



CTB



RAPPORT ANNUEL 2011

PROJET CDR2 – RDC1015111

« PHASE DE PERENNISATION DES ACQUIS DU PROJET D'APPUI AUX CENTRALES DE DISTRIBUTION REGIONALES DE MEDICAMENTS ESSENTIELS EN RDC »



ABRÉVIATIONS	3
1 FICHE PROJET	4
2 RÉSUMÉ	5
2.1 APERÇU DE L'INTERVENTION	5
2.2 POINTS SAILLANTS	5
2.3 RISQUES CLE	7
2.4 LEÇONS APPRISSES ET RECOMMANDATIONS CLE	7
3 ANALYSE DE L'INTERVENTION	9
3.1 CONTEXTE	9
3.1.1 <i>Evolution du contexte</i>	9
3.1.2 <i>Ancrage institutionnel</i>	10
3.1.3 <i>Modalités d'exécution</i>	10
3.1.4 <i>Dynamique « Harmo »</i>	10
3.2 OBJECTIF SPECIFIQUE	11
3.2.1 <i>Indicateurs</i>	11
3.2.2 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	11
3.2.3 <i>Risques et hypothèses</i>	12
3.2.4 <i>Critères de qualité</i>	13
3.2.5 <i>Impact potentiel</i>	14
3.2.6 <i>Recommandations</i>	14
3.3 RESULTAT 1, 2, 3	15
3.3.1 <i>Bilan activités</i>	15
3.3.2 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	15
3.3.3 <i>Risques et hypothèses</i>	15
3.3.4 <i>Critères de qualité</i>	16
3.3.5 <i>Exécution budgétaire</i>	17
3.3.6 <i>Recommandations</i>	17
4 THÈMES TRANSVERSAUX	18
4.1 GENRE	18
4.2 ENVIRONNEMENT	18
4.3 VIH/SIDA	18
5 DÉCISIONS PRISES PAR LA SMCL & SUIVI	19
6 LEÇONS APPRISSES	20
7 ANNEXES	21
7.1 RAPPORT "BUDGET VERSUS ACTUELS (Y – M)"	21
7.2 PLANIFICATION OPERATIONNELLE Q1-2011	21

1 Fiche projet

Nom Project	«Phase de pérennisation des acquis du projet d'appui aux Centrales de Distribution Régionales de médicaments essentiels génériques en RDC», CDR2 en sigle
Code Projet	RDC1015111
Zone d'intervention	Bandundu, Bas-Congo et Nord-Equateur
Budget	5.700.000 euro
Personnes clés	<ul style="list-style-type: none"> • Phien Léonard Matamba, directeur du PNAM • Phien Daniel Ngeleka, directeur de la DPM • Mr Jean-Claude Dekka, Secrétaire Général de la FEDECAME • Phien David Dianganzi, PIP du Bas-Congo • Phien Adolphe Tubadi, PIP du Bandundu • Phien Jean-Willy Ngawato, PIP de l'Equateur • Phien Jacques Nlenda, Directeur de la CDR CAAMEBO • Sœur Charlotte Ngwamashani, Directrice de la CDR CAMEBASU • Mme Marie Pele, Directrice de la CDR CAMENE
Instance Partenaire	Ministère de la Santé Publique
Date Convention de mise en œuvre	13/01/2011 – 12/07/2013
Durée (mois)	30 mois
Groupes cibles	Populations du Bandundu, Bas-Congo et Nord Equateur, se faisant soigner dans les FoSa (CS et HGR) des 94 ZS dans la zone d'intervention des 3 CDRs appuyées : 14.800.000 habitants
Objectif Global	La qualité des soins de santé destinés à la population couverte par les Zones de Santé (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.
Objectif Spécifique	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 Centrales de Distribution Régionales (CDR) de Matadi, Bwamanda et Kikwit
Résultats attendus	<p>R1 : La disponibilité des MEG est augmentée dans les ZS et les trois CDRs de Matadi, Kikwit et Bwamanda subviennent entièrement à leurs frais de fonctionnement et l'accroissement du capital en fonds de roulement de la FEDECAME permet un approvisionnement régulier des CDR opérationnelles du pays</p> <p>R2 : La qualité des médicaments est améliorée : la réglementation et la régulation du secteur pharmaceutique connaissent des avancées significatives</p> <p>R3 : L'accessibilité financière des MEG pour les populations est améliorée dans les ZS appuyées</p>

2 Résumé

2.1 Aperçu de l'intervention

Logique d'intervention	Effizienz	Efficacité	Durabilité
Objectif Spécifique	50%	40%	30%
Résultat 1	70%	50%	50%
Résultat 2	30%	30%	10%
Résultat 3	20%	20%	20%

Budget	Dépense par année	Dépenses totales année N (31/12/2011)	Solde budget	Taux d'exécution
5.700.000 euro		453.511 euro	5.246.489 euro	7,9%

2.2 Points saillants

Bien que la convention de mise en œuvre ait été signée le 13/01/2011, le projet n'a pas encore pleinement démarré en 2011, puisqu'on devait attendre l'arrivée sur terrain du chef de projet à recruter. Le processus de recrutement a duré jusqu'au 8/8/2011. Une fois le candidat retenu et l'agrément par le partenaire Congolais signé, il a fallu attendre la fin du préavis du chef de projet recruté chez son employeur précédent. Le chef de projet a commencé à la CTB le 7/11/2011, et est arrivé à Kinshasa le 26/11/2011, après avoir suivi le briefing des ATI au HQ de la CTB à Bruxelles. Comme la période entre le 26/11/2011 et le 31/12/2011 a été caractérisé par les problèmes politiques liés aux élections présidentielles et législatives, le projet n'a pas pu prendre son envol. La réunion de la SMCL de démarrage a été planifiée pour le 30/1/2012, mais suite à des injonctions du Secrétaire Général du MSP, de prévoir au préalable une concertation avec la CAG (nouvelle structure mise en place au MSP pour harmoniser les interventions des partenaires), la SMCL de démarrage a été reportée au 15/2/2012. La période du 26/11/2011 jusqu'à la SMCL de démarrage a donc surtout servi à prendre contact avec toutes les parties prenantes du projet au niveau national, afin de discuter de leur compréhension du DTF et de leurs attentes et problèmes dans la mise en œuvre. Il est donc difficile d'élaborer un rapport annuel du projet, surtout dans l'esprit voulu par l'équipe M&E du HQ de la CTB, qui attend une analyse des étapes à franchir pour obtenir un changement lié à l'objectif, des risques spécifiques et des indicateurs à suivre avec leurs valeurs

