

# DOSSIER TECHNIQUE ET FINANCIER

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

**RD CONGO**

CODE DGCD : NN 3012953

CODE NAVISION : RDC 12 166 11



LA COOPÉRATION  
BELGE AU DÉVELOPPEMENT **.be**

# TABLE DES MATIÈRES

<b>ABRÉVIATIONS .....</b>	<b>4</b>
<b>RÉSUMÉ.....</b>	<b>8</b>
<b>FICHE ANALYTIQUE DE L'INTERVENTION.....</b>	<b>10</b>
<b>1 ANALYSE DE LA SITUATION .....</b>	<b>11</b>
1.1 CONTEXTE GÉNÉRAL DU PAYS.....	11
1.2 LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ .....	13
1.3 LE SECTEUR DE LA SANTÉ.....	14
1.4 LA DEP .....	21
1.5 LA COOPÉRATION INTERNATIONALE EN RDC .....	25
1.6 ANALYSE SWOT.....	30
1.7 DÉFIS À RELEVER .....	35
<b>2 ORIENTATIONS STRATÉGIQUES.....</b>	<b>36</b>
2.1 LA LOCALISATION DE L'INTERVENTION.....	36
2.2 LES BÉNÉFICIAIRES .....	36
2.3 UN APPUI INSTITUTIONNEL À LA DEP DANS LE CADRE D'UN APPUI GLOBAL AU SECTEUR.....	36
2.4 DÉVELOPPEMENT D'UNE POLITIQUE NATIONALE DE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE .....	37
2.5 DÉVELOPPEMENT DU MÉTIER D'ENCADREUR NATIONAL POLYVALENT .....	39
2.6 LES AXES STRATÉGIQUES DE L'APPUI.....	39
2.7 LA COORDINATION DES DIFFÉRENTS APPUIS AU SECTEUR DE LA SANTÉ - SYNERGIE AVEC LES AUTRES ACTEURS.....	40
2.8 LA STRATÉGIE DE SORTIE DU SECTEUR.....	41
2.9 GRANDS CHANTIERS STRATÉGIQUES POUR LA POLITIQUE SANITAIRE IDENTIFIÉS .....	42
2.10 ACCOMPAGNEMENT TECHNIQUE PERMANENT ET PONCTUEL.....	43
<b>3 PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE .....</b>	<b>44</b>
3.1 OBJECTIF GÉNÉRAL.....	44
3.2 OBJECTIF SPÉCIFIQUE .....	44
3.3 RÉSULTATS ATTENDUS .....	44
3.4 ACTIVITÉS À METTRE EN ŒUVRE.....	44
3.5 INDICATEURS ET SOURCES DE VÉRIFICATION .....	51

3.6	HYPOTHÈSES ET RISQUES.....	54
3.7	ACTEURS INTERVENANT DANS LA MISE EN ŒUVRE.....	58
4	RESSOURCES.....	60
4.1	RESSOURCES FINANCIÈRES .....	60
4.2	RESSOURCES HUMAINES .....	65
4.3	RESSOURCES MATÉRIELLES .....	66
5	MODALITÉS D'EXÉCUTION.....	67
5.1	CADRE LÉGAL ET RESPONSABILITÉS ADMINISTRATIVES .....	67
5.2	RESPONSABILITÉS ADMINISTRATIVES ET TECHNIQUES .....	67
5.3	STRUCTURES D'EXÉCUTION ET DE SUIVI.....	67
5.4	RESPONSABILITÉS FINANCIÈRES .....	71
5.5	MODALITÉS DE GESTION .....	73
5.6	GESTION EN « RÉGIE » .....	73
5.7	RAPPORTAGE ADMINISTRATIF, COMPTABLE ET FINANCIER .....	75
5.8	RAPPORTAGES OPÉRATIONNELS.....	76
5.9	MÉCANISMES D'APPROBATION DES ADAPTATIONS AU DTF .....	77
5.10	MONITORING, ÉVALUATION ET AUDIT .....	77
5.11	CLÔTURE DE LA PRESTATION.....	79
6	THÈMES TRANSVERSAUX .....	80
6.1	ENVIRONNEMENT.....	80
6.2	GENRE, DROITS DE L'ENFANT ET LA LUTTE CONTRE LE VIH & LE SIDA.....	80
7	ANNEXES.....	82
7.1	CADRE LOGIQUE .....	83
7.2	BUDGET APPUI EN GÉNÉRAL À LA DEP.....	91
7.3	TERMES DE RÉFÉRENCE PERSONNEL LONG TERME .....	92
7.4	LE COMITÉ DE PILOTAGE NATIONAL DE LA RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ .....	96
7.5	CADRE ORGANIQUE D'UNE DEP RESTRUCTURÉE .....	98

## Abréviations

AEE	Agence d'Evaluation Externe (PARSS)
AEP	Agence d'Exécution Partenaire (PARSS)
AGEFIN	Agence de Gestion Financière
AM	Arrêté Ministériel
ARV	Anti Rétro Viraux
ASSNIC	Appui au Système de santé du Niveau Central (DEP, DLM, PNLTHA, DM)
ASSNIP	Appui au Système de Santé du Niveau Intermédiaire et Périphérique
BAD	Banque Africaine de Développement
BCeCo	Bureau Central de Coordination
BCZS	Bureau Central de la Zone de Santé
BDOM	Bureau Diocésain des Œuvres Médicales
BET	Bureau d'Encadrement Technique
BEP	Bureau d'Etudes et de Planification
BM	Banque Mondiale
CAF	Country Assistance Framework ou Chargé d'Administration /Finances
CAG	Cellule d'Appui et de Gestion
CCISD	Centre de Coopération Internationale en Santé et Développement
CCM/RDC	Comité National de Coordination de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme en République Démocratique du Congo
CCT	Comité de Coordination Technique du CNP-SS
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CDR	Centrale de Distribution Régionale (de médicaments essentiels)
CE	Commission Européenne
CHIP	Country Health Intelligence Platform
CMO	Convention de Mise en Œuvre (conclue entre l'Etat belge et la CTB)
CNP-SS	Comité National de Pilotage du Système de Santé
CNSa	Comptes Nationaux de la Santé
CORDAID	Catholic Organisation for Relief and Development AID
CPN	Consultation Prénatale
CPP-SS	Comité Provincial de Pilotage du Système de Santé
CS	Centre de Santé ou Convention Spécifique
CSE	Cadre de Suivi et Evaluation
CTB	Coopération Technique Belge
CV	Comptable Valideur
DAF	Direction Administrative et Financière
DEP	Direction d'Etudes et de Planification du Ministère de la Santé
DGD	Direction Générale pour le Développement
DLM	Direction de Lutte contre la Maladie
DM	Direction Pharmacie, médicaments et plantes médicinales

