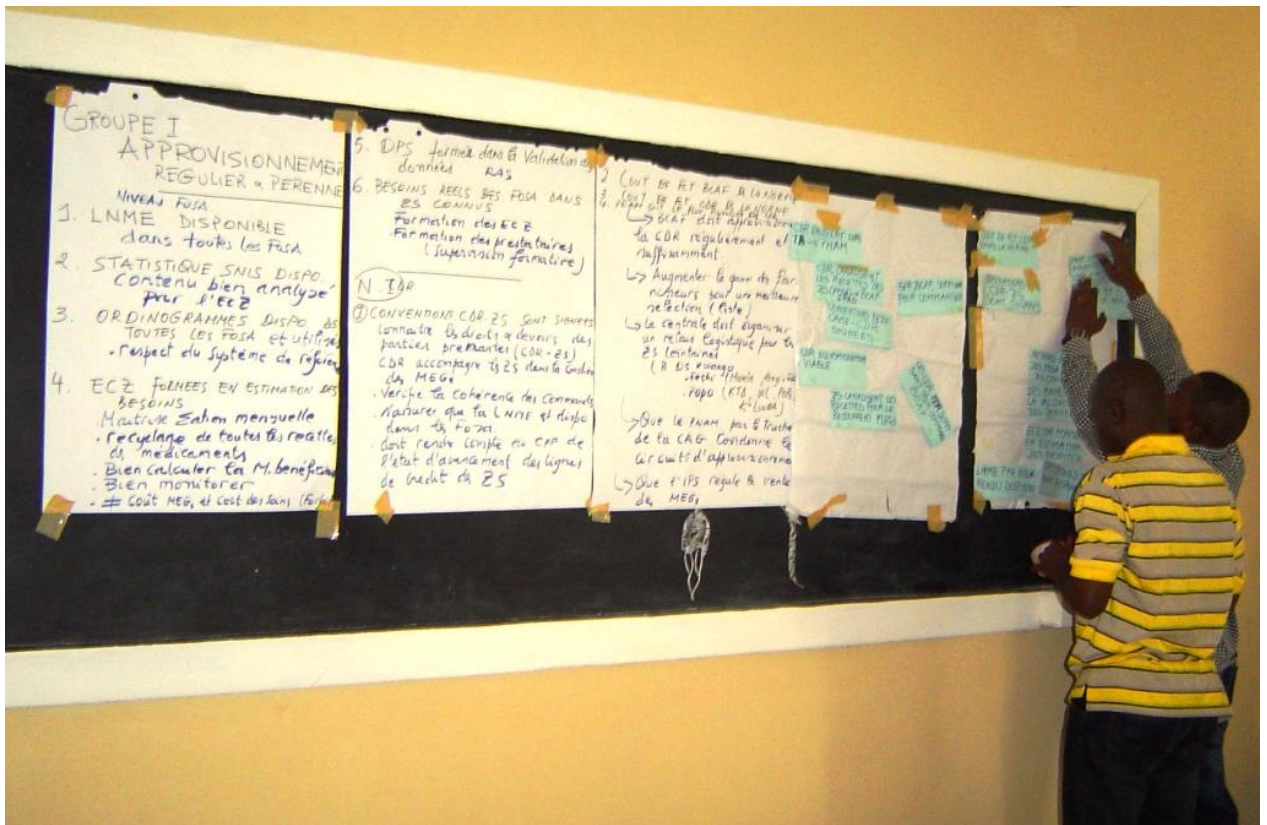




CTB



RAPPORT DES RESULTATS 2012 PROJET CDR2



ACRONYMES	4
1 APERÇU DE L'INTERVENTION	7
1.1 FICHE PROJET.....	7
1.2 PERFORMANCES DU PROJET.....	8
1.3 EXECUTION BUDGETAIRE.....	8
1.4 RESUME.....	8
2 ANALYSE DE L'INTERVENTION	10
2.1 CONTEXTE.....	10
2.1.1 <i>Contexte général</i>	10
2.1.2 <i>Contexte institutionnel</i>	10
2.1.3 <i>Contexte de gestion : modalités d'exécution</i>	11
2.1.4 <i>Contexte HARMO</i>	11
2.2 OUTCOME.....	12
2.2.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	12
2.2.2 <i>Gestion des risques</i>	17
2.2.3 <i>Impact potentiel</i>	23
2.2.4 <i>Critères de qualité</i>	23
2.3 OUTPUT 1.....	27
2.3.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	27
2.3.2 <i>Exécution budgétaire</i>	33
2.3.3 <i>Critères de qualité</i>	33
2.4 OUTPUT 2.....	34
2.4.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	34
2.4.2 <i>Exécution budgétaire</i>	40
2.4.3 <i>Critères de qualité</i>	40
2.5 OUTPUT 3.....	41
2.5.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	41
2.5.2 <i>Exécution budgétaire</i>	46
2.5.3 <i>Critères de qualité</i>	46
2.6 OUTPUT 4.....	48
2.6.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	48
2.6.2 <i>Exécution budgétaire</i>	51
2.6.3 <i>Critères de qualité</i>	52
2.7 OUTPUT 5.....	53
2.7.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	53
2.7.2 <i>Exécution budgétaire</i>	59
2.7.3 <i>Critères de qualité</i>	59
2.8 OUTPUT 6.....	60
2.8.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	60
2.8.2 <i>Exécution budgétaire</i>	65
2.8.3 <i>Critères de qualité</i>	65
2.9 OUTPUT 7.....	66

2.9.1	<i>Analyse des progrès réalisés</i>	66
2.9.2	<i>Exécution budgétaire</i>	70
2.9.3	<i>Critères de qualité</i>	71
2.10	OUTPUT 8	72
2.10.1	<i>Analyse des progrès réalisés</i>	72
2.10.2	<i>Exécution budgétaire</i>	74
2.10.3	<i>Critères de qualité</i>	75
3	THEMES TRANSVERSAUX	76
3.1	GENRE	76
3.2	ENVIRONNEMENT	76
3.3	AUTRE	77
4	PILOTAGE ET APPRENTISSAGE	78
4.1	PLAN D’ACTION	78
4.2	ENSEIGNEMENTS TIRES	78
5	ANNEXES	80
5.1	CADRE LOGIQUE D’ORIGINE	80
5.2	CADRE LOGIQUE MIS A JOUR	80
5.3	APERÇU DES MORE RESULTS	80
5.4	RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS (Y – M) »	81
5.5	DECISIONS PRISES PAR LA SMCL ET SUIVI	87

Acronymes

AFMPS	Agence Fédérale du Médicament et Produits de Santé
AGESFO	Audit-GESTion-FORMation
AGESP	Association pour le renforcement des capacités de Gestion des Entreprises et des Institutions de Service et de Production
AGR	Activité Génératrice de Revenu
AGZS	Administrateur Gestionnaire Zone de santé
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
Asbl	Association sans but lucratif
ASF	Association Santé Familiale
ASSNIP_4	Appui au Système Sanitaire au Niveau Intermédiaire et Périphérique au Sud Ubangi
ASRAMES	Association Régionale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
ASSNIP_5	Appui au Système Sanitaire au Niveau Intermédiaire et Périphérique au Kwilu
ASSNIP_BC	Appui au Système Sanitaire au Niveau Intermédiaire et Périphérique au Bas-Congo
AT	Assistant Technique
BCAF	Bureau Coordination d'Achats de le FEDECAME
BCZS	Bureau Central de Zone de Santé
BM	Banque Mondiale
CA	Conseil d'Administration
CAAMEBO	Centrale d'Achat et d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels pour le Bas-Congo Ouest
CAAMEKI	Centrale d'Achat et d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels de Kisantu
CAG	Cellule d'Appui à la Gestion
CAMENE	Centrale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels pour le Nord Equateur
CAMEBASU	Centrale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels pour le Bandundu Sud
CDI	Centre de Développement Intégral
CDR	Centrale de Distribution Régionale
Cés	Comprimés
CE	Compte d'Exploitation
CECU	Communauté Evangélique du Christ en Ubangi
CEUM	Communauté Evangélique de l'Ubangi et de la Mongala
CM	Coordination Médicale
CMM	Consommation Moyenne Mensuelle
CMED	Counterfeiting of MEDical products
COMPAR	COMité des PARtenaires
CPM	Commission Provinciale du Médicament
CS	Centre de Santé
CTB	Coopération Technique Belge (Agence Belge de développement)

D3	3 ^{ième} Direction au niveau du MSP (=DPM)
D5	5 ^{ième} Direction au niveau du MSP (Appui aux ZS)
DCK	Dépôt Central de Karawa
DCMP	Dépôt Central Médico-Pharmaceutique
DGRAD	Direction Générale des Recettes Administratives et Domaniales
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament (=D3)
DPS	Division Provinciale de la Santé
DS	District Sanitaire
DTF	Document Technique et Financier
ECC	Eglise du Christ au Congo
ECZS	Equipe Cadre Zone de Santé
EPP	Encadreur Provincial Polyvalent
ESP	Ecole de Santé Publique
FdR	Fonds de Roulement
FED	Fonds Européenne de Développement
FEDECAME	Fédération des Centrales d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
FM	Fonds Mondial
FoSa	Formation Sanitaire
GAVI	Global Alliance for Vaccination and Immunisation
GIBS	Groupe Inter Bailleurs dans le domaine de la Santé
HGR	Hôpital Général de Référence
IMA	Interchurch Medical Assistance
IOV	Indicateur Objectivement Vérifiable
KOICA	KOrean International Cooperation Agency
LNME	Liste Nationale de Médicaments Essentiels
LNCQ	Laboratoire National de Contrôle Qualité
M&E	Monitoring et évaluation
MAF	Manager Administration and Finance
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MEMISA	MEdische Missie Actie
MILDA	Moustiquaires Imprégnées d'insecticide à Longue Durée d'Action
MIP	Médecin Inspecteur Provincial
MOD	Maître d'Œuvre Délégué
MSH	Management Sciences for Health
MSP	Ministère de Santé Publique
MUSABO	MUtuelle de SAnté BOndeko
OHADA	Organisation pour l'Harmonisation des Droits d'Affaires en Afrique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OPJ	Officier de Police Judiciaire
PALU	Paludisme
PARSS	Projet d'Appui au Renforcement du Système de Santé
PAO	Plan d'Action Opérationnel
PA PNDS	Plan d'Action Plan National de Développement Sanitaire, projet

	de l'UE
PID	Pharmacien Inspecteur du District
PID	Pharmacien Inspecteur de Province
PNAM	Programme National d'Approvisionnement en Médicaments
PNPMS	Programme National de la Promotion des Mutuelles de Santé
PTF	Partenaire Technique et Financier
PR	Prix de Revient
PV	Procès Verbal
RDC	République Démocratique du Congo
QUAMED	QUALity MEDecines for all
RUMER	Registre Universel des Médicaments et des Recettes
SANRU	Santé Rurale, une division de ECC
SG	Secrétaire Général
SMCL	Structure Mixte de Concertation Locale
SNAME	Système National d'Approvisionnement en Médicaments
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
UE	Union Européenne
UGC	Unité de Gestion Conjointe
USAID	United States Agency for International Development
ZS	Zone de Sante

1 Aperçu de l'intervention

1.1 Fiche projet

Nom du projet	Phase de pérennisation des acquis du projet d'appui aux Centrales de Distribution Régionales de Médicaments Essentiels Génériques en RDC
Code du projet	RDC1015111
Emplacement	Kinshasa, RDC
Budget	5.700.000 euro
Institution partenaire	PNAM
Date de la Convention de mise en œuvre	12/01/2011 – 09/06/2014 (fin Convention Spécifique)
Durée (mois)	30 mois
Groupes cibles	Niveau national : DPM, PNAM, FEDECAME Niveau intermédiaire : PIPs, PIDs, CDRs Niveau périphérique : 94 ZS Population : 14.800.000 Régions : Bas-Congo Ouest, Nord Equateur, Bandundu Sud
Impact ¹	La qualité des soins de santé destinés à la population couverte par les ZS est améliorée en assurant une disponibilité adéquate au niveau des formations sanitaires en médicaments, dispositifs médicaux et produits de diagnostic essentiels de qualité et à un prix accessible à tous.
Outcome	L'approvisionnement régulier et pérenne en médicaments, dispositifs médicaux et produits de diagnostic essentiels de qualité et à un prix accessible à toutes les formations sanitaires des ZS ciblées est assuré par les trois CDR de Matadi, Bwamanda et Kikwit
Outputs	R1 : La CDR de Matadi (CAAMEBO) est économiquement viable et garantit la disponibilité des MEG de bonne qualité de la LNME aux FoSa de sa couverture de distribution R2 : La CDR de Bwamanda (CAMENE) est économiquement viable et garantit la disponibilité des MEG de bonne qualité de la LNME aux FoSa de sa couverture de distribution R3 : La CDR de Kikwit (CAMEBASU) est économiquement viable et garantit la disponibilité des MEG de bonne qualité de la LNME aux FoSa de sa couverture de distribution R4 : Appui commun aux 3 CDRs pour développer leur capacité d'autonomie financière R5 : Les capacités des services des inspections pharmaceutiques du niveau provincial (PIP) et de district sanitaire (PID) sont renforcées dans les zones de couverture des CDRs appuyées par le projet

¹ L'impact équivaut à l'objectif général, l'outcome à l'objectif spécifique et l'output au résultat

	R6 : Les structures centrales de la FEDECAME sont renforcées pour rendre des services performants aux CDRs affiliées
	R7 : Le SNAME est mis en œuvre, coordonné et supervisé par le PNAM au travers des outils standardisés de gestion, diffusés et expliqués dans toutes les ZS s'approvisionnant auprès des CDRs
	R8 : La DPM (ou D3) a fait des avancées significatives en matière de réglementation, d'enregistrement et d'inspection du secteur pharmaceutique privé et public

1.2 Performances du projet

	Effizienz	Efficacité	Durabilité
Outcome	B	C	C
Output 1	C	C	D
Output 2	B	B	C
Output 3	B	B	C
Output 4	B	B	B
Output 5	B	B	C
Output 6	B	B	C
Output 7	B	B	C
Output 8	C	C	C

1.3 Exécution budgétaire

Budget total	Dépenses année 2012	Solde	Taux de décaissement total
5.700.000 euro	1.254.017 euro	3.992.427 euro	30%

1.4 Résumé

<ul style="list-style-type: none"> • Un consensus sur les points forts et faibles du SNAME, en tant que unique système d'approvisionnement pour le secteur public, a été obtenu par les acteurs du MSP au niveau national et leurs PTF importants, ce qui a conduit à une feuille de route harmonisée pour améliorer le SNAME à partir de 2013
<ul style="list-style-type: none"> • Un modèle de suivi de gestion de MEG a été conçu par le PNAM comme un processus de 45 étapes à franchir sur 3 à 5 ans qui résultent en 6 IOV mesurant le degré d'autofinancement, d'utilisation du SNAME et la reconstitution du capital médicaments dans une ZS
<ul style="list-style-type: none"> • L'accompagnement rapproché des ZS dans le suivi de ce processus de gestion des MEG par les DPS est une condition clé pour la réussite de la disponibilité

des MEG et de la pérennisation du capital médicaments dans les ZS
<ul style="list-style-type: none"> • Le sous financement du fonctionnement des HGR ,des BCZS, des DPS et du PNAM par le MSP empêche la reconstitution du capital médicament dans les ZS
<ul style="list-style-type: none"> • Le faible fonds de roulement dans les CDRs et au BCAF de la FEDECAME empêche un approvisionnement régulier à partir des fournisseurs internationaux et nationaux pré qualifiés
<ul style="list-style-type: none"> • La non maîtrise de la quantification des besoins réels en MEG à partir de la base (ZS), les multiples circuits d’approvisionnement en MEG (PTF et MSP) combiné avec un déficit dans l’inspection pharmaceutique dans le secteur privé, influence d’une façon négative la fiabilité de la qualité des MEG dans le secteur public.



2 Analyse de l'intervention²

2.1 Contexte

2.1.1 Contexte général

2012 a été caractérisé par l'installation des nouveaux gouvernements au niveau national et provincial après les élections fin 2011. Comme conséquence le Ministre national et deux ministres provinciaux de la Santé (Bandundu et Equateur) ont changé. Au niveau national ceci a causé des retards ou annulations de décisions importantes pour le SNAME (signature avenant convention Etat-FEDECAME, remise du bâtiment ex-DCMP au PNAM, etc.). Les ministres provinciaux étant membres de la SMCL pilotant le projet CTB/CDR2, la continuité dans l'appropriation du projet et le suivi des décisions n'a pas été garantie. L'exception est le ministre provincial de la santé au Bas-Congo qui s'est maintenu et s'est fortement impliqué pour débloquent des goulots d'étranglement dans la mise en œuvre (directives pour les ZS à s'approvisionner en MEG aux 2 CDR du Bas-Congo, convocation d'un CA extraordinaire de la CDR CAAMEBO, octroi d'un terrain à Matadi à la FEDECAME pour construction d'un dépôt sous douane).

Le retard dans la formalisation des DPS au niveau intermédiaire (survenue seulement fin novembre 2012) a causé beaucoup d'ambiguïté dans l'accompagnement des ZS (anciennes structures interférant avec les nouvelles). On espère rapporter un effet positif en 2013.

L'annulation de la compagnie aérienne Hewa Bora, suivi quelques mois après par la création de la compagnie aérienne Fly Congo, a perturbé le transport des biens et des personnes au Nord Equateur.

Le manque de directives claires par le Ministère des Finances quant aux taxes à payer par les CDR génère des tracasseries financières par les services de récolte d'impôts de l'Etat.

2.1.2 Contexte institutionnel

Le chef de projet forme avec le directeur du PNAM l'UGC du projet. Cet ancrage est très approprié puisque le PNAM a été créé en 2002 avec mission de mettre en œuvre, développer et assurer le suivi du SNAME. Ceci a permis au projet de bien cadrer l'intervention et adapter les activités à mener aux réalités rencontrées sur terrain durant les ateliers des parties prenantes du SNAME, organisés par le PNAM. A la SMCL de démarrage du projet (15/02/2012) il a été demandé et obtenu que le budget alloué à l'appui institutionnel du PNAM soit augmenté de 3,9% à 10,3% du budget total (en diminuant le budget alloué pour l'appui technique à la CDR CAMENE, au fonctionnement de la FEDECAME et aux frais généraux) afin qu'il puisse jouer son rôle normatif et de suivi.

Ceci a permis au PNAM de développer un modèle de suivi de gestion des MEG (avec des étapes à franchir objectivement vérifiables, résultant dans des indicateurs clés mesurant la performance du SNAME) qui est devenu le fil rouge dans l'évaluation de chaque intervention des PTF ou du MSP.

Par contre le MSP ne s'est pas encore appropriée la vue du PNAM sur le fonctionnement du SNAME, générant ainsi des blocages politiques imprévisibles dans la mise en œuvre. On note aussi une tension avec la DPM et la CAG sur les responsabilités d'un chacun, qui trouve sa cause dans le manque de ressources humaines au PNAM quant à

² Dans le présent document : L'impact équivaut à l'objectif général, l'outcome à l'objectif spécifique et l'output au résultat

son rôle de coordination et d'analyse des données.

2.1.3 Contexte de gestion : modalités d'exécution

Le projet est exécuté en régie ce qui est très approprié selon l'opinion du chef de projet. Comme le budget est restreint pour l'outcome à atteindre (voir commentaires dans le point « Difficultés » sous 2.2.1.), il faut être très vigilant quant à la flexibilité d'adapter les dépenses pour pallier à des réponses sur des problèmes rencontrés. Comme il y a beaucoup de bénéficiaires dans le projet, une gestion conjointe aurait le risque que ces bénéficiaires utiliseraient de l'influence pour favoriser des dépenses dans leur faveur ; Maintenant la décision finale peut être prise par le chef de projet qui est seul responsable de l'allocation finale des fonds et qui a plus facilité de dire non à une dépense souhaitée par un bénéficiaire.. Par contre, pour impliquer le plus que possible la partie congolaise dans l'exécution financière, chaque décision importante est discutée avec le Directeur du PNAM, qui forme l'UGC avec le chef de projet, et si nécessaire présentée à la SMCL pour accord. Ceci évite au maximum des frictions ou des malentendus.

2.1.4 Contexte HARMO

Peu de PTF appuyant le secteur médicament incorporent l'aspect de la pérennisation du capital médicament ou de l'alignement au SNAME dans leur intervention. Après le développement du modèle de suivi de gestion des MEG, le PNAM a commencé, avec l'aide de la CAG à informer et sensibiliser des grands PTF sur cette approche à suivre. Plusieurs contacts fructueux ont été pris dans le Q4/2012 (UE, KOICA, PARSS, IMA-ECC, CDI-Bwamanda, MEMISA, Caritas, USAID, MSH) qui résulteront probablement dans une meilleure harmonisation des interventions et intégration dans le SNAME. Un grand effort a été mené de collaborer avec les projets ASSNIP de la CTB sur le rôle à jouer par les DPS et les CDR dans la gestion du capital médicament dans les ZS. Les expériences à capitaliser de cette dynamique d'harmonisation ont été présentées dans l'atelier « Financement de la Santé » organisé en octobre par BeCause Health à Kinshasa.

Ceci a amené le partenaire congolais et ses PTF, avec l'aide de l'OMS, à organiser un atelier de consensus sur le SNAME en décembre 2012, qui a résulté dans une feuille de route, adoptée par les participants, contenant des recommandations pour améliorer le SNAME en 2013.

Une négociation est en cours avec l'UE pour appuyer le développement d'un manuel national décrivant les 45 étapes et les outils de gestion y afférents du modèle de suivi développé par le PNAM.

Une négociation est en cours avec USAID pour cofinancer la construction d'un dépôt sous douane à Matadi pour la FEDECAME.