base line et fin projet. C'est seulement après avoir tenu des ateliers avec toutes les parties prenantes au premier semestre 2012 (au niveau national, intermédiaire et périphérique) sur les étapes à suivre pour atteindre l'objectif spécifique, les indicateurs à suivre et leur valeur base line qu'on pourra juger correctement de l'efficience, l'efficacité et la durabilité de l'intervention.

Un autre évènement qui a fortement influencé les conditions dans lesquelles le projet CDR2 doit se réaliser est l'incendie de la FEDECAME, survenu le 8/8/2011. En effet, tout le dépôt, les bureaux, la chambre froide et le stock stratégique du BCAF, installés avec des fonds du projet CDR1 ont été détruits, mettant toute l'équipe de la FEDECAME dans la rue. Jusque fin 2011, cette équipe se trouve toujours « provisoirement » dans des bureaux du PNAM dans des conditions inappropriées pour le travail technique et logistique à fournir afin de garantir un approvisionnement régulier et pérenne des MEGs.

Malgré ce retard dans la mise en œuvre effective et les effets néfastes de l'incendie du BCAF, quelques achats ont été effectués et activités menées, sous la gestion du gestionnaire CTB des projets santé, chef de projet intérimaire :

- Achats motos pour PIDs
- Achat matériel informatique pour la DPM, FEDECAME et PIDs
- Achats voitures pour la DPM, FEDECAME et CDR CAAMEBO
- Appui pour le fonctionnement du PNAM, de la FEDECAME, des PIPs, PIDS et CDRs
- Mission économique par Mme Sylviane Ménard et Phien Frank Biayi pour déterminer la situation économique de départ des 3 CDRs et les ZS à appuyer avec l'ouverture d'une ligne de crédit (du 11/3 au 13/4/2011)
- Mission de consultance de l'AFPMS pour élaborer une feuille de route avec la DPM des priorités à lancer dans le cadre de l'assurance qualité des MEGs (3/2011)
- Tenue de l'inter-CDR à Kisangani (du 15/8 au 18/8/2011)
- Autonomisation de la CDR CAMENE (devenue asbl le 14/6/2011)
- Mise en place d'un système de suivi de lignes de crédit multi-bailleurs pour 13 ZS à la CDR CAMENE
- Signature de conventions entre la CDR CAMENE et les ZS clientes bénéficiant d'une ligne de crédit
- Conclusion d'un contrat d'appui en médicaments aux ZS du Sud Ubangi et Nord Ubangi entre la CDR CAMENE et l'UNICEF

2.3 Risques clé

- La durée de la mise en œuvre du projet insuffisante pour atteindre les résultats attendus.
- La cellule des marchés publics à la représentation de la CTB à Kinshasa déstabilisée par des mouvements du personnel (expat et local) ne permettant pas le lancement et le suivi des 16 marchés publics répertoriés dans le projet (surtout les réhabilitations)
- La non-appropriation du MSP à tous les niveaux (national, intermédiaire et périphérique) du SNAME ralentissant le processus de reconstitution du capital médicaments dans les ZS et donc l'auto-viabilité financière des CDRs
- La non-régulation du secteur pharmaceutique avec des produits contrefaits ou de mauvaise qualité à bas prix en circulation qui forment une concurrence déloyale avec les produits de qualité à un prix plus cher

2.4 Leçons apprises et recommandations clé

- Vu le temps que prend le processus de recrutement d'un CP (de février 2011 à mai 2011) et puis la procédure d'agrément (de mai 2011 à août 2011), il faudrait en tenir compte dans la convention de mise en œuvre. La période de mise en œuvre devrait être prolongée d'autant de mois qu'a durée la procédure de recrutement (10 mois).
- Le projet a été formulé dans l'hypothèse d'une continuation de la coopération bilatérale dans le secteur santé pendant encore 10 ans. Or au moment de l'arrivée du CP il ne restent que 19 mois pour la mise en œuvre, 25 mois pour la clôture du projet. Ceci à cause du retrait de la Belgique du secteur Santé en RDC au 31/12/2013. L'objectif spécifique et les résultats ne peuvent être atteints dans cette courte période, surtout que le MSP est dans une période de réforme qui n'a pas encore aboutie, et qui part d'autres structures et une autre vision pour la gestion des médicaments et l'approvisionnement que formulées dans le DTF. L'effort doit donc être beaucoup plus concentré sur une communication interactive et une harmonisation des vues sur le SNAME que sur l'exécution proprement dite des activités qui en elles seules ne garantissent pas l'atteinte de l'objectif spécifique.
- Tant que les salaires des ECZS et du personnel soignant ne sont pas payés régulièrement par le MSP il sera difficile de canaliser les recettes des ZS vers une reconstitution du capital médicaments, surtout au niveau des HGRs qui ne peuvent pas s'autofinancer à 100%. Dans le meilleur des cas un HGR peut s'autofinancer à 60%,

les 40% restants doivent être trouvés comme subvention du MSP, ou un appui de bailleurs (mais alors ce n'est pas durable) ou par un apport d'une mutuelle de santé (pas de fonds de prévu dans le projet pour des études de faisabilité ou sensibilisation de la population à ce sujet)