DPS	Division Provinciale de la Santé
DSCRP	Document de stratégie et croissance pour la réduction de la pauvreté
DTF	Dossier Technique et Financier
ECP	Equipe Cadre Provinciale
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ELS	Etats des Lieux du Secteur Santé
ESP	Ecole de Santé Publique
ETD	Entité Territoriale Décentralisée
ETRI	Etudes et renforcement du Secteur de la Santé
FAD	Fonds Africain de Développement
FED	Fonds Européen pour le Développement
FO	Financial Officer
FP	Fonction Publique
GARSS	Groupe d'Appui au Renforcement du Système de Santé
GAVI-RSS	Global Alliance for Vaccines and Immunization – Renforcement du Système de Santé
GIBS	Groupe Inter Bailleurs Santé
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
Gvt	Gouvernement de la RDC.
HGR	Hôpital Général de Référence
IHP+	The International Health Partnership and related initiatives / Partenariat International pour la Santé et Initiatives connexes
iHTP	Integrated Healthcare Technology Package
IMD	Inspection Médicale de District
INS	Institut National de la Statistique
I-PPTE	Initiative pour les Pays Pauvres Très Endettés
IPS	Inspection Provinciale de la Santé
IRA	Infection Respiratoire Aiguë
IRC	International Rescue Committee
MAP	Multicountry AIDS Programme
MDM	Médecins du Monde
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MICS	Multi Indicators Cluster Survey
MID	Médecin Inspecteur de district
Miniplan	Ministère du Plan
MIP	Médecin Inspecteur Provincial
MSF	Médecins Sans Frontières
MSH	Management Sciences for Health
MSP	Ministère de la Santé Publique
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS	Organisation Mondiale de la Santé.
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OS	Objectif Spécifique
OSC	Overseas Strategic Consulting
PA	Plan d'Action
PAO	Plan d'Action Opérationnel
PAP	Plan d'Action Prioritaires (DSCR)
PAPNDS	Programme d'appui à la mise en œuvre du PNDS (10 <sup>ème</sup> FED)
PARSS	Programme d'Appui au Renforcement du Système de Santé (BM)
PBF	Performance-Based Financing
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités (HGR)
PDDS	Plan Directeur de Développement Sanitaire (2000-2009)
PDI	Plan de Développement Intégral
PDSZ	Plan de Développement Sanitaire de la Zone de Santé
PGAI	Plateforme de Gestion de l'Aide et des Investissements
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet Minimum d'Activités (CS)
PMURR	Programme Multisectoriel de Réhabilitation et de Reconstruction
PMURRIS	Programme Multisectoriel de Réhabilitation et de Reconstruction pour les Infrastructures Sanitaires
PNAM	Programme National d'Approvisionnement en Médicaments
PNCNS	Programme National des Comptes Nationaux de la Santé
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire (2011-2015)
PNLS	Programme National de Lutte contre le SIDA
PNLTHA	Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine
PNPMS	Programme National de Promotion des Mutuelles de Santé
PNSR	Programme National de la Santé de la Reproduction
PNST	Programme National de la Santé au Travail
PPDS	Plan Provincial de Développement Sanitaire
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
PROSANI	Projet Santé Intégré (USAID)
PS9FED	Programme Santé 9 <sup>ème</sup> Fonds Européen de Développement
PSN	Politique Sanitaire Nationale
PTF	Partenaire Technique et Financier
PVS	Polio Virus Sauvage
RA	Revue Annuelle
RDC	République Démocratique du Congo
RH	Ressources Humaines
RHS	Ressources Humaines en Santé
RI	Résultat intermédiaire
RSS	Renforcement du Système de Santé ou Recherche sur les Systèmes de Santé

SG	Secrétaire Général
SIDA	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SMCL	Structure Mixte de Concertation Locale
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SWAp	Sector-Wide Approaches
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats
TDR	Termes de Référence
TPM+	Tuberculose Pulmonaire à Microscopie positive
U.E	Union Européenne.
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UPPE-SRP	Unité de Pilotage du Processus d'Elaboration de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté
USD	United States Dollars
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZS	Zone de Santé.

## Résumé

Le projet d'appui institutionnel à la Direction d'Etudes et Planification (DEP) est mis en œuvre dans le cadre de la Coopération Belgo-Congolaise. Cet appui institutionnel a commencé en 2004 avec une première phase, suivi d'une deuxième phase fin 2005 pour 72 mois. Ce dossier de formulation porte sur la troisième phase, qui est la phase de consolidation. Le PIC 2010-2013 prévoit un retrait progressif du secteur de la santé d'ici fin 2013 en veillant à consolider les acquis des interventions en cours. Dans le cadre d'une stratégie d'exit, la Belgique a décidé de continuer son appui à la DEP avec un montant de 2584141 Euro jusqu'en décembre 2013. Il s'agit d'une part d'un montant de 816016 Euro pour couvrir la période entre la fin de l'appui précédent (DEP2) en novembre 2011 et le début de l'appui DEP3 à partir du mois août 2012 ; d'autre part du budget de la phase de consolidation DEP3 même qui s'élève à 1768125 Euro.

Durant ces 8 années, la DEP a entre autre coordonné et/ou contribué à l'élaboration, la diffusion et le suivi de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS), du Plan Nationale de Développement Sanitaire 2001-2015 (PNDS), du Cadre de Dépenses Sectorielles à Moyen Terme (CDS-MT). Cette Direction a également appuyé le projet de cadre organique de l'administration centrale du MSP et celui des nouvelles divisions provinciales de la santé (DPS).

