contractés et des dépenses effectuées à partir de la signature de la CMO, donc éventuellement avant le recrutement des conseillers techniques. Ceux-ci concernent la logistique et le personnel. Il s'agit des dépenses et des montants estimés suivants:

- Achat de 2 véhicules. = 50 000 EUR
- Équipement bureau CT = 8 000 EUR
- Équipement IT bureau CT = 8 000 EUR
- Frais de recrutement = 5 000 EUR

TOTAL = 71 000 EUR

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 4, Province de l'Equateur, future province du Sud-Ubangi Volet 5, Province du Bandundu, future province de Kwilu
--

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.

Le nombre de SMCL (1 ou 2) sera analysé au début de l'intervention (phase de démarrage). Le ou les SMCL(s) se déroulera/ont au niveau provincial.

Les SMCL au niveau des projets ASSNIP 1-2 et (partiellement) 3 ont eu des retards pour se tenir et les réunions conjointes ne se sont pas réalisées finalement. Ceci était dû au fait tout d'abord que les projets ASSNIP 1 et 2 avaient des retards dans l'exécution, mais aussi à cause de l'environnement administratif changeant. Maintenant que les provinces réclament de plus en plus leur indépendance relative du niveau central, les SMCL aussi appartiennent de plus en plus au niveau provincial. C'est pourquoi les réunions des SMCL du projet ASSNIP 1 et 2 se sont tenues finalement au niveau des provinces respectives.

En ce qui concerne ASSNIP 4 et 5 des options d'organisation sont laissées ouvertes à l'appréciation des autorités de santé provinciales. Au démarrage, les premières rencontres des SMCL devraient décider sur cette organisation pratique.

Pour les SMCL ASSNIP 4 et 5 :

- Sont des structures qui sont dirigées par les autorités provinciales, ce qui signifie qu'elles sont tenues à ce niveau.
- Des représentants du niveau national doivent dorénavant siéger dans la SMCL puisque le lien avec le niveau central des projets ASSNIP est évident, voire obligatoire, par rapport à sa philosophie d'échanges intensifs et scientifiques entre les 2 niveaux afin de raffiner la politique sanitaire du pays.
- Les 2 SMCL pourrait se tenir simultanément, par exemple alternant dans l'une ou l'autre province, pour des raisons opérationnelles (moins de déplacements du niveau central, gestion du temps) mais aussi parce que les démarches et les activités des 2 ASSNIP sont très semblables. Les échanges à ce niveau devraient être bénéfiques pour tous les deux.

5.3.1.1 Compétences et attributions

La SMCL aura comme attributions de :

- Adopter un règlement d'ordre intérieur
- Mettre en place les structures d'exécution du projet ;
- Superviser l'exécution des engagements pris par les Parties ;
- Apprécier l'état d'avancement du projet et de l'atteinte de ses résultats sur base des rapports d'exécution du projet ;
- Approuver les plans d'activités du projet ;
- Approuver les ajustements ou les modifications éventuelles du dossier technique et financier, tout en respectant l'objectif spécifique, la durée et l'enveloppe budgétaire fixés par la Convention Spécifique et en veillant à la faisabilité de l'ensemble des actions ;
- Faire des recommandations aux autorités compétentes des deux Parties ;
- 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 nécessaires²⁷ ;
- Résoudre, pour le bon déroulement du projet, tout problème de gestion qui se poserait, relatif aux ressources financières ou matérielles²⁸ ;
- Superviser la clôture du projet et approuver le rapport final.

5.3.1.2 Composition

La composition de SMCL sera la suivante :

²⁷ Ceci vise en particulier les mesures de « protection » des zones d'intervention, telle que ce concept est défini dans le rapport (point 2.4, « Particularités des modalités d'exécution »)

- Le représentant du Ministère de la Coopération Internationale et Régionale, Président, président de la SMCL ;
- Le représentant du Ministère de la Santé Publique ;
- Le représentant du Ministère du Plan ;
- Les représentants des autorités provinciaux ;
- 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 MIP dans les 2 volets, les 2 CT et l'expert national qui renforce la DEP participeront aux réunions comme personnes ressources et pour assurer le secrétariat.

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 de la Coopération Internationale et Régionale;
- 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 tous les membres présents ;
- 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 l'équipe d'exécution du projet.

5.3.2 Equipe d'exécution conjointe du Projet

L'instance de gestion quotidienne du projet est l'équipe d'exécution. Elle assure la mise en œuvre des activités dès l'approbation du programme semestrielle par la SMCL. Elle est composée dans chaque volet du MIP (côté congolais) et le CT terrain (côté CTB). Ensemble ils réalisent la planification annuelle et mensuelle et décident sur les dépenses à réaliser. L'exécution financière revient au CT (exécution en régie)

5.3.3 Portfolio Management Team - PFMT

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, la CTB a redéfini depuis début 2008 ses processus de gestion et d'intervention en RDC.

Ainsi, au niveau de la RDC, un ensemble de projets en exécution et/ou en préparation, ont été regroupés par « portefeuille » sur base d'une logique d'ensemble. Cette logique est axée sur le contenu des projets et est dans la plupart des cas une logique sectorielle ou thématique.

Cette approche permet de dégager les avantages suivants :

- Elle optimise la gestion d'un ensemble de projets, afin que celui-ci s'inscrive mieux dans la stratégie de l'organisation que la somme des projets individuels et favorise en conséquence les synergies entre projets appartenant au même portefeuille ;
- 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 ;
- Elle peut aider à ce que les projets s'inscrivent dans la logique de la Déclaration de Paris ;
- Il sera possible de déjà démarrer des activités dans un portefeuille avant que l'équipe de projet soit mise en place.

Le projet fera partie du PFMT « Santé ».

Au sein de ce portefeuille, une équipe, dénommée « **Portfolio Management Team** » a les responsabilités suivantes pour l'ensemble des projets appartenant au Portfolio et est composé d'une équipe regroupant :

1/ Un **Portfolio Manager** (PM). Le PM est responsable de la coordination du portefeuille.

Il/elle a principalement les responsabilités suivantes :

- Responsable principal pour la gestion de la coordination²⁸ de tous les aspects des projets ;
- Initiateur pour la préparation et la tenue des réunions des SMCL ;
- Garant que le contenu²⁹, la qualité, le timing et le coût répondent aux objectifs initialement définis ;
- Gestion globale des risques ;
- Responsable de l'organisation des cercles de développement des AT et du MAF ;
- Responsable de la préparation, de la coordination des contributions locales et des modalités opérationnelles des formulations au sein de son portefeuille ;
- Donner un input en ce qui concerne le suivi du portefeuille dans le cadre du PIC (programme indicatif de coopération).