- Le premier projet d'appui aux CDRs s'est surtout concentré sur le volet approvisionnement des médicaments par des fournisseurs internationaux. On n'avait pas prévu un accompagnement technique dans la gestion des médicaments des ZS qui sont les clients finaux des CDRs. Pourtant l'auto viabilité financière des CDRs dépend pour la plus grande partie de l'auto viabilité financière des ZS. Le projet CDR2 répond en partie à cet aspect en prévoyant un appui technique aux ZS pour élaborer leurs comptes d'exploitation. Mais la plus grande partie du budget est prévu pour des réhabilitations sans analyser si les conditions de reconstitution du capital médicaments dans les ZS sont réunies. En d'autres termes, nous pensons que l'effort doit être mené à la base : les 3 CDRs doivent couvrir les besoins de 94 ZS, qui toutes devraient être formées dans le calcul des besoins annuels réels en MEGs, la gestion des médicaments et la canalisation des recettes vers la reconstitution du capital MEGs à la CDR. Il y a donc lieu d'analyser si à un certain moment cet appui aux ZS n'apporterait pas plus à l'atteinte de l'OS que les réhabilitations prévues.

3 Analyse de l'intervention

3.1 Contexte

Le projet d'appui aux CDRs se met en œuvre dans le SNAME. De ce fait il doit tenir compte de tous les acteurs dans ce système dans le secteur public (MSP avec ses trois niveaux) et dans le secteur privé à utilité publique (autres CDRs et FEDECAME).

Le SNAME, bien que accepté communément comme le système national des approvisionnements en MEGs, n'est pas formalisé par le MSP d'une façon juridique ou par des conventions entre les acteurs, ce qui laisse la porte grande ouverte à des interprétations ou à des différences de vue à tous les niveaux.

En dehors du SNAME le marché pharmaceutique privé est complètement dérégulé, ce qui renforce les difficultés dans la mise en œuvre.

3.1.1 Evolution du contexte

Au niveau du MSP une réforme est en cours, qui vise à une décentralisation du niveau intermédiaire basé dans les anciennes provinces au profit des districts sanitaires qui suivent la décentralisation administrative prévue dans la constitution. Cette réforme prend plus de temps que prévu créant des ambiguïtés entre les missions des PIPS, PIDs, et les EPPs. Le projet tient compte d'un appui aux PIPS et PIDS, mais aux EPPs, qui dans la réforme seront les personnes clés pour accompagner les ZS dans la gestion du médicament. Il est donc fort probable qu'il faudra modifier l'allocation de la ligne budgétaire consacrée à l'appui du niveau intermédiaire.

Il y a aussi l'installation de la CAG au niveau national, qui vise à harmoniser les interventions des partenaires dans l'appui aux achats médicaments. Comme la CAG n'est pas encore à 100% opérationnelle, il existe beaucoup de zones d'ombres entre la mission du PNAM, du BCAF de la FEDECAME et de la CAG. Il ya même des rumeurs (non confirmés jusque là) que le PNAM en tant que programme national disparaîtrait. Or le projet est ancré dans le PNAM, puisque son directeur est co-gestionnaire, ensemble avec le CP, des activités du projet (la partie finances reste la responsabilité finale du CP, puisque le mode d'exécution du projet est en régie). S'il s'avère que le PNAM disparaisse, ou est obligé à revoir sa mission, toute la mise en place du projet devient caduque (appui au fonctionnement du PNAM, installation des bureaux du projet au PNAM, etc.)

Une certaine opinion au MSP s'est installée contre l'utilisation du secteur privé à utilité publique comme acteur dans le SNAME, ce qui compromet la FEDECAME comme acteur principal de l'approvisionnement.

Décrire le projet CDR2 comme une pérennisation des acquis du premier projet d'appui aux CDRs est donc partir d'une fausse base, car il y a une révision de l'intervention à faire à tous les niveaux, sans garantie que cette révision pourra tenir le pas avec les réformes et les changements de vision au niveau du MSP.

3.1.2 Ancrage institutionnel

Le projet est ancré dans le PNAM, ce qui est très approprié, tant que le PNAM est accepté comme le programme normatif au niveau national en tout ce qui concerne l'approvisionnement en MEGS dans le secteur public. Or il n'est pas clair pour l'instant si le PNAM va survivre la réforme en cours au MSP.

3.1.3 Modalités d'exécution

Le projet est exécuté en régie, ce qui reste très approprié dans l'incertitude institutionnel dans laquelle le projet doit être mise en œuvre. En réalité il y a déjà une co-gestion (avec le Directeur du PNAM qui forem l'UGC avec le CP) sur toutes les activités à mener et sur les réorientations budgétaires à soumettre à la SMCL, mais la gestion des finances proprement dite reste sous l'entière responsabilité du CP.

3.1.4 Dynamique « Harmo »

Le projet appuie pour 100% le SNAME, qui est le système national décidé par le MSP pour l'approvisionnement et distribution des MEGs. Dans le projet CDR2 un grand effort est fait pour analyser chaque activité, chaque dépense dans le respect du SNAME. Comme les différents acteurs dans le SNAME ne connaissent pas bien eux-mêmes les interactions et responsabilités à tous les niveaux, nous pensons que la communication sur le SNAME doit être une activité prioritaire au premier semestre 2012 afin d'harmoniser les vues et de faire marcher tous les rouages dans le sens voulu pour l'atteinte de l'OS.

3.2 Objectif spécifique

3.2.1 Indicateurs

Comme l'étude base line n'a pas encore eu lieu il est difficile de rapporter ici des indicateurs et des valeurs base line au risque d'en définir ici qui ne seront pas acceptés par les parties prenantes lors des ateliers prévus à cet effet.