Ce projet-ci d'appui institutionnel à la Direction d'Etudes et Planification (DEP) vise à contribuer au renforcement du Ministère de la Santé Publique pour l'accomplissement des missions dévolues à cette direction. Il s'agit notamment de (i) appuyer la programmation et budgétisation des projets et programmes sectoriels, (ii) suivre et évaluer les politiques, projets et programmes macroéconomiques et sectoriels, (iii) assurer le Contact avec les bailleurs de fonds et contribuer à la recherche des financements, (iv) élaborer le diagnostic sectoriel et macro économique, (v) élaborer les politiques, stratégies, plans, projets, les normes et lois sectoriels.

Dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS 2011-2015, la DEP a élaboré et budgétisé son plan quinquennal en prenant en compte toutes ces missions en tant que Direction. Les ressources attendues du Royaume de Belgique à travers cette phase de consolidation contribueront à la réalisation du plan quinquennal de la DEP jusqu'en 2013.

L'objectif spécifique de cet appui est de « renforcer capacités managériales de la DEP et lui permettre d'assurer efficacement ses missions dans la mise en œuvre, le suivi & évaluation du PNDS 2011-2015, en priorité dans les aspects de réforme du secteur et du développement des zones de santé »

Trois résultats, qui s'alignent aux missions de la DEP, ont été identifiés :

- R1 : Une planification coordonnée, y compris le suivi & évaluation du développement du secteur, est assurée à tous les niveaux afin de permettre le renforcement du système de santé et en particulier le développement des zones de santé.
- R2 : La coordination des appuis des différents partenaires techniques et financiers du secteur de la santé en termes de synergie et de complémentarité et leur cohérence avec la stratégie sectorielle et les procédures nationales sont assurées à tous les niveaux.
- R3 : L'élaboration et la dissémination des politiques, des stratégies, des textes légaux et réglementaires (lois, normes, directives d'application,...) et les réformes sectorielles tiennent compte des résultats des recherches sur le système de santé, d'expériences capitalisées, d'études ou de données macro-économiques et sectorielles.

Les grandes orientations de cet appui seront les suivantes :



- Appuyer la DEP, comme le ministère de la santé dans son ensemble, à développer les trois fonctions-clé au niveau central, notamment l'apprentissage, la régulation et la dissémination. Il s'agit d'apprendre des opinions, des leçons et des expériences documentées (recherche-action) ; de concevoir des politiques efficaces et réalistes ; de s'approprier des stratégies de communication et de dissémination des politiques vers le niveau opérationnel. Ceci sous-entend aussi de développer ou de renforcer des canaux entre le niveau opérationnel et le niveau central, et de renforcer la participation de toutes les parties prenantes au sein du secteur.
- Mettre en place et rendre fonctionnel des équipes d'encadreurs nationaux polyvalents pour assurer l'accompagnement des DPS. C'est une stratégie essentielle pour assurer les trois fonctions mentionnées et pour atteindre les trois résultats décrits dans le DTF. Il s'agit d'équipes mixtes (de minimum deux personnes) composées des cadres de la DEP et des autres services centraux du Ministère de la Santé pour effectuer des missions d'accompagnement.
- Améliorer la coordination à différents niveaux : (i) entre les Directions du Ministère de la Santé, (ii) entre le niveau central, le niveau provincial et le niveau opérationnel (iii) entre le Ministère de la Santé et les Partenaires Techniques et Financiers, (iv) entre le Ministère de la Santé et les autres secteurs connexes, (v) entre le Ministère de la Santé et les ONG/le secteur confessionnel.
- Mettre en place une stratégie d'exit pour assurer que la DEP puisse (i) continuer à financer ses coûts récurrents, (ii) diversifier ses sources de financement, (iii) garder son expertise interne, (iv) capitaliser et institutionnaliser les approches innovantes et chantiers initiés précédemment, (v) achever des investissements entamés précédemment.
- Assurer une synergie explicite entre les différents appuis de la Coopération belge au niveau opérationnel et au niveau central.

Un accompagnement technique permanent est prévu à travers une Assistance Technique Internationale. Une enveloppe pour mobiliser une expertise (nationale et internationale) perlée ou ponctuelle est également budgétisée. Cet accompagnement intégrera l'ensemble des interventions belges dans le secteur santé et contribuera donc à la coordination et concertation entre ces projets. Ceci facilitera le processus de capitalisation, crucial dans la phase d'exit.

## Fiche analytique de l'intervention

DGD Numéro d'Intervention	3012953
Code navision CTB	RDC 12 166 11
Partenaire local	Ministère de la Santé Publique en RDC
Durée Convention Spécifique	28,5 mois (16,5 + 12 mois)
Date estimative démarrage du projet	15/8/2012
Contribution partenaire	300.000 EUR
Contribution belge	1.768.125 EUR
Secteur d'intervention (code CAD)	12110 – Santé : santé publique, management, gestion administrative
Objectif global	Objectif Général : « Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans le cadre global de lutte contre la pauvreté. »
Objectif spécifique	Objectif Spécifique: « Les capacités managériales de la DEP sont renforcées et lui permettent d'assurer efficacement ses missions dans la mise en œuvre, le suivi & évaluation du PNDS 2011-2015, en priorité dans les aspects de réforme du secteur et du développement des zones de santé ».
Résultats	<p>Les résultats attendus sont les suivants :</p> <p><u>Résultat 1</u> : Une planification coordonnée, y compris le suivi &amp; évaluation du développement du secteur, est assurée à tous les niveaux afin de permettre le renforcement du système de santé et en particulier le développement des zones de santé.</p> <p><u>Résultat 2</u> : La coordination des appuis des différents partenaires techniques et financiers du secteur de la santé en termes de synergie et de complémentarité et leur cohérence avec la stratégie sectorielle et les procédures nationales sont assurées à tous les niveaux.</p> <p><u>Résultat 3</u> : L'élaboration et la dissémination des politiques, des stratégies, des textes légaux et réglementaires (lois, normes, directives d'application,...) et les réformes sectorielles tiennent compte des résultats des recherches sur le système de santé, d'expériences capitalisées, d'études ou de données macro-économiques et sectorielles.</p>

# 1 Analyse de la situation

## 1.1 Contexte général du pays

### 1.1.1 Contexte général et administratif

La République Démocratique du Congo se situe en Afrique centrale à cheval sur l'Equateur avec une superficie de 2 345 000 km<sup>2</sup>. Sa population est estimée à 68.343.178 habitants dont 2/3 vivent en milieu rural. La RDC partage 9 165 kilomètres de frontière avec la République Centrafricaine et le Soudan au Nord, la République du Congo à l'Ouest, l'Ouganda, le Burundi, le Rwanda et la Tanzanie à l'Est, la Zambie et l'Angola au Sud.