2.2 Outcome

2.2.1 Analyse des progrès réalisés

Outcome : Assurer un approvisionnement régulier et pérenne de MEG de qualité à un prix accessible à la population bénéficiaire						
Indicateurs	Valeur de la Baseline (2010)	Progrès année N-1 (2011)	Progrès année N (2012)	Cible année N	Cible finale	Commentaires
Nombre de ZS (sur 94 DANS la zone d'intervention des 3 CDR appuyées par le projet) ayant rempli le canevas baseline du modèle de suivi de gestion des MEG développé par le PNAM en 2012 (période du 1/1/2012 au 30/6/2012)	0	0	15	12	40	<u>Bas-Congo</u> : 3 Boma, Kimpese, et Lukula <u>Nord Equateur</u> : 4 Boto, Budjala, Bwamanda , Libenge <u>Bandundu</u> : 8 Bulungu, Gungu, Idiofa, Ipamu, Kimputu, Koshibanda, Masi-Manimba, Mukedi
Nombre de ZS (sur 422 HORS la zone d'intervention des 3 CDR appuyées par le projet, mais dans le sphère d'influence du PNAM) ayant rempli le canevas baseline du modèle de suivi de gestion des MEG développé par le PNAM en 2012 (période du 1/1/2012 au 30/6/2012)	0	0	1	0	40	<u>Bas-Congo</u> : 1 Kisantu
Nombre de ZS (sur 516 de la RDC) ayant rempli le canevas baseline du modèle de suivi de gestion des MEG développé par le PNAM en 2012 (période du 1/1/2012 au 30/6/2012)	0	0	16	12	40	
Nombre de ZS (sur 16 dont les données sont disponibles) ayant franchies au minimum 11 étapes sur 21 pour atteindre un approvisionnement régulier en MEGS (selon le modèle PNAM)			5			Les ZS Kimpese, Kisantu, Budjala, Bwamanda et Idiofa sont les seules à atteindre ce minimum de niveau de gestion de médicaments. Il faut noter que la ZS de Budjala a le plus haut score avec franchi 16/21, reste toujours 5 étapes de base à franchir.
Nombre de ZS (sur 16 dont les données sont disponibles) ayant franchies au minimum 7 étapes sur 13 pour atteindre un approvisionnement pérenne des MEGS (selon le modèle PNAM)			3			Les ZS Lukula, Budjala (13/13) et Bwamanda sont les seules qui atteignent un niveau minimal pour espérer un taux reconstitution du capital médicament acceptable. Pour l'HGR de Kisantu les données financières rapportées ne sont pas fiables, on ne peut donc se prononcer sur leur état de gestion de MEG dans cet aspect
Nombre de ZS (sur 16 dont les données			2			Seules les ZS Budjala

sont disponibles) ayant franchies au minimum 6 sur 11 étapes pour atteindre une accessibilité financière des MEG (selon le modèle PNAM)						(7/11) et Kisantu (6/11) semblent avoir atteint la maîtrise minimale de cet aspect. Comme les données financières de l'HGR de Kisantu ne sont pas disponibles ou fiables, ce résultat n'est pas non plus fiable et doit être analysé plus en profondeur.
Nombre de ZS (sur 16 dont les données sont disponibles) ayant franchies au minimum 23 étapes sur 45 pour atteindre un approvisionnement régulier, pérenne de MEG financièrement accessibles à la population			3			Seules les ZS Lukula, Budjala (36/45), Bwamanda ont atteint ce seuil qui permet d'espérer que dans un délai de 2 à 3 ans l'outcome dans ces ZS sera réalisé. Il se peut que la ZS Kisantu soit déjà aussi à ce niveau, mais les données pour l'affirmer manquent.
Nombre de ZS (sur 16 dont les données sont disponibles) ayant atteint au minimum 100% d'autofinancement SANS subvention pour l'ensemble des CS dans la ZS			4			Seules les ZS Budjala, Bwamanda, Libenge et Lukula ont atteint cet autofinancement SANS subvention.
Nombre de ZS (sur 16 dont les données sont disponibles) ayant atteint au minimum 50 % d'autofinancement SANS subvention pour l'HGR de la ZS			2			Seules les ZS Budjala et Bwamanda ont atteint l'autofinancement de leur HGR à minimum 50%
Nombre de ZS (sur 16 dont les données sont disponibles) avec un taux de reconstitution du capital MEG de minimum 70%			1			Seule la ZS Bwamanda a su atteindre ce seuil.
Nombre de ZS(sur 16 dont les données sont disponibles) ayant un capital médicament représentant au minimum 3 mois de consommation moyenne mensuelle			1			Seule la ZS Bwamanda a su atteindre ce seuil.
Nombre de ZS (sur 16 dont les données sont disponibles) ayant une proportion d'affiliés à une mutuelle de santé de minimum 50% dans les nouveaux cas au niveau de l'HGR			1			Seule la ZS Bwamanda a su atteindre ce seuil. Il y a des fortes indications que c'est l'aspect de forte mutualisation des nouveaux cas à l'HGR qui est le facteur clé des bons résultats de la ZS Bwamanda.
Nombre de ZS(sur 16 dont les données sont disponibles) utilisant au minimum 80% le canal logistique du SNAME pour leurs achats MEG			1			Seule la ZS Bwamanda a su atteindre ce seuil.
Analyse des progrès réalisés par rapport à l'outcome : Analyser la dynamique entre la réalisation des outputs et l'atteinte probable de l'outcome (voir Guide de rapport des résultats) :						
<i>Lien entre les outputs et l'outcome</i> : (Comment) les outputs contribuent-ils (toujours) à l'atteinte de l'outcome ?		Le SNAME est un système basé sur le partenariat public-privé avec des achats fournisseurs groupés et une distribution aux FoSa clientes agréées décentralisée. Un schéma du SNAME avec tous ses acteurs et son lien avec le projet a été développé pour aider à la réflexion comment les outputs liés aux acteurs peuvent contribuer à l'atteinte				

	<p>de l'outcome. Des ateliers des parties prenantes ont été organisés par le PNAM dans les 3 régions de couverture du projet avec des représentants de chaque acteur. Ceci a amené d'une façon consensuelle à développer un modèle de suivi de gestion des MEG comme un processus à implémenter dans les ZS, avec des étapes objectivement vérifiables à franchir et des indicateurs clés mesurant le degré de pérennisation de l'approvisionnement, la reconstitution du capital médicament, l'accessibilité financière et la fiabilité de la qualité des MEG dans le secteur public. Comme indiqué dans le schéma (parties colorées en mauve), plusieurs acteurs sont appuyés techniquement et financièrement par le projet CDR2. Il est clair que si l'output de ces acteurs est satisfaisant, que ces outputs contribuent à l'outcome. Mais nous avons constaté dans les analyses faites avec les parties prenantes que plusieurs acteurs clés ne sont pas appuyés par le projet et si ils sont appuyés par d'autres PTF ou projets, que ces acteurs ne sont pas toujours conscients du rôle qu'ils ont à jouer dans l'atteinte de l'outcome, qui est le but final du SNAME.</p> <p>C'est ainsi que nous avons identifié les acteurs clés suivants qui influencent beaucoup la probabilité de l'atteinte de l'outcome en suivant le processus développé par le PNAM :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le MSP qui doit rationaliser son personnel dans les ZS, assurer que son personnel soit payé suffisamment et régulièrement et que le budget prévu pour le fonctionnement des DPS et ECZS arrive à destination ; La CAG qui doit orienter et harmoniser les différents appuis des PTF au niveau national vers le SNAME ; Les DPS reformées qui doivent accompagner les ZS à franchir les 45 étapes du modèle de suivi de gestion des MEG ; Les mutuelles de santé ou autres organismes d'assurance maladie qui doivent affilier le plus grand nombre possible d'habitants dans les ZS afin d'augmenter l'accessibilité financière de leurs membres aux soins de santé ; La société civile qui doit vérifier que le SNAME réponde à ses besoins et que les fonds publics mis à la disposition de l'atteinte de l'outcome soient entièrement et uniquement utilisés à cette fin. <p>L'apport du projet est donc une toute petite goutte dans l'océan des besoins financiers et d'accompagnement technique du SNAME afin d'atteindre l'outcome. Son mérite est que le budget lié à l'exécution a permis en 2012 d'aider au développement d'un modèle consensuel de suivi de gestion de MEG et permettra de tester en 2013, par une approche de recherche opérationnelle et feedback continu sur une petite étendue du territoire congolais, sa validité pour l'implémenter à large échelle en 2014 par le MSP avec l'appui d'autres partenaires</p>
<p><i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'outcome (sur la base d'indicateurs) :</i></p>	<p>Les premières données récoltées dans les canevas baseline, remplis par les premières 16 ZS, montrent que le chemin pour atteindre l'outcome sera long, les efforts à mener titanesques et que les financements (par le MSP et/ou ses partenaires d'appui) importants.</p> <p>A première vue les résultats sont très maigres et décevants. Mais le grand mérite du modèle de suivi de gestion des MEG, développé par le PNAM, est qu'on sort de la subjectivité et qu'on essaie de mesurer des données qui sont comparables. On est donc très loin de l'atteinte</p>

	<p>de l'outcome, même dans la zone d'intervention du projet, mais le grand progrès réside dans le fait que tous les niveaux de la pyramide sanitaire, inclus les grands PTF du MSP commencent à parler le même langage et mesurer les mêmes données. On a déjà des preuves que ceux qui essaient de mettre le modèle en œuvre, sont garantis à plus de 90% de l'atteinte de l'outcome qui est un approvisionnement régulier, pérenne de MEG de qualité à un prix accessible. Il reste maintenant à trouver le temps (2 à 3 ans au minimum), les fonds (pour payer en premier lieu les salaires des agents dans les Fosa) et l'accompagnement technique (surtout des DPS et des CGAT) pour le passage à échelle au niveau de la RDC.</p>
<p><i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i></p>	<p>Les plus grands problèmes détectés dans les premières 16 ZS pour atteindre l'outcome sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le non-paiement du personnel de santé (par ex 85/761 agents dans les FoSa dans la ZS de Idiofa reçoit mensuellement son salaire, 313/761 sa prime de risque ! Ces chiffres sont représentatifs pour les autres ZS) ; Le manque d'appui au fonctionnement des HGR (carburant, fournitures, hygiène hospitalière) ; Le manque d'appui au fonctionnement des ECZS (carburant, fournitures, missions de supervisions) ; Le manque d'appui au fonctionnement des DPS (carburant, communication, fournitures, missions d'accompagnement) ; Le manque d'appui aux missions de suivi et d'évaluation du PNAM ; Le manque d'appui aux inspecteurs de la DPM. <p>Plusieurs PTF ou hauts responsables du MSP pensent qu'en instaurant d'autres mécanismes d'acquisition de MEG on saura atteindre l'outcome plus facilement qu'avec le SNAME. Selon nous, les données récoltées démontrent que, n'importe quel système d'acquisition ou de distribution de MEG retenu ou installé, les problèmes nommés ci-haut, tant qu'ils ne seront pas résolus, empêcheront la disponibilité régulière et pérenne de MEG de qualité à un prix accessible pour les populations bénéficiaires.</p> <p>Il est très regrettable que l'exécution du projet a commencé avec presque 10 mois de retard, à cause du temps qu'a pris la procédure d'agrément du chef de projet. Ceci combiné avec le retrait de la Belgique du secteur Santé au 31/12/2013 fait que le projet ne pourra être opérationnel que +/- 24 mois. Il est clair que dans ce laps de temps il est impossible de réaliser l'atteinte de l'objectif spécifique : Les régions ciblées du projet représentent 18% de la totalité des ZS de la RDC, avec une population totale de +/- 15.000.000 d'habitants, vivant sur une étendue de 409.636 km² ou +/- 13 fois la superficie de la Belgique.</p> <p><u>Le budget prévu pour contribuer à l'outcome dans cette région et cette population ciblée est de 0,38 euro/habitant sur 3 ans ou +/- 0,13euro/habitant par an.</u> On est donc obligé de rester très modeste et humble quant à l'influence que ce projet pourrait avoir sur l'outcome.</p>
<p><i>Résultats inattendus :</i></p>	<p>L'ateliers des parties prenantes dans les 3 zones d'intervention des 3 CDR appuyées par le projet (mars, juin et août), le développement du modèle de suivi de gestion des MEG qui en est le résultat (septembre)</p>

, la présentation des premières données récoltées au séminaire sur le financement du secteur santé (octobre) ont fait que d'autres PTF du MSP se sont intéressés à l'approche et ont trouvé le chemin vers le PNAM pour harmoniser les interventions.

En interne CTB ceci a fortement rapproché les chefs de projet ASSNIP et CDR2 puisque on s'est rendu compte que les efforts doivent être unis et que l'accompagnement des ZS par les DPS, surtout la gestion des ressources financières d'une ZS (métier 2) est un facteur clé dans la gestion du capital médicament. Jusque là on a trop évolué dans l'accompagnement technique des flux matières des MEG (et souvent on a même négligé cet aspect dans l'accompagnement technique des soins de santé) et on n'a pas fait attention que la gestion des flux financiers est une condition de succès à long terme pour assurer des soins de qualité.

2.2.2 Gestion des risques

Risques liés aux étapes à franchir dans la gestion des MEGs dans le secteur public

Le modèle de suivi de gestion des MEG, développé par le PNAM en 2012, d'une façon consensuelle dans des ateliers avec toutes les parties prenantes du SNAME, définit 45 étapes clés qui doivent être franchies afin d'atteindre avec une certitude assez élevée l'outcome qui est un approvisionnement régulier, pérenne de MEG de qualité à un prix accessible aux populations bénéficiaires. Nous pensons donc que les risques majeurs de ce projet sont la non franchise de ces étapes clés. Toute l'approche de l'intervention actuelle est basée sur l'accompagnement et la sensibilisation des parties prenantes pour franchir ces étapes.

Les données récoltées dans les canevas de suivi de ces 45 étapes à franchir, résultants dans 6 indicateurs de performance, sont compilées par trimestre et servent comme suivi du risque : dès que l'étape est franchie, le risque est maîtrisé. Mais comme les étapes doivent être franchies ZS par ZS afin d'atteindre l'outcome, il n'est pas possible de reprendre le suivi des risques ci-dessous en détail. L'état d'avancement sera (fin 2013) un score de combien de ZS sur les 94 ZS dans la zone d'intervention des 3 CDR, combien de ZS sur les 516 ZS de la RDC, ont maîtrisé le risque lié à chaque étape.

Identification du risque			Analyse du risque			Traitement du risque			Suivi du risque	
Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Date limite	État d'avancement	Statut
La LNME n'est pas disponible	Atelier parties prenantes		M	M	B		DPM			
La LNME n'est pas utilisée	Atelier parties prenantes		E	E	D		DPS			
Les ordinogrammes ne sont pas disponibles	Atelier parties prenantes		M	M	B		D5			
Les ordinogrammes ne sont pas appliqués correctement	Atelier parties prenantes		E	E	D		DPS			
Le guide thérapeutique n'est pas disponible	Atelier parties prenantes		M	M	B		DPM			

Identification du risque			Analyse du risque			Traitement du risque			Suivi du risque	
Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Date limite	État d'avancement	Statut
Le guide thérapeutique n'est pas utilisé correctement	Atelier parties prenantes		M	E	C		DPS			
Statistiques SNIS de soins de santé ne sont pas disponibles	Atelier parties prenantes		F	E	B		ZS			
Statistiques SNIS soins de santé ne sont pas fiables	Atelier parties prenantes		M	E	C		DPS			
Statistiques SNIS MEG ne sont pas disponibles	Atelier parties prenantes		E	E	D		ZS			
Statistiques SNIS MEG ne sont pas fiables	Atelier parties prenantes		E	E	D		DPS			
Calcul des besoins annuels de MEG n'est pas disponible	Atelier parties prenantes		E	E	D		ZS			
Calcul des besoins annuels de MEG n'est pas fiable	Atelier parties prenantes		E	E	D		DPS			
La LNME adaptée à la province n'est pas disponible	Atelier parties prenantes		E	F	B		DPM			
La LNME adaptée à la province n'est pas utilisée	Atelier parties prenantes		E	M	C		DPS			
Les RUMER ne sont pas disponibles	Atelier parties prenantes		M	E	C		PNAM			
Les RUMER ne sont pas utilisés correctement	Atelier parties prenantes		E	E	D		DPS			
Les fiches de stock ne sont pas disponibles	Atelier parties prenantes		M	E	C		PNAM			
Les fiches de stock ne sont pas utilisées correctement	Atelier parties prenantes		E	E	D		DPS			
Le calcul des CMM n'est pas disponible	Atelier parties prenantes		M	E	D		ZS			
Le calcul des CMM n'est pas fiable	Atelier parties prenantes		E	E	D		DPS			
Les commandes MEG ne sont pas basées sur les CMM	Atelier parties prenantes		E	E	D		ZS			
Liste de prix actualisée des MEG	Atelier parties		F	E	B		CDR			

Identification du risque			Analyse du risque			Traitement du risque			Suivi du risque	
Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Date limite	État d'avancement	Statut
à la CDR n'est pas disponible	prenantes									
La valeur des MEG consommés n'est pas connu	Atelier parties prenantes		E	E	D		ZS			
La valeur de l'inventaire physique mensuel des MEG n'est pas connu	Atelier parties prenantes		M	E	C		ZS			
Le journal de caisse n'est pas tenu	Atelier parties prenantes		M	E	C		ZS			
Le journal de caisse n'est pas fiable	Atelier parties prenantes		E	E	D		DPS			
Le CE mensuel n'est pas élaboré	Atelier parties prenantes		M	E	C		ZS			
Le CE mensuel n'est pas fiable	Atelier parties prenantes		E	E	D		DPS			
Les statistiques SNIS CE ne sont pas disponibles	Atelier parties prenantes		E	E	D		ZS			
Les statistiques SNIS CE ne sont pas fiables	Atelier parties prenantes		E	E	D		DPS			
Le convention avec la CDR n'est pas signée	Atelier parties prenantes		M	E	C		CDR			
Le compte capital médicament (ligne de crédit) n'est pas opérationnel à la CDR	Atelier parties prenantes		M	E	C		DPS			
Capital médicament mensuel n'est pas connu	Atelier parties prenantes		E	E	D		DPS			
Le tableau de suivi mensuel du capital médicament n'est pas envoyé à la CDR	Atelier parties prenantes		E	E	D		ZS			
Le salaire du personnel des FoSa n'est pas payé régulièrement	Atelier parties prenantes		E	E	D		MSP			
Les primes de risques du personnel des Fosa ne sont pas	Atelier parties prenantes		E	E	D		MSP			

Identification du risque			Analyse du risque			Traitement du risque			Suivi du risque	
Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Date limite	État d'avancement	Statut
payés régulièrement										
La marge brute sur le PR du MEG n'est pas respectée	Atelier parties prenantes		E	E	D		DPS			
Les primes locales générées par les recettes ne sont pas calculées selon les normes	Atelier parties prenantes		E	E	D		ZS			
Le fonctionnement du BCZS n'est pas pris en charge	Atelier parties prenantes		M	E	C		MSP			
Le calcul réel des coûts des soins n'est pas disponible	Atelier parties prenantes		E	E	D		ZS			
Le calcul réel des coûts des soins n'est pas fiable	Atelier parties prenantes		E	E	D		DPS			
Le tarif forfaitaire des soins de santé n'est pas appliqué	Atelier parties prenantes		M	M	B		ZS			
Le gap entre le coût réel des soins de santé et au tarif forfaitaire n'est pas connu	Atelier parties prenantes		E	E	D		ZS			
L'étude de faisabilité d'un système d'assurance maladie n'est pas menée	Atelier parties prenantes		E	E	D		PNPM S			
La mutuelle de santé ou autre système d'assurance maladie n'est pas opérationnel	Atelier parties prenantes		E	E	D		CGAT			

Risques liés au fonctionnement du SNAME

Identification du risque			Analyse du risque			Traitement du risque			Suivi du risque	
Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Date limite	État d'avancement	Statut
La CDR CAAMEBO n'arrive pas à rehausser ses ventes et	Suivi des résultats		M	E	C	Convoquer un CA extra Ordinaire	PNAM	30/09/2012	Réalisée	

Identification du risque			Analyse du risque			Traitement du risque			Suivi du risque	
Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Date limite	État d'avancement	Statut
diminuer ses frais afin d'obtenir au moins un taux d'autofinancement de 100% AVEC subvention						Elaborer une feuille de route avec des mesures de restructuration	CA/CDR	31/12/2012	Réalisée	
						Proposer des mesures de coopération entre la CDR CAAMEBO et CAAMEKI pour rehausser la performance au Bas-Congo	SMCL	15/11/2012	Réalisée	
						Evaluer le fonctionnement de la CDR	PNAM	28/02/2013		
						Formuler des recommandations	PNAM	15/03/2013		
						Convoquer un CA extra ordinaire	PNAM	31/03/2013		
						Mettre en œuvre les recommandations	CA/CDR	30/09/2013		
La CDR CAMENE n'arrive pas à maîtriser ses coûts de carburant	Suivi des résultats		M	E	C	Analyser les possibilités d'isolation thermique du dépôt	Projet	31/03/2013	En cours	
						Reformuler les priorités dans le budget pour les travaux de réhabilitation du dépôt à Bwamanda	Projet	30/04/2013		
						Lancer un marché public pour isoler le dépôt pharmaceutique	Projet	30/06/2013		
Le bâtiment ex-DCMP n'est pas remis au PNAM	DTF		E	E	D	Reformuler les priorités dans le budget prévu pour le FdR de la FEDECAME afin de faciliter la construction d'un dépôt	SMCL	15/11/2011	Réalisée	
						Faire le plaidoyer auprès d'autres PTF pour cofinancer un nouveau dépôt pour la FEDECAME	Projet	31/03/2013	En cours	

Risques liés à l'exécution du projet

Identification du risque			Analyse du risque			Traitement du risque			Suivi du risque	
Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Date limite	État d'avancement	Statut
La Belgique se retire effectivement du secteur Santé fin 2013	Mise en œuvre		M	E	C	Faire le plaidoyer auprès d'autres PTF pour appuyer le PNAM, les DPS et intégrer le modèle de suivi de gestion de MEGs dans leurs interventions	PNAM	31/12/2013	En cours	
L'appui d'un architecte à la CTB pour élaborer les cahiers de charges des constructions/réhabilitations n'est pas garanti	Mise en œuvre		M	E	C	Reformuler les priorités dans le budget prévu pour l'assistance technique pharmaceutique	Projet	31/03/2013	En cours	
L'appui au lancement des marchés publics, législation FED, à la CTB n'est pas garanti	Mise en œuvre		M	E	C	Tenir des réunions de travail avec le MAF/Secteur santé pour essayer de trouver des solutions palliatives	MAF	31/03/2013	En cours	
L'agrément pour l'AT gestion des données de suivi du SNAME n'a pas été obtenu	Mise en œuvre		E	E	D	Faire le plaidoyer auprès d'autres PTF pour appuyer le service statistique du PNAM pour qu'il soit équipé en personnel et capacités suffisantes pour le traitement des données récoltées dans le SNAME	PNAM	31/03/2013	En cours	
						Réorienter le budget prévu pour l'AT vers des consultations locales (par ex. ESP)	SMCL	31/03/2013		
						Réorienter le budget prévu pour l'AT vers des appuis aux DPS	SMCL	31/03/2013		

2.2.3 Impact potentiel

Chaque ZS qui fait du progrès dans l'atteinte de l'outcome en franchissant de nouvelles étapes sur les 45 définies par le PNAM doit en principe voir le nombre des nouveaux cas augmenter, en d'autres termes le taux d'utilisation des services.

En analysant les données pour la ZS Bwamanda, seule ZS (dont on a les données baseline fin 2010, 2011, S1/2012), qui a déjà franchi plus que la moitié des étapes à franchir et qui a un score suffisant sur les 5 IOV mesurant l'outcome, on constate que dans cette ZS le nombre de nouveaux cas à l'HGR (ou joue la mutuelle de santé) semble effectivement évoluer positivement depuis fin 2010 : de 10.472 pour 1 an à 6.816 pour 1 semestre (donc évolution probable vers 13.632).

Fin 2013 on aura plus de données pour valider la contribution de l'outcome dans une ZS aux objectifs sectoriels : plus d'étapes franchies sur 45 à franchir, plus l'outcome est garanti et plus de nouveaux cas sont enregistrés, signe de l'impact.

2.2.4 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.	
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : 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>	
1.1 Quel est le degré de pertinence actuel du projet ?	
<input type="checkbox"/>	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.
<input checked="" type="checkbox"/>	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.
<input type="checkbox"/>	C Quelques questions par rapport à la cohérence avec les politiques nationales et la stratégie belge, l'efficacité de l'aide ou la pertinence.
<input type="checkbox"/>	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 ?	
<input type="checkbox"/>	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).
<input checked="" type="checkbox"/>	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.
<input type="checkbox"/>	C Les problèmes par rapport à la logique d'intervention peuvent affecter la performance d'un projet et sa capacité à contrôler et évaluer les progrès ; améliorations requises.
<input type="checkbox"/>	D La logique d'intervention est erronée et nécessite une révision en profondeur pour que le projet 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 (appréciation de l'ensemble de l'intervention)	
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : 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>	
2.1 Dans quelle mesure les inputs (finances, RH, biens & équipements) sont-ils correctement gérés ?	

<input type="checkbox"/>	A	Tous les inputs sont disponibles à temps et dans les limites budgétaires.
<input checked="" type="checkbox"/>	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.
<input type="checkbox"/>	C	La disponibilité et l'utilisation des inputs posent des problèmes qui doivent être résolus, sans quoi les résultats pourraient courir certains risques.
<input type="checkbox"/>	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 les outputs sont-ils correctement gérés ?