On a planifié de tenir trois ateliers dans les premiers mois de 2012, après la SMCL de démarrage, un par province, réunissant toutes les parties prenantes (du niveau national, intermédiaire et périphérique dans le secteur public et privé à utilité publique, ainsi que les partenaires d'appui) afin de définir ensemble les étapes à franchir pour atteindre l'OS (vu que le contexte a changé depuis la formulation). Ceci mènera à des indicateurs avec des valeurs base line et des valeurs à atteindre fin du projet, définis par les acteurs mêmes, qui serviront comme contrat de performance pour l'appui au fonctionnement prévu dans le budget du projet.

3.2.2 Analyse des progrès réalisés

Tant que les ateliers base line des parties prenantes n'ont pas eu lieu il est difficile de mesurer le progrès d'une façon objectivement vérifiable.

On peut pourtant rapporter ici l'état de lieu présenté à la revue des projets santé le 1/12/2012, qui résume bien la situation 2011.

No	Résultat à atteindre	Réalisations
A 01.	La CDR de Matadi (CAAMEBO) est économiquement viable et garantit la disponibilité des Médicaments Essentiels Génériques (MEG) de bonne qualité de la Liste Nationale des Médicaments Essentiels (LNME) aux Formations Sanitaires (FoSa) de sa couverture de distribution	<ul style="list-style-type: none"> • Equipement informatique acheté Voir indicateurs du Programme National d'Approvisionnement en Médicaments (PNAM) fin <u>8/2011</u> : <ul style="list-style-type: none"> • Taux d'autofinancement = 1,8 (norme =7,67) • Nombre de ZS clientes sur nombre de ZS à couvrir = 9/18 • Taux de satisfaction client = 90,2% • Chiffre d'Affaires/Charge moyen mensuel = 22.992/14.344 USD
A 02.	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	<ul style="list-style-type: none"> • Moto acheté Voir indicateurs PNAM fin <u>07/2011</u> : <ul style="list-style-type: none"> • Taux d'autofinancement = 2,7 (norme =7,67) • Nombre de ZS clientes sur nombre de ZS à couvrir = 24/39 • Taux de satisfaction client = 91,8% • Chiffre d'Affaires/Charge moyen mensuel = 57.882/21.571 USD
A 03.	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	<ul style="list-style-type: none"> • Equipement informatique acheté Voir indicateurs PNAM fin <u>04/2011</u> : <ul style="list-style-type: none"> • Taux d'autofinancement = 5,2 (norme =7,67) • Nombre de ZS clientes sur nombre de ZS à couvrir = 26/37 • Taux de satisfaction client = 88,4% • Chiffre d'Affaires/Charge moyen mensuel =64.751/12.432 USD

A 04.	Appui commun aux 3 CDRs pour développer leur capacité d'autonomie financière	<ul style="list-style-type: none"> • Mission de démarrage effectuée du 11/03/2011 au 13/04/2011 par Mme Sylviane Ménard, Phien Franck Biayi, Phien Léonard Matamba et Mr Félix Ndongala dans les provinces Equateur (Nord), Bandundu et Bas-Congo • La CDR CAMENE créée en tant que asbl autonome le 14/6/2011 • Subventions de fonctionnement attribuées aux CDRs pour le S2/2011
A 05.	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	<ul style="list-style-type: none"> • Motos achetés • Subventions de fonctionnement attribuées aux (Pharmaciens Inspecteurs Provinciaux) PIPs des 3 provinces pour le S2/2011
A 06.	Les structures centrales de la Fédération des Centrales d'Approvisionnement en Médicaments (FEDECAME) sont renforcées pour rendre des services performants aux CDRs affiliées	<ul style="list-style-type: none"> • Equipement informatique acheté • Subvention de fonctionnement attribuée au Bureau Central d'Achat de la FEDECAME (BCAF) pour le S2/2011 • Subvention de fonctionnement attribuée aux services support pour le S2/2011 • Réunion annuelle inter-CDR tenue à Kisangani du 15/08/2011 au 18/08/2011
A 07.	Le Système National d'Approvisionnement en Médicaments essentiels (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	<ul style="list-style-type: none"> • Subvention de fonctionnement attribuée au PNAM pour le S2/2011 • Mission de suivi et d'évaluation des CDRs à Kisangani, Bunia, Kalemie, Lubumbashi • Participation à l'inter-CDR à Kisangani du 15/08/2011 au 18/08/2011
A 08.	La Direction de la Pharmacie au Ministère de la Santé (DPM ou D3) a fait des avancées significatives en matière de réglementation, d'enregistrement et d'inspection du secteur pharmaceutique privé et public	<ul style="list-style-type: none"> • Equipement informatique acheté • Subvention de fonctionnement attribuée à la DPM pour le S2/2011 • Mission d'exploration tenue par l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé (AFMPS) à Kinshasa en mars 2011 • Réunion de démarrage pour la constitution d'un comité de pilotage tenue à Bruxelles le 24/11/2011 avec la participation de la CTB, AFMPS, Quamed, Université de Liège, AEDS
Z 01.	Moyens généraux	<ul style="list-style-type: none"> • Equipement informatique et voiture acheté • Chef de Projet engagé le 07/11/2011 à la CTB

3.2.3 Risques et hypothèses

Tant que les ateliers base line des parties prenantes n'ont pas eu lieu il est difficile de rapporter les risques liés aux indicateurs objectivement vérifiable à suivre qui seront des mesures dans l'atteinte de l'OS. On peut pourtant rapporter ici les contraintes présentées à la revue des projets santé le 1/12/2012, qui résume bien la situation 2011.