Le Pays est actuellement divisé en 11 Provinces, 45 districts et villes ; 225 territoires et communes. La nouvelle constitution prévoit une réorganisation du pays en 26 provinces. Le découpage doit permettre une décentralisation du pouvoir vers les Provinces et une plus grande autonomie de gestion. L'opérationnalisation de la décentralisation à travers le découpage des provinces, le transfert concret des compétences, des charges et des ressources, demeure un véritable défi et doit encore faire l'objet de négociations et de compromis. En application des prescriptions de la Constitution, le Gouvernement s'est lancé progressivement dans le processus de décentralisation en ciblant dans un premier temps les secteurs de (i) la Santé, (ii) l'Education primaire, secondaire et professionnel, (iii) l'agriculture et (iv) le développement rural. Au terme de ce processus, ces secteurs auront des administrations provinciales préfigurant le découpage du pays en 26 provinces.

Figure 1 : Carte administrative de la RDC



Le tableau suivant présente la répartition de la population par province ainsi que les projections de son évolution dans le temps jusqu'en 2015 :

**Tableau 1: Répartition de la population de la RDC par province selon les projections de l'INS**

Province	Population					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Bandundu	6 496 419	6 691 312	6 892 051	7 098 812	7 311 777	7 531 130
Bas-Congo	2 731 289	2 813 228	2 897 624	2 984 553	3 074 090	3 166 313
Equateur	7 265 523	7 483 488	7 707 993	7 939 233	8 177 410	8 422 732
Kasaï Occidental	6 056 679	6 238 380	6 425 531	6 618 297	6 816 846	7 021 352
Kasaï Oriental	7 692 354	7 923 124	8 160 818	8 405 642	8 657 812	8 917 546
Katanga	9 263 761	9 541 674	9 827 925	10 122 762	10 426 445	10 739 238
Kinshasa	5 784 426	5 957 958	6 136 697	6 320 798	6 510 422	6 705 735
Maniema	1 724 471	1 776 205	1 829 491	1 884 376	1 940 907	1 999 134
Nord Kivu	5 205 161	5 361 316	5 522 155	5 687 820	5 858 454	6 034 208
Orientale	7 987 282	8 226 901	8 473 708	8 727 919	8 989 757	9 259 449
Sud Kivu	4 212 635	4 339 014	4 469 185	4 603 260	4 741 358	4 883 599
<b>RDC</b>	<b>64 420 000</b>	<b>66 352 600</b>	<b>68 343 178</b>	<b>70 393 473</b>	<b>72 505 278</b>	<b>74 680 436</b>

Source : Institut National de la Statistique(INS)

### 1.1.2 Contexte socio-économique

L'incidence de la pauvreté en RDC est très élevée. En effet, elle est estimée à 70 et 71 % dans les deux documents DSCR de 2006 et 2011. Il résulte de cette situation la non satisfaction des besoins fondamentaux de la population tels que la santé et l'éducation.

Depuis plusieurs décennies, la RDC est confrontée à une crise multiforme qui a engendré d'énormes difficultés économiques avec comme conséquences la détérioration considérable des conditions sociales de la majorité de la population. La mauvaise gouvernance administrative et économique a accentué la pauvreté pendant cette période. On note cependant que pendant cette période, l'impact de la pauvreté humaine a été atténué grâce à la dynamique communautaire et au secteur informel.

Depuis 2001, date de la mise en place du Programme intérimaire renforcé, le Gouvernement a pris d'importantes mesures afin d'instaurer la démocratie et rétablir la paix. L'économie a réagi favorablement à ces avancées. Aussi, sur le plan économique, les réformes et politiques macroéconomiques prudentes ont contribué à relancer la croissance et à réduire significativement l'inflation. Toutefois, depuis juillet 2008, on observe un essoufflement de la croissance économique suite principalement à l'effondrement du secteur minier, conséquence de la crise financière internationale. Ainsi, la croissance s'est ralentie à 2,7% en 2009 et l'inflation a grimpé jusqu'à 45%. Le PIB par tête a lui chuté d'environ 174,5 dollars américains en 2008 à 156,8 dollars en 2009. En 2011, l'économie de la RDC demeure donc encore fragile. Les principales raisons de cet état de fait sont : la mauvaise gouvernance, la mauvaise gestion des entreprises publiques, de graves déficiences des moyens de transport et de communication et la détérioration des termes de l'échange.

Les recettes générées localement par les entreprises étatiques sont faibles, voire inexistantes dans un environnement caractérisé par l'anéantissement des circuits économiques officiels et de l'administration de l'État. Cette situation a donné naissance à un circuit informel qui a pris une ampleur sans équivalent

**Tableau 2 : indicateurs socio-économiques résumant la situation économique**

Indice de Développement Humain (MICS 2 de 2001)	0,309 à 0,620
IPH (Rapport PNUD/RDC 2000) 36,5	36,5
PIB/habitant de 2001 à 2009 (BCC)	74 à 176 USD
Espérance de vie à la naissance (Rapport PNUD/RDC 2000)	45 ans
Taux d'inflation annuel moyen de 2000 à 2009 (BCC et INS)	591% à 28 %
% de la population qui vit avec moins de 0,20 USD/j (DSRP 2002)	80%

Source : DSCR 2006-2008

Grâce aux efforts du Gouvernement et à la communauté internationale, qui ont multiplié les démarches sur le plan diplomatique, politique et financier, la RDC attire à nouveau l'attention des institutions financières mondiales. Bénéficiant désormais de l'Initiative des Pays Pauvres Très Endettés (IPTE), la RDC a conduit des réformes et réalisé, dans l'amélioration de son cadre macroéconomique, des efforts qui ont abouti en juin 2010 à l'effacement de sa dette extérieure pour une valeur de plus de 10 milliards USD. Malgré ces efforts d'amélioration du cadre macroéconomique, la situation socioéconomique reste encore précaire. Persistent toujours la crise de l'emploi, la détérioration des infrastructures sociales de base, etc.

