



Ministère de la Santé Publique
Direction d'Etudes et Planification



CTB

RAPPORT DES RESULTATS 2013

PROJET D'APPUI INSTITUTIONNEL
A LA DIRECTION D'ETUDES ET
PLANIFICATION DU MINISTERE DE
LA SANTE (PHASE DE
CONSOLIDATION DES ACQUIS –
DEP3)

RD CONGO

CODE DGCD : NN 3012953
CODE NAVISION : RDC 12 166 11

| | |
|--|-----------|
| ACRONYMES..... | 4 |
| 1 APERÇU DE L'INTERVENTION (MAX. 2 PAGES) | 6 |
| 1.1 FICHE D'INTERVENTION | 6 |
| 1.2 EXECUTION BUDGETAIRE..... | 7 |
| 1.3 AUTOEVALUATION DE LA PERFORMANCE..... | 7 |
| 1.3.1 <i>Pertinence</i> | 7 |
| 1.3.2 <i>Efficacité</i> | 8 |
| 1.3.3 <i>Efficiéce</i> | 8 |
| 1.3.4 <i>Durabilité potentielle</i> | 9 |
| 1.4 CONCLUSIONS | 10 |
| 2 MONITORING DES RESULTATS | 11 |
| 2.1 ÉVOLUTION DU CONTEXTE | 11 |
| 2.1.1 <i>Contexte général</i> | 11 |
| 2.1.2 <i>Contexte institutionnel</i> | 12 |
| 2.1.3 <i>Contexte de gestion : modalités d'exécution</i> | 13 |
| 2.1.4 <i>Contexte HARMO</i> | 14 |
| 2.2 PERFORMANCE DE L'OUTCOME | 15 |
| 2.2.1 <i>Progrès des indicateurs</i> | 15 |
| 2.2.2 <i>Analyse des progrès réalisés</i> | 15 |
| 2.2.3 <i>Impact potentiel</i> | 15 |
| 2.3 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 1 | 17 |
| 2.3.1 <i>Progrès des indicateurs</i> | 17 |
| 2.3.2 <i>État d'avancement des principales activités</i> | 18 |
| 2.3.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i> | 18 |
| 2.4 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 2..... | 19 |
| 2.4.1 <i>Progrès des indicateurs</i> | 19 |
| 2.4.2 <i>État d'avancement des principales activités</i> | 20 |
| 2.4.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i> | 20 |
| 2.5 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 3..... | 21 |
| 2.5.1 <i>Progrès des indicateurs</i> | 21 |
| 2.5.2 <i>État d'avancement des principales activités</i> | 22 |
| 2.5.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i> | 22 |
| 2.6 THEMES TRANSVERSAUX..... | 23 |
| 2.6.1 <i>Genre</i> | 23 |
| 2.6.2 <i>Environnement</i> | 23 |
| 2.6.3 <i>Autre</i> | 23 |
| 2.7 GESTION DES RISQUES | 24 |
| 3 PILOTAGE ET APPRENTISSAGE | 26 |
| 3.1 REORIENTATIONS STRATEGIQUES | 26 |
| 3.2 RECOMMANDATIONS..... | 26 |
| 3.3 ENSEIGNEMENTS TIRES..... | 27 |
| 4 ANNEXES..... | 28 |
| 4.1 CRITERES DE QUALITE..... | 28 |
| 4.2 DECISIONS PRISES PAR LE COMITE DE PILOTAGE ET SUIVI | 31 |
| 4.3 CADRE LOGIQUE MIS A JOUR | 32 |
| 4.4 APERÇU DES MORE RESULTS | 32 |

| | | |
|-----|---|----|
| 4.5 | RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS (Y – M) » | 33 |
| 4.6 | RESSOURCES EN TERMES DE COMMUNICATION | 35 |

Acronymes

| | |
|----------|---|
| AGEFIN | Agence de Gestion Financière |
| AM | Arrêté Ministériel |
| ASSNIP | Appui au Système de Santé du Niveau Intermédiaire et Périphérique |
| BAD | Banque Africaine de Développement |
| BM | Banque Mondiale |
| CAG | Cellule d'Appui et de Gestion |
| CAO | Cadre d'Accélération de l'atteinte des OMD |
| CCT | Comité de Coordination Technique du CNP-SS |
| CMO | Convention de Mise en Œuvre |
| CNCS | Comité National de Coordination Stratégique |
| CNP-SS | Comité National de Pilotage du Système de Santé |
| COREF | Comité d'Orientation de la R2forme des Finances publiques |
| CPN | Consultation Périnatale |
| CPP-SS | Comité Provincial de Pilotage du Système de Santé |
| CS | Centre de Santé ou Convention Spécifique / Convention Spécifique |
| CTB | Coopération Technique Belge |
| CUS | Couverture Universelle en Santé |
| DAF | Direction Administrative et Financière |
| DEP | Direction d'Etudes et de Planification du Ministère de la Santé |
| DFID | Department For International Development (coopération britannique) |
| DGD | Direction Générale pour le Développement |
| DLM | Direction de Lutte contre la Maladie |
| DPS | Division Provinciale de la Santé |
| DRH | Direction des Ressources Humaines |
| DSCRIP | Document de stratégie et croissance pour la réduction de la pauvreté |
| DSNIS | Division en charge du Système national d'Information Sanitaire (soins de santé primaires) |
| DTF | Dossier Technique et Financier |
| EDS | Enquête Démographique et de Santé |
| ELS | Etats des Lieux du Secteur Santé |
| EUR | Euros |
| FED | Fonds Européen pour le Développement |
| FP | Fonction Publique |
| GAVI-RSS | Global Alliance for Vaccines and Immunization – Renforcement du Système de Santé |
| GAVI-CSO | Global Alliance for Vaccines and Immunization – Civil Society Organisations |
| GIBS | Groupe Inter Bailleurs Santé |
| HGR | Hôpital Général de Référence |
| iHTP | Integrated Healthcare Technology Package |
| INS | Institut National de la Statistique |
| KPMG | Klynveld Peat Marwick Goerdeler, réseau de cabinets indépendant d'audit et fiduciaires |

| | |
|--------|---|
| ME | Médicaments Essentiels |
| meo | Mise en œuvre |
| MICS | Multi Indicators Cluster Survey |
| MIP | Médecin Inspecteur Provincial |
| MSP | Ministère de la Santé Publique |
| NTICs | Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication |
| nv | Nouveau |
| OMD | Objectifs du Millénaire pour le Développement |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé. |
| ONG | Organisation Non Gouvernementale |
| OS | Objectif Spécifique |
| PA | Plan d'Action |
| PAP | Plan d'Action Prioritaires (DSCR) |
| PARSS | Programme d'Appui au Renforcement du Système de Santé (BM) |
| PCA | Paquet Complémentaire d'Activités (HGR) |
| PESS | Programme d'Équipement et de réhabilitation des Structures Sanitaires du Gouvernement congolais |
| PMA | Paquet Minimum d'Activités (CS) |
| PNDS | Plan National de Développement Sanitaire (2011-2015) |
| PPDS | Plan Provincial de Développement Sanitaire |
| PTF | Partenaire Technique et Financier |
| RA | Revue Annuelle |
| RDC | République Démocratique du Congo |
| RH | Ressources Humaines |
| RSS | Renforcement du Système de Santé ou Recherche sur les Systèmes de Santé |
| SARA | Service Availability Readness Assesment |
| SIDA | Syndrome d'Immuno Déficience Acquise |
| SG | Secrétaire Général ou Secrétariat Général |
| SMCL | Structure Mixte de Concertation Locale |
| SNIS | Système National d'Information Sanitaire |
| SRSS | Stratégie de Renforcement du Système de Santé |
| TDR | Termes de Référence |
| UNICEF | Fonds des Nations Unies pour l'Enfance |
| VIH | Virus de l'Immunodéficience Humaine |
| ZS | Zone de Santé. |

1 Aperçu de l'intervention (max. 2 pages)

1.1 Fiche d'intervention

| | |
|---|--|
| Secteur et sous –secteur CAD | 12110 – Santé : santé publique, management, gestion administrative |
| Code navision CTB | RDC 12 166 11 |
| Partenaire local | Ministère de la Santé Publique en RDC |
| Date signature et CS Durée et date fin CS | 17 mars 2013 28,5 mois (16,5 + 12 mois) Date fin : 30 mars 2016 |
| Date signature CMO, Date estimative démarrage projet Durée du projet et date fin | 9 avril 2013 15/8/2012 16,5 mois Date fin : 31 décembre 2013 |
| Contribution Etat congolais | locaux, eau, électricité, salaire des fonctionnaires, 300.000 EUR |
| Contribution belge | 1.768.125 EUR |
| Groupes cibles | Le personnel de la DEP et par son travail l'ensemble des personnes du MSP qui bénéficient de ses appuis en matière de planification, de suivi évaluation stratégique et d'études. |
| Objectif général (impact) | « Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans le cadre global de lutte contre la pauvreté. » |
| Objectif spécifique (outcome) | « Les capacités managériales de la DEP sont renforcées et lui permettent d'assurer efficacement ses missions dans la mise en œuvre, le suivi & évaluation du PNDS 2011-2015, en priorité dans les aspects de réforme du secteur et du développement des zones de santé ». |
| Résultats (outputs) | <p><u>Résultat 1</u> : Une planification coordonnée, y compris le suivi & évaluation du développement du secteur, est assurée à tous les niveaux afin de permettre le renforcement du système de santé et en particulier le développement des zones de santé.</p> <p><u>Résultat 2</u> : La coordination des appuis des différents partenaires techniques et financiers du secteur de la santé en termes de synergie et de complémentarité et leur cohérence avec la stratégie sectorielle et les procédures nationales sont assurées à tous les niveaux.</p> <p><u>Résultat 3</u> : L'élaboration et la dissémination des politiques, des stratégies, des textes légaux et réglementaires (lois, normes, directives d'application,...) et les réformes sectorielles tiennent compte des résultats des recherches sur le système de santé, d'expériences capitalisées, d'études ou de données macro-économiques et sectorielles.</p> |

1.2 Exécution budgétaire

| | Budget | Dépenses | | Solde | Taux de déboursement à la fin de l'année n |
|----------|-----------|--------------------|-----------------------------------|-----------|--|
| | | Années précédentes | Année couverte par le rapport (n) | | |
| Total | | 2012 | | | |
| Output 1 | 235 000 | 0 | 6 617 | 228 383 | 3% |
| Output 2 | 20000 | 0 | 20 751 | -751 | 104% |
| Output 3 | 230 000 | 0 | 9 384 | 220 616 | 4% |
| GM | 1 283 125 | 61709 | 480 210 | 741 206 | 42% |
| TOTAL | 1 768 125 | 61709 | 516 963 | 1 189 453 | 33% |

1.3 Autoévaluation de la performance

1.3.1 Pertinence

| | |
|-------------------|--------------------|
| | Performance |
| Pertinence | A |

Valeur des notes A, B, C ou D !).

Le choix d'apporter un appui institutionnel à la Direction d'Etudes et Planification du MSP est et restera un choix pertinent à double titre : cette direction joue un rôle central dans les réformes qui sont en train d'être menées en RDC mais plus spécifiquement au sein du MSP.