No	Résultat à atteindre	Contraintes
A 01 A 02 A 03	Les CDRs (Matadi, Bwamanda, Kikwit) sont économiquement viables et garantissent la disponibilité des MEG de bonne qualité de la LNME aux Fosa de leur couverture de distribution	<p><u>Pour toutes les CDRs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Marché pharmaceutique non régulé • Fréquentation faible des ZS non appuyées • La difficulté des ZS clientes pour recouvrir à 100% les médicaments consommés par leurs recettes, dû au non subventionnement des frais de fonctionnement (salaires et carburant) des HGRs <p><u>Pour les CDRs de Kikwit et Matadi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Grande concurrence des structures privées <p><u>Pour la CDR de Bwamanda</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La durée et la complexité des marchés publics à lancer pour les constructions et réhabilitations à effectuer à Bwamanda et Gbadolite • La dépendance du groupe électrogène pour assurer la température de stockage indiquée dans le dépôt • La non-disponibilité de l'approvisionnement de tous les produits de la LNME par le BCAF, d'où la nécessité d'achats locaux à Kin avec plus de risques pour la qualité des médicaments acquis
A 04.	Appui commun aux 3 CDRs pour développer leur capacité d'autonomie financière	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau et constitution des facteurs d'autofinancement différents entre les 3CDRs ce qui demande un accompagnement individualisé
A 05.	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	<ul style="list-style-type: none"> • Processus lent de décentralisation des inspections provinciales • Motos déjà achetées brûlées dans l'incendie du BCAF
A 06.	Les structures centrales de la FEDECAME sont renforcées pour rendre des services performants aux CDRs affiliées	<ul style="list-style-type: none"> • Conséquences de l'incendie du BCAF d'où la FEDECAME se retrouve sans bureaux et sans dépôts aménagés.
A 07.	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	<ul style="list-style-type: none"> • Budget du projet seulement prévu pour diffusion des outils au 3 CDRs du projet, tandis que le PNAM normalise le niveau national • Pas de connexion au réseau de la SNEL, ce qui engendre des coûts de fonctionnement démesurés (carburant pour groupe)
A 08.	La DPM (D3) a fait des avancées significatives en matière de réglementation, d'enregistrement et d'inspection du secteur pharmaceutique privé et public	<ul style="list-style-type: none"> • Le retard dans le vote de la loi pharmaceutique permettant de réguler le marché (projet de loi terminé, mais les arrêtés ministériels pour permettre d'avancer, le temps que la loi passe au parlement, manquent aussi)
Z 01.	Moyens généraux	<ul style="list-style-type: none"> • Durée trop limitée du projet pour réaliser encore dans le temps restant les 8 résultats, d'où nécessité de revoir les priorités dans les activités prévues et de réallouer les lignes budgétaires • Etude base-line et SMCL de démarrage de projet retardés à cause du délai dans l'engagement du chef de projet

3.2.4 Critères de qualité

Tant que les ateliers base line des parties prenantes n'ont pas eu lieu il est difficile de rapporter la qualité des risques définis et liés aux indicateurs objectivement vérifiable à suivre qui seront des mesures dans l'atteinte de l'OS.

3.2.5 Impact potentiel

Tant que les ateliers base line des parties prenantes n'ont pas eu lieu il est difficile de rapporter l'impact potentiel des risques définis et liés aux indicateurs objectivement vérifiable à suivre qui seront des mesures dans l'atteinte de l'OS.

3.2.6 Recommandations

Comme le projet implique tellement des acteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé à utilité publique il est impératif de vérifier la compréhension de tous ces acteurs du SNAME et les étapes à franchir pour atteindre IOS dans le temps limité avec le budget disponible. Dès que la SMCL de démarrage (prévue pour le 15/2/2012) aura eu lieu, des ateliers avec toutes les parties prenantes seront organisées afin de définir les indicateurs objectivement vérifiables à tous les niveaux, les étapes (pragmatiques à franchir) et les responsabilités de tous les acteurs dans l'atteinte de l'OS. Ces ateliers présenteront le SNAME et la contribution et l'ancrage du projet CDR dans ce système national (voir annexe 7.6.)

Ce schéma part de la vision que le SNAME ne sera pas performant (et donc l'OS pas atteint) tant qu'on ne part pas des besoins réels des ZS en MEGs pour soigner les populations de leur couverture. Il faudra donc réorienter les moyens du projet CDR2 pour travailler à la base (dans les ZS) pour arriver à canaliser les réquisitions annuelles en MEGs vers les CDRs, validées par le niveau intermédiaire, afin que des commandes réalistes soient placées auprès des fournisseurs, tout en prévoyant des mécanismes de régulation de flux matières entre partenaires d'appui au niveau national. De même les recettes des soins dans les ZS doivent être canalisées vers les CDRs afin de reconstituer le capital médicaments via un suivi des lignes de crédit ouverts en faveur des ZS par le projet même ou par d'autres partenaires d'appui ou par des fonds publics provenant de la population même.

3.3 Résultat 1, 2, 3

Il est difficile de rapporter déjà des résultats, puisque le CP n'est arrivé que le 26/11/2011 sur terrain, en pleines élections présidentielles et législatives avec tout le climat d'instabilité que cela a entraîné jusqu'à la fin de l'année.

Comme le contexte au MSP a fortement évolué, il y lieu de recadrer les activités prévues et de les analyser sur leur pertinence à atteindre l'OS. Pour cela des ateliers des parties prenantes pour chaque zone d'intervention (Bas-Congo, Bandundu et Nord-Equateur) sont prévues après la SMCL de démarrage en février 2012, qui valideront ou amenderont les indicateurs à suivre avec leurs valeur base line et fin projet.

3.3.1 Bilan activités

Voir points 2.2.et 3.2.2.

3.3.2 Analyse des progrès réalisés

Voir point 3.2.2.

3.3.3 Risques et hypothèses

Comme au 31/12/2011, le projet n'avait pas encore eu sa SMCL de démarrage pour accepter la réorientation de l'appui aux certaines activités et interactions entre acteurs du SNAME, on opte ici pour l'évaluation des hypothèses formulées dans le cadre logique du DTF à la fin de l'année 2011.