### 1.1.3 Contexte politique

L'année 2010 a marqué la célébration du cinquantenaire de l'Indépendance de la RDC. Ces cinquante ans ont été marqués par (i) une trentaine d'années de dictature; (ii) les guerres civiles dont les deux dernières (1996 et 1998) ont causé plus de 4 millions de morts, de très nombreuses victimes de violences sexuelles et traumatismes mentaux, de nombreux déplacés à l'intérieur même du pays, (iii) une dégradation générale de l'économie menant à une paupérisation de la majorité de la population congolaise, (iv) la mise en place en 2003 d'un Gouvernement de Transition et d'Union Nationale composée de toutes les tendances politiques issues de la guerre; (v) l'organisation en 2006 d'élections transparentes qui ont débouché sur l'installation des nouvelles institutions - le Président, l'Assemblée nationale, le Sénat, le Gouvernement - et la décentralisation avec les Assemblées provinciales et les Gouvernements provinciaux. Les élections locales n'ont pas encore été organisées.

Les perspectives de sortie de la crise sont perceptibles depuis le début du processus de démocratisation qui a conduit le pays à avoir une constitution après referendum, un président de la République, ainsi qu'un parlement et un gouvernement issus des élections. Ce processus de démocratisation a été consolidé en 2011 par l'organisation d'élections présidentielles et législatives à la fin de la première législature de la troisième République. Ainsi, un nouveau gouvernement vient d'être mis en place en mai 2012.

## 1.2 Lutte contre la pauvreté

Le Gouvernement Congolais s'est engagé en 2006, à travers **le Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté** (DSCR) à mettre en place une nouvelle génération de réformes économiques et sociales pour lutter contre l'extrême pauvreté.

L'objectif du DSCRП est, d'une part, de consolider les acquis des programmes économiques passés et rendre durable la croissance et, d'autre part, de renforcer la sphère sociale et s'assurer que les performances économiques se traduisent par une nette amélioration des conditions de vie de la population. L'objectif ultime visé par le Gouvernement à travers la présente stratégie est l'amélioration durable et effective des conditions de vie des populations, en s'attaquant aux principales causes de la pauvreté.

Le DSCRП de seconde génération (2011-2015) a été validé en novembre 2011 pour remplacer le DSCRП couvrant la période 2006-2010. La stratégie repose sur 4 piliers :

1. Renforcer la gouvernance et la paix
2. Diversifier l'économie, accélérer la croissance et promouvoir l'emploi
3. Améliorer l'accès aux services sociaux de base et renforcer le capital humain
4. Protéger l'environnement et lutter contre le changement climatique

Ce sont des orientations stratégiques sectorielles transversales prioritaires qui seront ajustées à la lumière de l'évolution de l'environnement, de la disponibilité des ressources et du progrès dans leur mise en œuvre.

Concernant la santé, le DSCRП stipule que l'amélioration de l'état de santé des populations est un objectif à la fois économique et social de développement. La réalisation d'un tel objectif nécessite la contribution de l'ensemble des secteurs de la vie nationale, ce qui revient à agir sur les déterminants de la santé tels que l'eau, l'hygiène et l'environnement, l'amélioration de conditions de vie des populations, l'éducation, la promotion de bonnes habitudes alimentaires, etc. en même temps qu'on met en place les services de santé tout en s'assurant de leur utilisation par la population. Le DSCRП réfère explicitement au déficit sans précédent dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement liés au secteur de la santé, et plus particulièrement en matière de la santé maternelle, la santé de l'enfant et la lutte contre le VIH et le sida.

## **1.3 Le secteur de la santé**

### **1.3.1 Situation sanitaire**

La situation sanitaire de la RDC reste dramatique, comme le montre les valeurs des indicateurs de l'état des lieux du secteur de la santé menée en 1998 ou telle qu'indiquée par les données de l'enquête MICS2 en 2001, l'enquête réalisée dans les Zones de Santé SANRU en 2002, celle menée dans les Zones de Santé appuyées par la Banque Mondiale dans le cadre de PMURR/BCECO (2002-2003), l'Enquête Démographique et de Santé menée en 2007 et le MICS 2010.

La RDC est un pays dont les indicateurs sanitaires et de pauvreté sont particulièrement défavorables comme le montre le tableau ci-dessous :

**Tableau 3: Evolution quelques indicateurs sanitaires en RDC entre 1998-2010**

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

Le taux de mortalité est extrêmement élevé parmi les populations affectées par les conflits armés: on estime à 3.8 millions le nombre de décès attribuables à la guerre depuis 1997. La mortalité infanto juvénile est passée de 192 à 220 décès/1000 naissances vivantes entre 1990 et 2001. Mais la tendance globale est actuellement à la baisse : selon EDS 2007, la mortalité infantile est

<sup>1</sup> Source : MSP, rapports PNLS



passée de 126 p 1000 en 2005 à 92 en 2007.

Chez l'enfant, les Infections Respiratoires Aigües (IRA), le paludisme et la diarrhée sont les maladies les plus fréquentes. Selon l'EDS, 15% des enfants de moins de cinq ans avaient souffert de toux accompagnée de respiration courte et rapide au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête tandis que la prévalence de la diarrhée est particulièrement importante chez les jeunes enfants de 12 à 23 mois (26%) et de 6 à 11 ans (30%).

La couverture vaccinale de tous les antigènes a augmenté de 23 à 31 % entre 2001 et 2007 mais elle reste en-deçà des objectifs nationaux.

En ce qui concerne la **santé maternelle**, le ratio de mortalité maternelle qui était de 850 décès/100 000 naissances vivantes en 1985 est passé à 1.289 en 2001 (MICS2). Les CPN ont progressé de 68% en 2001 (enquête MICS2) à 85% en 2007 (EDSRDC) mais avec de grandes disparités selon les provinces. 74% des naissances se sont déroulées avec l'assistance de personnel formé alors que ce n'était le cas que de 61 % en 2001 (MICS2). La prévalence du VIH chez les femmes enceintes fréquentant les services de consultation prénatale est de 4,3% (PNLS, 2008).

La population congolaise est exposée au paludisme endémique. La prévalence de la fièvre chez les enfants de moins de 5 ans est de 42% tandis que la couverture en moustiquaires imprégnées d'insecticide était de 7% tout comme la couverture en Traitement Préventif Intermittent (EDS 2007).