L'autre aspect pertinent est lié à la forme de cet appui. Il s'agit d'un appui technique et financier à la réalisation des missions même de la direction ni plus ni moins. Il n'est donc pas demandé à cette direction d'atteindre des résultats de projet mais c'est le projet qui adopte la planification et les résultats attendus de la direction dans son cadre institutionnel.

Qui est le partenaire de Qui ? Le MSP et la DEP sont des partenaires pour la CTB et inversement, la CTB est un partenaire pour le MSP et la DEP. Donc il n'est pas question ici de se demander si le partenaire est bien impliqué dans la mise en œuvre du projet puisque le projet est le plan d'action de la Direction. Nous pourrions à contrario analyser le niveau d'implication de la CTB dans la mise en œuvre du plan d'action de la DEP. La CTB en la matière est assez bon élève et le seul partenaire à ce jour qui fait des réels appuis institutionnels. Ce qui pourrait être vu comme moins efficace c'est la capacité de la CTB à convaincre les autres partenaires d'intervenir dans le secteur avec une approche multi bailleurs où chaque bailleur ne ferait qu'appuyer la mise en œuvre du PNDS.

¹ A = Très bonnes performances, B = Bonnes performances, C = Faibles performances, D = Problématique

1.3.2 Efficacité

| | |
|-------------------|--------------------|
| | Performance |
| Efficacité | B |

L'OS du projet vise le renforcement des capacités managériales de la DEP pour lui permettre d'assurer efficacement ses missions dans la mise en œuvre, le suivi & évaluation du PNDS 2011-2015, en priorité dans les aspects de réforme du secteur et du développement des zones de santé».

Le projet a bien permis à la DEP d'assurer ses missions. Toutes les attributions affectées à la DEP dans le Cadre et Structures Organiques transitoire du MSP validé en octobre 2012 ont une correspondance dans l'un ou l'autre résultat du projet comme le montre le tableau de concordances ci-dessous.

| Missions (nv cadre organique) | Projet CTB |
|---|-------------------|
| Elaborer les diagnostics macro-économiques et sectoriels ; | R3 |
| Définir les politiques, les objectifs et les stratégies macro-économiques et sectoriels ; | R3 |
| Programmer et budgétiser les programmes et projets macro-économiques et sectoriels; | R1 |
| Suivre et évaluer les politiques, les projets et les programmes macro-économiques et sectoriels ; | R1 |
| Assurer la gestion de la documentation et de la bibliothèque du Secrétariat Général, | R3 |
| Centraliser et exploiter l'information statistique, documentaire et les textes réglementaires ; | R3 |
| Assurer la gestion des Nouvelles Technologies de Information et de la Communication (NTICs) du Ministère. | R3 |
| Appuyer la programmation du CDMT sectoriel et en assurer la consolidation | R1 |
| Assurer le contact avec les bailleurs de fonds et contribuer à la recherche des financements ; | R2 |

Et la DEP a travaillé sur chacune de ses missions au cours de l'année 2013 en améliorant ses capacités à gérer chacune d'entre elles. Le bémol pourrait être donné pour les capacités de documentation et de diffusion des informations, normes et directives.

1.3.3 Efficience

| | |
|-------------------|--------------------|
| | Performance |
| Efficience | B |

L'efficience de la DEP est évaluée de manière satisfaisante en 2013. La DEP a fourni cette année-ci encore des produits d'étapes importants dans la feuille de route 'Gouvernance'.

En matière de mise en œuvre et de suivi de la mise en œuvre du PNDS, la DEP a contribué à la coordination du processus d'élaboration des plans du MSP et a élaboré des tableaux synoptiques par niveau pour le suivi de la mise en œuvre du PNDS en un coup d'œil.

Dans le cadre du diagnostic macro-économique et sectoriel, elle a contribué à la préparation du CDSMT 2013-2015, elle assure le suivi des activités de l'enquête démographique et de Santé (EDS 2013), elle assure la coordination des activités de l'enquête SARA, elle a coordonné l'exercice de Costing du niveau intermédiaire, elle a contribué à la production des CNS 2011. La mobilisation de

plus de financement s'est faite au travers de la collecte des informations financières. Ce travail fut couronné de moins de succès qu'en 2012 car moins de partenaires ont donné les informations nécessaires à la programmation des activités sur base d'informations financières réelles. C'est pourquoi la DEP a développé un outil Web qu'elle espère pouvoir mettre à la disposition de tous dès le début 2014.

Dans le cadre du partenariat pour la mobilisation des ressources la DEP s'est impliquée dans la mise en œuvre du cadre d'accélération des OMD 4&5, du projet d'équipement des structures sanitaires du Gouvernement congolais, dans l'élaboration du plan de management du projet d'accélération des OMS4&5 de l'Union Européenne, dans la rédaction de la nouvelle proposition du projet GAVI RSS et dans l'exécution du monitoring amélioré pour action de l'UNICEF. Mais a bien y regarder, la DEP se met dans ces projets au service de leur exécution et de leurs stratégies et ne parvient plus à les recadrer sur la mise en œuvre simple du PNDS.

En ce qui concerne la coordination des partenaires, la DEP a continué à jouer un rôle important avec l'organisation d'une réunion du CNP-SS.

La DEP a joué en 2013 un rôle important dans la poursuite des réformes qui se développent au sein du secteur Santé : pour la réforme de l'administration publique, la DEP a fait avancer la réforme du niveau intermédiaire et la mise en place des nouvelles DPS (26). Il reste maintenant la réforme du niveau central. En matière de réforme du financement de la Santé la DEP a contribué aux travaux sur la couverture universelle en santé, les travaux sur l'élaboration du plan national de la protection sociale, sur une énième réflexion sur le rôle et les attributions que devrait avoir la CAG et les travaux d'élaboration de la sous-stratégie de financement de la santé. La DEP collabore aux travaux sur la réforme de la gestion des RH en santé, sur la réforme hospitalière, sur la réforme de la gestion des ME. Dans le cadre de la réforme de la gestion de l'information sanitaire, elle peine encore à faire comprendre la nécessité que chaque direction réformée travaille sur la partie du grand SNIS qui la concerne. Même l'OMS traite toujours avec la DSNIS quand il s'agit d'information sanitaire en croyant y ancrer le grand SNIS (10 composantes). Ces réformes induisent des travaux d'élaboration de normes et directive mais peu d'entre elles sont abouties.

1.3.4 Durabilité potentielle

| | |
|-------------------------------|--------------------|
| | Performance |
| Durabilité potentielle | A |

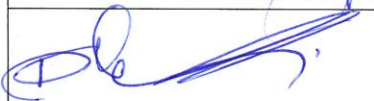

Les compétences acquises par le personnel de la DEP peuvent assurer la conduite des fonctions de la DEP. Mais il est nécessaire d'habituer la DEP à fonctionner sur base de procédures congolaises pour qu'un appui sectoriel multi bailleurs puisse être géré sur des bases consensuelles. C'est pourquoi en 2013 la DEP a recruté un responsable administratif qui a repris les fonctions de la comptable en matière de gestion administrative et logistique de la Direction (ressources humaines, équipements, véhicules, consommables). Il lui a été demandé d'élaborer les procédures internes à la DEP qui doivent faire partie maintenant d'un règlement intérieur que tous les personnels de la DEP vont s'engager à respecter. En 2013 aussi, la DEP a fait des démarches auprès de TOMPRO pour obtenir le logiciel et le faire paramétrer aux besoins du MSP y compris pour l'organe centralisateur. Ce marché n'a finalement pas eu lieu et est attendu pour 2014. Sans financement, qu'il soit belge congolais ou autre, la DEP ne pourra exercer ses fonctions comme elle le fait jusqu'à présent à la satisfaction de tous ses interlocuteurs.

Mais en termes de compétences, de savoir-faire, d'acquisition de capacités liées à la gouvernance, le degré de probabilité de préserver et reproduire les bénéfices de l'intervention au-delà de la période de mise en œuvre de l'intervention est très élevé.

1.4 Conclusions

1.4 Conclusions

- ✓ Appui belge bien adapté aux besoins du MSP et rend possible l'évolution vers un appui budgétaire.
- ✓ Mise en œuvre effective de la réforme de l'administration publique au niveau provincial avec la mise en place de DPS qui devraient pouvoir s'occuper en priorité du développement des zones de santé
- ✓ Mobilisation de 42 millions de dollars des fonds du gouvernement pour le secteur de la Santé dans le cadre d'un plan aligné aux besoins réels du secteur.
- ✓ Ralentissement de la dynamique de suivi de la mise en œuvre du PNDS
- ✓ Amélioration du savoir-faire en termes de gestion du quotidien d'une direction du MSP

| | |
|---|--|
| Fonctionnaire exécution nationale Dr KALAMBAY Hyppolite | Fonctionnaire exécution CTB Dr LADRIERE Fabienne |
|  |  |

2 Monitoring des résultats²

2.1 Évolution du contexte

2.1.1 Contexte général

En septembre 2013, pour assurer une position commune de toutes les parties congolaises dans les négociations de paix à l'Est du pays, le Président de la République a organisé une « concertation pour la cohésion nationale ». Ces assises ont duré trois mois. Tous les acteurs de cette concertation ont été invités à travailler en groupes de travail sur les thèmes précis. Le Ministre de la Santé présidait l'une de ces sous commissions. Lui qui dans les mois précédents avait fait accélérer le processus de réforme du niveau intermédiaire n'était plus disponible pour continuer à l'impulser. Et cette réforme s'est mise en hibernation durant cette période.

A la sortie de cette concertation, le gouvernement a démissionné. Mais le remaniement n'a toujours pas été annoncé et depuis ce jour-là, tout le gouvernement ne fait qu'assurer la gestion des affaires courantes. Le Ministre de la Santé et son cabinet n'ont donc pas été encouragés à s'impliquer plus avant dans des décisions sensibles comme celles des réformes qui doivent être menées dans le secteur de la Santé.

Alors que le nouveau cadre et structures organiques provisoires du MSP avait été produit en octobre 2012, c'est au cours de cette année 2013 que l'« Etude pour la création et / ou le renforcement des Directions des Etudes et Planification (DEP) et des Directions Administratives et Financières (DAF) des ministères impliqués dans le processus de décentralisation en République Démocratique du Congo », produite en 2010, commence à être suivie d'effets au niveau du Gouvernement congolais : dans la stratégie révisée de la Réforme de l'Administration Publique, il est prévu que le cadre organique standard de la Fonction Publique mentionne obligatoirement les DAF, DEP et DRH. Dans une lettre au gouvernement en date du 1^{er} juillet 2013, le Premier Ministre « encourage ses Ministres à réfléchir en faveur de la création d'une véritable Direction des Ressources Humaines (DRH) à intégrer dans le cadre organique standard de l'administration publique, en plus de la Direction de l'Administration et des Finances (DAF) et de la Direction des Etudes et Planification (DEP) ». Lors d'une réunion d'échanges avec le Ministère des Finances, celui du Budget et le COREF en novembre 2013 il a été précisé que la DAF n'est plus la Direction Administrative et Financière mais la Direction des Affaires Financières, répondant directement au Ministère du Budget. C'est ainsi que sera instaurée la déconcentration de l'ordonnancement des finances publiques dans les ministères sectoriels. Le Directeur de la DAF sera en fait l'ordonnateur principal au sein de chaque ministère, c'est pourquoi ce directeur sera un fonctionnaire du Ministère du Budget. Chaque Directeur d'une Direction centrale réformée aura la responsabilité d'engager les fonds mis à disposition du programme qu'il va gérer.