2/ Un **Manager Administratif et Financier** (MAF). Le MAF, assisté par une équipe, est responsable de garantir une gestion optimale des processus administratifs et financiers des projets au sein du portefeuille dont il/elle a la responsabilité dans les domaines suivants :

- Démarrage et clôture administrative et financière des projets ;
- Gestion budgétaire et programmation financière ;
- Comptabilité ;
- Trésorerie et paiements ;
- Administration du personnel ;
- Logistique ;
- Gestion de l'équipe administrative et financière.

²⁸ 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.

²⁹ Contenu : les résultats du projet et tout le travail nécessaire pour les atteindre.

Le portfolio management team se pose donc en support et soutien aux projets, en exécutant une série d'activités qui étaient auparavant exécutées par l'UGP. Les cadres de l'UGP, sans se décharger pour autant de leur responsabilité de gestion, se concentrent sur leur rôle prioritaire, à savoir l'atteinte des résultats prévus par le projet.

Financement :

Parce que l'équipe qui s'occupe des aspects administratifs et financiers travaille sur différents projets, les frais de ces activités (personnel, fonctionnement) seront partagés entre ces projets. Le montant de cette participation dépendra entre autre du budget total de chaque projet.

Le coût des portfolio managers ainsi que leurs frais généraux seront pris en charge par la CTB, étant donné qu'il s'agit d'une fonction plus de coordination et moins d'exécution. Le coût élargera donc des frais de gestion.

Ainsi, pour tout nouveau projet, la participation à une partie du financement des coûts du Portfolio sera prévue lors de l'élaboration du budget du projet.

Une vue globale du financement du PFMT par les projets est résumée dans le document « Topo de financement PFMT « Santé » repris en annexe du DTF. Ce document résume la participation de chaque projet au financement du PFMT en question.

En raison du caractère variable de la composition du portfolio, le document « Topo de financement PFMT « Santé » sera mis à jour annuellement afin de prendre en compte l'évolution du portefeuille.

5.3.4 Cellule « Procurement » et Marchés publics

Dans la même logique, une partie de l'exécution des processus marchés publics des projets au-delà de 20.000 € sera pris en charge par la Cellule Marchés Publics RDC. Cette cellule se compose d'un responsable international, entouré d'une équipe de collaborateurs locaux. Cette cellule devrait nous amener à exécuter des marchés publics au Congo de manière plus qualitative et plus rapidement.

Les projets participeront également aux coûts de la cellule marchés publics puisqu'il s'agit d'une activité directement liée à l'exécution d'un projet. La participation dépendra du nombre de dossiers de passation de marchés traités chaque année.

5.4 MODALITÉS FINANCIÈRES DE MISE EN ŒUVRE DE LA CONTRIBUTION DES PARTIES

5.4.1 Contribution de la Partie Congolaise

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

Un immeuble a été identifié à Gemena pour abriter la future Division Provinciale de la Santé.

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 affecter un nouveau cadre santé publique au sein de la DEP pour faciliter le dialogue entre le programme ASSNIP et le niveau central.
- 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'Etat 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'Etat 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 au point 4.2 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.

S'agissant d'un projet en régie, la réglementation belge relative aux marchés publics sera d'application.

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 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.

5.6.2.2 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 du PFMT (Portfolio Management Team) du projet ;
- La mise à jour de la programmation financière ait été transmise auprès du PFMT 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 au PFMT du projet, comprend un fichier électronique, les pièces justificatives ainsi que les extraits bancaires et états de caisse.

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 au PFMT du projet.

5.7.3 Gestion budgétaire

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

Le budget du projet donne les contraintes budgétaires dans lesquelles le projet doit être exécuté. Chaque changement de budget doit être approuvé par la SMCL sur base d'une proposition élaborée par la direction du projet et validé par le PFMT.

Les changements budgétaires possibles sont :

- Changement de la structure du budget (par exemple ajout d'une ligne budgétaire)
- Réallocation des montants entre lignes budgétaires
- Utilisation de la réserve budgétaire

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 la SMCL, la direction du projet doit présenter l'information financière suivante :

- Rapport d'exécution budgétaire
- Mise à jour de la programmation financière
- Liste des engagements importants
- Aperçu des soldes bancaires
- Paiements par le siège CTB
- Proposition de changement budgétaire si nécessaire
- Plan d'action lié aux recommandations d'un audit financier

5.8 RAPPORTAGES OPÉRATIONNELS

5.8.1 Rapportage à la SMCL

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

5.8.2 Rapportage annuel

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

Le rapport annuel est opérationnel et financier et comprend :

- l'examen de l'exécution correcte de la présente convention ;
- la recherche des causes des éventuels dysfonctionnements et des éventuels éléments nouveaux qui justifieraient la révision de la Convention Spécifique ;
- l'examen de la prestation de coopération au regard de son efficacité, de son efficacité et de sa durabilité ;
- l'examen de la prestation de coopération au regard des indicateurs repris au DTF et notamment, sur la base des suppositions du cadre logique, l'examen de l'évolution du risque au regard de ces mêmes indicateurs.

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

5.8.3 Rapportage final

Le rapport final comprend :

- un résumé de la mise en œuvre et une synthèse opérationnelle de la prestation de coopération ;
- une présentation du contexte et une description de la prestation de coopération suivant le cadre logique ;
- une appréciation des critères de base d'évaluation de la prestation : pertinence, efficacité, 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'APPROPRIATION DES ADAPTATIONS AU DTF

Le DTF peut être modifié par le pays partenaire via le Ministère de la Santé 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 au niveau des résultats sont discutées en SMCL et approuvées par le Ministère de la Santé.

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’efficacités 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.

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

5.10.1.1 Gestion et suivi quotidien du projet

La gestion et le suivi quotidien du projet sont confiés à l’équipe d’exécution du projet qui est composée du MIP et le CT terrain comme indiqué déjà plus haut..

L’expert national ancré au niveau de la DEP est spécifiquement chargé de la capitalisation des expériences des projets ASSNIP. Ceci comporte aussi garder informés les partenaires au développement et représenter la DEP dans des dossiers sensibles tels que la rationalisation du personnel opérationnel et le choix des membres de l’ECP et ECZ, s’assurer des collaborations nécessaires au sein de l’administration nationale et provinciale, et de tenir informés le Secrétaire Général et les Directeurs du Ministère de la Santé au sujet des activités entreprises.

Les conseillers techniques internationaux sont spécifiquement chargés, en étroite collaboration et coordination avec les MIP, 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. Ensemble avec le MIP, 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.

5.10.2 Evaluation du projet

5.10.2.1 Evaluation mi-parcours (EMP), évaluation finale

Compte tenu :

- de la durée du projet (3 ans),
- de l'engagement des Parties Congolaise et Belge de poursuivre l'Appui au Système de Santé aux Niveaux Intermédiaire et Périphérique dans les zones d'intervention du présent projet sous des modalités à convenir mais largement au-delà de sa durée initiale,
- des mécanismes multiples de suivis mis en place au profit de ce projet,
- des modalités particulières régiront ses évaluations.