Parmi les maladies transmissibles, l'incidence annuelle des Tuberculoses Pulmonaires à Microscopie Positive (TPM+) en RDC était de 160 cas/100.000 habitants en 2003 (OMS).

Le niveau de prévalence du VIH SIDA reste élevé : la prévalence du VIH chez les femmes enceintes fréquentant les services de consultation prénatale est de 4,3% (PNLS, 2008). L'épidémie se caractérise par une féminisation, juvénilisation et ruralisation progressives.

La RDC est enfin en proie à de multiples et répétitives situations d'urgence. C'est le cas notamment des épidémies - coqueluche, choléra, virus d'Ebola, de poliomyélite, et de rougeole -, des tremblements de terre, des éruptions volcaniques, des conflits armés, la violence sexuelle 'endémique', des accidents de train et d'avions, etc. En fait, l'analyse de toutes ces situations a montré que la santé et la vie des populations ont toujours été mises à risque dans le pays.

## 1.3.2 Cadre organisationnel et réforme

### 1.3.2.1 Au niveau central

Le niveau central est constitué (i) du Cabinet du Ministre, (ii) du Secrétariat Général qui compte 13 Directions et 52 Programmes Spécialisés et (iii) des Hôpitaux nationaux. Il a une responsabilité normative et de régulation en plus des prestations de soins de niveau tertiaire. Le niveau central définit les politiques, les stratégies, les normes et les directives. Il assure le suivi de leur mise en œuvre en provinces ainsi qu'un appui conseil et le contrôle de conformité.

Le cadre organique du niveau central est en cours de révision pour rationaliser les directions et les programmes spécialisés. Dans le cadre de la réforme des finances publiques, il est prévu d'installer dans tous les ministères en réforme une Direction Administrative et Financière. En attendant cette réforme, une nouvelle structure, la Cellule d'Appui et de Gestion a vu le jour en 2010 au sein du MSP..

### 1.3.2.2 Au niveau intermédiaire

Les 11 Inspections Médicales Provinciales sont dirigées par un Médecin Inspecteur Provincial (MIP). Leur organigramme est actuellement calqué sur celui du niveau national (en 13 bureaux).



Certaines Provinces sont dotées d'un laboratoire et d'un hôpital provincial, placés sous l'autorité du MIP. Notons cependant que les hôpitaux provinciaux en RDC ne possèdent que très rarement le plateau technique de deuxième niveau de référence.

Selon les textes en vigueur le niveau intermédiaire a essentiellement un rôle technique d'appui aux ZS. Il est composé actuellement de l'IPS et d'Inspections Médicales de District qui complètent le dispositif en agissant par délégation pour un suivi de proximité. Du fait que l'organigramme de niveau provincial est calqué sur celui du niveau central, de nombreux programmes verticaux ont mis en place leur propre administration au sein de la DPS ; ceci induit une tendance forte à gérer directement à partir de la province, mais sous contrôle des programmes nationaux, les problèmes rencontrés en périphérie dans la lutte contre les maladies.

Dans le futur avec le redécoupage des provinces, les inspections de district sont appelées à disparaître au profit des 26 Divisions<sup>2</sup> Provinciales (voir ci-dessous). Comme pour le niveau central, la réforme du niveau intermédiaire vise entre autres à intégrer les programmes et à réduire l'approche de type « vertical ».

### 1.3.2.3 Au niveau opérationnel

Le niveau opérationnel comprend en principe 515 ZS avec 393 HGR et 8 504 aires de santé. Ce niveau est chargé de la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires (SSP) sous la supervision et l'encadrement du niveau intermédiaire. La mission du Centre de Santé est d'offrir à sa population de couverture les soins de santé qui relèvent du Paquet Minimum d'Activités (PMA), tandis que celle de l'hôpital général de référence est d'offrir les soins relevant du Paquet Complémentaire d'Activités (PCA), d'apporter un appui au développement d'un PMA de qualité dans les CS et ainsi d'améliorer la continuité des soins par un système cohérent de référence contre référence. L'organisation opérationnelle de la mise en œuvre des SSP est confiée à l'Equipe Cadre de ZS.

## 1.3.3 Politique nationale de santé

L'offre des soins de santé a souffert de la fragmentation de l'aide internationale liée au contexte de l'urgence post-conflit et aux priorités de la lutte spécifique contre les maladies. En vue de faire face à cette situation le MSP a adopté en 2006 la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) qui se fixe pour but d'améliorer l'offre et l'utilisation de soins de santé de qualité intégrés, globaux et continus. Dans sa seconde édition de mars 2010 la SRSS se donne 6 axes stratégiques :

**a) Le développement de la ZS** qui en constitue l'axe stratégique de base. Il comprend essentiellement la rationalisation du fonctionnement des HGR, l'amélioration de la couverture sanitaire et de la qualité des soins ainsi que la participation communautaire. Dans le cadre de la continuité des soins, il est nécessaire de mettre en place des services de référence secondaire qui ont également pour mission d'assurer la formation de base et celle en cours d'emploi des cadres des niveaux inférieurs.

**b) Le renforcement de la gouvernance et du leadership** dans le secteur de la santé. Cet axe comprend : (i) la réforme du secteur de la santé, (ii) la décentralisation dans le secteur de la santé, (iii) le pilotage du système de santé, (iv) la réforme du système national d'information sanitaire comme outil d'appui à la prise de décisions, (v) la recherche sur le système de santé en vue d'améliorer le processus de régulation et de normalisation du secteur et (vi) l'amélioration de la gestion des formations sanitaires et autres structures de santé.

---

<sup>2</sup> Ces divisions seront vraisemblablement des structures qui dépendront du Gouverneur et seront donc des directions provinciales.

**c) Le développement des ressources humaines** pour la santé qui prendra en compte la formation de base du personnel de santé par le renforcement de la collaboration avec le Ministère de l'Enseignement Supérieur, la formation en cours d'emploi, la gestion de la carrière et la fixation du personnel de santé, etc.

**d) La réforme du secteur du médicament (MEG).** Ce secteur est relevé au niveau d'axe stratégique parce que l'expérience de la mise en œuvre de la SRSS montre qu'il y a des questions relatives à ce dernier qui ne peuvent trouver solution dans les ZS. C'est le cas par exemple de l'existence des circuits parallèles d'approvisionnement en MEG qui affaiblissent le système national, de la non appropriation par le gouvernement du système national, de la régulation de l'ensemble du secteur, de l'assurance qualité des MEG entrant sur le territoire national, de l'amélioration de la production locale, etc.