<input type="checkbox"/>	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.
<input type="checkbox"/>	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.
<input checked="" type="checkbox"/>	C	Certains outputs ne s(er)ont pas livrés à temps ou de bonne qualité. Des ajustements sont nécessaires.
<input type="checkbox"/>	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

Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : 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

3.1 Tel qu'il est mis en œuvre actuellement, quelle est la probabilité que l'outcome soit réalisé ?

<input type="checkbox"/>	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.
<input type="checkbox"/>	B	L'outcome sera atteint avec quelques minimales restrictions ; les effets négatifs (s'il y en a) n'ont pas causé beaucoup de tort.
<input type="checkbox"/>	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.
<input checked="" type="checkbox"/>	D	Le projet n'atteindra pas son outcome, à moins que d'importantes mesures fondamentales soient prises.

3.2 Les activités et les outputs sont-ils adaptés sur la base des résultats atteints dans l'optique de réaliser l'outcome (objectif spécifique) ?

<input checked="" type="checkbox"/>	A	Le projet 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.
<input type="checkbox"/>	B	Le projet 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.
<input type="checkbox"/>	C	Le projet n'est pas totalement parvenu 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 au projet la réalisation de son outcome.
<input type="checkbox"/>	D	Le projet n'est pas parvenu à réagir à l'évolution des circonstances externes ; la gestion des risques a été insuffisante. Des changements considérables sont nécessaires pour réaliser l'outcome.

3. 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).

Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : 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

3.1 Durabilité financière/économique ?

<input type="checkbox"/>	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.
<input type="checkbox"/>	B	La durabilité financière/économique sera vraisemblablement bonne, mais des problèmes peuvent survenir en raison notamment de l'évolution de facteurs économiques externes.
<input checked="" type="checkbox"/>	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.
<input type="checkbox"/>	D	La durabilité financière/économique est très discutable, à moins que n'interviennent des changements majeurs.

4.2 Quel est le degré d'appropriation du projet par les groupes cibles et persistera-t-il au terme de l'assistance externe ?

<input type="checkbox"/>	A	La SMCL et d'autres structures locales pertinentes sont fortement impliquées à tous les stades de la mise en œuvre et s'engagent à continuer à produire et utiliser des résultats.
<input type="checkbox"/>	B	La mise en œuvre se base en grande partie sur la SMCL et d'autres structures locales pertinentes, impliquées elles 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.
<input checked="" type="checkbox"/>	C	Le projet recourt principalement à des arrangements ponctuels et à la SMCL 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.
<input type="checkbox"/>	D	Le projet dépend totalement des structures ponctuelles n'offrant aucune perspective de durabilité. Des changements fondamentaux sont requis pour garantir la durabilité.

4.3 Quel est le niveau d'appui politique fourni et le degré d'interaction entre le projet et le niveau politique ?

<input type="checkbox"/>	A	Le projet bénéficie de l'appui intégral de la politique et des institutions, et cet appui se poursuivra.
<input type="checkbox"/>	B	Le projet 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 gêné par ceux-ci, et cet appui se poursuivra vraisemblablement.
<input checked="" type="checkbox"/>	C	La durabilité du projet est limitée par l'absence d'appui politique. Des mesures correctives sont requises.
<input type="checkbox"/>	D	Les politiques ont été et seront vraisemblablement en contradiction avec le projet. Des changements fondamentaux s'avèrent nécessaires pour garantir la durabilité du projet.

4.4 Dans quelle mesure le projet contribue-t-il à la capacité institutionnelle et de gestion ?

<input checked="" type="checkbox"/>	A	Le projet est intégré 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).
<input type="checkbox"/>	B	La gestion du projet 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.
<input type="checkbox"/>	C	Le projet 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.
<input type="checkbox"/>	D	Le projet 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.

Critères	Note
Pertinence	B
Efficacité	D
Durabilité	C
Efficiency	C

Efficacité

Comme décrit dans le point 2.2.1. ci-haut, le projet n'atteindra pas l'outcome espéré puisque pour cela il faut des mesures sévères de la part du MSP : rationaliser le personnel des FoSa et garantir le paiement régulier des salaires et primes de risque. Tout ce que le projet peut faire dans ce cas est de collecter les données et informer le plus d'acteurs que possible sur ce goulot d'étranglement .

Durabilité :

Comme décrit dans le point 2.2.1. ci haut, un des acteurs clés dans la durabilité des acquis est le bon fonctionnement des DPS. Il est fort à craindre que si ces DPS ne sont pas financées correctement, les résultats obtenus jusque là par l'effort conjoint des projets CDR2 et ASSNIPs seront temporaires et non durables. Le projet même ne peut pas proposer des mesures dans le plan d'action, car la durabilité dépend du financement correct du secteur santé par le MSP.

Efficiency :

Des problèmes sont constatés dans l'output 1 concernant la viabilité économique de la CDR CAAMEBO et l'output 8 concernant les avancées dans la régulation du secteur pharmaceutique.

2.3 Output 1

2.3.1 Analyse des progrès réalisés

Output 1 : La CDR de Matadi (CAAMEBO) est économiquement viable et garantit la disponibilité des MEG de bonne qualité de la LNME aux FoSa de sa couverture de distribution						
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i> (2010)	Progrès année N-1 (2011)	Progrès année N (2012)	Cible année N	Cible finale	Commentaires
Nombre de ZS clientes	16	18	17		18	La norme pour installer une CDR est qu'elle dessert une population de 3 à 4.000.000, qu'elle tourne un CA de 1.500.000 USD/an avec un effectif de 9 personnes, en générant une marge brute de 15% maximum sur les MEG vendus avec laquelle elle paie son fonctionnement. La CAAMEBO a été installée avant que cette norme du PNAM ne soit reprise dans le « Guide des CDRs ». Sa population à desservir est +- 1.800.000 habitants. Il est donc clair qu'elle doit réduire ses frais et tourner avec moins de personnel, ou trouver des stratégies pour tourner un chiffre d'affaire plus important que la norme minimale. La meilleure solution serait que les 2 CDRs du Bas-Congo (CAAMEKI à Kisantu et CAAMEBO à Matadi) fusionnent et qu'une des deux devienne un dépôt secondaire ou relais de l'autre. Mais ceci est politiquement difficile à défendre, d'où on a demandé à la CAAMEBO dans un Conseil d'Administration extra ordinaire le 19/9/2012 d'élaborer une feuille de route pour 2013 afin de réduire ses frais de 33%, rehausser son chiffre d'affaire à la valeur base line et créer les conditions avec ses ZS clientes afin que le projet puisse ouvrir de s lignes de crédit. Avec ces mesures la CDR pourrait être auto-viable AVEC subvention de la CTB à la fin de 2013.
Chiffre d'affaires lié aux ventes médicaments	418.085 USD	249.287 USD	144.167 USD (*)		692.500 USD	Les chiffres liés à la comptabilité 2012 sont provisoires et doivent être certifiés après la clôture de la comptabilité et l'audit financier et comptable par un bureau externe. Il n'y a pas de cible intermédiaire pour le chiffre d'affaires, car l'important est de gérer le ratio entre la marge et

						les dépenses pour suivre le taux d'auto financement SANS subvention. (* Chiffre à certifier par l'audit comptable en avril 2013
Montant marge brute (= +/- 15% sur le Prix de Revient des MEG vendus)	73.801 USD	33.656 USD	29.398 USD (*)		90.500 USD	Idem. En plus la marge brute est beaucoup trop haute comparée au chiffre d'affaires. L'audit devra clarifier ceci. (* Chiffre à certifier par l'audit comptable en avril 2013
Vente des Services (transport, stockage, etc.)	62.984 USD	34.256 USD	37.075 USD (*)			Idem (* Chiffre à certifier par l'audit comptable en avril 2013
Dépenses Annuelles	231.651 USD	201.667 USD	165.936 USD (*)		90.500 USD	Idem (* Chiffre à certifier par l'audit comptable en avril 2013
Taux d'autofinancement SANS subvention(=(Marge Brute+Montant vente des services)/Dépenses annuelles))	59,0%	36,6%	40,0% (*)	70%	100%	La CAAMEBO a une très faible capacité gestionnaire, aussi bien des ses flux matières que ses flux financiers. De ce fait elle ne s'adapte pas à son environnement, certes difficile en tant que implantée dans une cité portuaire avec beaucoup de concurrence déloyale du marché pharmaceutique privé. Elle n'a donc pas trouvé des stratégies pour maintenir son taux d'autofinancement base line. (* Chiffre à certifier par l'audit comptable en avril 2013
Taux de satisfaction commandes clients	87,5%	89,4%	78,6%		90%	
Utilisation du SNAME (=Montant achat médicaments à travers la FEDECAME/Montant total achat médicaments)	(114.408 / 342.331=) 33,4%	(118.362 / 239.259=) 49,5%	(139.015 / 17.151=) 89,0% (*)		80%	Lors des analyses des achats fournisseurs en mars 2012 on a constaté que la CAAMEBO ne respecte même pas la LNME. En plus elle favorise les achats locaux aux achats de couples produits/fournisseurs pré qualifiés à travers la FEDECAME. La pression que le PNAM a mis a améliorer ce comportement à amené au progrès constaté en 2012, bien que ces chiffres doivent encore être certifiés par l'audit après clôture de la comptabilité en mars 2012. (* Chiffre à certifier par l'audit comptable en avril 2013
Extension du dépôt principal à Matadi	0	0	0	0	1	Jusque là le projet a jugé inopportun de débiter le processus pour l'extension du dépôt principal, à cause de la mauvaise situation économique et financière de la CDR. En ce moment le dépôt actuel est utilisé à peine à 50%. Si la CDR arrive à diminuer ses frais (évaluation Q2/2013), le projet proposera à la SMCL d'utiliser les fonds prévus pour l'extension pour implémenter un dépôt relais à Boma ou

							Thsela, ce qui pourrait augmenter le chiffre d'affaires.
--	--	--	--	--	--	--	-------------------------------------------------------------

Etat d'avancement des <u>principales</u> activités ³	État d'avancement :				Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)
	A	B	C	D	
1 Auditer la gestion et la comptabilité	X				
2 Impliquer les membres du CA dans le suivi de la feuille de route pour la restructuration de la CDR		X			
3 Diminuer les dépenses		X			
4 Augmenter les ventes			X		Il y a un très faible lien entre les ZS et la CDR, d'une part à cause de la mauvaise gestion et attitude non proactive de la CDR, d'autre part à cause de la proximité de maintes officines privées dans les ZS qui offrent des MEG de mauvaise qualité mais à un prix hors toute concurrence. Bien que le Ministre Provincial a fait un grand effort pour forcer les ZS à s'approvisionner uniquement à la CDR, ceci n'a pas encore eu d'effets positifs en 2012. Les ZS se cachent derrière le fait que la CDR a trop peu de stock (ce qui est vrai à cause du fait de sa faible trésorerie actuelle et la faible quantité commandée auprès de la FEDECAME en 2011) et continuent donc à s'approvisionner ailleurs. Les lignes de crédit prévues par le projet CDR2 pour des ZS non ou partiellement appuyées ne sont pas encore ouvertes, parce que les ZS ciblées tardent à remplir le canevas base line du modèle de suivi de gestion des MEG développé par le PNAM. Cet état de lieux est la condition sine qua non d'une ouverture de ligne de crédit.
5 Chercher des synergies avec le CDR CAAMEKI pour rentabiliser les capacités de stockage et l'utilisation du camion			X		Comme la CAAMEKI a un surplus de capacité de stockage, mais pas de camion pour la distribution mensuelle vers ses ZS clientes, il a été décidé à la dernière SMCL en novembre que des contrats de location seraient établis entre les 2 CDRs, afin de rentabiliser leur infrastructure logistique. Jusque fin décembre ce processus n'avait pas encore démarré.
Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats).					
<i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-</i>		Il est impossible qu'à la fin du projet (fin 12/2013) la CAAMEBO soit			

³ 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.

<p><i>elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?) :</i></p>	<p>économiquement viable, son taux d'autofinancement est descendu trop bas en 2011 (année où le projet, bien que démarrée selon la convention de mise en œuvre, n'a pas fonctionné puisque le chef de projet n'est arrivé que fin novembre 2011 sur terrain). Une première analyse de la situation de la CAAMEBO a été menée en février 2012, ensemble avec le PNAM, le MIP et le PIP, où des conseils ont été donnés pour l'amélioration de la gestion. S'en est suivi un audit externe de la comptabilité en avril 2012, un atelier des parties prenantes du Bas-Congo en août 2012 (avec la participation du Ministre Provincial de la Santé et son conseiller médical ainsi que l'attaché de l'Ambassade de Belgique), afin de sensibiliser tous les acteurs du SNAME au Bas-Congo aux problèmes constatés et responsabiliser chaque acteur (PNAM, FEDECAME, Gouvernement Provincial, DPS, MIP, CDR, ZS, PNPMS, Projet ASSNIP-BC et autres PTF). Vu qu'on a eu l'impression que la sévérité de la situation n'était toujours pas acceptée par la direction de la CDR, le Ministre Provincial de la Santé au Bas-Congo a convoqué un CA extra ordinaire en septembre 2012 de la CDR afin de s'assurer que les membres du CA soient correctement informés et qu'ils s'impliquent à suivre l'élaboration d'une feuille de route pour la restructuration. Cette feuille de route a été discuté pendant un CA en décembre 2012 et a été accepté par les membres pour la mise en œuvre en 2013, avec une première évaluation des résultats prévue pour fin mars 2013.</p> <p>L'output 1 a été reformulé dans le sens que que la CAAMEBO, avec les mesures de redressement consenties, soit auto viable AVEC les subventions de son fonctionnement par le projet CTB/CDR à la fin du projet (+-33.750 USD/an)</p> <p>Entretemps le projet a libéré une partie des fonds destinés à l'ouverture de crédit (90.318 USD) pour des ZS à cibler afin de payer les commandes fournisseurs de la CDR à la FEDECAME, pour que la CDR constitue un stock de MEG de qualité fiable. Comme le délai entre la commande fournisseur et la livraison au dépôt de la CDR prend en moyenne 4 à 5 mois, ce temps peut être utilisé pour préparer les ZS à remplir l'état de lieux de leur capacité gestionnaire et de renforcer la coopération entre la DPS, la CDR, les ZS, le projet ASSNIP-BC et le projet CDR2. L'espoir est donc permis qu'en 2013 une partie de l'outcome sera réalisée au Bas-Congo Ouest.</p>
<p><i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i></p>	<p>Voir commentaires plus haut, qui expliquent à suffisance la situation problématique de la CAAMEBO au début du projet.</p> <p>Ce qui est clair, est que ce ne sont pas les ressources financières que le projet a mis ou mettra à disposition de la CDR pour son fonctionnement ou augmentation des ventes, qui vont faire avancer la CDR dans l'atteinte de meilleurs résultats. Le vrai problème est un déficit gestionnaire au niveau de la direction et du CA et un manque de courage politique à optimiser le fonctionnement des 2 CDRs au Bas-Congo en mettant en commun leur infrastructures et en rationalisant le personnel. L'audit comptable et financier de l'année comptable 2012, prévue pour avril 2013, nous dira si tous les efforts de sensibilisation, menés en 2012, auront générés un effet positif sur l'évolution des indicateurs.</p>
<p><i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i></p>	<p>Pendant la première évaluation en mars 2012 de la situation de la CDR, on a constaté que la collaboration entre le PIP du Bas-Congo et la CDR était mauvaise. Ceci n'a pas permis à la CDR de tirer des conseils d'amélioration de la part du représentant du MSP, qui est censé accompagner le CDR et ses ZS clientes. Ce PIP, qui était impliqué dans la formulation du projet CDR2, a reçu en mai 2012 une promotion vers le niveau national dans le pool des experts lié au SG du MSP.</p> <p>Un nouveau PIP intérimaire à été désigné par le Ministre Provincial de la Santé au Bas-Congo qui, après une période d'introduction (il n'y a pas eu de remise</p>

	<p>reprise), a livré du très bon travail à partir du Q3/2012 et a compris la nécessité de collaboration positive entre tous les acteurs du SNAME. Malheureusement ce PIP intérimaire n'a pas été nommé officiellement par le gouverneur, qui lui a préféré nommer fin décembre 2012 le directeur adjoint de la CDR CAAMEBO comme nouveau PIP. En ce moment il n'est pas encore clair si cette nomination aura un effet positif sur le fonctionnement du SNAME au Bas-Congo Ouest. Il est vrai qu'ainsi les frais de personnel seront diminués à la CDR à partir de 2013, mais il n'est pas encore clair si le directeur restant saura reprendre le travail technique du directeur adjoint et si le comptable de la CDR, qui semble avoir des capacités gestionnaires, aura la possibilité de se positionner au sein de la direction de la CDR.</p> <p>La DPS qui doit accompagner les ZS dans la gestion des MEG ne s'est pas encore vraiment impliquée dans ce processus. A l'atelier des parties prenantes en aout 2012 à Kimpese, tous les EPP étaient présents et ont suivi les débats, la sensibilisation et l'explication sur la nécessité de faire remplir l'état de lieux sur le suivi de gestion des MEG, développé par le PNAM, par les ZS. Mais depuis lors, à part un seul EPP, responsable pour la ZS de Kisantu (desservi par la CDR CAAMEKI), il n'y a pas eu de suite. Ceci fait que le projet n'a pas de base pour calculer le risque de perte de capital médicament au cas où on ouvrirait des lignes de crédit. Un atelier s'est tenu en novembre 2012, organisé par le projet ASSNIP-BC pour au moins lancer la gestion des MEG selon le nouveau modèle, dans les ZS Boma et Lukula, mais le résultat obtenu est que le canevas base line a été très mal rempli avec des données non fiables et contradictoires.</p> <p>Le projet continue donc à travailler avec les PID pour essayer d'obtenir les données base line des ZS au Bas-Congo au lieu qu'avec les EPP de la DPS. Tant que la DPS n'était pas encore officialisée par un arrêté ministériel, ceci était justifiable. Mais depuis le 3 novembre 2012, l'arrêté N°1250/CAB/MIN/SP/008/CJ/OAB/2012 a installé officiellement les DPS et les PID seront probablement intégrés ou à recruter via une procédure d'appel à candidatures dans la fonction inspection (métier 4 de la DPS) au lieu de l'accompagnement des ZS. Le projet CDR2 cherche donc à travailler avec le projet ASSNIP-BC pour améliorer cette situation.</p> <p>Les ZS Boma et Lukula ont connu un gap d'appui entre le premier projet ASSNIP1 (fin février 2011) et la prolongation qui a débutée en juillet 2011. Ceci a eu comme effet que tout le capital médicament de ces 2 ZS a été utilisé pour payer le fonctionnement de ces ZS. On est donc dans une situation où il faut tout recommencer à zéro. Comme ces ZS ont tardé à donner leur situation base line, comme demandé par le PNAM, les lignes de crédit en leur faveur ne se sont pas encore pas ouvertes (bien qu'il y ait des fonds disponibles dans le projet ASSNIP-BC et éventuellement dans le projet CDR2). De ce fait la CDR manque des ventes et ne fait pas de marge pendant que les dépenses pour son fonctionnement continuent. En même temps la CDR n'a pas les fonds pour reconstituer son stock médicaments auprès de la FEDECAME en payant les commandes fournisseurs, ce qui risque d'engendrer des ruptures.</p> <p>Le Ministre Provincial chargé de la Santé au Bas-Congo et son conseiller médical par contre se sont fortement impliqués à comprendre le fonctionnement du SNAME et à aider à lever les blocages. Avec l'élection d'un nouveau gouverneur du Bas-Congo le 31/10/2012, il n'est pas encore clair si le Ministre actuel sera reconduit ou qu'en 2013 un nouveau ministre sera désigné.</p>
<p><i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i></p>	<p>L'analyse de la situation de la CDR CAAMEBO à travers les différentes visites, ateliers, CA, a sensibilisé les acteurs du SNAME sur les points forts et faibles de la CDR CAAMEKI. Un début de collaboration est mis en place entre les 2 CDRs</p>

et pourrait, si bien menée, renforcer les 2 CDRs dans leur viabilité économique.

2.3.2 Exécution budgétaire

Budget	:	562.000 euro
Dépenses 2012	:	87.116 euro
Exécution au 31/12/2012	:	114.599 euro
Taux d'exécution	:	20%

(Voir 5.4 pour plus de détails)

Activités menées en 2012

Activité
Achat LandRover
Achat matériel informatique
Journées scientifiques
Virement d'une partie des fonds destinés à l'ouverture des lignes de crédit pour des ZS non ou partiellement appuyées sur le compte capital médicament à la FEDECAME afin de garantir le respect des délais dans le cycle d'approvisionnement et reconstitution du stock

2.3.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficienc	C
Efficacité	C
Durabilité	D

2.4 Output 2

2.4.1 Analyse des progrès réalisés

Output 2 : La CDR de Bwamanda (CAMENE) est économiquement viable et garantit la disponibilité des MEG de bonne qualité de la LNME aux FoSa de sa couverture de distribution						
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Progrès année N-1	Progrès année N	Cible année N	Cible finale	Commentaires
Nombre de ZS clientes	24	24	27		39	La population que la CDR doit desservir à travers les 39 ZS est +- 6.103.000 habitants. La ZS la plus distante de la CDR au Nord Ubangi se trouve à +- 750 km. Pour l'atteindre il faut compter +- 5 jours en parcourant des routes presque impraticables. Jusqu'à présent la CDR ne dessert pas les ZS du DS Mongala, partiellement parce qu'elles sont difficilement joignables, partiellement parce que elles sont appuyées par le projet PARSS qui livre les MEG en direct et n'utilise pas le SNAME
Chiffre d'affaires lié aux ventes médicaments	819.960 USD	703.309 USD	1.001.126 USD (*)		1.500.000 USD	Beaucoup d'efforts ont été menés pour intégrer des PTF œuvrant dans le Nord Equateur dans le SNAME : CDI-Bwamanda Belgique, MEMISA, GAVI, UNICEF, CEUM, CECU, FM/PALU, FM/VIH. Ces bailleurs ont ouvert des lignes de crédit, qui sont suivis mensuellement par la direction de la CDR. Ceci a généré une forte hausse dans le chiffre d'affaires et un lien de confiance entre la CDR, ses ZS clientes et les PTF. Il faut aussi mentionner la capacité gestionnaire et pro active de la direction, la forte implication du PIP, la DPS du Sud Ubangi fonctionnelle, la synergie entre le projet CDR2 et l'ASSNIP4, la constitution stratégique des membres du CA qui représentent toutes les couches de la population à desservir. Ces facteurs positifs ont été renforcés par la tenue des ateliers de s parties prenantes, de lancement du modèle de suivi de gestion de MEG, et une formation en management stratégique et gestion de projet qui a réuni tous les responsables du MSP et de la CDR afin de former une équipe gestionnaire publique-privée au niveau de la région.