Ceci implique que le MSP devra remettre son travail sur le métier pour adapter une nouvelle fois son cadre organique. Le cadre de 2012 avait tenu compte de la création d'une direction en charge des finances mais avait prévu de mettre cette fonction dans une direction globale de gestion des ressources. Il lui faudra cette fois-ci mettre en place une DAF, en lieu et place des structures ad hoc mises en place transitoirement en leur temps pour gérer les financements du fonds Mondial et de GAVI (CAG/ AGEFIN), et une structure conforme à la loi congolaise en matière des marchés publics, la Cellule de Gestion de Projets et de Marchés Publics (CGPMP) en veillant à ce que la transition se fasse sans perturber le fonctionnement des services.

Un atelier a d'ailleurs eu lieu en novembre 2013 avec tous les partenaires du MSP pour élaborer et valider une feuille de route sur la restructuration de la CAG jusqu'à sa dissolution et la mise en place d'une DAF

Dans le contexte général nous notons également le climat d'incertitude, d'incompréhension et d'impression d'injustice qui a continué à régner au sein du secteur santé vis-à-vis de la coopération belgo-congolaise. Jusqu'au mois d'octobre, le MSP a dû vivre avec l'ambiguïté de la partie belge :

² L'impact se réfère à l'objectif général ; l'outcome se réfère à l'objectif spécifique ; l'output se réfère au résultat escompté

d'une part la Belgique se positionnait comme leader au sein du GIBS pour appuyer les réformes et le développement de la Gouvernance dans le secteur, d'autre part la même Belgique exigeait du secteur santé qu'il se repentisse pour toutes les faiblesses encore constatées en même temps qu'il se vende avec ses plus beaux atouts pour avoir une chance d'être reconsidéré dans les priorités de la coopération belgo-congolaise. Quel temps perdu pour le MSP à se justifier et se vendre plutôt que de travailler sur les nombreuses réformes en cours ! Finalement lors du COMPAR du 8 octobre 2013 auquel assistait le Directeur général de la DGD, la partie belge a pris en considération la demande de la partie congolaise de reconsidérer les trois secteurs prioritaires. A la faveur du regroupement de l'agriculture et du développement rural, un troisième secteur prioritaire se libérant, la santé a pu réintégrer un statut de secteur prioritaire pour la coopération belgo-congolaise. Mais d'emblée pour ce secteur, il a été établi des critères qui devaient guider le choix des interventions : appropriation et durabilité pour une meilleure redevabilité, appuis aux réformes en cours, approche multi bailleurs et ne reprendre que ce qui a bien marché. Pourquoi une telle circonspection uniquement pour la santé ? Même annoncé sous cette forme il a encore fallu attendre le discours du Ministre Labille à la résidence de l'Ambassadeur de Belgique en RDC, le 15 octobre 2013, pour que le secteur puisse s'autoriser à réfléchir concrètement sur le contenu du prochain programme santé dans le cadre de la coopération belgo-congolaise.

2.1.2 Contexte institutionnel

La lenteur de la réforme du niveau central pèse de plus en plus sur le travail de la DEP qui continue à être isolée dans un flot de chantiers à mener de front. Plutôt que de connaître un partage des tâches entre des directions réformées et performantes, la DEP reste souvent seule à tirer toute la machine de la réforme du système de santé en RDC. Les responsabilités sont partagées entre la volonté politique congolaise mitigée et les partenaires qui n'ont jamais pris le taureau par les cornes en s'engageant dans l'appui institutionnel à une direction centrale sur base d'un travail de rationalisation de cette direction (définition claires des missions de la direction, sélection du personnel pour sur base d'une concordance entre le profil des personnes et les compétences attendues pour les différents postes de la direction). Le seul modèle qui existe encore au sein du MSP (appui à la DEP, appui à la DLM) va sans doute disparaître au profit des appuis « activités » puisque qu'on ne voit pas encore comment poursuivre un appui institutionnel à ces directions au-delà du mois de juin 2014.

L'appui multi bailleurs porte en lui ce ferment de destruction de l'âme d'une structure en ne lui demandant plus de se concentrer d'abord sur ses missions mais en lui donnant simplement des moyens de mener des activités avec chacune leur propre finalité.

On ne peut tenir l'Administration et encore moins les directions centrales pour responsables du manque d'engagement politique sur la valorisation du travail de l'administration réformée. En attendant que cette prise de conscience se fasse et pour ne pas participer à la disparition d'entités rationalisées avec courage et efforts, les partenaires devraient se responsabiliser pour des appuis institutionnels en même temps que leurs représentants politiques devraient s'asseoir auprès du gouvernement congolais pour l'encourager, voir le contraindre, à investir dans son administration réformée.

La mise en place de la réforme de l'administration publique nécessite la plus grande prudence car à la moindre fausse route les détracteurs de cette réforme, c'est à dire tous ceux qui considèrent l'Etat d'abord comme un employeur et non comme celui qui doit organiser les services pour la population, peuvent réinvestir des positions déjà conquises par la réforme comme le principe de la gestion axée sur les résultats, la rationalisation, la sélection et l'affectation des personnes sur base des compétences et non sur base de la nomination politique, et annihiler tous les acquis. Et c'est dans ce climat de prudence extrême que, durant une longue mission d'expertise du directeur de la DEP auprès de l'UNICEF, aucune décision dans le processus de sélection des cadres des DPS n'a été prise, retardant d'autant le processus. Il faut souligner cependant que cette période coïncidait aussi avec la mise en veille du gouvernement politique.

En 2013, un pilier de la réforme du financement de la Santé a été gravement ébranlé mais c'est sans doute une très bonne opportunité pour revenir à la vision première de cette réforme Le fonctionnement de la CAG a été remis en cause. Le 18 Juillet 2012, le Groupe Inter-bailleurs Santé (GIBS) remettait une lettre au Ministre de la Santé en mettant le Secrétariat de GAVI Alliance en copie, dans laquelle il exprimait ses inquiétudes sur la gestion du programme GAVI RSS par la CAG. La lettre soulignait un certain nombre d'irrégularités portant sur la passation de marchés, les paiements

de primes et autres bonus aux agents du MSP et des retards dans la justification des avances faites à certaines organisations non-gouvernementales (ONG) impliquées dans l'exécution du programme GAVI RSS de janvier à mai 2012.

Suite à cela, le Ministre de la Santé a mis en place une commission spéciale d'investigation pour vérifier ces allégations. La commission spéciale a rendu son rapport le 10 septembre 2012. Elle confirmait la plupart des allégations du GIBS portant sur les aspects liés à la passation de marchés mais la revue n'était pas approfondie. Une copie du rapport de la commission spéciale a été transmise au Secrétariat de GAVI Alliance courant décembre 2012. Au cours de la mission de suivi de GAVI du 11 au 15 Février 2013 en RDC, le Ministre a demandé à GAVI de mener une enquête pour approfondir les allégations de la commission spéciale. GAVI Alliance a donc contractualisé un cabinet d'audit externe de réputation internationale. Cette enquête a démontré qu'il y avait des irrégularités dans tous les marchés passés par la CAG, que l'AGEFIN KPMG ne jouait pas son rôle et manquait d'expertise et que des primes indues avaient été versées à des fonctionnaires de l'Etat. Le Ministre a été contraint de démettre les principaux responsables dont le coordonnateur de la CAG et le Secrétaire Général qui n'ont pas manqué de faire appel de cette décision auprès de la Justice. Nous ne pouvons qu'espérer que les décisions difficiles prises par les autorités et allant dans le sens d'une bonne gouvernance, ne soient pas contrariées par un système judiciaire qui ne travaillerait pas en toute intégrité.

La non présentation du projet de loi sur la Couverture Universelle en Santé, remis au Ministre de la Santé par ses services en 2012, par le Ministre de la Santé au reste du gouvernement soulève le problème du cloisonnement des secteurs et de la difficulté que les Ministres éprouvent à travailler sur des thèmes transversaux avec d'autres Ministres. La couverture universelle en santé implique une volonté radicale de changement qui doit être partagée par tous les membres du gouvernement et leur adhésion aux conditions de faisabilité de ce principe dont entre autre le relèvement du budget de l'Etat pour la Santé (à la fois pour le fonctionnement du système mais aussi pour intervenir au niveau du cofinancement de la demande) et un budget pro-pauvres. Vu la motivation sous optimale des fonctionnaires, le Gouvernement est incapable de mettre au travail des groupes de fonctionnaires venant de différents ministères si un projet partenaire ne vient pas appuyer le processus avec des primes liées à des travaux intensifs alors que cela devrait constituer l'essentiel du travail quotidien des fonctionnaires. Une pression positive a été mise sur les Ministres pour qu'ils contribuent effectivement à la réalisation des plans d'actions prioritaires du Gouvernement. L'envers de la médaille, c'est que les Ministres ont tendance à vouloir porter seuls les lauriers et donc à vouloir réaliser seuls les chantiers. Le travail intersectoriel en devient plus difficile.

2.1.3 Contexte de gestion : modalités d'exécution

Le processus de sélection d'un responsable administratif et d'un responsable du service TIC de la DEP est intervenu en 2013. Le premier a permis de libérer la comptable de la DEP des tâches logistiques et de gestion du personnel de la DEP. Son travail permet à la DEP d'évoluer vers une gestion effective et endogène de la structure. Il a ainsi élaboré le manuel des procédures de la DEP, il a révisé les profils de postes du personnel d'appoint, il a proposé une répartition nette des tâches entre le manager administratif et la comptable, il a réinstauré la liste des présences (heures d'arrivée et de départ), il formalise progressivement la gestion administrative par la mise en service de formulaires appropriés (demande de fournitures, demande d'achat de biens et d'acquisition de services - demande congé - suivi de congé, etc.).

L'informaticien a été retenu principalement pour ses capacités de gestionnaire de réseau qui sont utiles pour le développement du site Web du MSP et toutes ses composantes utiles pour améliorer la communication au sein du MSP et entre le MSP et son environnement. Il a commencé par produire une charte sur le bon usage des ressources TIC appliquée à la DEP. Il a repris la main sur le système informatique de la DEP (paramètres de connexion, hébergement et administration du site WEB, routeur, bornes wifi et serveur de la DEP). Il a déjà proposé des solutions numériques pour finaliser l'application base de données partenaires versus plan d'action opérationnel des structures du MSP, pour tester de meilleurs fournisseurs d'accès internet, pour améliorer l'accès à internet (cache box100, deux ap unifi long range Ubiquiti) pour améliorer le réseau local câblé de la DEP, pour la mutualisation de la bande passante entre la DEP et la DLM, pour rendre le site WEB du MSP plus dynamique. Il a installé et configuré l'équipement pour vidéo conférence avec écran tactile, deux téléphones IP et l'application 'base de données partenaires. Il s'est lui-même formé sur les outils iHTP et DHIS2, sur la sécurité des systèmes informatiques et la création de site web avec Joomla.

Pour développer un plan cohérent du développement informatique du MSP, la DEP a fait recours au Programme d'Etudes et d'Expertises de la Belgique, Alors que les TDR ont été introduits en février et acceptés au COMPAR du mois de septembre 2013, le marché n'est toujours pas lancé.