**e) La réforme du financement de la santé** par l'unification rationnelle de toutes les sources de financement existantes, l'augmentation du budget de l'Etat consacré à la santé et une amélioration de la pertinence de l'affectation selon les priorités et les résultats attendus sur les bénéficiaires de services et de soins, la mise en place de 'basket funding' au niveau provincial pour une meilleure allocation des ressources à ce niveau, la réduction de la fragmentation de l'aide internationale et ses effets sur les prestations et l'organisation du système de santé en périphérie, la mise en place d'une approche sectorielle et d'une direction administrative et financière (DAF), le développement des mécanismes pour un accès universel des populations aux services et soins de santé, etc.

**f) La collaboration intra et inter sectorielle.** La capitalisation du privé lucratif et non lucratif mieux régulé devra permettre d'améliorer rapidement l'offre et la qualité des soins de santé. Une cohésion gouvernementale autour des efforts qui sont entrepris dans le secteur de la santé est par ailleurs une condition essentielle pour la réalisation des objectifs de ce dernier.

La première édition de la SRSS, cooptée dans le DSCR1 comme contribution du secteur de la santé aux efforts du Gouvernement destinés à lutter contre la pauvreté, a été mise en œuvre entre 2006 et 2010. Sa seconde édition a fait du renforcement de la gouvernance, du leadership et de la réforme du secteur du médicament des axes stratégiques supplémentaires; elle est mise en œuvre à travers le Plan Quinquennal National de Développement Sanitaire (PNDS).

### 1.3.4 Le contenu du PNDS 2011-2015

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), élaboré par le gouvernement et l'ensemble des partenaires, est la référence des interventions dans le secteur de la santé. Son but est de contribuer à l'amélioration de la santé de la population congolaise dans le contexte de la lutte contre la pauvreté.

D'ici à 2015, les 10 cibles fixées dans le PNDS sont :

- Contribuer à réduire le ratio de mortalité maternelle de 549 à 300 pour 100 000 naissances vivantes
- Contribuer à réduire la mortalité infanto juvénile de 148 à 60 décès/1000 naissances vivantes
- Stopper la propagation du VIH/sida, maîtriser le paludisme et d'autres grandes maladies
- Contribuer à réduire de 2/3 la mortalité et la morbidité liées aux maladies non transmissibles
- Réduire la mortalité intra hospitalière de 50 %

- Augmenter de 30 % l'accès de la population aux SSP de qualité
- Augmenter l'utilisation des CPN et des accouchements assistés respectivement à 95 % et 85 %
- Faire passer le nombre d'enfants complètement vaccinés de 31 à 55 %
- Faire passer le nombre de personnes vivant avec le VIH recevant un traitement ARV de 37 000 à 80 000
- Réduire le taux d'infections post opératoires de 75 %

En termes de stratégie de mise en œuvre, le PNDS est une déclinaison de la SRSS dont il reprend l'ensemble des principes.

### 1.3.5 Autres points soulignés par le PNDS permettant de compléter la stratégie sanitaire de l'Etat congolais

Opérationnellement le PNDS mais aussi la SRSS nouvelle version indiquent que la période des 10 ans à venir doit se focaliser sur un certain nombre de points techniques

- Le renforcement de la gouvernance locale notamment à travers un pilotage provincial plus efficient (mise en place des DPS ; réorganisation administrative, etc.) ;
- Le développement des Ressources Humaines à tous les niveaux ;
- La rationalisation du sous-secteur du Médicament, en particulier la régulation et l'approvisionnement ;
- Le développement de la fonction financement : création de SWAP et de basket funding provinciaux ;
- L'introduction de mécanismes d'accès universel aux soins : il s'agit en particulier de poursuivre l'expérimentation des financements innovants, notamment ceux basés sur l'offre (financements en output ou à la performance : voir les expériences des projets de l'UE -PS/9FED et PAPNDS-, de la CTB (Kisantu), de la BM (Katanga) et des ONG (Katana), ou de la demande -mutuelles, Fonds d'équités).
- La capitalisation du secteur privé grâce à une contractualisation mieux organisée (professionnel et lucratif).

D'autres plans, tels que le Plan stratégique de Lutte contre le VIH/SIDA (2008-2012) et la Politique Nationale de Santé de la Reproduction (2008) font référence à l'importance d'intégrer les services VIH et Santé de la Reproduction (et aussi explicitement les services pour les jeunes et les personnes survivantes des violences sexuelles) dans le système de Santé.

### 1.3.6 Problématique du système de santé en RDC

#### 1.3.6.1 Niveau opérationnel

A ce jour, les ZS ne bénéficient pas vraiment de l'autonomie de planification opérationnelle et de gestion pour organiser les actions sanitaires sur l'aire géographique qu'elles sont destinées à couvrir. Les multiples centres de prise de décision et d'interventions provoquent des interférences issues tant des différents niveaux hiérarchiques de l'administration nationale que des projets et programmes, principalement ceux ciblant des problèmes spécifiques de santé. Ces derniers qui mobilisent la majorité des fonds internationaux alloués au secteur de la santé - Fonds mondial, GAVI Vaccins, MAP de la Banque Mondiale - présentent l'inconvénient de suivre une stratégie d'intervention en totale contradiction avec la SRSS. Les plans de développement et d'action des

ZS quand ils sont élaborés, sont régulièrement perturbés voire supplantés par ceux des programmes spécialisés et des projets qui répondent à leur propre planification, faute d'harmonisation avec celle de la ZS.

L'offre en soins de qualité reste toujours aléatoire et précaire comme en témoignent les faibles taux d'utilisation des services. Cette situation est liée aux difficultés des Equipes Cadres de Zones de Santé (ECZ) à faire prévaloir leur plan de développement et à entreprendre et mener à bien l'incontournable processus de rationalisation des services.

La couverture sanitaire se caractérise de plus en plus par une multiplication incontrôlée de structures de soins dont l'autorisation d'ouverture échappe entièrement aux ECZ. Ce phénomène est accentué par l'absence de planification de la formation des professionnels de la santé qui, faute de tenir compte des besoins, amène sur le marché un nombre pléthorique de personnels de santé. Ce sont très souvent les services de santé gérés par le réseau privé associatif (confessionnel, ONG) ou d'entreprises qui sont en mesure d'assurer une offre de soins les plus proches des normes de qualité. Ceci est principalement dû à une meilleure observance à leur niveau des bonnes pratiques de gestion et d'organisation des services.