Une évaluation sera effectuée au début de la troisième année du projet. Elle aura pour finalité essentielle d'alimenter la formulation de la prolongation du projet dans le cadre du programme d'Appui au Système de Santé aux Niveaux Intermédiaire et Périphérique.

Elle répond aussi aux besoins suivants :

- Nécessité d'une validation externe du rapportage vers la SMCL et le bailleur de fonds ;
- Nécessité d'une maîtrise des risques pour 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.

Le rapport d'évaluation doit être présenté en SMCL afin de juger et déterminer quelles recommandations sont retenues, qui est responsable et qui va les suivre (ces décisions sont intégralement reprises dans le PV de la SMCL).

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

Les moyens financiers seront prévus dans le budget du projet.

5.10.2.2 Évaluation DGCD

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.

5.10.3 Audit

5.10.3.1 Audit projet

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

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

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

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

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

5.10.3.2 Audit CTB

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

5.11 CLÔTURE DE LA PRESTATION

Le délai d'exécution des différentes activités du projet est de 36 mois à compter de la date de signature de la Convention Spécifique. La durée de validité de la Convention Spécifique est de 48 mois.

Six mois avant la fin du projet, un bilan financier doit être élaboré par la direction du projet selon les procédures de la CTB. Le bilan financier présenté à la SMCL de clôture devra d'abord être vérifié par la CTB.

Après la fin de la Convention Spécifique il n'est plus autorisé de faire des dépenses sauf si elles sont liées à des engagements pris avant la fin de la Convention Spécifique et qui sont actés dans le PV de la SMCL.

A la fin de la prestation de coopération, les sommes restées éventuellement disponibles sur les comptes du projet tomberont en annulation.

6. THÈMES TRANSVERSAUX

6.1 L'ENVIRONNEMENT

Le projet n'aura pas d'effet direct sur l'environnement. Indirectement, le projet aura d'effet à travers les activités d'assainissement du milieu menées conjointement par les services de l'environnement et de la santé.

6.2 L'ÉCONOMIE SOCIALE

Ayant pour objectif l'appui à la mise en œuvre du Plan Directeur de Développement Sanitaire le projet vise à terme à contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population à travers une meilleure accessibilité aux soins de santé de qualité. La rationalisation des soins dans le cadre de la revitalisation des zones de santé diminuera les coûts liés à la maladie et permettra aux ménages d'éviter dans une certaine mesure le recours aux mécanismes irréversibles (emprunts exorbitants, vente des biens de production...) pour faire face aux dépenses entraînées par la maladie. De cette façon le projet contribue à prévenir et à combattre la pauvreté.

Aussi, les activités du résultat 2 et les tâches de l'assistance technique de coordination (la coordination des interventions) contribuent-elles à la création d'une synergie/complémentarité devant aboutir à une meilleure efficacité des actions et une meilleure implication des acteurs à différents niveaux du système, garant de la durabilité des acquis.

6.3 LE GENRE

En mettant l'accent sur la revitalisation des Zones de Santé, le projet aura une action importante sur la possibilité des femmes à accéder à des services de santé de qualité. Or, il ne fait pas de doute que ce sont les femmes et leurs enfants qui sont les grands utilisateurs des services de soins. En ce sens, le projet apportera un plus à leurs conditions de vie.

D'autre part, les travailleurs des services de santé comptent habituellement une importante proportion des femmes, notamment dans les établissements des soins. La valorisation des ressources humaines étant une préoccupation importante dans le processus de revitalisation des Zones de Santé, un effort sera fait à tous les niveaux pour faciliter la participation des femmes aux programmes élaborés.

Bien que les projets santé soient souvent reconnus comme en faveur des femmes, la couverture en soins essentiels (et notamment les soins obstétricaux) pour les femmes en RDC reste très basse. Le projet inscrit dans ces indicateurs les besoins obstétricaux non-couverts et une estimation de ces besoins sera établie au début du projet pour suivre cet indicateur de prêt.

Les droits de la femme sont sérieusement menacés par ce que ailleurs dans le texte est indiqué comme une « anarchie des soins administrés ». En effet, les césariennes et les transfusions sanguines se font régulièrement au niveau des centres de santé (de référence), sous le prétexte d'isolement. Ces activités potentiellement dangereuses pour les femmes se réalisent régulièrement pour des causes médicales au moins douteuses et probablement plus inspirées par les gains financiers. Le projet s'engage d'arrêter ces pratiques illicites qui d'ailleurs ne s'inscrivent pas dans les normes du ministère et mènera un dialogue avec le ministère et les autres partenaires pour que

dans les autres zones ces pratiques s'arrêtent également. Involontairement, par des appuis souvent généraux aux provinces ou zones de santé, les fonds des partenaires risquent de financer et donc de maintenir ses mauvaises pratiques.

6.4 LES DROITS DE L'ENFANT

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

6.5 LE VIH/SIDA

Cet aspect est pris en charge en RDC par un programme précis, le PNLS. Mais une bonne prise en charge des malades atteints du SIDA ne peut se faire qu'à travers un système de santé performant qui offre des soins intégrés au niveau primaire comme au niveau secondaire. La revitalisation des Zones de Santé visant une offre de soins globaux, intégrés et continus aura donc une influence positive sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

7. ANNEXES

7.1 CADRE LOGIQUE

Logique de l'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses et risques
Objectif général			
L'état de santé de la population est amélioré dans les territoires d'intervention du programme : la future province du Sud-Ubangi, Province de l'Equateur et la future province du Kwilu, Province du Bandundu			
Objectif spécifique			
Les soins de santé offerts aux populations de zones sélectionnées sont progressivement améliorés en qualité (soins globaux, continus, intégrés, efficaces, efficients, accessibles) par des processus d'amélioration progressive qui forment un modèle largement reproductible dans la République Démocratique du Congo	Les pathologies importantes (césarienne, péritonite...) en provenance de la zone, sont correctement prises en charge à l'HGR	Rapports des Hôpitaux	1. Le contexte politico-militaire demeure stable et ne provoque aucun changement de nature à induire une interruption de la coopération
	Les problèmes de santé de la population couverte sont pris en charge par une équipe de CSI intégrée	Organisation du Travail au CSI	2. La situation socio-économique s'améliore et entraîne une amélioration du pouvoir d'achat des populations
	Des résultats de recherche sur différents thèmes - financement- équipes cadre, assurance de qualité des soins... sont disponibles	Documentation du programme	3. Un engagement significatif de l'Etat dans le financement de la santé
	Les soins obstétricaux non-couverts sont diminués sensiblement dans les zones d'intervention Les pratiques inadaptées et potentiellement nuisibles aux femmes, notamment les césariennes et transfusions sanguines au niveau des centres de santé sont arrêtées		4. Le processus de réforme du secteur de la santé se poursuit 5. Les différents intervenants acceptent de financer le plan de couverture de la province