						(*) Chiffre à certifier par l'audit comptable en avril 2013
Montant marge brute (= +/- 15% sur le Prix de Revient des MEG vendus)	106.951 USD	91.735 USD	130.582 USD (*)		195.000 USD	(*) Chiffre à certifier par l'audit comptable en avril 2013
Vente des Services (transport, stockage, etc.)	29.843 USD	66.450 USD	62.637 USD (*)			Des services de transport, stockage, distribution, reconditionnement ont été prestés pour des partenaires comme par ex. SANRU (dans le cadre du FM/PALU), ASF (*) Chiffre à certifier par l'audit comptable en avril 2013.
Dépenses Annuelles	279.179 USD	353.058 USD	339.099 USD (*)		195.000 USD	Les dépenses ont sensiblement augmentées. Après l'analyse de l'audit comptable menée en juin 2011, un CA a été convoqué pour exhorter la direction d'analyser en détail les dépenses et de proposer des solutions pour au moins les réduire. A part l'augmentation des dépenses inévitables dû à l'autonomisation de la CDR (devenu asbl en juin 2011), il faut noter une augmentation du personnel (de 9 à 12 personnes, nécessaire pour la hausse de travail généré par la hausse du chiffre d'affaires), mais surtout les frais de carburant et la maintenance des voitures et des groupes électrogènes. Ces dernières sont des dépenses à réduire en vendant l'ancien matériel dès que du nouveau matériel soit livré par le projet et privilégier l'isolation du dépôt dans la réhabilitation prévue. (*) Chiffre à certifier par l'audit comptable en avril 2013
Taux d'autofinancement SANS subvention(=(Marge Brute+Montant vente des services)/Dépenses annuelles))	49,0%	44,8%	57,0% (*)		100%	L'effet de la diminution des coûts généré à partir de l'isolation du bâtiment ne se fera sentir qu'à partir de 2014. Jusque là le taux d'autofinancement ne pourra progresser qu'avec une hausse dans la marge et la vente des services. Atteindre les 100% d'autofinancement SANS subvention à la fin de 2013 ne sera pas possible, mais la CDR est sur la bonne voie. (*) Chiffre à certifier par l'audit comptable en avril 2013
Taux de satisfaction commandes clients	88,5%	90,2%	90,2%		90%	
Utilisation du SNAME (=Montant achat médicaments à travers la FEDECAME/Montant total achat médicaments)	(1.185.046 / 1.639.581) 72,3%	(1.545.627 / 2.134.245 =) 72,4%	(715.060 / 926.423 =) 77,2% (*)		80%	La CDR utilise en priorité la FEDECAME pour ses achats fournisseurs et de ce fait offre donc des MEG de bonne qualité aux ZS clientes. Jusque là la FEDECAME n'a

						<p>pas de fournisseurs pré qualifiés pour toutes les molécules de la nomenclature, distillée de la LNME par le PNAM. Ce sont des molécules de faible rotation que la CDR doit donc acheter sur le marché local à Kinshasa. Aussi, quand la FEDECAME connaît des problèmes de délais dans la ligne d'approvisionnement, ou qu'il y a une vente exceptionnelle dû aux besoins d' un nouveau client non planifié dans les achats annuels, la CDR est obligé de lancer des commandes fournisseurs de soudure sur le marché pharmaceutique privé à Kinshasa.</p> <p>(*) Chiffre à certifier par l'audit comptable en avril 2013</p>
Dépôts relais opérationnels	0	0	0	0	2	<p>Dans le DTF 2 dépôts relais sont prévus pour diminuer la distance entre la CDR et ses ZS clientes (Bumba, dans le DS Mongala, à 878 km, et Businga, dans le DS Nord Ubangi, à 238 km). Dans l'atelier des parties prenantes, tenue à Gemena en avril 2013, il a été décidé de réhabiliter le DCK de la CEUM à Karawa (au Nord Ubangi à 153 km de la CDR) au lieu de rendre Businga opérationnel. Comme le DCK a une capacité de +- 860m³, sa modernisation rendra l'extension du dépôt principal à Bwamanda inutile.</p>
Dépôt secondaire construit	0	0	0	0	1	<p>Dans le DTF il est prévu la construction d'un dépôt secondaire à Gbadolite, dans le Nord Ubangi, à 378 km de la CDR. La direction de la CDR et le PIP Equateur ont menés des efforts considérables pour obtenir un terrain du maire de Gbadolite où l'on pourra construire un nouveau bâtiment en bonne et due forme au lieu de réhabiliter un bâtiment (hôpital non achevé) sur un terrain avec un titre de propriété douteux.</p>

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :				Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)
	A	B	C	D	
1 Auditer la gestion et la comptabilité	X				
2 Impliquer les membres du CA dans la gestion de la CDR	X				
3 Diminuer les dépenses du carburant		X			
4 Diminuer les dépenses de maintenance véhicules et groupes électrogènes		X			
5 Augmenter les ventes		X			
6 Collaborer avec le niveau intermédiaire du MSP	X				
7 Mettre en œuvre les conventions signées les ZS stipulant 100% de reconstitution du capital médicament			X		Le modèle de suivi de gestion des MEG développé par le PNAM en consensus avec toutes les parties prenantes a démontré que 45 étapes doivent être franchies dans une ZS, accompagnée de la DPS, avant qu'on puisse espérer que l'objectif d'un approvisionnement pérenne et régulier de MEG de qualité à un prix accessible à la population soit atteint. Ceci veut dire que pour qu'une ZS ait la capacité de reconstituer son capital médicament à 100%, plusieurs étapes doivent être franchies (par ex. un compte d'exploitation mensuel et fiable est élaboré, les salaires du personnel des FoSa sont payés suffisamment et régulièrement par le MSP, etc.). Au moment de la signature des conventions (en 2011 et 2012) avec les ZS, ce modèle n'existait pas encore. On était donc trop optimiste et pas réaliste quant à la capacité des ZS à reconstituer le capital médicament, obtenu par des lignes de crédit, surtout pour les HGR non appuyées pour leur fonctionnement. Il faudra donc revoir les conventions en prévoyant un avenant qui stipule un pourcentage réaliste selon le nombre des étapes franchies par la ZS, ceci en concertation avec la DPS et els bailleurs. La conséquence de ceci est que les bailleurs devront accepter de continuer pendant une période(à définir) de subventionner une partie du capital médicament (ou appuyer le fonctionnement de la ZS)
Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats).					
<i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-</i>		La CDR CAMENE est la première CDR ayant signé une convention avec toutes ces ZS clientes, qui explique les devoirs et obligations des deux parties. De ce			

<p><i>elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?) :</i></p>	<p>fait il y a une forte collaboration entre les ZS et la CDR, qui ne manque aucune occasion pour accompagner les ZS dans la compréhension du bien fondé de la reconstitution du capital médicament. La CDR a d'ailleurs développé un tableau de suivi que les ZS doivent remettre à chaque fin de mois ou à chaque nouvelle commande, pour suivre le stock restant dans la ZS, la valeur des médicaments consommés, l'utilisation de la ligne de crédit à la CDR et de là la reconstitution du capital médicament et le degré de pérennisation de ce capital. Ce tableau a été présenté comme exemple à suivre à toutes les autres CDR lors de la réunion annuelle inter CDR, tenue à Kikwit en août 2012. Par sa réputation de bonne gestion et de bonne utilisation du SNAME, la CDR arrive à convaincre des nouveaux PTF à rentrer dans le système et à suivre le circuit public, tel que prôné par le PNAM. En même temps la CDR collabore étroitement avec la DPS du Sud Ubangi, une des seules DPS fonctionnelles en RDC en 2012, et aide ainsi le pouvoir public à jouer son rôle d'accompagnement et de régulateur des flux matières et financiers, lié à la gestion de MEG. La CDR a aussi renforcée son influence dans les 2 autres DS (Nord Ubangi et Mongala) en regroupant dans son CA des responsables représentant la population en les impliquant dans la gestion de la CDR grâce à une communication ouverte et régulière par sa direction sur tous les problèmes rencontrés. Donc du côté CDR tous les atouts sont présents pour aller de l'avant et continuer à progresser. Par contre le grand problème qui ralentit la progression vers l'auto financement est le sous financement du fonctionnement des HGR et de la DPS par le MSP et les bailleurs. La CDR dépend dans son entièreté de la capacité de recouvrement des coûts de MEG dans les ZS et celles-ci sont impuissantes jusque là à reconstituer la valeur des MEG consommés à 100%, en premier lieu à cause des salaires des agents de la santé non payés. La DPS a comme mission d'accompagner les ZS à mieux gérer les flux matières et financiers liés à la gestion des MEG mais n'a pas assez de fonds pour mener les supervisions formatives. En ce moment la DPS Sud Ubangi fonctionne encore correctement grâce au projet ASSNIP-4, mais il est presque certain qu'à la fin de ce projet en juin 2013, les efforts menés dans les ZS par la DPS seront réduits, manque de financement. Ceci aura fort probablement une répercussion négative sur le chiffre d'affaires de la CDR.</p>
<p><i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i></p>	<p>L'intégration de différents PTF comme l'UNICEF, GAVI, CEUM, CECU (à part le projet ASSNIP-4 et les ONG CDI et MEMISA qui étaient déjà des partenaires utilisant le SNAME en 2011) à fait progresser le chiffre d'affaires de la CDR. En suivant ses clients de près avec des tableaux de suivi de leur capital médicament, le lien entre la CDR et ses ZS clientes s'est renforcé ce qui aide à fidéliser les clients et donc maintenir les ventes.</p> <p>En janvier 2012 il a été décidé de renforcer le personnel de la CDR avec un assistant en pharmacie comme gestionnaire de stock du dépôt principal et de muter l'ancien gestionnaire vers le poste de secrétaire-caissier. En mai 2012 il a été décidé d'engager un deuxième pharmacien comme assistant du directeur technique de la CDR, qui de ce fait pourrait se libérer plus pour des missions conjointes de la DPS dans l'accompagnement des ZS. Cette extension du personnel qualifié, malgré la hausse dans les dépenses de fonctionnement qu'elle a engendré, a fortement contribué au progrès économique de la CDR.</p> <p>La mutuelle de santé MUSABO à Bwamanda a contribué positivement dans la pérennisation du chiffre d'affaires lié aux ventes de MEG à l'HGR Bwamanda (HGR qui reçoit les malades référés des ZS Bwamanda et Boto). En effet il a été convenu avec les administrateurs de la MUSABO de virer trimestriellement la prévision des achats MEG sur le compte médicament de l'HGR à la CDR en avance sur les 80% de remboursement des frais de soins des mutualisés traités à l'HGR.</p>

<p><i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i></p>	<p>Le matériel logistique (2 groupes électrogènes, 2 véhicules) est complètement amorti et connaît de ce fait maintes pannes, qui ont été réparées avec des pièces de rechange chères. Livrer le nouveau matériel au début du projet aurait pu éviter certaines de ces dépenses, mais aurait par contre empêché la direction à réfléchir et à trouver des solutions plus efficaces et plus durables. Entretemps une étude a été menée par le logisticien de l'ONG CDI-Belgique sur le lien entre un investissement dans l'isolation du dépôt et le nombre de KVA requis pour les groupes. Cette étude permettra maintenant de solutionner le problème d'une façon efficiente et efficace et laissera la CDR dans des conditions les plus optimales que possibles après la fin du projet.</p> <p>Entretemps l'UNICEF a livré un nouveau camion ce qui a contribué à la continuité dans les livraisons des ZS à grande distance.</p> <p>L'ONG CDI-Bwamanda au Congo s'est réorganisé depuis le 2^{ième} semestre, ce qui a résulté dans la répartition de l'ancienne structure en 2 nouvelles structures : CDI-Sud Ubangi avec Kinshasa comme un des centres et CDI-Nord Ubangi, chacune des asbl autonomes. De ce fait la CM, qui avant la scission avait une vue globale et unique sur la gestion des toutes les ZS appuyées au Nord Equateur, a été scindée aussi, de même que la direction régionale. La CM avait joué un très grand rôle dans la vision qui est à la base du modèle de suivi de gestion des MEG développé par le PNAM. La preuve était que la ZS Bwamanda, le plus grand client de la CDR, a su franchir dans la période 2011-S1/2012 26 sur 45 étapes et était arrivée à une reconstitution de son capital médicament dans les CS de plus de 100%, dans l'HGR à 100% (grâce à l'appui au fonctionnement par le projet ASSNIP-4 et à l'intégration de la mutuelle de santé MUSABO comme acteur actif dans le financement du SNAME). La ZS était donc devenu l'exemple de bonne gestion et de la faisabilité du modèle PNAM pour la pérennisation. En ce moment, il y a des indications que la scission du CDI en Nord et Sud a fragilisé la vision de la CM et des directions régionales quant aux critères à respecter pour la pérennisation du capital médicaments dans les ZS appuyées par le CDI-Belgique.</p> <p>Le PCA de la CDR CAMENE a été nommé à l'étranger pour occuper un autre poste au sein de sa congrégation pendant 6 ans. Ce PCA était très pro actif, très impliqué dans le développement de la CDR au sein du SNAME dans le Nord Equateur. Il a été remplacé par le vice PCA en octobre 2012. En ce moment il n'est pas encore clair si le vice PCA aura la même dynamique pour harmoniser les vues de tous les acteurs et les bailleurs du SNAME au Nord Equateur.</p>
<p><i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i></p>	<p>En avril, après l'atelier des parties prenantes à Gemena, où le nouveau PID du Nord Ubangi était présent, il a été décidé par le PIP Equateur et le projet de faire suivre un stage par le PID à la CDR, afin de s'imprégner du SNAME avant de rejoindre son poste à Gbadolite. Le stage a été tellement concluant que d'un commun accord il a été décidé d'engager le jeune pharmacien comme assistant du directeur adjoint technique de la CDR. Le PIP a cherché entretemps un autre PID pour le Nord Ubangi.</p> <p>L'atelier des parties prenantes à Gemena a aussi fait découvrir la possibilité et l'opportunité d u DCK comme dépôt relais de la CDR à la place de Businga. Depuis lors la collaboration entre la CEUM et la CDR s'est intensifiée ce qui a eu un effet positif sur l'intégration des ZS appuyées par le CEUM dans le SNAME.</p> <p>La formation en mangement stratégique et gestion de projet, donné par l'AGESP, a fait comprendre aux formateurs l'importance et la force du SNAME. A leur retour à Kin, pendant la restitution des acquis de la formation au projet, on s'est rendu</p>

	compte qu'un acteur important devrait être intégré dans le SNAME au niveau périphérique, c'est-à-dire une représentation officielle de la société civile, qui devra veiller à ce que le SNAME fonctionne en tenant compte des besoins réels de la population. Des pourparlers sont prévus en 2013 avec les formateurs, experts en gestion de changement dans les organisations, pour approfondir cette piste d'amélioration du SNAME
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.4.2 Exécution budgétaire

Budget	:	987.800 euro
Dépenses 2012	:	236.238 euro
Exécution au 31/12/2012	:	269.059 euro
Taux d'exécution	:	27%

(Voir 5.4 pour plus de détails)

Activités menées en 2012

Activité
Achat LandCruiser
Achat matériel informatique
Mission ir Séraphin Mukembanyi à Bwamanda pour établir l'état de lieux des bureaux et du dépôt
Mission validation des capacités de stockage de la CDR au Nord Equateur
Appui au salaire du 2 ^{ème} pharmacien de la CDR
Atelier de lancement du modèle de suivi de gestion des MEG au Sud Ubangi
Evaluation du dépôt DCK à Karawa
Sensibilisation SNAME et promotion de la CDR pour 4 ZS du Nord Ubangi appuyées par CEUM
Virement d'une partie des fonds destinés à l'ouverture des lignes de crédit pour des ZS non ou partiellement appuyées sur le compte capital médicament à la FEDECAME afin de garantir le respect des délais dans le cycle d'approvisionnement et reconstitution du stock

2.4.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficienc	B
Efficacité	B
Durabilité	B

2.5 Output 3

2.5.1 Analyse des progrès réalisés

Output 3 : La CDR de Kikwit (CAMEBASU) est économiquement viable et garantit la disponibilité des MEG de bonne qualité de la LNME aux FoSa de sa couverture de distribution						
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Progrès année N-1	Progrès année N	Cible année N	Cible finale	Commentaires
Nombre de ZS clientes	23	34	34		37	
Chiffre d'affaires lié aux ventes médicaments	517.576 USD	755.638 USD	923.053 USD (*)		1.500.000 USD	La CDR doit desservir 37 ZS avec une population totale de 6.500.000 habitants. La norme minimale pour l'implantation d'une CDR est une population de 4.000.000, ce qui devrait assurer un chiffre d'affaires minimal de 1.500.000 USD, une marge bénéficiaire de +- 195.000 USD avec lequel on paie le fonctionnement de la CDR avec un effectif de 9 personnes de personnel. La cible finale (minimale) pour la CDR CAMEBASU avec une population de 6.500.000 habitants serait donc 2.437.500 USD, mais pour le projet on la maintient à la norme minimale. La CDR a fait une grande avancée dans ses ventes, grâce aux efforts de la direction de la CDR, FEDECAME et PNAM de sensibiliser des PTF, comme KOICA, à intégrer le SNAME. (* Chiffre à certifier par l'audit comptable en avril 2013)
Montant marge brute (= +- 15% sur le Prix de Revient des MEG vendus)	32.118 USD	144.852 USD	138.458 USD (*)		195.000 USD	Il a été constaté par l'audit comptable en juin 2012, que la CDR a généré en 2011 une marge brute de plus de 15% sur la vente des MEG (et qu'en 2010 la marge brute était largement en dessous de 15%). Ceci est à l'encontre de la norme du PNAM qui prône une marge de 15%. Une analyse doit être faite sur la composition du prix de vente des MEG à la CDR pour réduire cette marge brute et rendre les MEG financièrement plus accessible à ses clients, surtout que la CDR se trouve dans un milieu urbain avec la concurrence de beaucoup de dépôts pharmaceutiques privés (ZENUFA, Prince Pharma, et autres). (* Chiffre à certifier par l'audit comptable en avril 2013)
Vente des Services (transport, stockage, etc.)	40.258	43.117	158.516			La CDR a négocié un contrat

	USD	USD	USD (*)			avec SANRU, qui est le principal récipiendaire pour les fonds du FM/PALU, pour le stockage et la distribution des MILDA, quinine, TDR et autres. intrants antipaludéens. Ceci explique la forte hausse dans la facturation des services prestés. (* Chiffre à certifier par l'audit comptable en avril 2013
Dépenses Annuelles	304.204 USD	297.224 USD	354.721 USD (*)		195.000 USD	La valeur des dépenses 2012 n'est pas correcte. Comme la comptabilité n'est pas encore clôturée, ce chiffre est provisoire et doit être certifié par l'audit comptable en avril 2013. (* Chiffre à certifier par l'audit comptable en avril 2013
Taux d'autofinancement sans subvention(=(Marge Brute+Montant vente des services)/Dépenses annuelles))	23,8%	63,2%	82,6% (*)		100%	(* Chiffre à certifier par l'audit comptable en avril 2013
Taux de satisfaction commandes clients	94,5%	97,2%	98%		90%	La norme prônée par le PNAM est une disponibilité de 90% de la quantité des produits au moment du dépôt de la commande mensuelle ou trimestrielle du client. Les taux de disponibilité communiqués ici par la direction de la CAMEBASU sont des taux de disponibilité de produits traceurs, pas des tous produits confondus. Mais il est certain que la CDR CAMEBASU a tendance d'avoir du surstock plutôt que des ruptures.
Utilisation du SNAME (=Montant achat médicaments à travers la FEDECAME/Montant total achat médicaments)	497.143 / 620.649 = 80,1%	480.166 / 612.120 = 78,4%	536.533 / 916.561 = 58,5% (*)		80%	La CDR utilise en priorité la FEDECAME pour ses achats fournisseurs et de ce fait offre donc des MEG de bonne qualité aux ZS clientes. Jusque là la FEDECAME n'a pas de fournisseurs pré qualifiés pour toutes les molécules de la nomenclature, distillée de la LNME par le PNAM. Ce sont des molécules de faible rotation que la CDR doit donc acheter sur le marché local à Kinshasa. Aussi, quand la FEDECAME connaît des problèmes de délais dans la ligne d'approvisionnement, ou qu'il y a une vente exceptionnelle dû aux besoins d'un nouveau client non planifié dans les achats annuels, la CDR est obligé de lancer des commandes fournisseurs de soudure sur le marché pharmaceutique privé à Kinshasa. C'est pour cela qu'elle a fait des achats importants dans le Q4/2012 pour pouvoir desservir 4 ZS appuyées par KOICA. Ce

						<p>baillieur avait un reliquat dans son budget qu'il a voulu liquider en 2012. La CDR a fait des achats locaux pour résoudre cette demande. Ceci démontre le besoin d'un stock de sécurité à la FEDECAME pour pallier à des hausses imprévues dans les ventes. (*) Chiffre à certifier par l'audit comptable en avril 2013</p>
Dépôt secondaire opérationnel	0	0	0	0	1	<p>Dans le DTF il était prévu un dépôt secondaire à Idiofa (voir commentaire ci-dessous, sous l'indicateur dépôts relais). Après l'atelier des parties prenantes à Kikwit en mars 2012, une analyse de la viabilité de la CDR CAMEBAND à Bandundu, des concertations avec la FEDECAME, le PNAM et la Banque Mondiale (partenaire d'appui pour l'implantation de la CAMEBAND), on est de plus en plus convaincu, que la CDR CAMEBAND devrait se transformer dans un dépôt secondaire de la CDR CAMEBASU. Ceci voudrait dire liquider l'asbl CAMEBAND et insérer son patrimoine dans celui de la CAMEBASU.</p>
Dépôt relais opérationnel	0	0	0	0	2	<p>Après l'atelier des parties prenantes à Kikwit en mars 2012 et analyse de la situation sur terrain il a été décidé de mettre en œuvre un dépôt relais à Idiofa au lieu d'un dépôt secondaire. Les pourparlers entre le projet, la CDR CAMEBASU et le dépôt Diocésain de Idiofa ont abouti à un plan de mise en œuvre pour 2013. Idiofa desservirait 6 ZS des 37 ZS de la zone de couverture de la CAMEBASU. En ce moment aucune décision n'a encore été prise quant au deuxième dépôt relais prévu à Kenge. Probablement qu'il serait mieux de prévoir ce deuxième dépôt à Popokabaka.</p>