Une mission de la CTB Bruxelles composée de 3 personnes et renforcée par le représentant résidant adjoint, est venue au Congo du 7 au 12 avril pour élaborer une réflexion sur la coopération bilatérale directe dans le secteur de la Santé. Sans doute a-t-elle joué un rôle pour convaincre le Ministre de la Coopération internationale belge de l'utilité de reprendre la santé dans la coopération bilatérale directe. Mais elle n'a pas servi auprès de la partie congolaise et à posteriori, après avoir lu le premier projet de programme indicatif (15 janvier 2014), elle ne semble pas avoir été prise en considération par la DGD.

Les projets d'appui institutionnel comme le projet d'appui à la DEP du MSP, doivent intensifier leurs efforts pour intégrer les procédures de plus en plus diverses de la CTB alors qu'aucun effort n'est fait pour doter les structures congolaises de compétences et d'un savoir-faire en matière de gestion. Il ne faudrait pas se cacher derrière le mode 'régie' pour éviter cet aspect du renforcement institutionnel. Dans le même moment la Belgique demande à la partie congolaise d'adopter une approche multi bailleurs où chaque bailleur a la même attitude que la Belgique. La structure congolaise se retrouve à devoir gérer, avec des procédures et des outils différents, plusieurs appuis. L'assistance technique santé publique du projet est seule à devoir développer des solutions congolaises qui pourraient être avantageusement imaginées pour l'ensemble des projets de la CTB en RDC.

2.1.4 Contexte HARMO

2013 a été une année où les parties prenantes du CNP-SS ont chacune donné un contenu différents à cet organe rendant très difficile dès lors toute harmonisation dans le secteur. Le CNP-SS est constitué d'organes provinciaux, les comités de coordination provinciaux (CCP) et de deux organes nationaux. Le premier organe, le comité national de coordination stratégique (CNCS), mis sous la présidence du Ministre de la Santé, adopte, approuve et débat des questions politiques et stratégiques lui soumises par le CCT. Ce dernier, présidé par le Secrétaire Général, assure la mise en œuvre et le suivi des recommandations du CNCS, prépare les dossiers d'orientation politique et stratégique à soumettre au CNCS, examine les questions en rapport avec la mise en œuvre de la politique nationale de la Santé lui rapportées par les Commissions. Les Commissions quant à elles, sont organisées autour des piliers du système de santé. Elles sont mises chacune sous la responsabilité du Directeur de la direction centrale qui a le thème d'un des piliers dans ses attributions. Elles produisent des documents, des outils, des études sur les matières demandées par la Direction Centrale dont elles dépendent. Les réunions du CNP-SS sont en fait des assemblées générales regroupant tous les organes qui le constituent.

Or le Ministre de la SP d'une part a surexploité le CCT, lui faisant jouer différents rôles qui ne lui sont pas tous dévolus, celui d'organe technique pour valider des documents techniques, celui d'organe politique pour prendre des décisions stratégiques et même parfois celui de jury d'assise assistant à des restitutions d'audit. Alors que le Ministre de la Santé aurait tout intérêt à se préserver des plages où il peut échanger avec ses homologues des ambassades et des coopérations internationales, laissant le Secrétaire Général travailler sur les questions techniques avec les représentants techniques des partenaires. D'autre part le GIBS aussi contribue à maintenir cette confusion. Le GIBS qui de par son nom rassemble normalement les bailleurs, c'est-à-dire les politiques, rassemblent en fait non seulement des politiques mais aussi des techniciens. Et ces personnes représentent les bailleurs indifféremment dans les réunions stratégiques ou dans les réunions techniques. Certains partenaires aussi sont restés très attentistes par rapport aux réformes du MSP plutôt que de s'y impliquer, préférant s'immerger dans la mise en œuvre de leurs projets qui spolient trop souvent encore les ressources humaines du MSP. Certains groupes de travail mis en place dans le GIBS traitent des mêmes sujets que ceux qui sont traités dans les commissions du CNP-SS pour les mêmes objectifs au lieu de mettre les forces vives de ces deux organes ensemble.

Ensemble, il faudra travailler à reconstruire cet instrument de dialogue qu'est le CNP-SS.

2.2 Performance de l'outcome



2.2.1 Progrès des indicateurs

Outcome : Les capacités managériales de la DEP sont renforcées et lui permettent d'assurer efficacement ses missions dans la mise en œuvre, le suivi & évaluation du PNDS 2011-2015, en priorité dans les aspects de réforme du secteur et du développement des zones de santé.

Le DTF du projet d'appui à la DEP a prévu que les indicateurs liés à l'outcome seraient ceux du PNDS ; Nous vous invitons donc à consulter en annexe, le tableau de bord de suivi de la mise en œuvre du PNDS



RDC TABLEAU DE
BORD PNDS-SMNE

2.2.2 Analyse des progrès réalisés

Des progrès certains ont été accomplis en matière de réforme de l'administration publique au sein du secteur (l'une des réformes menées au sein du MSP actuellement) et ce travail a été accompli en partenariat avec le Ministère de la Fonction Publique : il s'agit de la suite du nouveau cadre organique finalisée en novembre 2012 concrétisée par l'élaboration du livre des emplois du niveau provincial et le démarrage du processus de sélection des cadres des nouvelles DPS.

La DEP continue à contribuer largement à l'élaboration de la sous politique de financement de la Santé comptant dans ses efforts, les travaux sur le projet de loi sur la CUS. Cette réforme implique aussi une meilleure estimation des coûts de fonctionnement du système de santé et c'est ainsi que la DEP a piloté le travail de Costing d'une nouvelle DPS. La planification et le SE du PNDS ont été orientés sur la ZS qui progressivement acquiert la culture de la planification avec son plan comme guide de l'action et de l'alignement des partenaires qui interviennent chez elle.

Le développement du système de santé reste un long processus. Des étapes se franchissent au fil des ans. Même s'il est excitant de pouvoir imaginer tout l'arsenal réglementaire qui doit pouvoir encadrer la mise en œuvre de la nouvelle Constitution avec la décentralisation qu'elle entraîne, cela reste un frein au développement quand les règles qui doivent organiser les institutions, la vie collective, n'existent pas ou quand elles existent ne sont plus connues ou manquent de consistance. Dans un tel contexte, la pouvoir politique prend bien souvent le dessus pour faire valoir un fonctionnement qui lui convient.

2.2.3 Impact potentiel

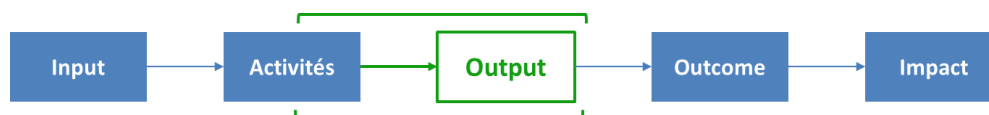
L'objectif global du projet consiste à contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans le cadre global de lutte contre la pauvreté. L'organisation de la prestation (offre de services et de soins), sa rationalisation, sa planification, sa programmation, son suivi évaluation sont autant d'actions qui concourent à l'amélioration de celle-ci et conséquemment à l'amélioration de la santé de la population. Nous attendons l'EDS 2013 (Enquête Démographique et de Santé) pour vérifier les

progrès dans les indicateurs d'impact.

| INDICATEURS | 1998 (ETAT DE LIEU) | 2001 (MICS2) | 2002 (SANRU III) | 2002- 2003 (PMURR) | 2007 (EDS) | 2010 (MICS 2010) |
|--|---------------------------|-------------------------|------------------------|--------------------------|------------------------|------------------------|
| Diphtérie, Tétanos, Coqueluche 3 | 52% | 30% | 21 % | 24 % | 45% | 61% |
| VPO3 (Polio) | 59% | 42% | 24 % | 25 % | 46% | 58% |
| Couverture vaccinale (tous les vaccins) | 29% | 23% | 11 % | 20 % | 31% | 42% |
| Prévalence de la MPE (Poids/Taille) | - | 26% | - | 22% | 10% | 9% |
| Prévalence de la MPE (Taille/Age) | - | 59% | - | 48% | 45.50% | 43% |
| Mortalité infantile | 127 ‰ | 126 ‰ | 105 ‰ | 107 ‰ | 92‰ | 97‰ |
| Mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances vivantes) | | 213 | | | 165 | 158 |
| Soins de santé prénatals (CNP) | 67.2% | 68.2% | 68.3% | 79% | 85% | |
| Accouchements assistés | 69.7% | 60.7% | 61.7% | 75% | 74% | 74% |
| Utilisation des méthodes modernes de contraception | 4.6% | 4.4% | 8.7% | 8.6% | 6.0% | |
| Mortalité maternelle (pour 100 000 naiss.viv.) | 1837 | 1289 | | | +/- 1100 | |
| Présence des latrines | 79% | 88% | 78% | 78% | | |
| Accès à l'eau saine de façon régulière à moins d'1 km | 23% | 37% | 32% | 42% | 48% | 47% |
| Allaitement exclusif au sein jusqu'à 6 mois | | 24% | 12% | 9% | 36% | 37% |
| Enfant de moins de 5 ans dormant sous moustiquaire imprégnée d'insecticide | | | 1% | 1.50% | 19% | 38% |
| Femmes enceintes dormant sous moustiquaire imprégnée d'insecticide | | | 1.80% | 0.50% | 20% | 43% |
| Séroprévalence VIH/SIDA chez les femmes enceintes (en %) ³ | | | | | 4,5 | 3,7 |
| Taux d'alphabétisation de la population âgée de 15 à 24 ans | 69.5% | 68.1% | | | 72% | 75% |
| | (M: 82%, F: 57%) | (M : 81.2; F: 55.29) | | | (M: 83%; F: 62%) | |