Logique de l'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses et risques
---------------------------	---------------------------------------	-------------------------	-----------------------

Volet 4 : Sud-Ubangui

Résultat V4/R1			
L'Equipe Cadre Provinciale est opérationnelle	Un plan de développement provincial a été dressé	Document disponible	La décentralisation se poursuit sans troubles politiques
	Sa composition, ses fonctions, ses modes de fonctionnement sont déterminés	Progress reports disponibles	Les autorités sanitaires au niveau central s'engagent dans un recrutement objectif des membres des équipes cadres
	Les actions des bailleurs sont coordonnées au niveau provincial autour de la SRSS	PV de réunions de l'ECP	
V4/R1/A1 Mobiliser les expertises nécessaires au fonctionnement de l'ECP			
V4/R1/A2 Soutenir l'élaboration du plan de développement de la Province			
V4/R1/A3 Soutenir l'élaboration de modèles de partenariat public/privé			
V4/R1/A4 Soutenir les appuis aux zones de santé			
Résultat V4/R2			
Des Equipes Cadres de Zones sont opérationnelles	L'équipe cadre de Bwamanda est en place. Le travail des membres est distribué de façon à ce que l'équipe fonctionne de manière intégrée	Document reprenant la répartition du travail de l'Equipe disponible	Les autorités sanitaires au niveau central et provincial s'engagent dans un recrutement objectif des membres des équipes cadres
V4/R2/A1 Mettre en place l'Equipe Cadre de la ZS 4/1 (Bwamanda)			
V4/R2/A2 Mettre en place l'Equipe Cadre de la ZS 4/2			

Logique de l'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses et risques
Résultat V4/R3			
Les structures opérationnelles sont progressivement renforcées	L'hôpital assure le PCA et au moins un CSI assure le PMA intégré dans la zone de démonstration sélectionnée	Rapports de l'HGR et de la ZS	Le personnel de santé au niveau opérationnel est rationalisé
	L'équipe de direction de l'HGR dans la zone de démonstration est en place.		
	L'HGR est organisé en Unités Fonctionnelles et assure le PCA pour la zone	Rapport de l'HGR	
V4/R3/A1 Renforcer la Zone de Santé 4/1 (Bwamanda)			
V4/R3/A2 Renforcer la Zone de Santé 4/2			
Résultat V4/R4			
Le niveau central est alimenté en informations pertinentes pour la planification du secteur à partir de recherches effectuées par le volet 4	Contribution de l'assistance technique au développement de la Province Médicale et de la Zone de Santé	Rapports de la SMCL	La désignation par le MSP d'un cadre additionnel à la DEP est réalisée à temps en tenant compte de capacités réelles de la personne
	La documentation des travaux de recherche est effective	Documents disponibles	
V4/R4/A1 Renforcer la DEP (expert national)			
V4/R4/A2 Organiser les échanges entre les volets du programme et entre le programme et le niveau central			
Résultat V4/R5			
L'approvisionnement des ZS du District en médicaments est amélioré	Ruptures de stocks dans les HGR et les CS diminués	Rapport d'activité des FS	La vaste majorité des médicaments est disponible au niveau des Centrales d'achat
	Accroissement des transactions entre les ZS et le CDR	Rapport d'activité du CDR	
V4/R5/A1 Ouvrir une ligne budgétaire au profit du CDR			

Logique de l'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses et risques
---------------------------	---------------------------------------	-------------------------	-----------------------

Volet 5 : Kwilu

Résultat V5/R1			
L'Equipe Cadre Provinciale est opérationnelle	Un plan de développement provincial a été dressé	Document disponible	La décentralisation se poursuit sans troubles politiques
	Sa composition, ses fonctions, ses modes de fonctionnement sont déterminés	Progress reports disponibles	Les autorités sanitaires au niveau central s'engagent dans un recrutement objectif des membres des équipes cadres
	Les actions des bailleurs sont coordonnées au niveau provincial autour de la SRSS	PV de réunions de l'ECP	
V5/R1/A1 Mobiliser les expertises nécessaires au fonctionnement de l'ECP			
V5/R1/A2 Soutenir l'élaboration du plan de développement de la Province			
V5/R1/A3 Soutenir l'élaboration de modèles de partenariat public/privé			
V5/R1/A4 Soutenir les appuis aux zones de santé			
Résultat V5/R2			
Des Equipes Cadres de Zones sont opérationnelles	L'équipe cadre de la ZS 5/1 est en place. Le travail des membres est distribué de façon à ce que l'équipe fonctionne de manière intégrée	Document reprenant la répartition du travail de l'Equipe disponible	Les autorités sanitaires au niveau central et provincial s'engagent dans un recrutement objectif des membres des équipes cadres
V5/R2/A1 Mettre en place l'Equipe Cadre de la ZS 5/1			
V5/R2/A2 Mettre en place l'Equipe Cadre de la ZS 5/2			

Logique de l'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses et risques
Résultat V5/R3			
Les structures opérationnelles sont progressivement renforcées	L'hôpital assure le PCA et au moins un CSI assure le PMA intégré dans la ZS 5/1	Rapports de l'HGR et de la ZS	Le personnel de santé au niveau opérationnel est rationalisé
	L'équipe de direction de l'HGR de la ZS 5/1 est en place.		
	L'HGR de la ZS 5/1 est organisé en Unités Fonctionnelles et assure le PCA pour la zone	Rapport de l'HGR	
V5/R3/A1 Renforcer la Zone de Santé 5/1			
V5/R3/A2 Renforcer la Zone de Santé 5/2			
Résultat V5/R4			
Le niveau central est alimenté en informations pertinentes pour la planification du secteur à partir de recherches effectuées par le volet 5	Contribution de l'assistance technique au développement de la Province Médicale et de la Zone de Santé	Rapports de la SMCL	La désignation par le MSP d'un cadre additionnel à la DEP est réalisée à temps en tenant compte de capacités réelles de la personne
	La documentation des travaux de recherche est effective	Documents disponibles	
V5/R4/A1 Renforcer la DEP (expert national)			
V5/R4/A2 Organiser les échanges entre les volets du programme et entre le programme et le niveau central			
Résultat V5/R5			
L'approvisionnement des ZS du District en médicaments est amélioré	Ruptures de stocks dans les HGR et les CS diminués	Rapport d'activité des FS	La vaste majorité des médicaments est disponible au niveau des Centrales d'achat
	Accroissement des transactions entre les ZS et le CDR	Rapport d'activité du CDR	
V5/R5/A1 Ouvrir une ligne budgétaire au profit du CDR			