Risque (décrire)	Probabilité (score)	Incidences potentielles		Niveau de Risque (score)
		Décrire	Score	
Temps restant pour la mise en œuvre du projet -suffisant	50%			
La situation globale du pays permet un assainissement et une régulation du marché	10%			
Les autorités sanitaires sont suffisamment engagées dans le processus, notamment dans la rationalisation et la régulation du circuit d'approvisionnement et la distribution des médicaments	10%			

Le MSP s'engage effectivement dans une coordination des PTF pour que ces derniers s'engagent effectivement les cadres officiels d'approvisionnement et de distribution du pays	60%			
Les salaires des personnels de santé sont régulièrement et suffisamment payés et les recettes servent avant tout le stock des MEGs	30%			
Le gouvernement met effectivement le bâtiment de l'ex-DCMP à la disposition de le FEDECAME	0%			
Le personnel de qualité n'achète plus dans le privé	0%			
La LNME est respectée	40%			
Des circuits parallèles informels ne sont pas concurrentiels sur le niveau des prix	10%			
Le personnel sanitaire est sensible à la problématique de la qualité des MEGs	30%			
Une régulation du marché pharmaceutique sera possible malgré la dérégulation économique globale	10%			
Des pressions économiques ou politiques n'empêchent pas cette régulation	5%			
Le MSP est suffisamment engagé dans ce processus	20%			
Les compétences techniques sont suffisantes et suivent	30%			
La situation économique globale permet aux populations d'acheter des médicaments de qualité	10%			
La régulation du secteur pharmaceutique se fait et les concurrences déloyales n'existent plus	5%			

3.3.4 Critères de qualité

Tant que les ateliers base line des parties prenantes n'ont pas eu lieu il est difficile de rapporter la qualité des risques définis et liés aux indicateurs objectivement vérifiable à suivre qui seront des mesures dans l'atteinte de l'OS.

3.3.5 Exécution budgétaire

Voir annexe 7.3.

3.3.6 Recommandations

Voir point 3.2.6.

4 Thèmes Transversaux

4.1 Genre

Rien à signaler à ce sujet.

4.2 Environnement

Un des grands soucis est la récolte et la destruction des MEGs périmés. L'impression est que ni le MSP, ni les partenaires d'appui ont prévu des fonds pour que la destruction se fasse vite et correctement.

Au cas où la contribution du projet arriverait à faire retirer des MEGs de mauvaise qualité du marché, la question reste toute entière comment les détruire définitivement.

4.3 VIH/SIDA

Les programmes nationaux, comme le PNLIS, continuent à approvisionner les ZS en dehors du SNAME et ne passent donc pas par les CDRs. Un grand effort reste à fournir à ce sujet, car l'utilisation du SNAME, avec le respect des normes de qualité dans le stockage, l'approvisionnement, la distribution et la régulation des flux matières au niveau national, rendrait le circuit des ARVs et médicaments contre les IO et IST plus efficace et transparent.

5 Décisions prises par la SMCL & Suivi

Comme la SMCL de démarrage n'a pas encore eu lieu, nous rapportons ici les propositions qui seront soumises à l'approbation de la SMCL prévue le 15/02/2012.

1. Matériel roulant

Proposition 1:

Le PNAM prend 1 des LandRovers destinées à la DPM

Proposition 2:

La DPM prend la voiture destinée au Chef de Projet

Proposition 3:

Le Chef de Projet utilise la voiture du chef de projet CTB/CDR1

Proposition 4:

Le projet réaménage le budget pour appuyer à 100% l'achat d'une voiture pour la CDR CAMEBASU

Proposition 5:

Le projet réaménage le budget pour prévoir la hausse de prix liée à l'achat de la voiture pour la CDR CAMENE

2. AT-Junior

Proposition 6:

L'appui de l'AT sur terrain, prévu pour la CDR CAMENE, est reorienté vers le niveau national comme appui au SNAME (données PNAM, FEDECAME, PIPs/PIDs, CDRs) au sein du PNAM

3. Appui Juridique

Proposition 7:

L'appui du juriste, prévue pour l'autonomisation de la CDR CAMENE, est reorienté vers le niveau national comme appui juridique pour la FEDECAME

4. Communication

Proposition 8:

L'appui pour les activités de communication sur le SNAME, prévu pour la FEDECAME, est reorienté vers le PNA

5. Primes de Performance

Proposition 9:

Une partie de l'appui, prévu pour le fonctionnement du personnel de la FEDECAME, est réorienté vers le PNAM afin de permettre une harmonisation des primes

6. Bureaux de l'UGC (Unité de Gestion Conjointe)

Proposition 10:

L'appui, prévu dans les frais généraux pour installer les bureaux de l'UGC, est reorienté vers le PNAM comme une réhabilitation (modeste) de son environnement de travail

6 Leçons Apprises

Voir points 2.4. et 3.2.6.

7 Annexes

7.1 Rapport “Budget versus actuels (y – m)”

Fichier PDF séparé

7.2 Planification opérationnelle Q1-2011

1. Niveau National

1.1. DPM

- Sélectionner des labos de contrôle de qualité
- Former 5 formateurs de la DPM en BPD
- Tenir un atelier de réflexion sur le cadre juridique du SNAME

1.2. PNAM

- Revitaliser la Commission de Régulation des Flux matières et financiers
- Tenir un atelier pour revisiter les fonctions du PNAM
- Recruter l’AT pour l’appui à la gestion des données du SNAME
- Imprimer et diffuser les fiches de gestion de médicaments
- Réactualiser les directives PNAM-CDR
- Harmoniser les conventions CDR-ZS
- Etablir un plan de communication sur le SNAME
- Tenir un atelier avec les parties prenantes pour analyser les indicateurs à suivre et leur valeur baseline

1.3. FEDECAME

- Organiser une consultance pharmaceutique pour étendre l’Accord Cadre AOC3 de 15 mois

2. Niveau Intermédiaire

2.1. PIPs/PIDs

- Harmoniser la collecte des données sur la gestion des médicaments et comptes d’exploitations des ZS
- Suivre la formation dans l’utilisation des Minilabs