³ Source : MSP, rapports PNLS

2.3 Performance de l'output 1



2.3.1 Progrès des indicateurs

| Output 1 : Une planification coordonnée, y compris le suivi & évaluation du développement du secteur, est assurée à tous les niveaux afin de permettre le renforcement du système de santé et en particulier le développement des zones de santé (13%) | | |
|--|--|---|
| Indicateurs | | |
| 1 | Nombre de provinces/DPS et Zones de Santé qui disposent avant l'année d'exécution d'un plan annuel aligné au PNDS et ses réformes, priorisé et budgétisé | 25/26 DPS ont consolidé leur plan d'action opérationnel 2013 (exception : DPS Tanganika). 516/516 ZS ont eu leur PAO |
| 2 | Pourcentage de missions d'accompagnement semestrielles coordonnées avec la tenue des revues semestrielles | Toutes les revues semestrielles provinciales ont eu lieu mais le nombre d'entre elles qui ont été accompagnée par le niveau central n'est pas connu |
| 3 | Nombre de rapports annuels provinciaux reçus suivant les critères de complétude et promptitude | Les rapports annuels des 11 provinces 2012 ont été reçus avant le mois d'avril 2013 Les rapports annuels 2013 ne sont pas encore parvenus |
| 4 | Pourcentage des provinces ayant transmis leur rapport à présenter à la revue annuelle avant le 1er mars de chaque année | 0% car les revues provinciales se tiennent généralement à la fin du mois de mars. La revue annuelle nationale s'est tenue du 29 au 30 mai 2013 |
| 5 | Un Plan Annuel Opérationnel unique à financement multi-baillleur pour le MS élaboré et approuvé avant le 15 février de chaque année | Ce plan a été élaboré au mois de mars pour faire la compilation des plans des commissions du CCT. |
| 6 | Nombre de rapports de mission de suivi et évaluation des plans multisectoriels (DSCR-CDMT-PAP) effectués | Les missions de recadrage des PAO des DPS ont été organisées dans 17 DPS sur les 26 qui existent. Appui à l'élaboration, la finalisation et l'adoption du PAO 2013 de la DPS Kinshasa par le CPP-SS Certaines provinces ont été accompagnées à l'organisation de leur CPP-SS (Kinshasa, Bas-Congo, Equateur, Province Orientale, Kasai-Oriental, Sud-Kivu) Les provinces ayant déjà tenu leurs ateliers de revue annuelle 2012 ont été accompagnées par le niveau central (Kinshasa, Bas-Congo, Equateur, Province Orientale, Kasai-Oriental) |
| 7 | Inventaire des mesures prises au sein de la DEP et le MS par rapport à l'application des politiques sur la 'Santé de Travail' et sur le 'VIH sur le lieu de travail' | TDR pour une offre de service avec le programme national de la santé au travail. Atelier non encore réalisé. Instruction du SG sur les congés obligatoires au sein du MSP |
| 8 | Evaluation positive de la cellule d'audit interne de la DEP | La cellule d'audit interne est déjà inscrite dans le ROI de la DEP mais pas encore mise en œuvre |

2.3.2 État d'avancement des principales activités

| État d'avancement des <u>principales</u> activités ⁴ | | État d'avancement : | | | |
|---|---|---------------------|---|---|---|
| | | A | B | C | D |
| Améliorer la qualité de la planification au sein du secteur | | | | | |
| 1 | Assurer un appui rapproché des provinces/DPS par le niveau central pour le suivi et évaluation du PNDS/plans de développement des provinces selon le cadre de suivi et évaluation 80.00030.00050.000A0103 | | X | | |
| 2 | Assurer l'élaboration d'un PAO unique pour le MS au niveau central avec des synergies explicites entre directions et entre directions et programmes | | X | | |
| 3 | Appuyer l'actualisation, le suivi et l'évaluation des plans multisectoriels (DSCR, CDMT, PAP) aux différents niveaux | | X | | |
| 4 | Renforcer l'organisation interne de la DEP | | X | | |

2.3.3 Analyse des progrès réalisés

Le processus de planification en 2013 peut être jugé satisfaisant.

Les outils de planification n'ont pas changé radicalement entre les exercices 2012 et 2013. Ils restent néanmoins lourds ou volumineux à manipuler pour des zones de santé qui n'ont pas toujours beaucoup de facilités informatiques. Mais ces outils contraignent les ZS à faire des efforts pour maîtriser leurs ressources, maintenir les inventaires des ressources à jour, à s'intéresser aux recettes de la ZS, aux problèmes survenus pilier par pilier, à examiner la qualité des processus.

Le cadrage de la planification sur un format unique permet d'aligner plus facilement les ZS sur la SRSS.

Des progrès vont pouvoir être appréciés en 2014 grâce à l'outil WEB que la DEP a développé et qui consiste à mettre à la disposition des structures du MSP l'information sur le financement qui lui est destiné, à planifier les activités sur base de l'information financière disponible et à assurer le suivi de l'exécution (réalisation budgétaire et des activités). Cet outil une fois adopté par le CCT du CNP-SS deviendra le seul instrument d'harmonisation des financements et des interventions dans le secteur.

Par contre le secteur n'est pas encore parvenu à avoir une revue unique sectorielle. Les programmes verticaux continuent à organiser des revues thématiques juxtaposées qui consomment autant de ressources financières qui pourraient être allouées judicieusement dans d'autres priorités sectorielles. Toutefois, le processus de mise en place des nouvelles DPS qui intègrent les programmes verticaux, pourrait mettre fin à ce phénomène.

⁴ A : Les activités sont en avance
 B : Les activités sont dans les délais
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

2.4 Performance de l'output 2

2.4.1 Progrès des indicateurs

| Output 2 : La coordination des appuis des différents partenaires techniques et financiers du secteur de la santé en termes de synergie et de complémentarité et leur cohérence avec la stratégie sectorielle et les procédures nationales sont assurées à tous les niveaux (1%) | | |
|--|--|---|
| Indicateurs | | |
| 1 | Nombre de PV des réunions mensuelles de coordination des différentes Directions de MS présidées par le SG à la santé (cible : 12/an) | Il semble difficile de collectionner cette information au niveau de la DEP |
| 2 | Nombre de réunions du CNP tenues par an avec rapport écrit (cible : 2x/an) | Une seule réunion a eu lieu à la sortie de la RA |
| 3 | Nombre de réunions de CCT tenues (avec source PV/an) (cible 2x/an) | 8 réunions du CCT |
| 4 | Nombre de Commissions Techniques qui répondent aux critères de fonctionnalité | Toutes les commissions ont fonctionné au cours de l'année 2013 : la commission RH, la commission Lutte contre la Maladie, la commission en charge de la décentralisation, planification, programmation et études, la commission médicaments et la commission prestation. Le rythme des réunions est très variable d'une commission à l'autre. |
| 5 | Nombre de réunions du CPP tenues par an avec rapport écrit –source /an) (cible 2/an) | 11/11 pour la validation des rapports de RA et 10/11 pour valider le règlement de sélection des cadres des nouvelles DPS (exception Kinshasa) |
| 6 | Nombre de revues provinciales semestrielles tenues avec rapport écrit par an (cible - 2/an) | 22/22 |
| 7 | Une Table Ronde pour le MS organisée avant fin 2012 avec output concret | La TR est prévue pour 2014 après l'EMP du PNDS. En matière de mobilisation de ressources financières, la DEP a participé à l'élaboration du projet d'accélération de l'atteinte des OMD 4 et 5, du projet PESS, au démarrage des travaux d'écriture de la soumission GAVI RSS, à la soumission GAVI CSO, à la phase de rallonge du PARSS BM. En plus la DEP a coordonné l'élaboration du CDSMT 2013-2015. |
| 8 | Nombre de réunions tenues entre le MSP et les ONG/secteur confessionnel (cible - 2/an) | 4 réunions tenues avec SANRU, 1 réunion avec Caritas pour la mise à niveau de leur personnel en vue de l'exécution du financement DFID, 1 réunion avec MEMISA dans le cadre de leur prochain programme triennal. |
| 9 | Inventaire des outputs réalisés à travers les réunions tenues avec les autres secteurs (cible - 2/an) | Formation de cadres en gestion de la protection sociale en Santé, livre des emplois, règlement de sélection pour la sélection des cadres des nouvelles DPS, projet de loi sur la CUS, atelier de réflexion sur la réorganisation de la CAG et mise en place de la DAF, Rapport 2012 sur les OMD |

2.4.2 État d'avancement des principales activités

| État d'avancement des <u>principales</u> activités ⁵ | | État d'avancement : | | | |
|---|--|---------------------|---|---|---|
| | | A | B | C | D |
| 1 | Assurer le bon fonctionnement des mécanismes de coordination entre les acteurs au niveau central | | X | | |
| 2 | Renforcer les capacités de coordination et de négociation des équipes cadres des provinces à travers un accompagnement régulier par des équipes mixtes du niveau central | | X | | |
| 3 | Améliorer et rationaliser le financement du secteur de la Santé et améliorer la mobilisation de ressources | X | | | |
| 4 | Collaborer avec les autres secteurs sur les domaines nécessitant des interventions multisectorielles | | X | | |

2.4.3 Analyse des progrès réalisés

Le processus de réforme du niveau intermédiaire a vraiment été piloté collégialement par le MPS et l'ensemble de ses partenaires. Chacune des étapes a été validée par le CCT : livre des emplois, mise en place des comités de sélection, règlement de sélection.

En termes de mobilisation de ressources financières supplémentaires pour le secteur, la DEP peut mettre à son actif les 153 millions de dollars du fonds GAVI, les 40 millions du projet gouvernemental PESS et le 50 millions du PAP OMD

Mais le pilotage conjoint du développement du système de santé reste encore timide. Les partenaires éprouvent des difficultés pour se coordonner et adoptent une position trop attentiste par rapport aux réformes menées par le MSP.

Le MSP développe ses relations avec les ministères connexes pour les réformes du gouvernement : ministères des finances, du budget, de la Fonction Publique, du Plan, de la Coopération Internationales, de l'Environnement, de l'Emploi Travail et Prévoyance Sociale.

⁵ A : Les activités sont en avance
 B : Les activités sont dans les délais
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

2.5 Performance de l'output 3

2.5.1 Progrès des indicateurs

| Output 3 : L'élaboration et la dissémination des politiques, des stratégies, des textes légaux et réglementaires (lois, normes, directives d'application,...) et les réformes sectorielles tiennent compte des résultats des recherches sur le système de santé, d'expériences capitalisées, d'études ou de données macro-économiques et sectorielles et ces documents sont disséminés (13%) | | |
|--|---|---|
| Indicateurs | | |
| 1 | Un agenda national de recherches prioritaires pour le développement du système de santé en RDC | Non réalisé |
| 2 | Nombre de dossiers de capitalisation validés par le CCT. La documentation et capitalisation des expériences des zones de démonstration (des ASSNIP ou autres partenaires) et des acquis de la DEP constitueront une priorité. | Validation du contenu du kit familial, livres des emplois, tous les outils de sélection, AM portant mise en place des comités de sélection (national et provinciaux), validation des tableaux synoptiques PNDS, validation du CAO |
| 3 | Nombre et contenu des documents politiques élaborés ou adaptés sur la base des résultats de la recherche | AM sur l'Observatoire des RH, AM portant mise en place des comités de sélection (national et provinciaux) |
| 4 | Un document sur la stratégie de gestion des connaissances et la communication élaboré, validé et diffusé à tous les niveaux du MS | non réalisé |
| 5 | Un document sur un schéma de financement du secteur de la santé élaboré, validé et diffusé à tous les niveaux du MS | Travaux de la sous-commission en charge de la politique de financement du secteur en cours |
| 6 | Un document sur l'importance d'une approche horizontale pour l'atteinte des OMD 4-5-6. | Non réalisé |
| 7 | Inventaire des documents de politiques/stratégies/normes/outils qui sont élaborés, actualisés, validés et diffusés | Elaboration des TDR d'un atelier d'actualisation et de transposition sur internet du code sanitaire annoté de la RDC |
| 8 | Le site web du centre de documentation transformé en centre de veille stratégique et interactive organisée selon les piliers de PNDS | Transformation en cours suite au recrutement d'un informaticien réseau. |

2.5.2 État d'avancement des principales activités

| État d'avancement des <u>principales</u> activités ⁶ | | État d'avancement : | | | |
|---|---|---------------------|---|---|---|
| | | A | B | C | D |
| 1 | Assurer au niveau provincial et central l'absorption des informations quantitatives et qualitatives au sein du système de santé et au niveau macro, et la capitalisation les expériences (principalement du terrain) afin de pouvoir développer des politiques et stratégies basées sur les évidences | | X | | |
| 2 | Coordonner le travail de normalisation au sein du secteur | | X | | |
| 3 | Assurer la diffusion et la communication par rapport aux politiques, stratégies, normes, outils, informations | | X | | |

2.5.3 Analyse des progrès réalisés

La DEP a recruté en 2013 un informaticien réseau qui construit petit à petit à la fois avec le hart et le soft les bases du développement de la circulation de l'information du MSP qui utilise le net : serveur, fournisseur internet plus performant, solutions pour améliorer la bande passante, équipement et installation d'une visio conférence, site web du Ministère de la Santé avec l'extension « .gouv.cd ».