7.2 CHRONOGRAMME

CHRONOGRAMME		ANNEE 1	ANNEE 2	ANNEE 3
V4	Les soins de santé offerts aux populations du district du Sud-Ubangi sont progressivement améliorés en qualité - volet 4			
V4 R1	<i>L'Equipe Cadre Provinciale est opérationnelle</i>			
V4 R1 A1	Mobiliser les expertises nécessaires au fonctionnement de l'ECP			
R1 A1 01	Engager un conseiller technique responsable du volet (International)			
R1 A1 02	Réhabiliter les locaux du BCD y compris les coûts d'encadrement technique			
R1 A1 03	Désigner un chef de projet pour le volet "Sud Ubangi" et le gratifier			
R1 A1 04	Identifier les membres de l'ECP et les gratifier			
R1 A1 05	Doter l'ECP d'un véhicule et d'outils de gestion			
R1 A1 06	Participer au financement du fonctionnement de l'ECP			
R1 A1 07	Formation: voyages d'études, séminaires, réunions...			
V4 R1 A2	Soutenir l'élaboration du plan de développement de la Province			
V4 R1 A3	Soutenir l'élaboration de modèles de partenariat public/privé			
V4 R1 A4	Soutenir les appuis aux zones de santé			
V4 R2	<i>Des Equipes Cadres de Zones sont opérationnelles</i>			
V4 R2 A1	Mettre en place l'Equipe Cadre de la ZS 4/1 (Bwamanda)			
R2 A1 01	Mobiliser les expertises nécessaires et gratifier les titulaires			
R2 A1 02	Doter l'ECZ d'outils de gestion et d'un véhicule			
R2 A1 03	Participer au financement du fonctionnement de l'EC de la zone			
R2 A1 04	Aménager un local pour l'ECZ			
R2 A1 05	Formation: voyages d'études, séminaires, réunions...			
V4 R2 A2	Mettre en place l'Equipe Cadre de la ZS 4/2			
V4 R3	<i>Les structures opérationnelles sont progressivement renforcées</i>			
V4 R3 A1	Renforcer la Zone de Santé 4/1 (Dwamanda)			
R3 A1 01	Dresser des plans directeurs pour les hôpitaux (max 3) à réhabiliter			
R3 A1 02	Renforcer l'Hôpital Général de Référence 4/1			
	2/1 Réhabiliter l'HGR 4/1 y compris les coûts d'encadrement technique			
	2/2 Rationaliser le personnel de l'HGR, le fidéliser, le motiver			
	2/3 Doter l'HGR de 2 véhicules et les maintenir			
	2/4 Construire des logements pour le personnel			
	2/5 Participer au financement du fonctionnement de l'HGR (pharmacie)			
	2/6 Participer au financement du fonctionnement de l'HGR (maintenance)			
	2/7 Participer au financement du fonctionnement de l'HGR (autre)			
R3 A1 03	Soutenir l'ITM			
	3/1 Organiser un plan de développement provincial pour l'ITM			
	3/2 Aménager les locaux (notamment, des logements pour étudiants)			
	3/3 Participer au financement du fonctionnement de l'ITM			
R3 A1 04	Renforcer progressivement les Centres de Santé de la ZS 4/1			
	4/1 Réhabiliter progressivement les CS y compris les coûts d'encadrement technique			
	4/2 Rationaliser le personnel des CSI, le fidéliser, le motiver			
	4/3 Participer au financement du fonctionnement des CS (pharmacie)			
R3 A1 05	Formation: voyages d'études, séminaires, réunions...			
V4 R3 A2	Renforcer la Zone de Santé 4/2			
V4 R4	<i>Le niveau central est alimenté en informations pertinentes pour la planification du secteur à partir de recherches effectuées par le volet 4</i>			
V4 R4 A1	Renforcer la DEP (expert national)			
V4 R4 A2	Organiser les échanges entre les volets du programme et entre le programme et le niveau central			
V4 R5	<i>L'approvisionnement des ZS du District en médicaments est amélioré</i>			
V4 R5 A1	Ouvrir une ligne budgétaire au profit du CDR			

V5		Les soins de santé offerts aux populations du district du Kwilu sont progressivement améliorés en qualité - volet 5			
V5/R1		<i>L'Equipe Cadre Provinciale est opérationnelle</i>			
V5/R1	A1	Mobiliser les expertises nécessaires au fonctionnement de l'ECP			
R1/A1	00	Déterminer la ZS à développer par priorité (ZS de démonstration)			
R1/A1	01	Engager un conseiller technique responsable du volet (International)			
R1/A1	02	Réhabiliter les locaux du BCD y compris les coûts d'encadrement technique			
R1/A1	03	Désigner un chef de projet pour le volet "Kwilu" et le gratifier			
R1/A1	04	Identifier les membres de l'ECP et les gratifier			
R1/A1	05	Doter l'ECP d'un véhicule et d'outils de gestion			
R1/A1	06	Participer au financement du fonctionnement de l'ECP			
R1/A1	07	Formation: voyages d'études, séminaires, réunions...			
V5/R1	A2	Soutenir l'élaboration du plan de développement de la Province			
V5/R1	A3	Soutenir l'élaboration de modèles de partenariat public/privé			
V5/R1	A4	Soutenir les appuis aux zones de santé			
V5/R2		<i>Des Equipes Cadres de Zones sont opérationnelles</i>			
V5/R2	A1	Mettre en place l'Equipe Cadre de la ZS 5/1			
R2/A1	01	Mobiliser les expertises nécessaires et gratifier les titulaires			
R2/A1	02	Doter l'ECZ d'outils de gestion et d'un véhicule			
R2/A1	03	Participer au financement du fonctionnement de l'EC de la zone			
R2/A1	04	Aménager un local pour l'ECZ			
R2/A1	05	Formation: voyages d'études, séminaires, réunions...			
V5/R2	A2	Mettre en place l'Equipe Cadre de la ZS 5/2			
V5/R3		<i>Les structures opérationnelles sont progressivement renforcées</i>			
V5/R3	A1	Renforcer la Zone de Santé 5/1			
R3/A1	01	Dresser des plans directeurs pour les hôpitaux (max 3) à réhabiliter			
R3/A1	02	Renforcer l'Hôpital Général de Référence 5/1			
	2/1	Réhabiliter l'HGR 5/1 y compris les coûts d'encadrement technique			
	2/2	Rationaliser le personnel de l'HGR, le fidéliser, le motiver			
	2/3	Doter l'HGR de 2 véhicules et les maintenir			
	2/4	Construire des logements pour le personnel			
	2/5	Participer au financement du fonctionnement de l'HGR (pharmacie)			
	2/6	Participer au financement du fonctionnement de l'HGR (maintenance)			
	2/7	Participer au financement du fonctionnement de l'HGR (autre)			
R3/A1	03	Soutenir l'ITM			
	3/1	Organiser un plan de développement provincial pour l'ITM			
	3/2	Aménager les locaux (notamment, des logements pour étudiants)			
	3/3	Participer au financement du fonctionnement de l'ITM			
R3/A1	04	Renforcer progressivement les Centres de Santé de la ZS 5/1			
	4/1	Réhabiliter progressivement les CS y compris les coûts d'encadrement technique			
	4/2	Rationaliser le personnel des CSI, le fidéliser, le motiver			
	4/3	Participer au financement du fonctionnement des CS (pharmacie)			
R3/A1	05	Formation: voyages d'études, séminaires, réunions...			
V5/R3	A2	Renforcer la Zone de Santé 5/2			
V5/R4		<i>Le niveau central est alimenté en informations pertinentes pour la planification du secteur à partir de recherches effectuées par le volet 4</i>			
V5/R4	A1	Renforcer la DEP (expert national) ==> voir V4R4A1			
V5/R4	A2	Organiser les échanges entre les volets du programme et entre le programme et le niveau central			
V5/R5		<i>L'approvisionnement des ZS du District en médicaments est amélioré</i>			
V5/R5	A1	Ouvrir une ligne budgétaire au profit du CDR			