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :				Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)
	A	B	C	D	
1 Auditer la gestion et la comptabilité	X				
2 Impliquer les membres du CA dans la gestion de la CDR		X			
3 Diminuer les dépenses du carburant		X			
4 Augmenter les ventes	X				
5 Collaborer avec le niveau intermédiaire du MSP			X		La CDR travaille jusque là comme un 'cavalier seul' et n'a pas fait beaucoup d'efforts proactifs pour nouer des relations de collaboration intenses avec la DPS. Ceci est aussi dû à la distance qui sépare la CDR des bureaux de la DPS, qui se trouvaient jusqu'au Q3/2012 à Bandundu (à 450 km de la CDR) et à la faible implication du PIP Bandundu dans le développement du SNAME. Comme la DPS vient d'être basée à Kikwit et que le PIP Bandundu a participé à plusieurs ateliers et activités expliquant les relations entre les acteurs du SNAME, on peut espérer que cette collaboration va s'améliorer.
6 Répartir les responsabilités de l'équipe de gestion			X		On remarque un certain déficit de délégation de tâches et transfert d'information de la part de la directrice envers les autres membres du comité de gestion. Nous pensons qu'il faut clarifier les rôles et les responsabilités pour assurer la pérennisation de la gestion en cas d'absence de la directrice. Ce déficit explique aussi la difficulté d'obtenir des vérifications des chiffres comptables transmis. Un effort est à faire en 2013 dans ce sens.
7 Signer les conventions avec les ZS clientes et la DPS en appliquant les directives du PNAM quant au processus de suivi de gestion des MEGs			X		Avec le nouveau modèle de suivi de gestion des MEG, développé par le PNAM en 2012, la CDR doit accompagner, en étroite collaboration avec la DPS, ses ZS clientes dans l'aspect pérennisation du capital médicament. Comme le projet ASSNIP-5 appuie la DPS, une harmonisation des vues est nécessaire entre les projets CDR2, ASSNIP-5, la CAMEBASU, la DPS et les ZS pour mettre en œuvre ce processus, formalisé dans des conventions qui lient la CDR

					avec la DPS et les ZS. Il faut encore tout un travail de sensibilisation avec la CDR et la DPS avant que les conventions puissent être signées qui débloquent les lignes de crédit en faveur des ZS.
Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats).					
<i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?) :</i>	<p>La direction de la CDR a fait un effort remarquable à attirer des nouveaux partenaires, appuyant des ZS et à fidéliser les ZS clientes. Malheureusement cet effort est mené seul et pas en collaboration avec les autres acteurs du SNAME, surtout ceux du secteur public au niveau intermédiaire. Il ya donc un manque de vision pour placer les activités menées dans un cadre plus large de développement des capacités gestionnaires des ZS afin de pérenniser le capital médicament.</p> <p>Avec l'atelier des parties prenantes à Kikwit en mars 2012, la réunion inter CDR en août à Kikwit où la CDR CAMENE a expliqué son expérience dans la gestion des lignes de crédit et du suivi du capital médicament de ses ZS clientes, le lancement du modèle de suivi de gestion en novembre 2012 dans les ZS qui seront desservis par le dépôt relais d'Idiofa, la session de sensibilisation à Kenge en novembre 2012 des ZS appuyées par KOICA, la direction de la CDR CAMEBASU a compris le bien fondé d'une nouvelle approche dans son fonctionnement. On est confiant qu'elle saura intégrer la dimension développement gestionnaire des ZS et partenariat avec la DPS, ce qui va contribuer à l'atteinte de l'output.</p>				
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>	<p>La plus grande avancée dans les résultats de la CDR CAMEBASU est générée par la réussite d'un partenariat avec de nouveaux PTF (par ex. SANRU, KOICA) qui intègrent, même si ce n'est que partiellement, le SNAME en utilisant la CDR comme canal de distribution dans le secteur public. Dans le même dynamisme, surtout émanant de la directrice, un projet a été introduit auprès et accepté par l'ambassade de l'Espagne pour financer une installation solaire afin de réduire les dépenses carburant pour le groupe électrogène.</p>				
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>	<p>Une des grandes difficultés qu'a connu (et l'affaire est toujours en cours) la CDR en 2012 est la demande de paiement de taxes plus une amende pour des taxes non payés à partir de la date de l'ouverture de la part de la DGRAD. Le montant imposé est +- 25.000 USD (ce qui revient à la marge de 15% sur un chiffre d'affaires de +- 192.000 USD, ou la marge sur 2,5 mois de ventes ...). Depuis fin 2011, où la DGRAD a scellé le dépôt de la CDR pendant quelques jours, causant ainsi une perte de produits de froid pour une valeur de +- 9.000 USD, jusqu'au jour d'aujourd'hui ; la DGRAD continue à tracasser la CDR pour obtenir gain de cause. Comme le projet appuie depuis le S1/2012 un appui juridique à la FEDECAME, l'avocat conseil a pris cette affaire en main et essaie par des moyens légaux de faire annuler cette taxe. Ceci démontre le vide juridique dans lequel les CDR doivent opérer et la nécessité d'obtenir des instances au niveau national (Ministère des Finances, Environnement, Carburants, et autres) des instructions claires quant aux montants annuels à payer par les CDRs.</p> <p>La non fonctionnalité de la DPS au Kwilu a eu comme effet que les ZS ciblées par le projet ASSNIP-5 n'ont pas été accompagnées comme prévu dans leur capacité gestionnaire du capital médicament. Ceci a eu comme conséquence que la CDR s'est développé comme un acteur solitaire dans le SNAME au niveau intermédiaire et n'a pas su ouvrir des lignes de crédit pour des ZS ciblées dans la</p>				

	<p>vision de la pérennisation du capital médicament comme demandé par le PNAM.</p> <p>Le comptable de la CAMEBASU a détourné des fonds du PTF GAVI, en complicité avec des AGZS de XXX ZS clientes. Il a été licencié pour faute grave et a été remplacé par un nouveau comptable, qui n'était pas encore familiarisé avec le logiciel de gestion et comptable APISOFT. On a donc du prévoir une formation en cours d'emploi du nouveau comptable et le temps nécessaire pour rattraper le retard dans la comptabilité de 2012. Pour le retard en 2011, cela a été solutionné de façon manuelle avec l'aide du consultant du bureau d'audit.</p> <p>La pharmacienne directrice adjointe a suivi toute l'année 2012 une formation en Santé Publique, option Economie de la Santé à l'ESP à Kinshasa. Elle a été remplacée temporairement par un pharmacien du DS, qui lui aussi a du se familiariser avec le fonctionnement de la CDR et l'utilisation du logiciel de gestion APISOFT.</p>
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>	<p>L'atelier des parties prenantes a fait découvrir le PID du Kwilu, qui n'était pas identifié lors de la formulation du projet. On a donc demandé son intégration dans l'appui à la 2^{ème} SMCL en novembre 2012.</p> <p>Cet atelier a aussi sensibilisé les autorités politico-administratives de Kikwit à tel point que la CDR CAMEBASU a reçu un terrain du maire du Kikwit pour la construction d'un nouveau dépôt. Ceci permettra à la CDR d'avoir une visibilité plus neutre au niveau intermédiaire, car jusque là elle loue des bâtiments du diocèse de Kikwit.</p>

2.5.2 Exécution budgétaire

Budget	:	429.113 euro
Dépenses 2012	:	145.725 euro
Exécution au 31/12/2012	:	147.374 euro
Taux d'exécution	:	34%

(Voir 5.4 pour plus de détails)

Activités menées en 2012

Activité	Période
Achat Landcruiser	
Achat matériel informatique	
Mission de promotion de la CDR auprès de l'Ambassade d'Espagne pour obtenir un financement d'installation solaire	
Mission de promotion pour l'intégration du PTF KOICA dans le SNAME	
Virement d'une partie des fonds destinés à l'ouverture des lignes de crédit pour des ZS non ou partiellement appuyées sur le compte capital médicament à la FEDECAME afin de garantir le respect des délais dans le cycle d'approvisionnement et reconstitution du stock	

2.5.3 Critères de qualité

Critères	Note
Effcience	B
Efficacité	B
Durabilité	B

2.6 Output 4

2.6.1 Analyse des progrès réalisés

Output 4 : Appui commun aux 3 CDRs pour développer leur capacité d'autonomie financière						
Indicateurs	Valeur de la Baseline (2010)	Progrès année N-1 (2011)	Progrès année N (2012)	Cible année N	Cible finale	Commentaires
Rapport d'audits par un bureau externe	1	1	4	3	3	<p>La FEDECAME a sélectionné par appel d'offres un bureau d'audit, AGESFO, pour réaliser son audit comptable 2011. Le projet a demandé d'étendre les audits à ses membres, afin qu'un uniformité soit garantie dans la présentation des données pour permettre la comparaison entre les données. Une demande spéciale a été formulée pour rapporter et vérifier le taux d'autofinancement, calculé comme le ratio entre la marge brute + services facturés contre les dépenses de fonctionnement. Toutes les dépenses liées aux coûts d'approche sont ajoutés à la valeur achats MEG afin de définir le coût de revient des MEG rendu dépôt de la CDR. Cette valeur du prix de revient est soustrait de la valeur des ventes MEG pour définir la marge brute sur vente MEG. Une autre demande a été faite de vérifier les achats effectués par le canal FEDECAME et les achats via d'autres canaux. Ceci indique la fiabilité de la qualité des MEG vendus par la CDR.</p> <p>La présentation des ces chiffres dans les rapport d'audit permet aux CDRs de se rendre elles-mêmes compte de leur évolution et de prendre les mesures nécessaires pour augmenter le ration d'autofinancement SANS subvention.</p> <p>La CAAMEBO n'avait pas fait auditer sa comptabilité de 2010. L'auditeur AGESFO a donc effectué les audits pour 2010 et 2011.</p> <p>La CAMENE n'était pas encore asbl autonome en 2010, il n'y a donc pas un rapport externe officiel pour sa comptabilité interne de 2010, qui à la fin de l'année avait été intégrée dans celle du MDO, l'ONG CDI-Bwamanda.</p>

						La CAMEBASU a fait auditer ses comptabilités 2009 et 2010 par le bureau d'audit Nsandongo à Kikwit.
Missions d'évaluation de la gestion informatique	0	0	3		3	On s'est rendu compte que dans toutes les CDRs il y avait des failles dans la performance ou la gestion du parc informatique et des sauvegardes des données. On a donc jugé bon de prévoir une évaluation annuelle par l'informaticien de la FEDECAME pour vérifier l'intégrité des bases de données de gestion et comptables, des sauvegardes, du réseau et de l'internet. Ceci permet aux CDRs de garantir la fiabilité de leurs données et de livrer des services performants envers leurs clients et d'assurer la communication avec leurs partenaires et fournisseurs.

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :				Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)
	A	B	C	D	
1 Basculer les comptabilités vers le plan OHADA			X		Toutes les comptabilités de structures privées doivent utiliser le plan comptable harmonisé OHADA à partir de 1/2014. Une formation a été organisée par la FEDECAME pour tous les comptables et directeurs gestionnaires des CDR en décembre 2012. Le problème qui reste est d'adapter le plan comptable dans APISOFT aux exigences OHADA. Ceci demande l'appui d'un consultant externe avec lequel on a essayé à maintes reprises d'établir un planning, mais jusque là on pas réussi à trouver une solution à cause de la non disponibilité du consultant.
2 Analyser les prix de cession des MEGs dans les CDRs			X		Le prix des cessions dans les CDR (ou de la FEDECAME vers les CDR) est une matière très politisée et très sensible. Les PTF qui importent jusque là eux-mêmes les MEG (par ex UNICEF, FM, DFID, KOICA) et dont on peut supposer que la qualité est pareille que dans le circuit FEDECAME ne répercutent pas tous leurs frais dans le prix de revient des MEG (par ex frais de fonctionnement de leur personnel et bureaux liés aux achats). Là où le circuit FEDECAME résulte en un prix complet et complètement transparent à partir du prix d'achat jusqu'à la livraison dans leur dépôt à Kinshasa, les autres PTF n'appliquent que le prix d'achat pour la comparaison, ce qui crée beaucoup de tensions avec le MSP. En plus on n'est pas toujours sur la même longueur d'onde en ce qui concerne la qualité. Nous pensons que tant que la DPM n'a pas imposée une liste avec les couples produits/fabricants pré qualifiées à respecter par tous les circuits d'acquisition, ce problème reste subjectif et ne permet pas de comparer. Malgré cela il faut en 2013, avec la participation des PTF, mener une analyse de la composition des prix FEDECAME et CDR pour diminuer la méfiance du MSP quant aux marges brutes que généreraient ces structures privées à utilité publique.

3 Former les comités de gestion des CDRs dans les nouvelles fonctions du logiciel APISOFT			X		Ceci se résume au même problème que cité dans activité 1 : le manque de temps du consultant externe.
Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats).					
<i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?) :</i>	Nous avons opté de mettre un accent spécial sur l'accompagnement financier, technique et informatique ainsi que la formation par des organismes ou des consultants congolais, au lieu de tabler sur des missions de consultants internationaux à court terme. Ceci afin d'instaurer un réseau de compétences locales en RDC et une harmonisation des vues et des données entre les principaux acteurs du SNAME en général, des responsables des CDRs en particulier. Nous sommes convaincus, que ceci a contribué largement aux avancées faites dans les CDRs. Même que les résultats sont mauvais dans la CDR CAAMEBO, cette approche nous a permis de remarquer ces défaillances à temps et à essayer d'y remédier en sensibilisant tous les niveaux de responsabilités.				
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>	Ce point a été discuté dans les outputs 1, 2, 3				
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>	Ce point a été discuté dans les outputs 1, 2, 3.				
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>	L'atelier des parties prenantes à Kimpese a fait découvrir le problème de 2 CDRs dans le Bas-Congo, avec chacune une population à desservir trop faible selon les normes de viabilité d'une CDR. Mais en même temps on a constaté que la CDR CAAMEKI de Kisantu s'est maintenue depuis maintenant XXX ans, sans aucun appui extérieur. On y a remarqué une gestion axée sur la maîtrise des dépenses pour maintenir ou améliorer le taux d'autofinancement, même si le chiffre d'affaires est faible. Nous avons demandé à et obtenu de la 2 ^{ème} SMCL que la CDR CAAMEKI puisse utiliser l'ancienne LandCruiser et le camion du projet CDR1 de la CAAMEBO et louer une partie de son dépôt à la CDR CAAMEBO. Ces frais seraient réglés par des contrats de services entre les 2 CDRs, mais supportés par le projet CDR2. Ainsi on aiderait la CDR CAAMEKI à progresser davantage et on évite de dépenser des sommes non justifiables pour l'extension du dépôt de Matadi.				

2.6.2 Exécution budgétaire

Budget	:	341.000 euro
Dépenses 2012	:	98.035 euro
Exécution au 31/12/2012	:	169.416 euro
Taux d'exécution	:	50%

(Voir 5.4 pour plus de détails)

Activités menées en 2012

Activité	Période
Formation en cours d'emploi du nouveau comptable de la CDR CAMEBASU par l'informaticien de la FEDECAME et el comptable de la CDR CAMENE	

Mission évaluation parc informatique CDR CAAMEBO par l'informaticien FEDECAME	
Mission évaluation parc informatique CDR CAMENE par l'informaticien FEDECAME	
Mission évaluation parc informatique CDR CAAMEBASU par l'informaticien FEDECAME	
Audit comptable comptabilité 2010 et 2011 de la CDR CAAMEBO par bureau AGESFO	
Audit comptable comptabilité 2011 de la CDR CAMEBASU par bureau AGESFO	
Audit comptable comptabilité 2010 et 2011 de la CDR CAMENE par bureau AGESFO	
Participation à l' atelier des parties prenantes du SNAME à Kikwit, organisé par le PNAM	
Participation à l' atelier des parties prenantes du SNAME à Gemena, organisé par le PNAM	
Participation à l' atelier des parties prenantes du SNAME à Kimpese, organisé par le PNAM	
Tenue du Conseil d'Administration Extraordinaire de la CDR CAAMEBO à Matadi, convoquée par le Ministre Provincial de la Santé au Bas-Congo	
Tenue du Conseil d'Administration de la CDR CAMENE à Kinshasa	
Tenue du Conseil d'Administration de la CDR CAMEBASU à Idiofa	
Participation au séminaire Inter-CDR à Kikwit organisée par la FEDECAME	
Formation en gestion stratégique et cycle de projet des administrateurs de la CDR CAMENE et des responsables du secteur public du niveau intermédiaire au Nord Equateur par les formateurs de'AGSP, à Bwamanda	
Participation des directeurs techniques des CDRs CAAMEBO, CAMENE et CAMEBASU au congrès national des pharmaciens	
Participation des directeurs techniques des CDRs CAAMEBO, CAMENE et CAMEBASU à la formation de QUAMED à Kinshasa	
Participation des directeurs gestionnaires et comptables à la formation sur le nouveau plan comptable OHADA à Kinshasa, donnée par le bureau AGESFO et organisée par la FEDECAME	
Appui au fonctionnement des CDRs CAAMEBO, CAMENE, CAMEBASU (carburant, fournitures de bureau, maintenance matériel roulant, communication, internet, assurance voitures, salaires, etc.)	

2.6.3 Critères de qualité

Critères	Note
Effizienz	B
Efficacité	B
Durabilité	B

2.7 Output 5

2.7.1 Analyse des progrès réalisés

Output 5 : Les capacités des services d'inspection pharmaceutique des niveaux provincial (PIP) et de district sanitaire (PID) sont renforcées dans les zones de couverture des CDRs appuyées par le projet						
Indicateurs Bas-Congo	Valeur de la <i>Baseline</i> (2010)	Progrès année N-1 (2011)	Progrès année N (2012)	Cible année N	Cible finale	Commentaires
Nombre de rapports trimestriels d'activités élaborés	0		19	20	24	<p>Dans le DTF 1 PIP et 4 PID étaient prévus pour un appui à leur fonctionnement. Pendant l'ateliers des parties prenantes à Kimpese, on a découvert que 1 PID supplémentaire était sur terrain, mais sans appui (PID de la Lukaya). Nous avons demandé à et obtenu de la 2^{ème} SMCL de l'intégrer dans le projet à partir de novembre 2012.</p> <p>Comme déjà mentionné dans les commentaires sur l'Output 1, le PIP du Bas-Congo a reçu une promotion vers le niveau national en avril 2012, laissant la province pendant un temps sans remplaçant. Le Ministre Provincial a ensuite nommé un PIP intérimaire que le projet a appuyé à partir du Q3/2012. Le gouverneur n'a pas suivi la proposition du Ministre Provincial en confirmant le PIP intérimaire, mais a nommé un nouveau PIP en décembre 2012, dans la personne de l'ancien pharmacien directeur technique de la CDR CAAMEBO, qui assumera cette fonction à partir de janvier 2013.</p>
Nombre de visites d'accompagnement à la CDR	0	0	2 (* à la CDR CAAMEKi de Kisantu)	<p>Seulement 2 PIDs ont rapporté les données demandées d'une façon compilée et structurée. Ils se peut qu'on puisse retrouver d'autres données dans les rapports envoyés, mais nous avons préféré ne pas les distiller de cette façon, puisqu'avec le non-agrément de l'AT pour l'analyse des données, on risque de rapporter dans la hâte des données non vérifiées et harmonisées. Toutes les données ci-dessous pour le Bas-Congo proviennent donc des PIDs du Bas-Fleuve et de la Lukuya. On est occupé à fournir un grand effort pour sensibiliser aussi bien la DPM</p>

						que les PIP de structurer leurs données selon un canevas conforme. Probablement que ceci sera discuté durant la formation des PIP et PID en inspection au Q1/2013.
Nombre d'officines privées inspectées	186	213	282			
Nombre de dépôts grossistes privés inspectés	12	12	12			
Nombre de pharmacies des ZS inspectées	18	24	13			
Nombre et quantités des produits retirés dans les CDRs	0	0	0			
Nombre et quantités de produits retirés dans les officines privées	0	35.855	15.000			Il est important de se mettre d'accord avec la DPM comment rapporter cet indicateur à partir de 2013 : nombre de produits différents et ou quantités absolues (et puis comment résoudre le comptage d'une trousse de perfusion contre 1.000 cés de paracetamol ?) ?
Nombre et quantités de produits retirés dans les dépôts grossistes privés	0	0	0			
Nombre et quantités de produits retirés dans les pharmacies des ZS	0	0	0			
Minilab acheté	0	0	1		1	La DPM a décidé de mettre le minilab acheté par le projet à Kisantu pour être utilisé par le PID de la Lukuya. Celui-ci n'a pas encore eu de formation. Le projet est occupé à négocier avec la DPM de le former au Q1/2013.
Nombre d'analyses effectuées avec les minilabs	0	0	50			Le Fonds Mondial avait acheté un minilab pour Matadi à utiliser sous la responsabilité du PIP du Bas-Congo.
Produits non conformes détectés par analyses minilabs	0	0	2			Les rapports d'analyses avec les minilabs sont difficiles à obtenir. Un effort doit être fait en 2013 pour que la DPM instruisse le niveau intermédiaire des attentes à ce sujet.
Indicateurs Equateur	Valeur de la Baseline (2010)	Progrès année N-1 (2011)	Progrès année N (2012)	Cible année N	Cible finale	Commentaires
Rapports trimestriels d'activités élaborés	1	2	5	8	12	Dans le DTF 1 PIP et 1 PID étaient prévus pour un appui à leur fonctionnement. Au Q4/2012 le MSP a nommé un PID au Nord Ubangi qui, après un stage à la CDR CAMENE, assumera sa fonction à partir de janvier 2013. Le PID du Sud Ubangi a participé en 2012 à la sélection destinée pour recruter les membres de la nouvelle DPS et a été retenu dans le métier 1 comme chargé de la gestion des MEG dans les ZS (flux matières). De ce fait elle

						n'assume plus sa fonction de PID telle quelle. C'est une question à clarifier en 2013 : nommera-t-on un nouveau PID au Sud Ubangi ?
Nombre de visites d'accompagnement à la CDR	2	3	3			Les données ci-dessous proviennent uniquement du PIP Equateur. Le PIP Equateur est très actif dans l'accompagnement technique des ZS dans la gestion des MEG et dans l'alignement des PTF dans le SNAME, mais vu les réalités difficiles du terrain se concentre moins sur la fonction inspection. Le PID Sud Ubangi a essayé, avant son recrutement à la nouvelle DPS de faire des inspections à Gemena, mais elle a été agressée par un propriétaire d'une officine privée.
Nombre d'officines privées inspectées	60	55	65			
Nombre de dépôts grossistes privés inspectés	2	3	3			Il n'y a que 3 dépôts grossistes dans la province
Nombre de pharmacies des ZS inspectées	10	18	23			
Nombre et quantités des produits retirés dans les CDRs	0	0	0			
Nombre et quantités de produits retirés dans les officines privées	5	2/310	5/675			2/310 veut dire : 2 produits, 310 unités de vente
Nombre et quantités de produits retirés dans les dépôts grossistes privés	0	0	7/2.490			
Nombre et quantités de produits retirés dans les pharmacies des ZS	0	0	1/350.000			
Minilab acheté	0	0	1		1	La DPM a décidé de mettre le minilab acheté par le projet à Gemena pour être utilisé par le PID du Sud Ubangi. Celle-ci a été formée au Q4/2012 avec un financement du projet ASSNIP_4 en participant à la formation organisée par le Fonds Mondial à Kinshasa. Reste maintenant à clarifier si cette pharmacienne formée fera les analyses au Sud Ubangi, puisque en principe elle n'est plus PID mais membre du personnel du métier 1.
Analyses effectuées avec les minilabs	0	0	30			Le Fonds Mondial avait livré un minilab à Mbandaka ville et a formé le PIP au Q2/2012. Or ce minilab n'est pas encore installé correctement faute de local approprié.
Produits non conformes détectés par analyses minilabs	0	0	3			
Indicateurs Bandundu	Valeur de la Baseline (2010)	Progrès année N-1 (2011)	Progrès année N (2012)	Cible année N	Cible finale	Commentaires

Rapports trimestriels d'activités élaborés	0	0	9	8	12	Dans le DTF 1 PIP et 1 PID étaient prévus pour un appui à leur fonctionnement. Pendant l'atelier des parties prenantes à Kikwit, on a découvert que 1 PID supplémentaire était sur terrain, mais sans appui (PID du Kwilu). Nous avons demandé à et obtenu de la 2ièmeSMCL de l'intégrer dans le projet à partir de novembre 2012.
Nombre de visites d'accompagnement à la CDR	0	0	4			Les données ci-dessous proviennent seulement des 2 PID du Kwilu et Kwango. Les visites à la CDR ont été menées conjointement avec le PIP.
Nombre d'officines privées inspectées	0	0	92			Le PID du Kwilu n'avait pas encore prêté serment comme OPJ en 2012 et n'avait donc pas encore le pouvoir d'inspection.
Nombre de dépôts grossistes privés inspectés	0	0	6			Les visites aux grossistes ont été menées conjointement avec le PIP.
Nombre de pharmacies des ZS inspectées	0	0	10			
Nombre et quantités des produits retirés dans les CDRs	0	0	0			
Nombre et quantités de produits retirés dans les officines privées	0	0	9/1.561			
Nombre et quantités de produits retirés dans les dépôts grossistes privés	0	0	0			
Nombre et quantités de produits retirés dans les pharmacies des ZS	0	0	70/419.244			
Minilab acheté	0	0	1		1	La DPM a décidé de mettre le minilab acheté par le projet à Kikwit pour être utilisé par le PID du Kwilu. Celui-ci n'a pas encore eu de formation. Le projet est occupé à négocier avec la DPM de le former au Q1/2013.
Analyses effectuées avec les minilabs	0	0	?			Le Fonds Mondial avait livré un minilab à Bandundu ville et a formé le PIP au Q4/2012. Or ce minilab n'est pas encore installé correctement faute de local approprié.
Produits non conformes détectés par analyses minilabs	0	0	1			

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :				Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)
	A	B	C	D	
1 Accompagner la mise en œuvre du SNAME selon les normes du PNAM			X		Le PNAM n'a pas une structure hiérarchique répartie sur les 3 niveaux de la pyramide sanitaire. De ce fait elle a utilisé jusque là les PIP et PID pour mettre en œuvre ses recommandations quant au fonctionnement du SNAME. Avec les nouvelles DPS cette fonction d'accompagnement de la mise en œuvre du SNAME revient aux EPP, personnel de la DPS recruté par des procédures de sélection. Cette nouvelle répartition des tâches (accompagnement par la DPS, inspection par les PIP et PID qui dépendent de la DPM) n'est pas encore opérationnelle et cause beaucoup d'incompréhensions, voire même des conflits, sur terrain. Ceci est encore fortifié par le fait qu'on ne trouve pas de pharmaciens dans les équipes polyvalentes (à part au Sud Ubangi ou une pharmacienne est recrutée au sein de la DPS pour l'accompagnement technique de la gestion des flux matières MEG dans les ZS).
2 Inspecter les établissements privés			X		En ce moment il n'y a pas de procédures d'inspection normalisées au niveau national. En plus le cadre légal pour protéger les inspecteurs dans l'exercice de leur fonction manque. La conséquence est que, même si quelques uns essaient d'inspecter, d'établir un PV de saisie et de retirer des produits et de fermer des établissements conformes ; dans la plupart des cas, les inspecteurs sont menacés ou constatent que leur PVs de saisie ou de fermeture sont annulés par des influences obscures contre lesquels ils n'ont pas de recours.
3 Détruire les MEG périmés, contrefaits ou sous-standard			X		La destruction des MEG pose problème. A part les CDR qui paient la redevance de 10% de la valeur des produits périmés à détruire, les autres établissements refusent de payer. De ce fait les inspecteurs n'ont pas les moyens d'acheter les matières (essence, main d'œuvre et autres) nécessaires pour la destruction. On stocke donc ces produits dans des hangars ou bureaux avec tout

					le risque que ces MEG rentrent en circulation.
4 Utiliser les minilabs			X		A part à Matadi, les autres provinces qui avaient déjà reçus des minilabs par d'autres PTF ne les ont pas encore installés, faute de local approprié (avec eau et électricité). Ceci est dû au fait qu'on pensait que ces minilabs étaient facilement transportables et pouvaient accompagner les inspecteurs dans tous leurs déplacements, ce qui n'est pas le cas. Pour les minilabs achetés par le projet, les utilisateurs doivent encore être formés et un local doit être installé en 2013.

Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats).

<i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?) :</i>	Il est certain que l'appui du projet contribue visiblement à ce que les PIPs et PIDs élaborent un plan de travail, circulent dans leur territoire et essaient de générer des résultats ou bien en accompagnant les FoSa ou bien en inspectant des structures privées et publiques. Mais le nombre des inspecteurs est tellement insuffisant pour les superficies de territoire à parcourir, les moyens de fonctionnement tellement limités, les PTF appuyant l'inspection peu nombreux ou inexistantes, l'appui au fonctionnement par le MSP irrégulier, qu'on ne peut pas attendre un effet durable après projet.
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>	Il y a quelques pharmaciens parmi les PIP et PID qui ont fait un effort en 2012 de renforcer l'aspect inspection. On peut dire que chaque médicament impropre à la consommation retiré de la vente est un succès, mais c'est une goutte dans l'océan. Bien que les DPS sont installés officiellement depuis l'arrête ministériel de novembre 2012, rien n'a été réglé pour le métier 4, qui est l'inspection au niveau des nouvelles provinces. Les inspecteurs actuels ont peu de moyens pour parcourir des territoires plus vastes que la Belgique et sont souvent mis sous pression par des influences politiques de laisser tomber des actions de régulation.
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>	<p>A cause de l'organisation hiérarchique dans les nouvelles provinces, les PIP et PID sont subordonnés aux MIP qui eux sont directement nommés par le gouverneur. De ce fait l'inspection perd son autonomie dans l'exécution de son travail.</p> <p>Comme déjà mentionné plus haut la confusion entre les tâches des EPP et des inspecteurs ont créé des problèmes dans l'accompagnement des ZS dans le suivi des flux matières et financiers dans les ZS et les CDRs.</p> <p>L'instabilité du PIP au Bas-Congo a eu un effet négatif sur la collaboration nécessaire entre les acteurs du SNAME au niveau intermédiaire et à la mise en œuvre du SNAME, d'autant plus que la DPS n'y a pas encore joué son rôle dans l'accompagnement du suivi de la gestion des MEG dans les ZS.</p> <p>Au Sud Ubangi, comme le PID a été recruté au sein de la DPS, l'appui prévu pour son fonctionnement a été transféré au chef du métier 2 de la DPS, afin qu'il gère ces fonds comme appui (même que minime) au fonctionnement des EPP responsables de l'accompagnement des ZS dans le suivi de la gestion des MEG et la reconstitution du capital médicament.</p>

Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :	
-----------------------------------------------	--

2.7.2 Exécution budgétaire

Budget	:	363.300 euro
Dépenses 2012	:	86.704 euro
Exécution au 31/12/2012	:	127.769 euro
Taux d'exécution	:	35%

(Voir 5.4 pour plus de détails)

Activités menées en 2012

Activité	Période
Achat motos	
Participation par le PIP Equateur à la mission économique du secteur santé à Bruxelles, organisée par l'Ambassade de Belgique	
Participation par le PIP Bandundu et PIDs Kwilu et Kwango au séminaire Inter-CDR à Kikwit, organisée par la FEDECAME	
Participation par le PIP Bandundu et PIDs Kwilu et Kwango à l'Assemblée Générale de la CDR CAMEBASU	
Participation des PIPs Bandundu et Bas-Congo et des PIDs Sud Ubangi, Kwilu, Kwango, Lukaya, Cataractes, Bas-Fleuve, Boma, Matadi au congrès national des pharmaciens	
Session de vulgarisation du SNAME à Mbandaka organisé par le PIP Equateur	
Tenue de la Commission Provinciale des Médicaments à Matadi, organisée par le PIP Bas-Congo	
Appui au fonctionnement des PIPs et PIDs (primes, carburant, fournitures, maintenance matériel roulant, communication, internet, frais de mission)	

2.7.3 Critères de qualité

Critères	Note
Effizienz	B
Efficacité	B
Durabilité	C

2.8 Output 6

2.8.1 Analyse des progrès réalisés

Les chiffres dans le tableau suivants réfèrent aux performances du BCAF Ouest, qui est appuyé par le projet CTB/CDR2. Le BCAF ouest dessert 9 CDRs sur les 16 CDRs fonctionnelles en RDC. Les autres 7 sont desservis par le BCAF Est à Goma (ASRAMES).

Output 6 : Les structures centrales de la FEDECAME sont renforcées pour rendre des services performants aux CDRs affiliées						
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Progrès année N-1	Progrès année N	Cible année N	Cible finale	Commentaires
Nombre de produits pré qualifiés par le BCAF	257	257	420			La LNME comprend +- 500 items. En principe tous ces items devraient pouvoir être achetés par le BCAF de la FEDECAME. Or pour la première pré qualification on a su obtenir que 257 produits (95 du groupe A de grande rotation et 162 du groupe B, de plus faible rotation). Pour les autres produits on n'avait pas trouvé des fournisseurs, répondant aux critères de qualité pour offrir des produits avec une faible volume. Ceci oblige les CDR à s'approvisionner sur le marché de Kinshasa avec les risques de qualité connus. La nouvelle pré qualification faite au Q3/Q42012 et qui doit encore être officiellement validé au Q1/2013 a su élargir la gamme de nombre de produits que le BCAF peut acheter. Ceci est dû au fait que la pré qualification a été faite au niveau national en joignant les quantités et las bases de données sur de fournisseurs possibles des 2 BCAF (Est = ASRAMES à Goma, Ouest à Kinshasa)
Nombre de fournisseurs locaux pré qualifiés	4	4	2			La pré qualification étant ouverte à tous les fournisseurs tant internationaux que locaux, on favorise les locaux à qualité égale. Or il y a très peu de fabricants locaux répondant aux normes de qualité requises par l'OMS.
Nombre de Couples produits/fournisseurs locaux pré qualifiés	21	21	8			
Nombre de PTF utilisant le BCAF de la FEDECAME	2	3	4			En ce moment les PTF suivants ont intégré le SNAME : CTB, UE, GAVI et FM
Nombre de produits livrés aux CDRs	157	148	98			En 2012 le BCAF n' a pas livré des produits du groupe B. Ceux-ci ont été commandés

						dan s la prolongation de l'Accord Cadre de 2009 et seront livrés en 2013.
Montant total des achats en valeur d'achat livrés aux CDRs	1.946.300 USD	2.674.377 USD	2.557.272 USD			Bien qu'on voit que le volume des achats augmente (comparé aux nombre de produits livrés), le volume traité par le BCAF Ouest est toujours très faible. Ceci ne permet de négocier de meilleurs prix d'achat et permet à peine à la FEDECAME de s'autofinancer avec les 7% de frais de services que les CDR paient sur la valeur achat.
Montant total des achats locaux en valeur d'achat	417.289 USD	672.490 USD	479.127 USD			
Pourcentage de frais d'approche (frais d'approche/valeur totale des achats)	?	17,1%	13,6%			
Nombre de mois de retard de livraisons dans le cycle logistique	4	2	2		0	Les commandes annuelles se livrent selon l'accord cadre tous les 4 mois, depuis la prolongation tous les 6 mois. Il ya beaucoup de facteurs qui causent les retards dans la ligne d'approvisionnement : engorgement du port de Matadi, grèves, retard de la part de s CDR à positionner les avances fournisseurs sur le compte capital médicament du BCAF, etc. Ceci oblige les CDR a travailler avec des plus grands stocks de sécurité ou bien d'acheter sur le marché local.
Nombre de mise-à-jour du tableau de suivi financier des commandes d'achats envoyé aux CDRs	8	8	10	12	12	La FEDECAME doit envoyer mensuellement ces tableaux de bord des flux financiers aux CDR membres. Ceci afin de les informer régulièrement de leurs obligations vis-à-vis du BCAF et d'alerter le PNAM et bailleurs des goulots d'étranglement financier qui influencent négativement l'approvisionnement.
Nombre de cas d'assistance juridique aux CDRs membres	0	0	3			
Nombre de réunions du comité de régulation des flux matières	8	8	1	4	4	Le PNAM doit organiser 1 fois par trimestre des réunions de travail avec la FEDECAME analysant les flux matières et les flux financiers pour essayer de les réguler et coordonner en cas de problèmes. En 2012 le PNAM a essayé d'élargir ces réunions en invitant les PTF pour les sensibiliser à la complexité de la problématique et pour les inviter à lever les blocages pour s'aligner. Les réunions internes se sont tenues, mais à partir de 2012 l'indicateur rapporte les réunions élargies.

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :				Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)
	A	B	C	D	
1 Récolter les commandes annuelles des CDRs		X			La FEDECAME récolte les besoins des CDR qui ne sont toujours pas les vrais besoins des ZS. Une partie du modèle de suivi de gestion des MEG du PNAM est axée sur la quantification des besoins annuels à partir de la base qui est la ZS.
2 Confirmer les commandes annuelles des CDRs			X		Les confirmations de commandes (50% de la valeur commandée pour les produits A, 100% pour les produits B) ne peuvent se faire que dès que les fonds sont disponibles sur le compte capital médicament de la FEDECAME. Or chaque CDR qui tarde à virer sa part, fait retarder l'ensemble, sauf si la FEDECAME a un FdR et trésorerie suffisante pour préfinancer.
3 Stocker les commandes annuelles des CDRs			X		La FEDECAME a été auditée par QUAMED sur demande de certains PTF, membres de QUAMED. Le grand problème qui persiste au BCAF-Ouest est la non-conformité de son dépôt à Kinshasa. Depuis l'incendie de son dépôt et bureaux en août 2010, aucune solution n'a été trouvée pour remédier à cette situation. Ceci empêche la FEDECAME de progresser et d'attirer des PTF plus exigeants (tous ceux qui travaillent avec des fonds américains). Une démarche est en cours avec USAID pour essayer de trouver des financements supplémentaires afin de construire un nouveau dépôt répondant aux normes de qualité à Matadi. Le projet CDR2 a demandé et obtenu de la 2ième SMCL d'utiliser une partie des fonds prévus pour rehausser le FdR pour la construction du nouveau dépôt, car dès que les conditions de stockage sont normalisées, plusieurs nouveau PTF utiliseront la FEDECAME pour leurs achats MEG.
4 Livrer les commandes annuelles des CDRs		X			
5 Payer les commandes fournisseurs			X		Voir problème des fonds expliqué sous « confirmer les commandes »
6 Elargir le nombre de couples produits-fournisseurs pré qualifiés		X			
7 Collaborer avec le BCAF-Est	X				Depuis 2012 un grand effort a

					été fait pour travailler au niveau national en joignant les forces des 2 BCAF (Est à Goma, Ouest à Kinshasa)
Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats).					
<i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles) :</i>	<p>L'équipe de la FEDECAME connaît bien son travail et sait exactement ce qu'il faut faire pour assurer le cycle logistique des commandes fournisseurs placées par les CDRs affiliées. Si les résultats ne sont pas toujours à la hauteur c'est à cause des problèmes aux niveaux des ZS, CDRs, douane, port de Matadi, obtention d'exonération, et autres sur lesquels elle a peu d'influence. Ces difficultés sont discutées dans le volet « Difficultés » ci-dessous.</p> <p>En 2012 le projet a commencé à appuyer un nouveau service de la FEDECAME envers ses membres : l'appui juridique. Ceci s'est avéré très nécessaire, car les CD sont victimes de beaucoup de tracasseries de la part des instances étatiques.</p>				
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>	<p>Le plus grand progrès réalisée en 2012 est la nouvelle pré qualification nationale (donc harmonisation au niveau du pays du BCAF-Ouest à Kinshasa et BCAF-Est à Goma) de couples produits fournisseurs en tenant compte de la nouvelle loi sur la passation des marchés publics en RDC. Cette pré qualification a été évaluée par QUAMED comme unique en Afrique. En plus le système d'un processus de pré qualification unique et figée au début du premier accord cadre a été modifié. On est passé maintenant à une pré qualification continue (révision annuelle des dossiers), ce qui permettra par année d'élargir les couples produits fournisseurs.</p> <p>Une autre avancée est la confiance grandissante des PTF dans la FEDECAME comme BCAF du secteur public. C'est ainsi que le Fonds Mondial a passé la commande de matériel médical.</p> <p>La KOICA a viré en novembre l'excédent de son budget 2012 de +- 400.000 USD sur le compte capital médicament de la CAMEBASU au lieu d'acheter elle-même les MEG et les livrer directement dans les ZS. Pour son nouveau projet de développement 2013 – 2015, la KOICA intégrera le SNAME dans son entièreté. Des réunions sont déjà prévues pour cela en janvier 2013.</p> <p>L'OMS a organisé et financé en décembre 2012 un atelier de « Consensus sur le SNAME » réunissant les PTF et des responsables du MSP. Dans ce consensus la FEDECAME est reconnu comme acteur privé d'utilité publique dans le SNAME, bien qu'il y ait encore beaucoup de problèmes à régler.</p>				
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>	<p>La plus grande difficulté reste la résistance du SG du MSP à accepter la FEDECAME comme acteur privé dans le secteur public, bien que des textes légaux lient la FEDECAME avec l'Etat et que son CA comporte 3 membres du secteur public comme administrateurs (dont le directeur de la D5 est le vice-PCA). De ce fait, au lieu de faciliter le bon fonctionnement administratif de la FEDECAME, beaucoup de blocages sont rencontrés au niveau des taxes, douanes, exonérations, avenants à la convention, et autres.</p> <p>Comme déjà mentionné plus haut, le manque de dépôt approprié pour le stockage empêche la FEDECAME de progresser dans l'assurance qualité de la chaîne logistique. Le MSP n'a toujours pas remis l'ancien bâtiment de l'ex-DCMP au PNAM, bien que c'était une hypothèse majeure dans le DTF du projet. Dès que ce bâtiment serait attribué au PNAM, la FEDECAME pourrait signer une convention d'utilisation des dépôts et mobiliser des PTF, qui se réservent en ce moment de libérer des financements pour réhabiliter le dépôt selon les normes</p>				

en vigueur.

Quant à la performance du cycle logistique le BCAF dépend d'une bonne quantification des besoins annuels, de la gestion des flux financiers devant reconstituer le capital médicament dans les ZS et dans les CDRs. Or ces deux conditions ne sont pas réunies. Le nouveau modèle de suivi de gestion de MEG développé par le PNAM espère résoudre, avec l'accompagnement des DPS, ces problèmes fondamentaux dans le SNAME. Tant que les quantifications des besoins ne se font pas à partir de la base (ZS) et tant que les flux financiers liés à la vente des MEG ne remontent pas de la base, via les CDR, au BCAF, le problème des ruptures ou délais dans les livraisons persisteront. Quiconque qui veut changer le SNAME ou qui critique son partenariat public-privé devra résoudre ce problème de quantification et de financement des commandes. Si le MSP veut reprendre cette responsabilité des achats groupés et garantir à 100% la disponibilité des MEG dans les 516 ZS de la RDC, sans solutionner la reconstitution des coûts, il devra prévoir 15.000 USD par ZS/mois (10.000 USD pour un HGR et 5.000 USD pour les CS) ou $15.000 * 12 * 512 = 92.160.000$ USD par an.

En ce moment les CDR commandent à la FEDECAME des quantités annuelles basées sur leurs prévisions de ventes et évaluant les statistiques des ventes et les financements pour achat MEG accordés par les PTF aux ZS. Ces quantités sont largement inférieures aux besoins réels calculés en brut ci-haut, car elles ne reprennent que les besoins exprimés par des PTF qui utilisent déjà le SNAME. Comme les ZS, même appuyées par un PTF, ne travaillent pas encore (ou très modestement) dans une logique de reconstitution du capital médicament, la trésorerie manque souvent au niveau des CDR pour pré positionner les 50% ou 100% (dépendant des produits/fournisseurs) des fonds à la confirmation des commandes fournisseurs. Ceci a comme conséquence que si la FEDECAME n'a pas elle-même une trésorerie suffisante au moment de la confirmation de la commande un premier délai dans le cycle logistique est déjà engendré. Comme c'est un système d'achats groupés, basé sur la solidarité des ses membres, la plus faible CDR pénalise les autres CDR qui ont viré leurs fonds à temps. La solution est donc de rehausser les FdR des CDR et de la FEDECAME afin qu'elles puissent constituer des stocks de réserve entre 3 et 8 mois.

Un problème qui est totalement hors de l'influence de la FEDECAME est le dysfonctionnement et la vétusté du port de Matadi. En effet, comme le port ne sait pas accueillir les grands navires à containers, les cargaisons sont déchargées à Pointe Noire et rechargées sur des plus petits navires pouvant arriver à Matadi. Comme le port ne sait pas traiter beaucoup de navires à la fois, une longue liste d'attente se crée avec beaucoup de retards dans le délai de livraison comme conséquence. Une solution serait le transport par route de Pointe Noire, via Brazzaville, jusque Kinshasa. Mais en ce moment le transport fluvial qui relie Brazzaville avec Kinshasa n'est pas adapté à ce genre de trafic. En plus il faudrait faire des formalités de douane à pointe Noire et à Kinshasa. Une autre solution serait de tout transporter par voie aérienne (ce qui est recommandé par les audits sur la qualité des MEG), mais ceci augmenterait le coût des MEG, point déjà très sensible aujourd'hui dans chaque discussion entre les acteurs privés du SNAME et le MSP. La vraie solution serait que la RDC produise elle-même les produits traceurs et les MEG de grande rotation (95 produits). Cette dernière solution nécessite aussi impérativement un LNCQ fonctionnel et reconnu selon les normes OMS. Jusque là seulement 21 produits répondent aux critères de qualité requise et ne sont plus importés. Dans la nouvelle pré qualification de fin 2012 et encore en cours de validation, seulement 8 produits fabriqués localement ont été retenus jusque là.

<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>	<p>QUAMED a donné une formation pour tous ces membres en RDC et en Afrique en novembre à Kinshasa. Cette formation a été financée et organisée conjointement par QUAMED, le projet et MSH (avec des fonds USAID). De ce fait des responsables de MSH et USAID aux Etats-Unis étaient présents à l'ouverture et en collaboration avec le projet pendant la période de préparation. Les échanges des idées ont mené à la proposition d'analyser la faisabilité de la construction d'un nouveau dépôt de la FEDECAME en utilisant la solution «Warehouse-in-a-Box ». Des consultants de USAID feront une mission en février 2013 pour évaluer toutes les possibilités (cofinancements, emplacement du dépôt, et autres).</p> <p>La procédure de pré qualification a retenu l'attention du GIBS, qui a demandé à la FEDECAME de venir présenter ce processus qui garantit la qualité des MEG dans le secteur public. Ceci a fortement contribué à la crédibilité et à la visibilité de la FEDECAME comme acteur du SNAME.</p>
------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.8.2 Exécution budgétaire

Budget	:	926.610 euro
Dépenses 2012	:	91.339 euro
Exécution au 31/12/2012	:	146.738 euro
Taux d'exécution	:	16%

(Voir 5.4 pour plus de détails)

Activités menées en 2012

Activité	Période
Participation par le SG à la mission économique du secteur santé à Bruxelles, organisée par l'Ambassade de Belgique	
Formation par i-Solutions du directeur technique sur « Achats et gestion des produits essentiels de laboratoire » à Amsterdam	
Organisation du séminaire Inter-CDR à Kikwit	
Organisation de l'atelier de pré qualification couples produits-fournisseurs à Kimpese dans le cadre de l' appel d'offre 2013 – 2015 lancé par le BCAF	
Participation à la CPM à Matadi, organisée par le PIP Bas-Congo	
Participation par le SG au séminaire annuel et l'Assemblée Générale de QUAMED à Anvers	
Appui au fonctionnement (salaires, assurance véhicule)	

2.8.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficiences	B
Efficacité	B
Durabilité	C