Tout le processus de recrutement du personnel pour l'hôpital du cinquantenaire a été placé sur ce site. Il en est de même des outils de planification. Les documents du centre de documentation continuent à être versés progressivement sur l'e-bibliothèque du MSP.

Les commissions du CNP-SS qui devraient travailler en collectant les expériences et bonnes pratiques du terrain pour servir de base à leurs analyses, n'ont pas encore suffisamment cette pratique et tous les acteurs de terrain continuent à produire plus de rapports que de documents de capitalisation. Il faudra donc encore sensibiliser et former de nombreuses personnes pour que cela devienne un réflexe, une activité de routine dans la mise en œuvre de l'action sanitaire.

Par contre, la DEP a continué à tenter de fournir plus d'informations pour orienter le secteur dans ses choix de politique de financement : elle a fait l'exercice de Costing du niveau provincial et faciliter celui des comptes nationaux de la Santé pour l'exercice 2010 et 2011.

Elle a aussi produit un draft avancé de l'étude sur la faisabilité financière du schéma de financement de la santé imaginé dans le projet de loi sur la CUS : quel niveau de tarifs des soins pour qu'ils restent accessibles à la majorité de la population ? Quelle augmentation de prix des denrées toxiques pour la santé récupérable par une taxe au bénéfice du secteur sans causer une diminution de la consommation de ces denrées (boissons sucrées et alcool), Quel niveau de cotisation les familles sont-elles prêtes à payer pour leur santé ? Cette étude devra largement éclairer la politique de financement du secteur.

³⁶ A : Les activités sont en avance
 B : Les activités sont dans les délais
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

2.6 Thèmes transversaux

2.6.1 Genre

La DEP s'est impliquée fortement dans l'élaboration et la mise en œuvre des projets liés à l'accélération de l'atteinte des OMDs 4-5-6 (réduire la mortalité infantile, améliorer la santé maternelle et la lutte contre le VIH, le paludisme et d'autres maladies). Dans ces projets, le genre, les droits de l'enfant et la lutte contre le VIH/SIDA sont intriqués. Mais les progrès dans la réalisation de OMDs 4-5-6 dépendent avant tout du renforcement du système de santé et son fonctionnement rationnel et efficace.

Il était prévu de 'documenter des mesures prises pour atteindre une approche cohérente et coordonnée entre les différents programmes liés à la santé sexuelle et reproductive des femmes et des adolescents et leur effet sur la disponibilité, l'accessibilité, l'utilisation et la qualité des soins de santé sexuelle et reproductive'. Mais cela n'a pas encore été réalisé.

2.6.2 Environnement

La DEP continue les efforts pour diminuer l'impression des documents qui peuvent être transmis de manière électronique et rationaliser ses déplacements.

2.6.3 Autre

La DEP s'est engagée à prendre des initiatives pour que la « Politique nationale de lutte contre le SIDA au lieu de travail (décembre 2010) », élaborée en 2010 en collaboration avec le Bureau Internationale du Travail, soit mise en œuvre pour le personnel du ministère. Les services du programme de la Santé au travail ont été requis pour faire un audit sur la santé au travail au sein de la DEP, d'en tirer des recommandations et la base pour une formation adaptée du personnel de la DEP sur les attitudes et pratiques qui peuvent améliorer la santé sur le lieu du travail ainsi que la prise en charge du SIDA sur le lieu du travail. Ce service devra être rendu en 2014

2.7 Gestion des risques

| Identification du risque | | | Analyse du risque | | | Traitement du risque | | | Suivi du risque | |
|---|--------------------------|---------------------|--------------------------|-------------------------------|-------|---|-------|-------------|---|--------|
| Description du risque | Période d'identification | Catégorie de risque | Probabilité ⁷ | Impact potentiel ⁸ | Total | Action(s) | Resp. | Date limite | État d'avancement | Statut |
| Risques liés au départ du personnel de la DEP | Formulation | meo | M | E | | Plaidoyer auprès Gouvernement congolais et autres PTF, renforcement des capacités de tout le personnel | DEP | | Actions de tous les jours | |
| Risques liés aux problèmes de transport et de communication | Formulation | meo | F | M | | Renforcer la communication par les NTIC | DEP | | Nouvelle mission de la DEP dans cadre organique et adressée | |
| Risques liés à la lenteur des réformes | Formulation | efficacité | M | E | | Améliorer la collaboration intersectorielle | SG | | En cours | |
| Risques liés à la dégradation du contexte économique | Formulation | efficacité | F | M | | Finaliser au sein de la loi sur la SP le chapitre financement de la Santé afin d'évoluer vers la CUS | SG | | En cours | |
| Risques liés à l'appui isolé à la DEP | Formulation | efficacité | M | E | | Pousser l'appui institutionnel à d'autres directions centrales ; améliorer le fonctionnement des commissions techniques | SG | | En cours | |
| Risques liés au chevauchement des attributions entre la DEP et la CAG | Formulation | efficacité | M | E | | Mettre fin à la CAG et mettre en place la DAF ; préciser les missions de chaque direction dans le cadre organique en veillant à institutionnaliser le travail collégial | SG | | En cours | |
| Risques liés aux interventions non-alignées et non-harmonisées | Formulation | efficacité | M | E | | Renforcer les organes de concertation à tous les niveaux ; démontrer aux PTF les dysfonctionnements induits par des interventions non alignées | SG | | En cours | |
| Risques liés au secteur privé | Formulation | efficacité | E | E | | Retravailler sur le « métier » inspection en y | SG | | A planifier | |

⁷ Probabilité de survenue du risque : E = Elevée, M = Moyenne, F = Faible

⁸ Impact du risque s'il devait survenir : E = Elevé, M = Moyen, F = Faible

| | | | | | | | | |
|---|-------------|------------|---|---|---|-----|--|----------|
| dérégulé | | | | | définissant les contenus et les procédures | | | |
| Risques liés à la dépendance externe de la DEP pour son fonctionnement interne | Formulation | durabilité | M | M | Evoluer le plus rapidement possible dans la réforme des finances publiques ; mettre en place tous les outils pour une gestion endogène | SG | | En cours |
| Risques liés à la capacité de capitaliser comme mécanisme de consolidation des acquis | Formulation | durabilité | M | M | Institutionnaliser la capitalisation et les approches innovantes jugées efficaces | DEP | | En cours |
| Risque de mégestion | Formulation | fiduciaire | F | M | Maintenir les mécanismes de double signature, de séparation des pouvoirs (E.L.O.P ⁹), d'interchangeabilité, d'audit interne, adopter un ROI DEP | DEP | | En cours |

⁹ E.L.O.P. = Engagement, Liquidation, Ordonnancement, Paiement

3 Pilotage et apprentissage

3.1 Réorientations stratégiques

Il apparaît de ce qui précède, que si le secteur santé est réellement repris comme l'un des trois secteurs prioritaires de la coopération belgo-congolaise, la DEP récupèrera le temps consacré au plaidoyer pour le travail de coordination au sein du secteur. L'enjeu majeur pour le système de santé est de convaincre toutes les parties prenantes de travailler sur un budget programme qui donne des moyens pour la mise en œuvre de l'unique plan de développement du secteur. Le pilotage conjoint de ce processus et le développement des outils nécessaires à son application à tous les niveaux deviennent des priorités incontestables.

Etant donné l'arrêt du financement de l'assistance technique intégrée à la fin du mois de juin 2014, le travail de cette assistance se consacrera d'avantage à laisser en place des mécanismes de gestion administrative et financière qui doivent rendre la DEP capable de gérer correctement n'importe quel appui qui lui est destiné. Mais cet aspect avait malgré tout été intégré dans le premier résultat de l'appui.

Il semble que la DEP n'a jamais eu suffisamment de temps ni de ressources humaines pour se consacrer plus à fond dans le développement de son centre de veille stratégique qui pourrait (devrait) faire de la capitalisation son métier. La DEP s'est également vue assignée dans le nouveau cadre et structures organiques du MSP, les missions de centraliser et exploiter l'information statistique, documentaire et les textes réglementaires et d'assurer la gestion des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTICs) du Ministère. C'est pourquoi il serait bon de renforcer l'équipe de la DEP avec une compétence juridique et une compétence en communication. Ces deux profils avec l'informaticien de la DEP constitueraient une équipe technique d'appui aux experts de la DEP dont le rôle est de donner la matière à partager. L'étude pour l'élaboration du plan de développement informatique du MSP, demandé au FEE depuis plus d'un an et agréé par le COMPAR, pourra doter le MSP d'une vision claire en termes de développement de la communication et partage de l'information en son sein.

3.2 Recommandations

| Recommandations | Acteur | Date limite |
|---|----------------------------|---------------------------|
| Revoir le cadre organique et y insérer la création d'une DAF et d'une direction des ressources humaines à part entière | FP, SG et DEP | Q2 2014 |
| Mettre en place la DAF | FP et MSP | Q3 2014 |
| Doter la DAF des outils et procédures de gestion financière utiles pour gérer des fonds multi-sources | FP, SG, DEP et MAF des PTF | A partir Q1 2014 |
| Revitaliser le fonctionnement du CNP-SS et tous ses organes | SG, OMS et PTF | continu |
| Renforcer l'équipe 'communication' de la DEP | Direction DEP | Fonction des financements |
| Développer un réseau informatique unique pour l'ensemble du MSP | DEP, OMS et PTF | |
| Accélérer le processus de lancement de l'étude pour le développement du plan d'informatisation du MSP | AT CTB DEP | Q1 |
| Inclure dans la planification de toutes les structures des activités en lien avec le rapportage du regard critique porté par n'importe quel acteur du système de santé sur ce qui s'y déroule | DEP | continu |

3.3 Enseignements tirés

| Enseignements tirés | Public cible |
|---|--|
| <p>Pour mettre en place des réformes, il faut</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. assurer une diffusion très large du bienfondé de ces réformes, 2. permettre des nombreux moments d'échange où les inquiétudes de tous peuvent être entendues, 3. faire participer toutes les parties prenantes aux décisions prises tout le long du processus, 4. accepter des réorientations des réformes en cours de route | <p>MSP et ses partenaires à tous les niveaux</p> |
| <p>La gouvernance est un concept qui englobe beaucoup de choses. Pour le MSP, c'est l'ensemble de ses <u>capacités</u> à tous les niveaux à développer un système de santé équitable, efficace, efficient, c'est-à-dire un système de santé capable d'offrir des soins de santé de qualité accessibles à tous, et ne pouvant elles-mêmes se développer que par l'existence d'une cohésion au sein du MSP donnée par des <u>valeurs</u> partagées par chacun de ses membres. Ces capacités peuvent être regroupées en quatre grands groupes, la capacité à prendre des décisions, la capacité d'anticiper et de mener des réformes, la capacité de gérer ou de manager et la capacité de coordonner.</p> | <p>DEP et reste du MSP</p> |

4 Annexes

4.1 Critères de qualité

1. PERTINENCE : le degré dans lequel l'intervention est cohérente avec les politiques et priorités locales et nationales ainsi qu'avec les attentes des bénéficiaires.

Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins un 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Évaluation de la PERTINENCE : note totale | A | B | C | D |
| | A | | | |

1.1 Quel est le degré de pertinence actuel de l'intervention ?

| | | |
|-----|---|---|
| A | A | Clairement toujours ancré dans les politiques nationales et la stratégie belge, satisfait aux engagements en matière d'efficacité de l'aide, extrêmement pertinent par rapport aux besoins du groupe cible. |
| ... | B | S'inscrit toujours bien dans les politiques nationales et la stratégie belge (sans être toujours explicite), relativement compatible avec les engagements en matière d'efficacité de l'aide, pertinent par rapport aux besoins du groupe cible. |
| ... | C | Quelques questions par rapport à la cohérence avec les politiques nationales et la stratégie belge, l'efficacité de l'aide ou la pertinence. |
| ... | D | Contradictions avec les politiques nationales et la stratégie belge, les engagements en matière d'efficacité de l'aide ; la pertinence vis-à-vis des besoins est mise en doute. Des changements majeurs sont requis. |

1.2 La logique d'intervention, telle qu'elle est conçue actuellement, est-elle toujours la bonne ?

| | | |
|---|---|---|
| A | A | Logique d'intervention claire et bien structurée ; logique verticale des objectifs réalisable et cohérente ; indicateurs appropriés ; risques et hypothèses clairement identifiés et gérés ; accompagnement de sortie d'intervention mis en place (si cela est applicable). |
| | B | Logique d'intervention appropriée bien qu'elle puisse avoir besoin de certaines améliorations en termes de hiérarchie d'objectifs, d'indicateurs, de risques et hypothèses. |
| | C | Les problèmes par rapport à la logique d'intervention peuvent affecter la performance d'une intervention et sa capacité à contrôler et évaluer les progrès ; améliorations requises. |
| | D | La logique d'intervention est erronée et nécessite une révision en profondeur pour que l'intervention puisse espérer aboutir. |

2. EFFICIENCE DE LA MISE EN ŒUVRE JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel les ressources de l'intervention (fonds, expertise, temps, etc.) ont été converties en résultats de façon économe.

Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins deux 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A; Deux fois un 'B', pas de 'C' ni de 'D' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| Évaluation de l'EFFICIENCE : note totale | A | B | C | D |
| | | B | | |

2.1 Dans quelle mesure les inputs (finances, RH, biens & équipements) sont-ils correctement gérés ?

| | | |
|---|---|--|
| | A | Tous les inputs sont disponibles à temps et dans les limites budgétaires. |
| B | B | La plupart des inputs sont disponibles dans des délais raisonnables et ne nécessitent pas d'ajustements budgétaires considérables. Une certaine marge d'amélioration est cependant possible. |
| | C | La disponibilité et l'utilisation des inputs posent des problèmes qui doivent être résolus, sans quoi les résultats pourraient courir certains risques. |
| | D | La disponibilité et la gestion des inputs comportent de sérieuses lacunes qui menacent l'atteinte des résultats. Des changements considérables sont nécessaires. |

| 2.2 Dans quelle mesure la mise en œuvre des activités est-elle correctement gérée ? | |
|--|---|
| | A Les activités sont mises en œuvre dans les délais. |
| B | B La plupart des activités sont dans les délais. Certaines sont retardées, mais cela n'a pas d'incidence sur la fourniture des outputs. |
| | C Les activités sont retardées. Des mesures correctives sont nécessaires pour permettre la fourniture sans trop de retard. |
| | D Les activités ont pris un sérieux retard. Des outputs ne pourront être fournis que moyennant des changements majeurs dans la planification. |
| 2.3 Dans quelle mesure les outputs sont-ils correctement atteints ? | |
| | A Tous les outputs ont été et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps et de bonne qualité, ce qui contribuera aux outcomes planifiés. |
| B | B Les outputs sont et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps, mais une certaine marge d'amélioration est possible en termes de qualité, de couverture et de timing. |
| | C Certains outputs ne s(er)ont pas livrés à temps ou de bonne qualité. Des ajustements sont nécessaires. |
| | D La qualité et la livraison des outputs comportent et comporteront plus que vraisemblablement de sérieuses lacunes. Des ajustements considérables sont nécessaires pour garantir au minimum que les outputs clés seront livrés à temps. |

| 3. EFFICACITÉ JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel l'outcome (objectif spécifique) est atteint, tel que prévu à la fin de l'année N | | | | |
|---|----------|--|----------|----------|
| <i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins un 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i> | | | | |
| Évaluation de l'EFFICACITÉ : note totale | A | B | C | D |
| | A | | | |
| 3.1 Tel qu'il est mis en œuvre actuellement, quelle est la probabilité que l'outcome soit réalisé ? | | | | |
| | A | La réalisation totale de l'outcome est vraisemblable en termes de qualité et de couverture. Les résultats négatifs (s'il y en a) ont été atténués. | | |
| B | B | L'outcome sera atteint avec quelques minimales restrictions ; les effets négatifs (s'il y en a) n'ont pas causé beaucoup de tort. | | |
| | C | L'outcome ne sera atteint que partiellement, entre autres en raison d'effets négatifs auxquels le management n'est pas parvenu à s'adapter entièrement. Des mesures correctives doivent être prises pour améliorer la probabilité de la réalisation de l'outcome. | | |
| | D | L'intervention n'atteindra pas son outcome, à moins que d'importantes mesures fondamentales soient prises. | | |
| 3.2 Les activités et les outputs sont-ils adaptés (le cas échéant) dans l'optique de réaliser l'outcome ? | | | | |
| A | A | L'intervention réussit à adapter ses stratégies/activités et outputs en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. Les risques et hypothèses sont gérés de manière proactive. | | |
| | B | L'intervention réussit relativement bien à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. La gestion des risques est relativement passive. | | |
| | C | L'intervention n'est pas totalement parvenue à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes de façon appropriée ou dans les temps. La gestion des risques a été plutôt statique. Une modification importante des stratégies s'avère nécessaire pour garantir à l'intervention la réalisation de son outcome. | | |
| | D | L'intervention n'est pas parvenue à réagir à l'évolution des circonstances externes ; la gestion des risques a été insuffisante. Des changements considérables sont nécessaires pour réaliser l'outcome. | | |

| 4. DURABILITÉ POTENTIELLE : le degré de probabilité de préserver et reproduire les bénéfices d'une intervention sur le long terme (au-delà de la période de mise en œuvre de l'intervention). | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| <i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins 3 'A', pas de 'C' ni de 'D' = A; Maximum 2 'C', pas de 'D' = B ; Au moins 3 'C', pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i> | | | | | |
| Évaluation de la DURABILITÉ POTENTIELLE : note totale | | A | B | C | D |
| | | A | | | |
| 4.1 Durabilité financière/économique ? La DEP n'a aucune finalité financière ni économique. Sa durabilité financière et économique ne peut donc être évaluée. Son financement correct par l'Etat dépend quant à lui de paramètres non contrôlables par le projet | | | | | |
| A | A | La durabilité financière/économique est potentiellement très bonne : les frais liés aux services et à la maintenance sont couverts ou raisonnables ; les facteurs externes n'auront aucune incidence sur celle-ci. | | | |
| | B | La durabilité financière/économique sera vraisemblablement bonne, mais des problèmes peuvent survenir en raison notamment de l'évolution de facteurs économiques externes. | | | |
| | C | Les problèmes doivent être traités en ce qui concerne la durabilité financière soit en termes de frais institutionnels ou liés aux groupes cibles, ou encore d'évolution du contexte économique. | | | |
| | D | La durabilité financière/économique est très discutable, à moins que n'interviennent des changements majeurs. | | | |
| 4.2 Quel est le degré d'appropriation de l'intervention par les groupes cibles et persistera-t-il au terme de l'assistance externe ? | | | | | |
| A | A | Le Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes sont fortement impliqués à tous les stades de la mise en œuvre et s'engagent à continuer à produire et utiliser des résultats. | | | |
| | B | La mise en œuvre se base en grande partie sur le Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes impliqués eux aussi, dans une certaine mesure, dans le processus décisionnel. La probabilité d'atteindre la durabilité est bonne, mais une certaine marge d'amélioration est possible. | | | |
| | C | L'intervention recourt principalement à des arrangements ponctuels et au Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes en vue de garantir la durabilité. La continuité des résultats n'est pas garantie. Des mesures correctives sont requises. | | | |
| | D | L'intervention dépend totalement des structures ponctuelles n'offrant aucune perspective de durabilité. Des changements fondamentaux sont requis pour garantir la durabilité. | | | |
| 4.3 Quels sont le niveau d'appui politique fourni et le degré d'interaction entre l'intervention et le niveau politique ? | | | | | |
| A | A | L'intervention bénéficie de l'appui intégral de la politique et des institutions, et cet appui se poursuivra. (sauf appui financier) | | | |
| | B | L'intervention a bénéficié, en général, de l'appui de la politique et des institutions chargées de la mettre en œuvre, ou à tout le moins n'a pas été gênée par ceux-ci, et cet appui se poursuivra vraisemblablement. | | | |
| | C | La durabilité de l'intervention est limitée par l'absence d'appui politique. Des mesures correctives sont requises. | | | |
| | D | Les politiques ont été et seront vraisemblablement en contradiction avec l'intervention. Des changements fondamentaux s'avèrent nécessaires pour garantir la durabilité de l'intervention. | | | |
| 4.4 Dans quelle mesure l'intervention contribue-t-elle à la capacité institutionnelle et de gestion ? | | | | | |
| A | A | L'intervention est intégrée aux structures institutionnelles et a contribué à l'amélioration de la capacité institutionnelle et de gestion (même si ce n'est pas là un objectif explicite). | | | |
| | B | La gestion de l'intervention est bien intégrée aux structures institutionnelles et a contribué d'une certaine manière au renforcement des capacités. Une expertise supplémentaire peut s'avérer requise. Des améliorations sont possibles en vue de garantir la durabilité. | | | |
| | C | L'intervention repose trop sur des structures ponctuelles plutôt que sur des institutions ; le renforcement des capacités n'a pas suffi à garantir pleinement la durabilité. Des mesures correctives sont requises. | | | |
| | D | L'intervention repose sur des structures ponctuelles et un transfert de compétences vers des institutions existantes, qui permettrait de garantir la durabilité, est improbable à moins que des changements fondamentaux n'interviennent. | | | |