X		Réserve budgétaire (max 5% * total activités)			
X	01	Réserve budgétaire			
X	01 01	Réserve budgétaire REGIE			
Z		Moyens généraux			
Z	01	Frais de personnel			
Z	A1 01	Engager un conseiller technique pour chaque volet			
Z	A1 02	Ressources financières et procurement (PFM)			
Z	A1 03	Engager équipe du projet (chauffeur, secrétaire et comptable pour chaque volet)			
Z	02	Investissements (pour les deux volets)			
Z	02 01	2 véhicules (1 pour chaque volet)			
Z	02 02	Equipement bureaux CT			
Z	02 03	Equipement IT bureaux CT			
Z	02 04	Aménagements du bureaux CT			
Z	03	Frais de fonctionnement (pour les deux volets)			
Z	03 01	Loyer du bureau			
Z	03 02	Services et frais de maintenance			
Z	03 03	Frais de fonctionnement des véhicules			
Z	03 04	Télécommunications			
Z	03 05	Fournitures de bureau			
Z	03 06	Missions CT			
Z	03 07	Frais de représentation et de communication externe			
Z	03 08	Formation: bourses d'études			
Z	03 09	Frais financiers			
Z	04	Audit et Suivi et Evaluation			
Z	04 01	Monitorer et évaluer le programme (Suivi scientifique)			
Z	04 02	Audits annuels			
Z	04 03	Backstopping			
TOTAL					

7.3 TERMES DE RÉFÉRENCE, PERSONNEL À LONG TERME

7.3.1 Conseiller technique de terrain, appui aux Équipes Cadres Provinciales

7.3.1.1 Nombre de postes à pourvoir, localisation

Deux postes, un par volet du Programme, localisés respectivement :

- l'un, à Gemena, dans la future province du Sud-Ubangi, Province de l'équateur, avec déplacements fréquents dans les zones de santé en développement, la Zone de Santé de Bwamanda étant la première d'entre elles, avec déplacements occasionnels à Kinshasa et sur les sites des autres volets du programme ASSNIP
- l'autre, dans la future province du Kwilu, Province du Bandundu, avec déplacements fréquents dans les zones de santé en développement, avec déplacements occasionnels à Kinshasa et sur les sites des autres volets du programme ASSNIP

7.3.1.2 Durée des contrats, gestion

La fonction aura la durée du programme, soit trois ans.

7.3.1.3 Attributions

Membres de l'équipe Cadre Provinciale de leur site d'affectation, ils partageront le travail de l'équipe en ce qui concerne les fonctions techniques de l'ECP avec un accent spécial sur la recherche.

Par recherche on désigne tout le processus partant des formulations d'hypothèses à tester dans le cadre de l'amélioration du fonctionnement des structures de zone (Equipe cadre, Hôpital, Centres de santé, système d'information, financement...), leur mise en œuvre et leur évaluation. Ce travail sera effectué sous l'encadrement de l'Assistant Technique Coordinateur et de l'équipe externe de suivi et de la DEP.

En ce qui concerne les fonctions techniques (et de recherche), ils travailleront sous la tutelle du CT senior.

Ils auront, avec l'administrateur comptable du volet, la responsabilité de la gestion des fonds mis à disposition par la Belgique.

7.3.1.4 Tâches

Ils participeront à l'ensemble des tâches de l'Equipe Cadre Provinciale telles qu'elles sont ébauchées plus haut (voir point 2.2.3, « Précisions sur la mise en place des équipes cadres provinciales »).

7.3.1.5 Profil

Médecin avec ou sans diplôme de santé publique, avec une expérience dans le développement de zones de santé (districts). Une expérience de la pratique de la médecine en Europe peut être considérée comme importante.

Une expérience pratique au niveau d'un système local de santé (district...) dans un Pays en voie de développement est exigée.

Ce médecin devra être désireux de poursuivre une carrière en tant que médecin de santé publique.

Il devra prouver par son expérience des aptitudes à travailler en équipe, dans un contexte multiculturel.

Une expérience en RDC serait un plus.

7.3.1.6 Mode de sélection

Recruté sur appel d'offres international par EST/CTB Bruxelles.

7.3.2 Renforcement de l'assistance technique de coordination : expert de la DEP

La coordination des programmes d'appui à la mise en œuvre de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (notamment, les différents volets du programme ASSNIP) incombe naturellement à la Direction des études et de la Planification. Toutefois, une assistance technique de coordination au niveau central a été mise en place dans le cadre des volets 1 et 2 du programme ASSNIP pour pallier temporairement à l'insuffisance de compétences spécifiques nécessaires à cette tâche à la DEP.

Dans les volets 4 et 5 du programme ASSNIP, le renforcement nécessaire de l'assistance technique de coordination est organisé de façon à également renforcer plus directement la DEP dans la perspective du transfert complet de cette fonction vers elle. Un expert y sera donc affecté avec les termes de référence ébauchés ici mais à arrêter définitivement par le Directeur de la DEP (voir point 2.3.7, « Relations de l'assistance technique et du suivi scientifique avec le Ministère de la Santé Publique »).

7.3.2.1 Fonctions (attributions)

- Coordination - diffusion de l'information entre les volets (et avec les projets CTB du PARSS?)
- Capitalisation des méthodes de mise en œuvre.
- Point focal, partage de la progression du projet avec l'équipe de la DEP
- Le spécialiste DEP devra spécialement veiller à la reproductibilité des stratégies mises en place en évaluant si elles sont réalistes. Il devra mettre au point des stratégies d'appropriation, de reproduction et d'extension des procédures mises en œuvre par les projets ASSNIP.
- Coaching (à convenir selon le profil, la concertation avec le CTS, l'acquisition de l'expérience). Le problème est de ne pas obliger à prendre des décisions qui engagent l'avenir sans concertation préalable.