2.9 Output 7

2.9.1 Analyse des progrès réalisés

Output 7 : Le SNAME est mis en œuvre, coordonné et supervisé par le PNAM au travers des outils standardisés de gestion, diffusés et expliqués dans toutes les ZS s'approvisionnant auprès des CDR						
Indicateurs	Valeur de la Baseline (2010)	Progrès année N-1 (2011)	Progrès année N (2012)	Cible année N	Cible finale	Commentaires
Nombre de CA de la FEDECAME auxquels le PNAM a participé	4	3	3		4	La FEDECAME est sensé tenir 4 CA par an. Comme c'est au niveau national le PNAM doit être présent à chaque CA, en tant que secrétaire, selon les statuts. En 2012 la FEDECAME a tenu 3 CA.
Nombre de CA des CDRs auxquels le PNAM a participé	1	0	3			Fin 2012 il y avait 16 CDR actives. Le PNAM doit assister au moins à 1 CA par CDR par an. En 2012 il a assisté aux CA des CDR CAAMEBO, CAMENE et CAMEBASU
Nombre de CDRs avec un taux d'autofinancement d'au moins 100% AVEC subventions	1 (Asrames)	1 (Camekis)	0		16	Les CDR sont sensées par la convention qui les lie à l'Etat de rapporter mensuellement les données dans des tableaux de bord (financier, gestion, évaluation), ceci afin que le PNAM puisse suivre leur performances. Le PNAM doit donner du feedback et aider les CDR à s'améliorer. Comme le PNAM doit aussi mobiliser les PTF à utiliser le SNAME, un indicateur de performance du PNAM est le taux d'autofinancement des CDR AVEC subventions En ce moment il y 16 CDR actives, dont 13 rapportent les tableaux de bord demandés. 2 de ces CDR (CAMEBAND et CADIMEK) ne sont plus viables, des mesures urgentes s'imposent.
Valeur totale des ventes MEG dans les CDR et services liés au stockage et à la distribution des MEG	18.916.423 USD	16.708.241 USD	(*)			On sait que pas tous les achats de MEGs de ces CDRs passent par la FEDECAME. En plus certains PTF préfèrent pour des raisons qui leur sont propres de continuer d'acheter eux-mêmes les MEG pour lesquels ils demandent à la CDR de les stocker et les distribuer contre des contrats de prestations de services . (*) Chiffre sera disponible fin 3/2013
Nombre de réunions avec les nouvelles DPS	0	0	4			Comme la réforme prévoit que ce sont les DPS qui accompagneront les ZS et la CDR dans la mise en œuvre du SNAME, il est important

						que le PNAM prévoio des sessions de sensibilisations et de suivi des DPS pour les responsabiliser et en faire des antennes PNAM au lieu des PIPs et PIDs qui dépendent de la DPM pour l'inspection. Le PNAM a organisé des ateliers des parties prenantes (Kikwit, Gemena, Kimpese) et un atelier de lancement du modèle de suivi de gestion de MEG à Bwamanda. Les DPS étaient représentées à trois de ces ateliers, à Kikwit personne n'a répondu à l'invitation. Nous pensons que pour bien faire fonctionner le SNAME en partant de la base (ZS) il faut au moins 2 sessions de travail par an avec les DPS, de préférence sur terrain. Ceci demande des ressources qui n'ont pas été prévues par le projet, Des négociations sont entamées avec d'autres PTF (PARSS/BM, KOICA, IMA, UE) pour tenir compte de cet aspect dans la définition de leur appui au fonctionnement du SNAME.
Nombre de ZS ayant entamé le processus des 45 étapes à franchir selon le modèle de suivi de gestion des MEG développé par le PNAM	0	0	16		40	On espère qu'en 2013 chaque DPS fonctionnelle pourra suivre 10 ZS dans ce processus de 45 étapes à franchir. Là où il n'y a pas encore de DPS on espère que les PIPs avec l'aide des PIDs pourront accompagner 10 ZS. Si on arrive à atteindre cette cible fin 2013, les données récoltées dans ces 40 ZS seront suffisantes pour tirer des conclusions sur la validité opérationnelle du modèle et des blocages à lever par le MSP.
Nombre de ZS ayant franchies au moins 23 étapes sur 45	0	0	3			Les premiers résultats montrent que la plupart des ZS remplissant le canevas avec l'état de lieux de leur capacité gestionnaire sont à peine à 15 étapes sur 45. Ceci démontre la fragilité extrême du SNAME, qui ne saura fonctionner correctement que si toutes les 516 ZS de la RDC arrivent à franchir les 45 étapes. Seulement à ce moment on pourra espérer avoir atteint un approvisionnement régulier et pérenne de MEG de qualité à un prix accessible à la population.
Nombre de PTF insérant le modèle de suivi de gestion des MEG dans leur intervention	0	0	2			Plus de PTF insérant l'approche de suivi de gestion des MEG comme un processus à partir de la base, plus la mise en œuvre du

						SNAME sera cohérent sur l'étendue de la RDC.
Nombre d'étapes complètement documentées avec des outils de gestion harmonisés	0	0	0		45	Maintenant que les étapes à franchir sont connues, il faut harmoniser les outils à utiliser dans chaque étape (par ex. les rubriques du compte d'exploitation à élaborer mensuellement). Chaque outil doit par après être documenté d'une façon didactique et pragmatique afin de permettre aux DPS d'accompagner et d'évaluer d'une façon efficace et efficace les ZS sous leur responsabilité. Il était prévu par le projet de recruter un AT supplémentaire pendant 6 à 9 mois, à partir de juillet 2012, pour aider la PNAM dans ce travail laborieux, mais le partenaire Congolais n'a pas donné son agrément pour cette fonction (après 8 mois de procédures). Une concertation a été initiée avec l'UE, projet PA_PNDS, pour recruter 2 AT de courte durée (30 jours pour les étapes liées aux flux matières, 60 jours pour les étapes liées aux flux financiers) pour accompagner le PNAM dans l'élaboration de ce guide national.

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :				Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)
	A	B	C	D	
1 Sensibiliser les acteurs du SNAME sur le modèle de suivi de gestion des MEG à implémenter	X				
2 Clarifier la mission du PNAM vis-à-vis de la DPM			X		Il persiste des malentendus et des frictions entre le PNAM et la DPM quant aux activités à mener par l'un ou l'autre. Ceci met mal à l'aise bon nombre de PTF qui ne savent pas toujours à qui s'adresser en ce qui concerne l'approche à suivre quant aux approvisionnements des MEG dans le secteur public. D'autre part le PNAM est sous-staffé pour jouer son rôle correctement, ce qui pousse la DPM à sauter dans des brèches pour faire avancer les choses ou répondre aux attentes du SG du MSP qui n'a pas toujours la même vision ni la compréhension des blocages réels dans le SNAME pour garantir une disponibilité de MEG dans les ZS.
3 Elaborer le Plan Directeur de Disponibilité des MEG		X			
4 Documenter les 45 étapes à franchir par les ZS dans le suivi de la gestion des MEG et harmoniser tous les outils y afférents			X		Ceci est travail de longue haleine qui demande un appui technique et financier supplémentaire. Comme l'AT supplémentaire demandé par le projet n'a pas reçu l'agrément du partenaire Congolais, on est occupé à explorer d'autres pistes de solutions pour pallier à ce besoin urgent de documentation.
5 Analyser les données envoyées par la FEDECAME, les CDRs et les ZS			X		Le PNAM récolte beaucoup de données rapportant sur le fonctionnement du SNAME. Malheureusement ses services sont sous-staffés et sous-équipés pour transformer ces données en information stratégique permettant de prendre les décisions nécessaires pour améliorer le SNAME. C'était aussi une des tâches prévues pour l'AT supplémentaire demandé par le projet.
6 Intégrer les PTF dans le SNAME		X			
Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats).					
<i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?) :</i>		Il n'y a pas de doutes que les activités que mène le PNAM contribuent largement à l'atteinte de l'output. Le personnel qui occupe déjà les postes définis est un personnel compétent et motivé. Malheureusement le PNAM n'a pas les ressources suffisantes pour mener toutes les activités liées à sa mission de coordonnateur du SNAME. En ce moment le PNAM compte 6 personnes			

	techniques (pharmaciens et gestionnaires) en dehors du personnel administratif, financier et logistique
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>	<p>En développant le modèle de suivi de gestion des MEG en 2012, le PNAM a fait une très grande avancée dans l'approche commune à suivre par tous les acteurs du SNAME. Ce modèle permet de sortir de la subjectivité des « on dit » et d'entrer dans l'objectivité des facteurs de succès ou des blocages du SNAME à tous les niveaux du secteur public, du secteur privé à utilité publique et des PTF. Une ZS qui suit le processus des 45 étapes, accompagné techniquement dans ce sens par sa DPS et sa CDR, appuyée par des PTF ou le MSP dans 40% du fonctionnement de son HGR, peut être certaine à 90% et dans une période de 3 à 5 ans de ne plus connaître des ruptures de MEG de qualité et d'assurer une accessibilité financière à sa population.</p> <p>En analysant les données qui suivent et évaluent les acteurs du SNAME, le PNAM pourra documenter les problèmes d'une façon objective et demander aux décideurs de prendre les mesures nécessaires pour le bon fonctionnement du SNAME à tous les niveaux.</p>
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>	<p>La plupart des difficultés a déjà été énuméré dans les commentaires ci-haut. Elles se résume comme suit : manque de volonté politique pour faciliter les conditions de bon fonctionnement du SNAME comme prônées par le PNAM dans ses normes et directives (par ex. attribuer le bâtiment de l'ex-DCMP au PNAM afin qu'il puisse le faire réhabiliter pour après signer une convention d'utilisation par la FEDECAME, augmenter son staff, assurer son budget de fonctionnement minimal, imposer aux ZS le recouvrement des coûts liés à la vente des MEG, rationaliser le personnel dans les FoSa, payer les salaires agents mécanisés, etc.).</p> <p>Une difficulté d'ordre personnel qu'a connu le projet dans son exécution a été l'absence durant 5 mois du directeur du PNAM (qui forme avec le chef de projet CTB/CDR2 l'UGC du projet) pour des raisons de maladie. Comme son départ a été brusque, la remise reprise avec son directeur adjoint et son équipe n'a pas pu se faire correctement. En interne le personnel a bien su combler le vide, mais en ce qui concerne la gestion du projet, et la visibilité du PNAM envers les PTF, l'absence du directeur a certainement influencé négativement la performance de la coordination des acteurs.</p>
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>	

2.9.2 Exécution budgétaire

Budget	:	534.467 euro
Dépenses 2012	:	152.374 euro
Exécution au 31/12/2012	:	200.511 euro
Taux d'exécution	:	38%

(Voir 5.4 pour plus de détails)

Activités menées en 2012

Activité
Achat matériel informatique
Participation à la mission d'évaluation de la CDR CAAMEBO menée par l'Ambassade de Belgique au Bas-Congo
Organisation de l'atelier des parties prenantes du SNAME à Kikwit
Organisation de l'atelier des parties prenantes du SNAME à Gemena
Participation à l'atelier de lancement du modèle de suivi de gestion des MEG au Sud Ubangi à Bwamanda
Participation par le Directeur à la mission économique du secteur santé à Bruxelles, organisée par l'Ambassade de Belgique
Formation du Directeur par i-Solutions sur « Suivi et Evaluation des systèmes de Gestion des Achats et des Stocks » à Paris
Organisation de l'atelier des parties prenantes du SNAME à Kimpese
Participation au séminaire Inter-CDR organisée par la FEDECAME à Kikwit
Participation au Conseil d'Administration extra ordinaire de la CDR CAAMEBO convoqué par le Ministre Provincial de la Santé au Bas-Congo
Mission d'accompagnement de suivi canevas gestion de MEG à Kimpese et Kisantu
Participation à l'atelier secteur santé à Kisantu organisé par la CTB
Participation à l'atelier de capitalisation et échange d'expériences des acteurs du secteur santé à Kinshasa, organisé par Be Cause Health
Participation au Conseil d'Administration de la CDR CAMEBASU à Kikwit
Sensibilisation sur le SNAME et le modèle de suivi de gestion de MEG pour les parties prenantes impliquées dans le futur dépôt relais de la CDR CAMEBASU à Idiofa
Sensibilisation sur le SNAME et le modèle de suivi de gestion de MEG pour les parties prenantes impliquées dans l'appui prévu aux ZS ciblées par le PTF KOICA, à Kenge

2.9.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficiences	B
Efficacité	B
Durabilité	C

2.10 Output 8

2.10.1 Analyse des progrès réalisés

Output 8 : La DPM au Ministère de la Santé a fait des avancées significatives en matière de réglementation, d'enregistrement et d'inspection du secteur pharmaceutique privé et public						
Indicateurs	Valeur de la Baseline (2010)	Progrès année N-1 (2011)	Progrès année N (2012)	Cible année N	Cible finale	Commentaires
Nombre de réunions de la Commission Nationale du Médicament tenues avec PV	0	9	10		12	
Nombre de sessions de la commission d'homologation organisées	2	5	4		4	
Liste LNME 2010 mise à jour	10	0	0	0	1	La liste de la LNME doit être mise à jour tous les 2 ans. Cette activité demande beaucoup de fonds, car doit être menée aux 3 niveaux (périphérique, intermédiaire et national). L'activité a été inscrite dans la PAO 2013 de la DPM.
Nombre de projets de textes législatifs élaborés et validés	1	2	7		7	Les 7 textes élaborés en 2012 sont des drafts qui doivent être validés en 2013
Nombre de dossiers d'AMM reçus	753	882	1.059			
Nombre de dossiers AMM traités	318	920	1.045			
Nombre d'AMM accordées	183	661	737			
Nombre d'AMM rejetées	12	0	11			
Nombre d'autorisation d'ouverture d'établissements pharmaceutiques	28	24	28			En 2012, 14 sont déjà autorisés, 14 autres dossiers sont soumis à la signature du ministre
Nombre de formateurs d'inspecteurs à la DPM formés par l'AFMPS	0	0	6			Personnes de la DPM ont été formées comme formateurs des inspecteurs ainsi que le PIP de Kinshasa
Nombre d'inspecteurs formés par les formateurs de la DPM	0	0	16			
Nombre d'inspections réalisées par les inspecteurs formés	0	0	76			Les rapports d'inspections sont envoyés à l'AFMPS et serviront de base de validation des fiches et procédures d'inspection définitives en 2013
Nombre de fabricants locaux inspectés	?	19	9			
Nombre de produits retirés de la vente	?	?	?			En ce moment il n'y a pas un travail de compilation qui se fait au niveau national des données disponibles dans les rapports qu'envoient les PIP et PID à la hiérarchie.
Nombre d'établissements pharmaceutiques anarchiques détectés	?	?	?			Il n'y a pas d'actions spécifiques et coordonnées pour détecter les

						établissements anarchiques et les fermer. On espère en 2013 pouvoir faire un pas dans ce sens.	
Nombre de minilabs opérationnels en RDC	0	2	11		15	Il y a des minilabs qui sont envoyés sur terrain , mais qui ne sont pas encore fonctionnels, faute de local approprié. Fin 2013, il faut que les 4 manillas achetées par le projet CDR2 soient aussi opérationnels.	
Nombre de rapports d'analyses par les minilabs envoyés à la DPM	0	0	10		15*12=180	Tout le flux information autour des analyses par minilabs doit être organisé d'une façon systématique afin de suivre les résultats et pouvoir mener des actions ciblées.	
Nombre de produits non conformes trouvés par les analyses minilabs	0	0	201/741				
État d'avancement des principales activités				État d'avancement :		Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)	
				A	B		C
1 Mener une étude sur les produits sous-standard					X		
2 Organiser une formation interrégionale et intersectorielle sur la contrefaçon					X		
3 Clarifier la mission de la DPM vis-à-vis du PNAM						X	
4 Former les inspecteurs sur l'utilisation des minilabs achetés par le projet					X		
5 Former les PIPs et PIDs par les formateurs de la DPM selon les nouvelles fiches d'inspection validées					X		
6 Sensibiliser le MSP sur le rôle d'une Agence en Médicament						X	
7 Sensibiliser le gouvernement sur la convention MEDICRIME						X	
8 Sensibiliser les PTF pour mettre en place un LNCQ						X	
							En ce moment la place (et surtout le financement) de la fonction inspection pose problème. Il n'est toujours pas clair comment l'inspection sera organisée au niveau national, intermédiaire et périphérique. On ne sent pas vraiment une volonté politique pour avancer sur ce terrain.
							Idem que point 6, bien qu'ici on souligne plutôt l'aspect multisectoriel (douane, police)
							Chaque acteur dans le SNAME est conscient qu'un LNCQ agréé travaillant selon les normes de l'OMS est une nécessité de première priorité en RDC. Mais jusque là on n'a pas mobilisé des fonds pour la construction, l'implémentation et surtout le fonctionnement et la maintenance d'un tel LNQQ.
Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats).							
<i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?) :</i>				Bien que des activités sont menées pour améliorer la réglementation, l'enregistrement et l'inspection au niveau national, on n'a pas l'impression que cela change réellement quelque chose sur terrain. Le marché pharmaceutique privé reste dérégulé et l'inspection doit se faire dans un vide juridique			

	caractérisé par des pressions politiques pour échapper aux sanctions de fermeture ou de produits retirés.
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>	Le chemin pour atteindre l'output est encore long et demande beaucoup de fonds et un mécanisme de financement pérenne. En général les PTF ne sont pas intéressés à appuyer cette partie du SNAME. Or il y va de la vie des populations, qui sans inspection efficace et rigoureuse est livré à la merci de MEG de qualité douteuse.
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>	<p>La réforme du système de santé au niveau intermédiaire n'a pas encore incorporé l'inspection. Là où les DPS sont mises en place, le 4^{ème} métier (inspection) n'est pas encore opérationnel. Dans la réforme les PID tels qu'ils sont nommés maintenant, doivent intégrer les DPS, mais par une procédure de sélection ouverte. Il y a donc une situation sur terrain où le métier inspection, qui devrait être organisé par les nouvelles provinces, dépend toujours du niveau national mais qui a trop peu de lien avec le niveau provincial. En plus la réforme ne garantit pas l'autonomie de l'inspection. Il faut donc avancer vers une structure qui se trouverait en dehors de l'opérationnel. Tant que ceci n'est pas instauré il est quasiment certain qu'il n'y aura pas des avancées significatives dans la régulation du marché.</p> <p>Une conséquence immédiate de ce manque de cadre juridique approprié est la discussion très sensible sur le prix de vente des MEG. Le secteur public (ZS, même certaines CDR) défend le fait d'aller acheter des MEG dans le secteur privé (avec des fonds publics) parce que les prix des MEG achetés par le canal de la FEDECAME sont plus chers que les prix appliqués par le privé. Il y a même le phénomène que des fabricants locaux envoient des délégués commerciaux vendre directement en détail dans les ZS des MEG à moindre coût que ces mêmes MEG sont proposées à la FEDECAME qui place une commande annuelle en gros. Aussi, ces mêmes MEG sont proposés dans les dépôts grossistes de ces fabricants à l'intérieur du pays à un moindre coût que proposés à la FEDECAME à Kinshasa. Jusque là aucune action a été menée par l'inspection pour analyser si il s'agit de la même qualité de MEG dans les 2 cas. Tant qu'il n'y aura pas de laboratoires de contrôles qualité qui analysent systématiquement ces cas, la discussion sur le prix des MEG restera une discussion subjective, puisque on ne sait pas si on compare les mêmes qualités liés aux différents prix.</p> <p>Ceci mène au manque de sous financement et sous équipement énorme dans le secteur de l'inspection et contrôle qualité. L'étude menée en 2012 sur l'état de lieux des 4 labos agréés par le MSP en matière de contrôle qualité MEG a démontré que seulement 2 sur 4 disposent d'un équipement HPLC.</p>
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>	

2.10.2 Exécution budgétaire

Budget	:	559.000 euro
Dépenses 2012	:	125.415 euro
Exécution au 31/12/2012	:	202.459 euro
Taux d'exécution	:	36%

(Voir 5.4 pour plus de détails)

Activités menées en 2012

Activité	Période
Achat minilabs	
Formation de 5 inspecteurs de la DPM par les inspecteurs de AFMPS dans l'inspection pharmaceutique des grossistes et officines	
Participation du Directeur à la XXX Pharmagora à Paris	
Participation par le Directeur à la mission économique du secteur santé à Bruxelles, organisée par l'Ambassade de Belgique	
Participation au séminaire Inter-CDR organisée par la FEDECAME à Kikwit	
Participation du Directeur à la 10 ^{ème} conférence CMED à Bruxelles, organisée par le Conseil de l'Europe	
Financement et participation à l'atelier de pré qualification couples produits fournisseurs à Kimpese , organisé par la FEDECAME	
Financement et participation à la formation QUAMED	
Appui au fonctionnement (primes, carburant, maintenance matériel roulant, fournitures, communication, internet, etc.)	

2.10.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficienc e	B
Efficacit é	B
Durabilit é	C

3 Thèmes transversaux

3.1 Genre

En soi le projet ne tient pas compte tel quel du thème genre dans son intervention. Mais il est quand même important de noter que 2 des 3 CDR appuyées par le projet sont dirigées par des femmes et obtiennent des meilleurs résultats que la troisième CDR. Une des grandes capacités des 2 directrices est d'inspirer confiance aux bailleurs et de développer une approche axée sur le client. Mais il se peut que c'est un hasard que les 2 meilleures performances sont obtenues par des femmes à la direction. Par contre un problème rencontré dans la mise en œuvre et qui touche vraiment l'aspect genre est l'affiliation à la mutuelle MUSABO dans les ZS Bwamanda et Boto. L'affiliation est familiale, ce qui veut dire que c'est le père de famille qui doit souscrire et faire affilier toute sa famille pour éviter des affiliations adverses (en affiliant seulement ceux qui sont malades ou ont un grand risque de tomber malade). Or au Nord Equateur il y a beaucoup d'hommes polygames, qui au moment de l'affiliation refusent d'affilier toutes leurs femmes et enfants. Ces femmes, qui souvent ont quelques fonds, puisque ce sont-elles qui travaillent sur les champs (et font vivre leur mari), veulent payer pour elles-mêmes et leurs enfants, mais ne sont pas autorisées, ni par le mari, ni par le système qui veut qu'une seule personne soit chef de famille. On a essayé de négocier avec les responsables de la mutuelle pour trouver des solutions à cette situation inéquitable, mais jusque là sans succès. Une petite étude officieuse parmi les gardes malades à l'HGR de Bwamanda a démontré que les nouveaux cas non mutualisés sont souvent des femmes et des enfants de maris polygames et qu'ils ont donc moins d'accès financier aux soins et donc aux MEG qui font partie des soins intégrés.

3.2 Environnement

Les PIP et PID qui font un effort de retirer des MEG impropres à la consommation sont butés au problème de la destruction de ces MEG. La CDR paie 10% de la valeur des médicaments périmés, détruits par l'inspection, afin de permettre de rouler en voiture vers un lieu isolé, payer la main d'œuvre pour creuser un trou, acheter du carburant pour incendier le tout. Mais le secteur privé refuse de payer, ce qui met déjà un frein sur l'inspection à retirer des produits (si il n'a pas la possibilité de louer un engin pour le transport des produits retirés). Même au cas où les produits sont retirés du secteur privé, souvent les fonds manquent pour la destruction physique, qui sont alors stockés dans un endroit quelconque. Il n'y a aucun suivi de ce qui se passe avec ces MEG, mais le risque qu'ils

rentrent dans le circuit de vente est grand.
Il est clair que dans les conditions actuelles du pays la destruction physique est la meilleure solution, mais cela se fait sans respect pour les normes écologistes déjà en vigueur au Nord. Un prochain projet devrait tenir compte de cet aspect et voir comment financer d'une façon « la plus verte » que possible la destruction des MEG.

Un autre problème lié à l'environnement est la grande consommation de carburant par les CDR pour faire fonctionner les groupes électrogènes, maintenant la température des dépôts en-dessous de 25°. Par exemple la CDR CAMENE consomme au moins 60 litres de gasoil par jour ou 21.900 litres (110 fûts) par année. Ajoutons à ceci le fait que ce carburant doit venir de Kinshasa, par bateau (sur 1.000 kilomètres), après transporté encore 200 km par route par camion, et on voit que c'est une priorité de trouver des solutions vertes à ce problème. Une piste de solution en ce moment est de commencer à mieux isoler les dépôts et de réorienter le budget prévu pour les constructions et réhabilitations dans ce sens.

3.3 Autre

Dans le cadre de l'autofinancement des CDR et ZS, il serait intéressant de définir des microprojets d'AGR et puis trouver des financements pour l'investissement initial.

4 Pilotage et apprentissage

4.1 Plan d'action

Dans le suivi des actions principales liés aux résultats des outputs (chapitre 2.3.) on a déjà référé à beaucoup d'actions importantes en cours que nous n'allons pas reprendre ci-dessous. Par contre on préfère rapporter ici quelques actions clé par output qui sont une réponse aux difficultés rencontrées.