2.2. CDRs

- Signer les directives PNAM-CDR
- Signer les conventions CDR-ZS
- Ouvrir des Lignes de Crédits pour des ZS non appuyées
- Revitaliser la tenue des tableaux de bord (financier, gestion, évaluation)
- Obtenir une consultance comptable pour un audit interne de la comptabilité et de la gestion des CDRs
- Former les équipes des CDRs dans les nouvelles fonctions du logiciel de gestion APISOFT et le nouveau plan comptable

3. Niveau Périphérique

3.1. Zones de Santé

Sensibiliser les ECZS des ZS bénéficiant d'une ligne de crédit sur la gestion des médicaments et l'élaboration des comptes d'exploitation

Budget vs Actuals (Year to Month) 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: **C03**

Year to month : 31/12/2011

Currency : **EUR**

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

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2010	Expenses 2011	Total	Balance	% Exec
A OBJECTIF SPÉCIFIQUE : L'APPROVISIONNEMENT RÉGULIER			4.703.290,00	0,00	357.352,26	357.352,26	4.345.937,74	8%
01 Résultat 1 : la CDR de Matadi (CAAMEBO) est			562.000,00	0,00	27.483,04	27.483,04	534.516,96	5%
01 Réhabilitation et équipement bâtiments		REGIE	332.000,00	0,00	26.400,00	26.400,00	305.600,00	8%
02 Lignes de crédit aux ZS non appuyées		REGIE	210.000,00	0,00	0,00	0,00	210.000,00	0%
03 Dotation en moyens opérationnels		REGIE	20.000,00	0,00	1.083,04	1.083,04	18.916,96	5%
02 Résultat 2 : la CDR de Bwamanda (CAMENE) est			987.800,00	0,00	5.775,08	5.775,08	982.024,92	1%
01 Réhabilitation et équipement bâtiments		REGIE	707.600,00	0,00	4.531,76	4.531,76	703.068,24	1%
02 Lignes de crédit aux ZS non appuyées		REGIE	190.000,00	0,00	0,00	0,00	190.000,00	0%
03 Dotation en moyens opérationnels		REGIE	90.200,00	0,00	1.243,32	1.243,32	88.956,68	1%
03 Résultat 3 : la CDR de Kikwit (CAMEBASU) est			429.113,00	0,00	28.843,07	28.843,07	400.269,93	7%
01 Réhabilitation et équipement bâtiments		REGIE	93.113,00	0,00	1.649,10	1.649,10	91.463,90	2%
02 Lignes de crédit aux ZS non appuyées		REGIE	280.000,00	0,00	0,00	0,00	280.000,00	0%
03 Dotation en moyens opérationnels		REGIE	56.000,00	0,00	27.193,97	27.193,97	28.806,03	49%
04 Résultat 4 : Appui commun aux 3 CDR pour développer			341.000,00	0,00	71.954,80	71.954,80	269.045,20	21%
01 Missions CT d'un AT Juriste national		REGIE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	??%
02 Mission d'un économiste CT international		REGIE	76.500,00	0,00	28.888,17	28.888,17	47.611,83	38%
03 Mission d'un spécialiste des prix des produits		REGIE	21.500,00	0,00	5.274,90	5.274,90	16.225,10	25%
04 Subventions de fonctionnement conditionnelles et		REGIE	0,00	0,00	37.791,73	37.791,73	-37.791,73	??%
05 Subventions de fonctionnement conditionnelles et		REGIE	81.000,00	0,00	0,00	0,00	81.000,00	0%
06 Subventions de fonctionnement conditionnelles et		REGIE	81.000,00	0,00	0,00	0,00	81.000,00	0%
07 Subventions de fonctionnement conditionnelles et		REGIE	81.000,00	0,00	0,00	0,00	81.000,00	0%
05 Résultat 5 : les capacités des services d'inspection			309.300,00	0,00	40.545,62	40.545,62	268.754,38	13%
		REGIE	5.700.000,00	0,00	453.551,93	453.551,93	5.246.448,07	8%
		COGEST						
		TOTAL	5.700.000,00	0,00	453.551,93	453.551,93	5.246.448,07	8%

Budget vs Actuals (Year to Month) 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: **C03**

Year to month : 31/12/2011

Currency : **EUR**

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

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2010	Expenses 2011	Total	Balance	% Exec
01 Equipements PID		REGIE	48.800,00	0,00	32.459,34	32.459,34	16.340,66	67%
02 Subvention du fonctionnement des PIP et PID		REGIE	226.500,00	0,00	8.086,28	8.086,28	218.413,72	4%
03 Subvention fonctionnement Groupes Thématiques		REGIE	30.000,00	0,00	0,00	0,00	30.000,00	0%
04 Appui spécifique dans bas Congo pour travail sur les		REGIE	4.000,00	0,00	0,00	0,00	4.000,00	0%
06 Résultat 6 : Les structures centrales de la FEDECAME			926.610,00	0,00	55.687,18	55.687,18	870.922,82	6%
01 Equipements BCAF et SEP		REGIE	26.500,00	0,00	23.928,34	23.928,34	2.571,66	90%
02 Dotation d'un Fonds de roulement BCAF (pour achats		REGIE	500.000,00	0,00	0,00	0,00	500.000,00	0%
03 Dotation en moyens opérationnels		REGIE	367.210,00	0,00	21.728,59	21.728,59	345.481,41	6%
04 Mission d'exploration autres fournisseurs par directeur		REGIE	4.500,00	0,00	0,00	0,00	4.500,00	0%
05 Audits de fournisseurs locaux par auditeurs AFMPS		REGIE	8.400,00	0,00	0,00	0,00	8.400,00	0%
06 Activités de communication sur FEDECAME / Province		REGIE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	??%
07 Réunions annuelles interCDR		REGIE	20.000,00	0,00	10.030,25	10.030,25	9.969,75	50%
07 Résultat 7 : le SNAME est mis en œuvre, coordonné et			588.467,00	0,00	49.438,12	49.438,12	539.028,88	8%
01 Equipements du PNAM		REGIE	93.267,00	0,00	0,00	0,00	93.267,00	0%
02 Subvention fonctionnement du PNAM		REGIE	194.700,00	0,00	43.108,45	43.108,45	151.591,55	22%
03 Atelier pour redéfinir les fonctions du PNAM et réviser son		REGIE	4.000,00	0,00	0,00	0,00	4.000,00	0%
04 Diffusion des fiches de gestion et formation dans les 3		REGIE	15.000,00	0,00	0,00	0,00	15.000,00	0%
05 Sensibilisation des personnels de santé et des populations		REGIE	112.500,00	0,00	0,00	0,00	112.500,00	0%
06 Appui au suivi et évaluation des CDR (avec PIP et PID):		REGIE	25.000,00	0,00	6.329,67	6.329,67	18.670,33	25%
07 AT pour appui à la gestion des données du SNAME		REGIE	144.000,00	0,00	0,00	0,00	144.000,00	0%
08 Résultat 8 : la DPM (D3) a fait des avancées significatives			559.000,00	0,00	77.625,35	77.625,35	481.374,65	14%
01 Equipements de la DPM (D3)		REGIE	90.267,00	0,00	63.745,14	63.745,14	26.521,86	71%
		REGIE	5.700.000,00	0,00	453.551,93	453.551,93	5.246.448,07	8%
		COGEST						
		TOTAL	5.700.000,00	0,00	453.551,93	453.551,93	5.246.448,07	8%