7.3.2.2 Tâches à Kinshasa

- Se concerter à la fois avec le Directeur de la DEP et le Sts
- Rassembler les documents produits sur le terrain ou à la coordination et les classer en vue de la capitalisation des expériences
- Rédiger des documents (concepts, évaluation, progress reports)
- Participer aux réunions de coordination ASSNIP (et CTB PARSS)
- Participer aux réunions de la DEP et partager les informations concernant les projets ASSNIP.
- Participer aux réunions des différentes organisations de coordination santé et y effectuer un plaidoyer pour les stratégies des projets ASSNIP déjà acceptées par la DEP

7.3.2.3 Tâches sur le terrain

- Participer aux activités des ECP et des ECZ
- Enregistrer les problèmes soulevés par les acteurs de terrain et les analyser
- Observer et analyser les activités des Services de Santé
- Servir de regard extérieur et de conseiller aux CT de terrain
- A la demande des CT ou des acteurs de terrain, suggérer des solutions (cf. coaching)
- Ramener les documents au niveau de la coordination

7.3.3 Renforcement de l'assistance gestionnaire

L'ensemble du projet bénéficie d'appuis en matière administrative et financière à partir d'une structure centralisée à Kinshasa mais organisée de façon à apporter des soutiens rapprochés aux équipes de terrains.

Les modalités du renforcement de cette fonction pour les volets 4 et 5 de programme ASSNIP seront définies par l'équipe de gestion en place (MAF : Manager administratif et financier).

7.3.4 Autres postes à pourvoir

Les autres postes seront pourvus sur la base de termes de référence identiques à ceux des volets précédents du programme.

7.4 TERMES DE RÉFÉRENCE, MISSIONS AU DÉBUT DU PROJET

7.4.1 Activité préliminaire au début de l'exécution

Les termes de référence de cette étude s'inspireront fortement de ceux de la présente mission de formulation. Néanmoins, sa finalité sera réduite à :

- sélectionner la zone de santé du district qui bénéficiera de l'appui initial visant à en faire une zone de démonstration ;
- valider les éléments de la présente formulation, notamment les budgets et le chronogramme ;
- identifier les particularités du site justifiant des dispositions spécifiques pour la formulation du volet.

Il n'est pas attendu que des difficultés notables surgissent dans le cadre de cette mission.

7.4.2 Plans directeurs hospitaliers

Les termes de référence de l'élaboration de plans directeurs hospitaliers sont repris de ceux rédigés par la CTB pour l'hôpital général de référence de Kisantu (CSC CTB/BTC n° Bxl 518, du 14/11/2008 ; Code navision RDC 07 087 11).

Des éléments y sont ajoutés pour prendre en compte la perspective de développement d'hôpitaux appelés éventuellement à être érigés en hôpitaux généraux provinciaux de référence (Gemena en est un exemple).

7.4.2.1 Tâches et responsabilités des consultants

L'équipe d'élaboration de plans directeurs sera composée de deux consultants internationaux et d'un expert santé national (médecin expert en santé publique) qui aura une connaissance approfondie du secteur, des projets appuyés par la Coopération belgo-congolaise et éventuellement lié au groupe d'appui à la SRSS. Il aura également une expérience dans les systèmes de santé, la qualité des soins.

L'équipe d'élaboration de plans directeurs devra établir un plan directeur global (document WORD) de l'HGR, composé d'un plan architectural, d'un chronogramme des activités et d'un plan budgétaire.

Ce plan directeur global sera établi de façon participative et en concertation avec l'équipe cadre de zone, le médecin directeur, l'administrateur général de l'HGR, les acteurs ou partenaires privés actifs dans le fonctionnement des hôpitaux et d'une part importante des centres de santé de la zone. La direction du programme ASSNIP supervisera le processus.

On prendra en compte les enseignements de l'élaboration du plan directeur élaboré pour l'hôpital général de référence de Kisantu, Province du Bas Congo, en exécution d'une mission antérieure commanditée par la CTB (Code Navision : RDC 07 087 11).

Le plan directeur global devra être basé sur une vision à long terme de ce que l'hôpital devrait devenir (nombre de lits, équipement nécessaire, genre de services/activités, cliniques et autres). Il comprend une réflexion profonde sur le mandat de l'HGR, les services qu'on veut y développer, la description des profils nécessaires à son fonctionnement, l'engagement ou le redéploiement du personnel en fonction des postes prédéfinis et les besoins en infrastructures, équipement et coûts de fonctionnement que cela implique (maintenance, salaires...). A partir de cette réflexion, le chronogramme des réalisations, le plan budgétaire et le plan architectural peuvent être développés.

Le plan directeur global prendra en considération les normes du Ministère de la Santé, les normes internationales et le rapport entre le coût de sa mise en œuvre et les ressources disponibles. Il devra proposer différentes options et déterminer les critères qui permettront de prendre des décisions par rapport aux options. Il devra prendre en compte le circuit du patient, les relations entre les

bâtiments. A ce titre, il devra tenir compte des réflexions par rapport au système de tarification et au parcours du patient. Il tiendra compte également des réflexions sur la prise en charge des maladies chroniques.

Le plan architectural devra déterminer les priorités, les espaces nécessaires, les besoins en réhabilitations et l'équipement (médical et autre), proposer des phases d'avancement des travaux et établir les priorités éventuelles de construction/réhabilitation. Il décrira l'état des lieux des bâtiments existants et proposera un plan détaillé de développement des anciens et nouveaux bâtiments de façon phasée.

L'équipe de consultants veillera à créer un bon climat de concertation et de collaboration avec tous les acteurs concernés par cette intervention. Ils veilleront à tenir compte des réalités et des documents existants ainsi que des préoccupations des acteurs du terrain dans l'élaboration des plans directeurs pour les hôpitaux généraux de référence.