Plan d'action	Source	Acteur	Date limite
<i>Description de l'action/la décision à prendre.</i>	<i>Le sous-chapitre auquel l'action/la décision se réfère (p. ex., 2.4)</i>	<i>Le responsable de la prise de décision/action</i>	<i>p. ex., Q1, Q2, Q3 ou Q4 de l'année N+1</i>
Mener une mission de suivi et d'évaluation de la CDR CAAMEBO	2.3.1.	PNAM	Q1/2013
Isoler les dépôts à Bwamanda et Karawa	2.3.2.	Projet	Q4/2012
Mener une mission de suivi et d'évaluation de la CDR CAMEBASU	2.3.3.	PNAM	Q2/2012
Comparer la composition du prix de vente du panier de MEG d'un CS d'une ZS à Matadi, Gemena et Kikwit en provenance de la CDR contre en provenance du marché privé (grossiste et détail)	2.3.4.	DPM	Q4/2013
Former les PIP et PID dans l'inspection selon les fiches et procédures validées	2.3.5.	DPM	Q1/2012
Faciliter la construction d'un dépôt selon les normes pour la FEDECAME, contenant un stock stratégique de produits de grande rotation	2.3.6.	Projet	Q4/2013
Documenter les 45 étapes et 5 indicateurs du modèle de suivi de gestion des ME (procédures et outils de gestion)	2.3.7.	PNAM	Q3/2013
Mener une étude des produits sous-standards en collaboration avec l'AFMPS, QUAMED, les universités de Liège et de Gand et l'UNIKIN	2.3.8.	DPM	Q4/2013

4.2 Enseignements tirés

Enseignements tirés	Public cible

<p>Les Centres de Santé peuvent s'autofinancer à 100% (salaires, MEG, fonctionnement) et donc reconstituer leur capital médicament, avec un tarif forfaitaire accessible à la population, après une ouverture d'une ligne de crédit de 5.000 USD à la CDR à condition que les RUMER soient mis en place et bien utilisées, que le compte d'exploitation soit élaboré mensuellement et que l'ECZS soit accompagné de près par les EPP du métier 1 et 2 de la DPS.</p>	<p>ECZS, DPS, PNAM</p>
<p>Une mutuelle de santé (ou autre forme d'assurance maladie) avec 90.000 affiliés, payant 1,5USD/an pour l'affiliation et un ticket modérateur de 20% d'un tarif forfaitaire accessible à la population au moment des soins, peut assurer la pérennisation du capital médicament de l'HGR à condition que les fonds pour les soins à rembourser à l'HGR sont virés en direct sur le compte médicament de l'HGR à la CDR</p>	<p>Mutuelle, ECZS, CDR, DPS, PNPMS</p>
<p>La disponibilité continue des MEG à l'HGR influence d'une façon positive l'affiliation à la mutuelle.</p>	<p>ECZS, DPS, CDR, PNMPS</p>
<p>Le modèle de suivi de gestion des MEG conçu comme un processus de 45 étapes à franchir permet aux projets ou aux ECZS, DPS et PNAM de personnaliser les interventions dans les ZS et utiliser les fonds d'une manière plus efficace.</p>	<p>ECZS, DPS, PNAM, PTF</p>

5 Annexes

5.1 Cadre logique d'origine

Inclure le cadre logique d'origine

5.2 Cadre logique mis à jour

Inclure le cadre logique mis à jour s'il a changé au cours des 12 derniers mois ou si le présent rapport des résultats propose un nouveau cadre logique mis à jour.

5.3 Aperçu des MoRe Results

Résultats ou indicateurs du cadre logique modifiés au cours des 12 derniers mois ?	Le projet a reformulé certains indicateurs du cadre logique et en a ajouté après analyse et discussion du DTF dans des ateliers avec les parties prenantes. Ces ateliers ont donné un consensus sur les indicateurs à suivre par acteur du SNAME et ont permis d'établir une base line pragmatique (donc pas par une étude formelle, mais par des ateliers de validation)
Rapport de <i>Baseline</i> enregistré dans PIT ?	Non
Planning de l'EMP	
Planning de l'évaluation finale	
Missions de backstopping depuis le 01/01/2012	0

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

Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of RDC1015111												
Project Title :		Phase de pérennisation des acquis du projet d'appui aux centrales de distribution régionales de médicaments essentiels génériques en RDC										
Budget Version :		C04 Year to month : 31/12/2012										
Currency :		EUR										
YFM :		Report includes all closed transactions until the end date of the closed closing										
			2012									
Status	Fin Mode	Amount	2011	Q1	Q2	Q3	Q4	Total	Total Exp.	Balance	% Exec	
A OBJECTIF SPÉCIFIQUE :		4.703.290,00	365.025,73	95.975,40	115.839,42	243.088,24	572.705,79	1.017.409,85	1.372.435,60	3.330.854,40	29%	
01 Résultat 1 : la CDR de		562.000,00	27.483,04	11.635,96	3.013,51	3.517,91	66.897,70	87.116,08	114.599,12	447.400,88	20%	
01 Réhabilitation et		REGIE	332.000,00	28.400,00	362,00	1.282,87	1.925,15	3.550,02	29.950,02	302.049,98	8%	
02 Lignes de crédit aux ZS non		REGIE	210.000,00	0,00			66.897,70	66.897,70	66.897,70	141.102,30	33%	
03 Dotation en moyens		REGIE	20.000,00	1.083,04	11.324,56	1.750,64	1.692,78	14.698,38	15.751,40	4.248,60	78%	
02 Résultat 2 : la CDR de		987.800,00	32.821,12	319,27	4.423,89	231.433,71	236.176,85	268.997,88	718.802,02	27%		
01 Réhabilitation et		REGIE	777.600,00	4.531,75	319,27	2.221,66	35.892,05	38.433,17	43.964,93	733.635,07	6%	
02 Lignes de crédit aux ZS non		REGIE	120.000,00	0,00			185.521,40	185.521,40	185.521,40	-65.521,40	165%	
03 Dotation en moyens		REGIF	90.200,00	28.289,36	0,00	2.202,03	9.020,26	11.222,28	39.611,65	50.688,35	44%	
03 Résultat 3 : la CDR de Kikwit		429.113,00	1.649,10	0,00	2.155,53	143.569,45	146.724,58	147.374,08	281.738,62	34%		
01 Réhabilitation et		REGIE	93.113,00	1.649,10		2.155,53	35.677,93	37.833,48	39.482,56	53.630,44	42%	
02 Lignes de crédit aux ZS non		REGIE	280.000,00	0,00			107.891,52	107.891,52	107.891,52	172.108,46	38%	
03 Dotation en moyens		REGIE	56.000,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	56.000,00	0%	
04 Résultat 4 : Appui commun		341.000,00	71.426,87	22.115,58	8.129,58	32.745,91	31.518,60	94.510,67	165.936,35	175.063,65	48%	
01 Missions CT d'un AT Juriste		REGIE	0,00	0,00					0,00	0,00	2%	
02 Mission d'un économiste CT		REGIE	75.500,00	25.515,21	3.279,72	6.469,24	6.080,85	16.585,82	32.585,84	61.880,85	81%	
03 Mission d'un spécialiste des		REGIE	21.500,00	5.262,13	275,65			275,65	6.539,08	15.000,92	26%	
04 Subventions de		REGIE	0,00	0,00	0,00			0,00	0,00	0,00	2%	
		REGIE	5.700.000,00	453.336,60	164.082,34	164.962,38	292.510,13	642.979,48	1.254.534,53	1.707.354,59	3.992.645,41	30,00
		COGEST										
		TOTAL	5.700.000,00	453.336,60	164.082,34	164.962,38	292.510,13	642.979,48	1.254.534,53	1.707.354,59	3.992.645,41	30,00



Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of RDC1015111 - Report includes all closed transactions until the end date of the closed closing

Page 1

Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of RDC1015111

Project Title : **Phase de pérennisation des acquis du projet d'appui aux centrales de distribution régionales de médicaments essentiels génériques en RDC**

Budget Version : **C04** Year to month : 31/12/2012

Currency : **EUR**

YTM : **Report includes all closed transactions until the end date of the closed closing**

Status	Fin Mode	Amount	2011	2012				Total	Total Exp.	Balance	% Exec
				Q1	Q2	Q3	Q4				
05 Subventions de	REGIE	57.000,00	11.220,97	1.207,73	715,86	12.429,32	6.040,20	16.401,19	30.622,16	26.377,84	54%
06 Subventions de	REGIE	81.000,00	18.154,62		477,24	11.054,60	2.737,65	16.069,39	31.224,01	49.775,99	36%
07 Subventions de	REGIE	81.000,00	9.272,74	17.351,18	477,24	2.401,14	4.351,79	24.581,36	33.854,10	47.145,80	42%
08 Subventions de	REGIE	24.000,00	0,00				2.818,15	2.818,15	2.818,15	21.183,85	12%
05 Résultat 5 : les capacités		363.300,00	41.054,51	4.944,33	24.783,38	46.317,66	9.119,43	85.167,80	126.232,32	237.067,68	36%
01 Equipements PID	REGIE	80.400,00	32.429,09			11.936,00		11.866,30	44.385,09	36.014,51	55%
02 Subvention du	REGIE	255.900,00	8.835,42	4.944,33	12.714,23	46.317,66	9.119,43	73.895,66	81.731,08	174.168,92	32%
03 Subvention fonctionnement	REGIE	23.000,00	0,00		116,15			116,15	116,15	22.883,85	1%
04 Appui spécifique dans bas	REGIE	4.000,00	0,00						0,00	4.000,00	0%
06 Résultat 6 : Les structures		926.610,00	55.398,69	11.724,44	24.936,64	31.949,13	21.324,16	89.984,36	145.383,25	781.226,75	16%
01 Equipements BCAF et SEP	REGIE	188.500,00	23.928,34						23.928,34	164.571,66	13%
02 Dotation d'un Fonds de	REGIE	400.000,00	0,00		64,68	108,84		173,52	173,52	398.826,48	0%
03 Dotation en moyens	REGIE	285.210,00	21.470,56	11.724,44	21.897,32	16.332,69	20.125,47	69.880,22	91.360,77	193.859,23	32%
04 Mission d'exploration autres	REGIE	14.500,00	0,00		3.224,64	4.592,44	1.077,10	8.894,19	8.894,19	5.605,81	61%
05 Audits de fournisseurs	REGIE	8.400,00	0,00			0,00		0,00	0,00	8.400,00	0%
06 Activités de communication	REGIE	0,00	0,00				0,00	0,00	0,00	0,00	0%
07 Réunions annuelles	REGIE	32.000,00	10.000,00			10.814,86	121,57	11.036,43	21.036,43	10.963,57	66%
07 Résultat 7 : le SNAME est		534.487,00	46.137,21	27.216,32	36.336,31	67.027,20	32.408,37	151.991,60	200.129,12	334.337,68	37%
	REGIE	5.700.000,00	453.336,60	154.082,34	164.982,38	292.510,13	642.979,48	1.264.534,33	1.707.354,59	3.992.645,41	30,00
	COGEST										
	TOTAL	5.700.000,00	453.336,60	154.082,34	164.982,38	292.510,13	642.979,48	1.264.534,33	1.707.354,59	3.992.645,41	30,00



Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of RDC1015111 - 1/1/2012 to 31/12/2012

page 2

Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of RDC1015111

Project Title : **Phase de pérennisation des acquis du projet d'appui aux centrales de distribution régionales de médicaments essentiels génériques en RDC**

Budget Version : **C04** Year to month : 31/12/2012

Currency : **EUR**

YTM : **Report includes all closed transactions until the end date of the closed closing**

	Status	Fin Mode	Amount	2012					Total	Total Exp.	Balance	% Exec
				2011	Q1	Q2	Q3	Q4				
01 Equipements du PNAM		REGIE	93.267,00	0,00		222,69	7.716,98		7.939,67	7.939,67	85.328,33	0%
02 Subvention fonctionnement		REGIE	194.700,00	41.976,74	18.699,66	17.098,45	19.668,76	23.213,52	76.675,50	118.551,24	76.145,76	61%
03 Atelier pour redéfinir les		REGIE	4.000,00	0,00						0,00	4.000,00	0%
04 Diffusion des fiches de		REGIE	15.000,00	0,00						0,00	15.000,00	0%
05 Sensibilisation des		REGIE	112.500,00	0,00	10.128,77	11.975,70	22.952,44	8.776,62	53.833,54	53.833,54	58.668,46	48%
06 Appui au suivi et évaluation		REGIE	25.000,00	6.161,47	407,69	6.130,27	6.490,33	416,82	13.447,02	19.808,49	5.391,51	78%
07 AT pour appui à la gestion		REGIE	90.000,00	0,00			200,00		200,00	200,00	89.800,00	0%
08 Résultat 8 : la DPM (D3) a			559.000,00	77.046,18	8.786,76	18.056,73	64.951,01	34.433,69	126.737,20	203.783,38	355.216,62	36%
01 Equipements de la DPM		REGIE	90.267,00	63.746,14		1.262,87	22.011,34	3.101,57	28.375,78	90.120,92	146,08	100%
02 Subvention fonctionnement		REGIE	178.233,00	1.824,54	8.001,76	3.404,37	32.045,07	20.852,47	64.103,67	65.928,21	112.304,79	37%
03 Frais de formation de la		REGIE	67.000,00	11.478,51	285,00	14.398,49	872,53	1.890,13	17.248,16	28.722,66	28.277,54	50%
04 Subvention fonctionnement		REGIE	12.000,00	0,00				214,26	214,26	214,26	11.785,72	2%
05 Subvention fonctionnement		REGIE	4.000,00	0,00						0,00	4.000,00	0%
06 Contribution Quamed		REGIE	30.000,00	0,00			10.022,07	8.776,24	18.797,31	18.797,31	11.202,69	63%
07 Contrôles de médicaments		REGIE	187.500,00	0,00						0,00	187.500,00	0%
X Réserve budgétaire (MAX)			150.640,00	0,00						0,00	150.640,00	0%
01 Réserve budgétaire			150.640,00	0,00						0,00	150.640,00	0%
01 Réserve budgétaire REGIE		REGIE	150.640,00	0,00						0,00	150.640,00	0%
		REGIE	5.700.000,00	453.338,60	154.082,34	164.962,38	292.510,13	642.979,48	1.254.534,33	1.707.354,59	3.992.645,41	30,00
		COGEST										
		TOTAL	5.700.000,00	453.338,60	154.082,34	164.962,38	292.510,13	642.979,48	1.254.534,33	1.707.354,59	3.992.645,41	30,00

Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of RDC1015111 - Phase de pérennisation des acquis du projet d'appui aux centrales de distribution régionales de médicaments essentiels génériques en RDC

page 3

Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of RDC1015111

Project Title : **Phase de pérennisation des acquis du projet d'appui aux centrales de distribution régionales de médicaments essentiels génériques en RDC**

Budget Version : **C04** Year to month : 31/12/2012

Currency : **EUR**

YIM : **Report includes all closed transactions until the end date of the closed closing**

Status	Fin Mode	Amount	2011	2012				Total	Total Exp.	Balance	% Exec	
				Q1	Q2	Q3	Q4					
Z MOYENS GÉNÉRAUX		846.070,00	98.310,87	56.105,94	49.322,98	49.421,89	73.273,69	237.124,48	334.918,99	511.181,01	40%	
01 Frais de personnel		678.200,00	69.816,02	51.912,38	41.311,32	41.356,52	52.388,71	186.869,53	256.785,55	419.414,45	38%	
	01 Assistance technique	REGIE	627.000,00	54.815,70	45.286,45	35.166,59	34.185,58	41.332,04	155.900,34	210.595,34	410.403,86	34%
	02 Frais du personnel national	REGIE	49.200,00	15.000,32	6.625,93	6.145,33	7.163,06	11.056,67	30.988,99	46.189,21	3.010,79	34%
02 Investissements		13.000,00	23.223,48	750,05	192,05	419,23		1.362,18	24.575,81	-11.675,61	189%	
	01 Matériel roulant	REGIE	0,00	10.999,80					10.999,80	-10.999,80	0%	
	02 Equipement bureau	REGIE	10.000,00	64,46	631,53	108,78		738,29	802,74	9.197,26	8%	
	03 Installation du bureau UGC	REGIE	0,00	4.064,18	119,32	75,29		194,81	4.268,79	-4.268,79	0%	
	04 Equipement IT	REGIE	3.000,00	95,05			419,23		419,23	614,28	2.485,72	17%
03 Frais de fonctionnement		96.870,00	5.450,15	12.975,14	5.535,28	7.846,14	17.864,99	44.041,55	49.531,71	47.338,29	51%	
	01 Fournitures bureau UGC	REGIE	30.000,00	207,39	741,17	149,08	393,03	381,00	1.664,73	1.872,09	28.127,91	6%
	02 Frais de fonctionnement	REGIE	9.000,00	2.304,60	3.160,66	1.277,89	2.330,61	1.471,32	8.241,07	10.645,97	-1.545,97	117%
	03 Missions Chef Projet	REGIE	7.000,00	0,00	1.492,31	2.447,68	2.102,68	1.716,02	7.769,29	7.769,29	-769,29	111%
	04 Frais de communication	REGIE	20.870,00	309,63	5.713,39	22,94	331,68	11.687,85	17.066,05	17.965,89	2.904,11	38%
	05 Frais bancaires	REGIE	30.000,00	2.868,08	1.987,32	1.637,50	2.487,29	2.725,30	8.720,41	11.388,47	18.611,53	39%
04 Audit et Suivi et Evaluation		60.000,00	0,00	2.467,57	2.293,70			4.761,27	4.761,27	55.238,73	8%	
	01 Mission d'évaluation à mi-	REGIE	20.000,00	0,00					0,00	20.000,00	0%	
	02 Etude baseline	REGIE	10.000,00	0,00	2.467,57	2.293,70			4.761,27	4.761,27	5.238,73	48%
	REGIE	5.700.000,00	453.336,60	154.082,34	164.962,38	292.510,13	642.979,48	1.254.534,33	1.707.354,59	3.992.645,41	30,00	
	COGEST											
	TOTAL	5.700.000,00	453.336,60	154.082,34	164.962,38	292.510,13	642.979,48	1.254.534,33	1.707.354,59	3.992.645,41	30,00	



Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of RDC1015111 (1) Period: 31/12/2012

Page: 4

Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of RDC1015111

Project Title: Phase de pérennisation des acquis du projet d'appui aux centrales de distribution régionales de médicaments essentiels génériques en RDC
Budget Version: C04
Currency: EUR
YIM: Report includes all closed transactions until the end date of the closed closing

Year to month : 31/12/2012

Status	Fin Mode	Amount	2012					Total	Total Exp.	Balance	% Exec
			2011	Q1	Q2	Q3	Q4				
03 Audit et évaluation finale	REGIE	30.000,00	0,00	0,00				0,00	0,00	30.000,00	0%
99 Conversion rate adjustment		0,00	-218,76						-735,15	735,15	7%
58 Conversion rate adjustment	REGIE	0,00	-218,76						-735,15	735,15	7%

REGIE	6.700.000,00	453.336,60	154.082,34	164.982,38	292.510,13	642.979,48	1.264.534,33	1.707.354,59	3.992.645,41	30,00
COGEST										
TOTAL	6.700.000,00	453.336,60	154.082,34	164.982,38	292.510,13	642.979,48	1.264.534,33	1.707.354,59	3.992.645,41	30,00



Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of RDC1015111 Printed on 30/03/2013

page: 5

Remarque :

Il ya des imputations budgétaires faites par HQ que le projet a demandé à plusieurs reprises de modifier (par ex la décision de la SMCL de démarrage d'allouer le budget de la voiture de l'AT au PNAM pour acheter une voiture pour le PNAM, tandis que l'AT continue à rouler avec la voiture du projet CDR1). Ceci a diminué le budget de la ligne Z et augmenté le budget de l'activité 7, mais la dépense (nouvelle voiture) est toujours imputé sur Z. Le document en annexe ne reflète donc pas la réalité complète.

5.5 Décisions prises par la SMCL et suivi

Décision à prendre					Action		Suivi		
Décision à prendre	Période d'identification	Timing	Source	Acteur	Action(s)	Resp.	Date limite	État d'avancement	Statut
Réorienter le budget prévu pour l'installation du bureau de l'UGC vers une réhabilitation du bâtiment du PNAM	SMCL/20120215					Projet		Négociation avec MAF du projet pour recruter un bureau d'études par appel d'offre pour dessiner le plan, établir le cahier de charges pour la sélection d'un entrepreneur et le suivi des travaux. Ceci faute de support aux constructions de la part de la Représentation, après le départ de l'architecte Alain Vandenbrande.	
Remettre en état la jeep de la CDR CAAMEBO obtenu du projet CDR1 (coût estimé 9.000 USD), puis la remettre à la CAAMEKI, qui paie mensuellement 1/12 de la valeur estimée de vente à la CDR CAAMEBO	SMCL/20121102					Projet		Jeep en cours de réparation	
Virer le montant nécessaire pour payer les commandes fournisseurs de la CDR CAAMEBO sur le Compte médicament de la FEDECAME à partir des fonds Destinés pour les lignes de crédit des ZS	SMCL/20121102					Projet		Exécuté le 28/12/2012	
Utiliser une partie des fonds pour l'extension du dépôt de Bwamanda pour réhabiliter le dépôt relais à Karawa	SMCL/20121102					Projet		Négociation avec MAF du projet pour recruter un bureau d'études par appel d'offre pour dessiner le plan, établir le cahier de charges pour la	

Décision à prendre					Action			Suivi	
Décision à prendre	Période d'identification	Timing	Source	Acteur	Action(s)	Resp.	Date limite	État d'avancement	Statut
								sélection d'un entrepreneur et le suivi des travaux. Ceci faute de support aux constructions de la part de la Représentation, après le départ de l'architecte Alain Vandenbrande.	
Virer le montant nécessaire pour payer les commandes fournisseurs de la CDR CAMENE sur le Compte médicament de la FEDECAME à partir des fonds Destinés pour les lignes de crédit des ZS	SMCL/20121102					Projet		Exécuté le 28/12/2012	
Envoyer le pharmacien, prévu pour le dépôt de Gbadolite, à Karawa pour y démarrer le dépôt relais	SMCL/20121102					CDR CAMENE		Prévu pour Q1/2013	
Utiliser les FdR prévu pour le dépôt relais a Idiofa pour réhabiliter le dépôt diocésain	SMCL/20121102					Projet		Négociation avec MAF du projet pour recruter un bureau d'études par appel d'offre pour dessiner le plan, établir le cahier de charges pour la sélection d'un entrepreneur et le suivi des travaux. Ceci faute de support aux constructions de la part de la Représentation, après le départ de l'architecte Alain Vandenbrande.	
Virer le montant nécessaire pour payer les commandes fournisseurs de la CDR CAMENE sur le Compte médicament de la FEDECAME à partir des fonds Destinés pour les lignes de crédit des ZS	SMCL/20121102					Projet		Exécuté le 28/12/2012	
Acheter des motos pour les PID Lukaya et Kwilu, du matériel	SMCL/20121102					Projet		Demandes d'achat élaborées, Appui prévu pour PID Lukaya et Kwilu	

Décision à prendre					Action		Suivi		
Décision à prendre	Période d'identification	Timing	Source	Acteur	Action(s)	Resp.	Date limite	État d'avancement	Statut
informatique pour les PID Lukuya, Kwilu, Nord-Ubangi et prévoir l'appui pour leur fonctionnement								à partir du 11/2012, Nord-Ubangi à partir du Q1/2013	
Utiliser une partie du budget fonctionnement des groupes thématiques médicament pour l'installation d'un local approprié pour le minilab à Mbandaka	SMCL/20121102					Projet		Devis élaboré, négociation avec MAF sur La procédure à suivre pour l'exécution	
Réorienter 100.000 euro du budget prévu pour le FdR FEDECAME pour cofinancer un nouveau dépôt de la FEDECAME à Matadi	SMCL/20121102					Projet		Terrain attribué à la FEDECAME par le Ministre Provincial de la Santé. Négociations en cours avec USAID pour Un cofinancement de la construction	
Acheter un camion pour la FEDECAME	SMCL/20121102					Projet		Spécifications techniques élaborées. négociation avec MAF qui lancera le marché public après l'arrêt de la consultance FED travaillant pour le secteur Santé.	
Proposer une alternative pour l'AT destiné a l'analyse des données au PNAM et renforcement des capacités aux acteurs du SNAME au cas où le COMPAR n'accepte pas l'agrément demandé pour l'AT	SMCL/20121102					PNAM		Le COMPAR de novembre n'ayant pas accepté l'agrément, une proposition alternative, sera formulée lors de la prochaine SMCL en 2013.	