Budget vs Actuals (Year to Month) 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: **C03**

Year to month : 31/12/2011

Currency : EUR

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

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2010	Expenses 2011	Total	Balance	% Exec
02 Subvention fonctionnement de la DPM (D3)		REGIE	178.233,00	0,00	2.403,70	2.403,70	175.829,30	1%
03 Frais de formation de la DPM (D3)		REGIE	57.000,00	0,00	11.476,51	11.476,51	45.523,49	20%
04 Subvention fonctionnement Commission Nationale du		REGIE	12.000,00	0,00	0,00	0,00	12.000,00	0%
05 Subvention fonctionnement Comité de Pilotage AFMPS		REGIE	4.000,00	0,00	0,00	0,00	4.000,00	0%
06 Contribution Quamed (Belgique) contrôle de qualité intérim		REGIE	30.000,00	0,00	0,00	0,00	30.000,00	0%
07 Contrôles de médicaments dans un LNCQ : AFMPS/		REGIE	187.500,00	0,00	0,00	0,00	187.500,00	0%
X RÉSERVE BUDGÉTAIRE (MAX 5% * TOTAL ACTIVITÉS)			150.640,00	0,00	0,00	0,00	150.640,00	0%
01 Réserve budgétaire			150.640,00	0,00	0,00	0,00	150.640,00	0%
01 Réserve budgétaire REGIE		REGIE	150.640,00	0,00	0,00	0,00	150.640,00	0%
Z MOYENS GÉNÉRAUX			846.070,00	0,00	96.199,67	96.199,67	749.870,33	11%
01 Frais de personnel			676.200,00	0,00	69.820,02	69.820,02	606.379,98	10%
01 Assistance technique		REGIE	627.000,00	0,00	54.615,70	54.615,70	572.384,30	9%
02 Frais du personnel national de l'UCP		REGIE	49.200,00	0,00	15.204,32	15.204,32	33.995,68	31%
02 Investissements			13.000,00	0,00	23.417,45	23.417,45	-10.417,45	180%
01 Matériel roulant		REGIE	0,00	0,00	18.999,80	18.999,80	-18.999,80	??%
02 Equipement bureau		REGIE	10.000,00	0,00	64,45	64,45	9.935,55	1%
03 Installation du bureau UGC (créer les conditions)		REGIE	0,00	0,00	4.353,20	4.353,20	-4.353,20	??%
04 Equipement IT		REGIE	3.000,00	0,00	0,00	0,00	3.000,00	0%
03 Frais de fonctionnement			96.870,00	0,00	2.962,20	2.962,20	93.907,80	3%
01 Fournitures bureau UGC		REGIE	30.000,00	0,00	89,17	89,17	29.910,83	0%
02 Frais de fonctionnement des véhicules (entretien & assur.)		REGIE	9.000,00	0,00	2.364,41	2.364,41	6.635,59	26%
03 Missions Chef Projet		REGIE	7.000,00	0,00	0,00	0,00	7.000,00	0%
		REGIE	5.700.000,00	0,00	453.551,93	453.551,93	5.246.448,07	8%
		COGEST						
		TOTAL	5.700.000,00	0,00	453.551,93	453.551,93	5.246.448,07	8%

Budget vs Actuals (Year to Month) 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: **C03**

Year to month : 31/12/2011

Currency : **EUR**

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

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2010	Expenses 2011	Total	Balance	% Exec
04 Frais de communication externe et de visibilité		REGIE	20.870,00	0,00	508,62	508,62	20.361,38	2%
05 Frais bancaires		REGIE	30.000,00	0,00	0,00	0,00	30.000,00	0%
04 Audit et Suivi et Evaluation			60.000,00	0,00	0,00	0,00	60.000,00	0%
01 Mission d'évaluation à mi-parcours		REGIE	20.000,00	0,00	0,00	0,00	20.000,00	0%
02 Etude baseline		REGIE	10.000,00	0,00	0,00	0,00	10.000,00	0%
03 Audit et évaluation finale		REGIE	30.000,00	0,00	0,00	0,00	30.000,00	0%
99 Conversion rate adjustment			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	?%
98 Conversion rate adjustment		REGIE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	?%

REGIE	5.700.000,00	0,00	453.551,93	453.551,93	5.246.448,07	8%
COGEST						
TOTAL	5.700.000,00	0,00	453.551,93	453.551,93	5.246.448,07	8%