L'équipe de consultants est composée d'un international, expert en organisation de système de santé qui assure la responsabilité de l'exécution du marché, d'un consultant international, architecte hospitalier et d'un consultant national, médecin de santé publique. Cette équipe travaillera de façon étroite avec la direction de l'hôpital, l'équipe cadre de zone et la direction du programme ASSNIP3 sur les tâches suivantes :

- Rencontrer tous les acteurs clés de l'hôpital général de référence et du bureau central des zones de santé visées, écouter et comprendre leurs agendas, leurs contraintes et leurs priorités.
- Faire l'inventaire des bâtiments et de l'équipement existant et juger de leur adéquation par rapport à l'offre de soins
- Visiter au moins trois centres de santé dans chaque zone de santé
- évaluer le personnel existant dans les hôpitaux généraux de référence pour juger de l'adéquation compétences/besoins
- Identifier les tâches et profils du personnel des hôpitaux généraux de référence
- Décrire les mécanismes de motivation pour les ressources humaines
- Juger de la pertinence de la stratégie d'intervention adoptée dans le contexte du programme ASSNIP4 (approche différenciée et progressive de transformation du système) dans le contexte actuel des services de santé.
- Examiner la cohérence de l'offre de soins de l'HGR avec les priorités actuelles de la zone de santé et de l'hôpital
- établir, en collaboration avec les acteurs clés rencontrés, une description détaillée des soins et des services que les hôpitaux généraux de référence devraient offrir ainsi que du rôle et du mandat de chaque hôpital.
- Organiser des ateliers de planification avec les acteurs clés pour permettre cette collaboration
- Proposer un plan architectural de l'HGR en adéquation avec les services et l'offre de soins proposés.
- Spécifier les résultats et les activités principales pour la mise en œuvre du plan directeur global, y inclus du plan architectural et proposer un plan budgétaire conséquent
- Définir et quantifier, les indicateurs de résultat et de processus pour le suivi des prestations du plan de développement
- Etablir un calendrier indicatif des activités (en plus de détails pour la première année de la prestation), en tenant compte de la complexité de la tâche et de la

nécessité d'introduire la flexibilité nécessaire pour profiter des opportunités et contourner contraintes et obstacles.

- Rédiger les documents attendus

L'équipe de consultants internationaux aura la responsabilité finale de l'exécution de la prestation de service.

7.4.2.2 La promotion éventuelle d'hôpitaux généraux de référence en hôpitaux généraux provinciaux de référence

La prise en compte éventuelle de l'hôpital général de référence de Gemena poserait inévitablement la question - les questions - liées au changement de statut du territoire de district en province.

- Chaque nouvelle province devra-t-elle être dotée d'un Hôpital Général Provincial de Référence ou plusieurs provinces pourraient-elles se partager un Hôpital Général Interprovincial de Référence ?
- Comment, et selon quelle planification, un hôpital actuel peut-il être, par phases successives, être réhabilité en HGR et ensuite en FGPR ?
- Bien entendu, la question impose de traiter tout de suite celle de la vocation et du mandat de l'Hôpital Général Provincial de Référence : services à y développer, profils nécessaires à son fonctionnement, engagement ou le redéploiement du personnel en fonction des postes prédéfinis et les besoins en infrastructures, équipement et coûts de fonctionnement que cela implique (maintenance, salaires...)

Ces questions comportent des aspects multiples, dont des aspects architecturaux à implications immédiates. Elles doivent donc être traitées dans le cadre de l'élaboration des plans directeurs hospitaliers.

7.4.2.3 Déroulement de la mission ou planning

L'intervention se déroulera en cinq étapes dont la première consiste en un briefing au siège de la CTB à Bruxelles suivi d'une préparation de la mission. La préparation de la mission consiste en la prise de connaissance du contenu des documents tels que la SRSS, le DTF ASSNIP 4, le rapport d'audit institutionnel de la DEP (2008), les plans stratégiques des hôpitaux généraux de référence, les plans d'action annuels, les comptes rendus des réunions des comités de gestion des hôpitaux.

La deuxième étape comportera la visite des hôpitaux généraux de référence et d'au moins trois centres de santé par zone ainsi que la rencontre des différents acteurs de la santé, principalement aux hôpitaux mais aussi au sein des zones de santé. Elle permettra une collecte d'informations pertinentes, une analyse de la situation, une compréhension des obstacles au bon fonctionnement du système de santé et des nécessités relatives à l'offre rationnelle de soins de santé.

La troisième étape permettra la rédaction d'une proposition de plan directeur provisoire suite aux informations recueillies et à l'analyse réalisée, tenant compte des contraintes auxquelles tous les acteurs du système de santé, personnel soignant et population de la zone inclus sont soumis.

Dans une quatrième étape, le plan directeur proposé sera présenté au comité de gestion des hôpitaux et à aux zones de santé pour approbation et appropriation, moyennant certaines modifications si nécessaire.

Après une période de lecture et approbation par les acteurs de terrains, la cinquième étape aura pour résultat le plan directeur définitif.

7.4.2.4 Résultats

L'équipe de consultants remettra un rapport final composé de :

- Un plan directeur global de développement des hôpitaux généraux de référence reprenant l'analyse de la situation actuelle, la réflexion effectuée et les conclusions de cette réflexion, les résultats à obtenir et les activités à mener pour y parvenir (partie narrative).
- Un plan architectural de ces hôpitaux
- Un cadre logique des interventions avec résultats et activités
- Un plan budgétaire conséquent
- Un chronogramme reprenant la planification axée sur les résultats des activités en concordance avec le calendrier de la planification budgétaire

7.4.2.5 Profils des consultants

a) Profil du consultant international, expert en organisation de système de santé

- Diplôme universitaire en relation avec l'organisation de systèmes (médecin de santé publique, ingénieur civil, ingénieur commercial...)
- Haut niveau de compétence et large expérience internationale (au moins 10 ans), en particulier en Afrique, dans le domaine de l'organisation des systèmes de santé
- Bonne connaissance du système de santé de la RDC
- Bonne connaissance des méthodes de travail de la CTB
- Capacité de travailler en équipe et de négocier un scénario qui tienne compte des avis des membres de l'équipe
- Une expérience d'élaboration de plan directeur hospitalier serait un avantage

b) Profil du consultant international, architecte hospitalier

- Diplôme d'architecture et ou de génie civil
- Spécialisation en construction, réhabilitation et équipement hospitaliers
- Capacité de travailler en équipe et de négocier un scénario qui tienne compte des avis des membres de l'équipe
- Expérience avérée en développement de plans directeurs hospitaliers
- Une expérience en Afrique serait un avantage

c) Profil du consultant national

- Diplôme de médecine émanant d'une institution reconnue au Congo
- Diplôme de santé publique (minimum niveau maîtrise)
- Expérience d'au moins dix ans en milieu hospitalier rural
- Expérience d'au moins 5 ans dans l'organisation des soins de santé (suite à l'obtention du diplôme)
- Expérience en équipement et organisation hospitalière en Afrique
- Capacité de travailler en équipe et de négocier un scénario qui tienne compte des avis des membres de l'équipe

Etant donné la proximité du programme d'Appui au Système de Santé aux Niveaux Intermédiaire et Périphérique et du programme d'Appui au Système de Santé au Niveau Central, les

considérations sur les dimensions thématiques transversales sont identiques pour les deux projets. Elles sont reprises ici du dossier de formulation des volets 1 et 2 du programme.