4.2 Décisions prises par le Comité de pilotage et suivi

Plus que de décisions stratégiques, il s'agit de recommandations formulées par la SMCL de démarrage du 26 juillet 2014

| Décision à prendre | | | | | Action | | | Suivi | |
|--|--------------------------|--------|---------------------------------|--------|---|----------|-------------|------------|--------|
| Décision à prendre | Période d'identification | Timing | Source | Acteur | Action(s) | Resp. | Date limite | Avancement | Statut |
| Respecter les conventions spécifiques en matière d'affectation de personnel (DEP) | SMCL 26/7/14 | AT | Rapports DEP | | Faire connaître les clauses de la CS et du DTF aux autorités congolaises | DEP | | 1/2 | |
| Améliorer le financement multi-bailleurs de la DEP pour en augmenter les effectifs vu le nouveau cadre organique | SMCL 26/7/14 | AT | Rapports financiers DEP | | Plaidoyer auprès du Gvt et des PTF | SG, DEP | | 1/2 | |
| Plaidoyer auprès du gouvernement pour combler le GAP dans la construction du bâtiment DEP/DLM/CAG | SMCL 26/7/14 | AT | Etat comptable du contrat | | | MSP, DEP | | 3/4 | |
| Rester un modèle d'organisation en veillant à la promptitude des rapports | SMCL 26/7/14 | AT | ROI signé par tout le personnel | | Valider ROI DEP et le faire signer par le personnel, faire appliquer ses règles | DEP | | 3/4 | |
| Développer un outil de gestion financière pour l'approche multi bailleurs et le faire valider | SMCL 26/7/14 | AT | Cet outil utilisé | | Acquisition du logiciel TOMPRO multi sites, multi sources, y compris le module consolidateur, paramétrage, formation, utilisation | DEP | | 3/4 | |

4.3 Cadre logique mis à jour

Pas de modification

4.4 Aperçu des MoRe Results

| | |
|--|----------------------|
| Résultats ou indicateurs du cadre logique modifiés au cours des 12 derniers mois ? | |
| Rapport <i>Baseline</i> enregistré dans PIT ? | |
| Planning de la MTR (enregistrement du rapport) | mm/aaaa (estimation) |
| Planning de l'ETR (enregistrement du rapport) | mm/aaaa (estimation) |
| Missions de backstopping depuis le 01/01/2012 | |

4.5 Rapport « Budget versus Actuels (y – m) »

Budget vs Actuals (Year to Month) of RDC1216611

Project Title : **Projet d'appui institutionnel à la Direction d'Etudes et Planification du Ministère de la Santé en République Démocratique du Congo - Phase de consolidation des acquis**

Budget Version: **C02**

Year to month : 31/12/2013

Currency : EUR

YtM : Report includes all closed transactions until the end date of the chosen closing

| | Status | Fin Mode | Amount | Start to 2012 | Expenses 2013 | Total | Balance | % Exec |
|--|--------|----------|--------------|---------------|---------------|------------|--------------|--------|
| A OS. AMÉLIORER L'ÉTAT DE SANTÉ DE TOUTE LA | | | 485.000,00 | 0,00 | 40.092,93 | 40.092,93 | 444.907,07 | 8% |
| 01 Une planification coordonnée, y compris le suivi & | | | 235.000,00 | 0,00 | 6.617,36 | 6.617,36 | 228.382,64 | 3% |
| 01 Améliorer la qualité de la planification au sein du secteur | | REGIE | 15.000,00 | 0,00 | 4.193,74 | 4.193,74 | 10.806,26 | 28% |
| 02 Assurer un appui rapproché des provinces/DPS par le | | REGIE | 80.000,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 80.000,00 | 0% |
| 03 Assurer l'élaboration d'un PAO unique pour le MS au | | REGIE | 75.000,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 75.000,00 | 0% |
| 04 Appuyer l'actualisation, le suivi et l'évaluation des plans | | REGIE | 50.000,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 50.000,00 | 0% |
| 05 Renforcer l'organisation interne de la DEP | | REGIE | 15.000,00 | 0,00 | 2.423,62 | 2.423,62 | 12.576,38 | 16% |
| 02 La coordination des appuis des différents partenaires | | | 20.000,00 | 0,00 | 20.759,41 | 20.759,41 | -759,41 | 104% |
| 01 Assurer le bon fonctionnement des mécanismes de | | REGIE | 3.000,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 3.000,00 | 0% |
| 02 Renforcer les capacités de coordination et de négociation | | REGIE | 3.000,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 3.000,00 | 0% |
| 03 Améliorer et rationaliser le financement du secteur de la | | REGIE | 11.000,00 | 0,00 | 5.059,83 | 5.059,83 | 5.940,17 | 46% |
| 04 Collaborer avec les autres secteurs sur les domaines | | REGIE | 3.000,00 | 0,00 | 15.699,58 | 15.699,58 | -12.699,58 | 523% |
| 03 L'élaboration et la dissémination des politiques, des | | | 230.000,00 | 0,00 | 12.716,16 | 12.716,16 | 217.283,84 | 6% |
| 01 Assurer au niveau provincial et central l'absorption des | | REGIE | 120.000,00 | 0,00 | 7.976,66 | 7.976,66 | 112.023,34 | 7% |
| 02 Coordonner le travail de normalisation au sein du secteur | | REGIE | 60.000,00 | 0,00 | 2.550,18 | 2.550,18 | 57.449,82 | 4% |
| 03 Assurer la diffusion et la communication par rapport aux | | REGIE | 50.000,00 | 0,00 | 2.189,32 | 2.189,32 | 47.810,68 | 4% |
| X RÉSERVE BUDGÉTAIRE (MAX 5% * TOTAL ACTIVITÉS) | | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | ? |
| 01 Réserve budgétaire | | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | ? |
| 01 Réserve budgétaire REGIE | | REGIE | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | ? |
| Z MOYENS GÉNÉRAUX | | | 1.283.125,00 | 61.709,36 | 560.544,61 | 622.253,97 | 660.871,03 | 48% |
| 01 Frais de personnel | | | 974.625,00 | 61.696,44 | 416.953,66 | 478.650,10 | 495.974,90 | 49% |
| | | REGIE | 1.768.125,00 | 61.709,36 | 600.637,54 | 662.346,90 | 1.105.778,10 | 37% |
| | | COGEST | | | | | | |
| | | TOTAL | 1.768.125,00 | 61.709,36 | 600.637,54 | 662.346,90 | 1.105.778,10 | 37% |



Budget vs Actuals (Year to Month) of RDC1216611 Printed on vrijdag 28 maart 2014

page: 1

Budget vs Actuals (Year to Month) of RDC1216611

Project Title : **Projet d'appui institutionnel à la Direction d'Etudes et Planification du Ministère de la Santé en République Démocratique du Congo - Phase de consolidation des acquis**

Budget Version: **C02**

Year to month : 31/12/2013

Currency : EUR

YtM : Report includes all closed transactions until the end date of the chosen closing

| | Status | Fin Mode | Amount | Start to 2012 | Expenses 2013 | Total | Balance | % Exec |
|---|--------|----------|--------------|---------------|---------------|------------|--------------|--------|
| 01 Assistant Technique | | REGIE | 330.000,00 | 61.696,44 | 185.230,15 | 246.926,59 | 83.073,41 | 75% |
| 02 Primes personnel national | | REGIE | 510.000,00 | 0,00 | 207.086,58 | 207.086,58 | 302.913,42 | 41% |
| 03 Consultances | | REGIE | 27.000,00 | 0,00 | 9.497,15 | 9.497,15 | 17.502,85 | 35% |
| 04 Appui Scientifique | | REGIE | 25.000,00 | 0,00 | 381,01 | 381,01 | 24.618,99 | 2% |
| 05 Formation : Personnel DEP | | REGIE | 7.500,00 | 0,00 | 1.062,57 | 1.062,57 | 6.437,43 | 14% |
| 06 Formation : Bourses | | REGIE | 32.000,00 | 0,00 | 13.696,20 | 13.696,20 | 18.303,80 | 43% |
| 07 Ressources financières et procurement (PFMT) | | REGIE | 43.125,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 43.125,00 | 0% |
| 02 Investissements | | | 180.000,00 | 0,00 | 102.259,25 | 102.259,25 | 77.740,75 | 57% |
| 01 Investissement : Véhicules | | REGIE | 50.000,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 50.000,00 | 0% |
| 02 Investissement : Matériel informatique | | REGIE | 15.000,00 | 0,00 | 4.257,10 | 4.257,10 | 10.742,90 | 28% |
| 03 Investissement : Equipement | | REGIE | 10.000,00 | 0,00 | 386,55 | 386,55 | 9.613,45 | 4% |
| 04 Investissement : Réhabilitation | | REGIE | 100.000,00 | 0,00 | 97.600,83 | 97.600,83 | 2.399,17 | 98% |
| 05 Investissement : Littérature | | REGIE | 5.000,00 | 0,00 | 14,77 | 14,77 | 4.985,23 | 0% |
| 03 Frais de fonctionnement | | | 73.500,00 | 12,92 | 41.331,70 | 41.344,62 | 32.155,38 | 56% |
| 01 Fonctionnement: Communication | | REGIE | 12.000,00 | 0,00 | 9.257,36 | 9.257,36 | 2.742,64 | 77% |
| 02 Fonctionnement: Frais de bureau | | REGIE | 24.000,00 | 12,92 | 5.733,60 | 5.746,52 | 18.253,48 | 24% |
| 03 Fonctionnement: Frais de véhicules | | REGIE | 30.000,00 | 0,00 | 23.292,23 | 23.292,23 | 6.707,77 | 78% |
| 04 Fonctionnement: Frais bancaires | | REGIE | 4.500,00 | 0,00 | 1.396,73 | 1.396,73 | 3.103,27 | 31% |
| 05 Fonctionnement: Frais divers | | REGIE | 3.000,00 | 0,00 | 1.651,78 | 1.651,78 | 1.348,22 | 55% |
| 04 Audit et Suivi et Evaluation | | | 55.000,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 55.000,00 | 0% |
| 01 Audit | | REGIE | 15.000,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 15.000,00 | 0% |
| | | REGIE | 1.768.125,00 | 61.709,36 | 600.637,54 | 662.346,90 | 1.105.778,10 | 37% |
| | | COGEST | | | | | | |
| | | TOTAL | 1.768.125,00 | 61.709,36 | 600.637,54 | 662.346,90 | 1.105.778,10 | 37% |



Budget vs Actuals (Year to Month) of RDC1216611 Printed on vrijdag 28 maart 2014

page: 2

Budget vs Actuals (Year to Month) of RDC1216611

Project Title : **Projet d'appui institutionnel à la Direction d'Etudes et Planification du Ministère de la Santé en République Démocratique du Congo - Phase de consolidation des acquis**

Budget Version: **C02** Year to month : 31/12/2013
 Currency : EUR
 YtM : **Report includes all closed transactions until the end date of the chosen closing**

| | Status | Fin Mode | Amount | Start to 2012 | Expenses 2013 | Total | Balance | % Exec |
|------------------------------|--------|----------|-----------|---------------|---------------|-------|-----------|--------|
| 02 Evaluation externe | | REGIE | 30.000,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 30.000,00 | 0% |
| 03 Backstopping (2 missions) | | REGIE | 10.000,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 10.000,00 | 0% |

| | | | | | | | | |
|--|--|--------------|---------------------|------------------|-------------------|-------------------|---------------------|------------|
| | | REGIE | 1.768.125,00 | 61.709,36 | 600.637,54 | 662.346,90 | 1.105.778,10 | 37% |
| | | COGEST | | | | | | |
| | | TOTAL | 1.768.125,00 | 61.709,36 | 600.637,54 | 662.346,90 | 1.105.778,10 | 37% |



Budget vs Actuals (Year to Month) of RDC1216611 Printed on vrijdag 28 maart 2014

page: 3