#### **1.3.6.2 Niveau intermédiaire**

Selon la Constitution, la RDC passe d'un Etat fortement centralisé à un Etat unitaire fortement décentralisé. Ce nouveau paysage politique impose un transfert de l'autorité et des ressources du niveau central vers le niveau intermédiaire et donc, une clarification des missions de ces deux niveaux. Le niveau intermédiaire - représenté actuellement par les Inspections Provinciales de la Santé (IPS) et les Inspections Médicales de Districts Sanitaires (IMD) – est en cours de restructuration pour donner lieu à des DPS rationalisées, telle que proposées par la SRSS. Les actions menées en ce sens par les projets ASSNIP et ceux de l'UE sont confrontés à une inertie face aux changements, notamment en ce qui concerne la rationalisation d'effectifs largement excédentaires et l'intégration des fonctions de coordination des programmes de lutte contre des problèmes de santé spécifiques. C'est ainsi que les activités menées par les coordinations provinciales des programmes spécialisés sont toujours prédominantes et se font au détriment des fonctions d'encadrement global et d'appui méthodologique que le personnel des DPS devrait apporter au développement des ZS.

#### **1.3.6.3 Niveau central**

En 2005, un audit du cadre organique a mis en évidence une inadéquation entre les attributions actuelles du MSP et son cadre organique. Le cadre organique actuel ne permet pas au MSP de remplir correctement sa mission. La réforme administrative visant entre autres la restructuration du cadre organique du MSP, entamée en 2007, semble encore loin aboutir aux changements attendus. Malgré les importants investissements consentis par les PTF pour soutenir ce processus, ce constat d'immobilisme institutionnel est le reflet d'un déficit organisationnel se manifestant par une incapacité à traduire les intentions de changement en décisions et à en assurer ensuite l'application.

#### **1.3.6.4 Financement de la Santé**

De façon globale, la proportion du budget général allouée à la santé se situe loin du seuil de 15% fixé lors du sommet d'Abuja en 2001. Le budget de l'Etat alloué à la Santé en 2011 représente 3,47 % du Budget total de l'Etat et le taux de décaissement du budget alloué à la Santé n'atteint, la même année, que 18 %. Le niveau et les flux de financement actuel du secteur de la santé provenant de l'Etat sont peu documentés. La contribution la plus importante de l'Etat passe par la Fonction Publique et sert au paiement des salaires du personnel (de l'ordre de 107 000 agents statutaires pour le secteur de la santé pour un total de 600 000 agents de l'Etat, tous secteurs

confondus). L'absence ou l'insuffisance de financement des structures du niveau central et le mode de financement des autres structures de ce niveau ont fini par opérationnaliser le niveau central : plutôt que de les normaliser ou de les réguler, les programmes et les directions deviennent de plus en plus des prestataires pour la mise en œuvre des projets financés par leurs partenaires. La planification des programmes d'intervention souffre d'un déficit de coordination dû à la persistance d'une multitude d'organes et de structures liés à des projets ou à des fonds spécifiques.

## 1.4 La DEP

### 1.4.1 Historique et missions de la DEP

La Direction d'Etudes et Planification (DEP) a été créée en 2001 pour appuyer le Ministère de la Santé Publique dans la planification du secteur, la coordination des interventions des différents partenaires du secteur de la santé ainsi que dans la mise en place et l'encadrement de la réforme du système de santé en RDC. Elle a remplacé l'ancien Bureau d'Etudes et Planification (BEP) créé par l'Ordonnance Présidentielle n° 82/027 du 19 mars 1982.

En 1988, le BEP a été détaché du Secrétariat Général et fut mis sous la tutelle du projet « Etudes et Renforcement du Secteur de la Santé (ETRI) », qui était lui directement rattaché au Cabinet du Ministre de la Santé. Le 5 septembre 2001, l'Arrêté du Ministère de la Fonction Publique n° CAB.MIN/FP/RM/KIT039, portant sur l'uniformisation et l'harmonisation des structures d'études et planification de l'ensemble des ministères, crée la Direction d'Etudes et Planification qui est instituée comme la septième Direction du Ministère de la Santé. Aux termes de cet arrêté, les objectifs assignés à la DEP ne diffèrent pas sensiblement du mandat du défunt BEP.

Différents textes légaux ainsi que le récent cadre organique du Ministère de la Santé décrit dans l'arrêté ministériel N° CAB/MIN/FP/JMK/PP/044/2003 du 28 mars 2003 du Ministre de la Fonction Publique confient à la Direction d'Etudes et Planification les missions suivantes :

- Elaborer le diagnostic macro-économique et sectoriel;
- Elaborer et évaluer les politiques et plans du Ministère de la Santé;
- Elaborer et actualiser la législation et les textes réglementaires;
- Promouvoir le partenariat pour la mobilisation des ressources.

La DEP joue, dès lors, le rôle de point focal pour les différents financements du secteur de la santé. Elle assure la coordination du secrétariat technique et la présidence du CCM/RDC pour le Fonds Mondial de Lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme.

La DEP constitue aussi un interlocuteur du Ministère du Plan et de la Reconstruction dans l'élaboration, le suivi et l'évaluation des plans de développement du Gouvernement. Elle est donc le point focal dans l'élaboration du Document des Stratégies de Réduction de la Pauvreté (DSRP) pour le volet santé.

Pour accomplir ses missions, la DEP s'est vue assignée dix attributions, à savoir:

1. la gestion des informations relatives au secteur de la santé;
2. la coordination du processus d'élaboration des plans du Ministère;
3. la préparation des programmes des dépenses d'investissement et des dépenses de fonctionnement des programmes et services du Ministère de la Santé;
4. la préparation des documents de plaidoyer pour la mobilisation des ressources internes et externes;

5. la coordination des interventions des partenaires dans le secteur de la santé;
6. l'organisation des comités consultatifs scientifiques et d'éthiques pour l'examen et l'approbation des protocoles de recherche dans le domaine de la santé;
7. la promotion, la coordination et l'organisation des études et des enquêtes spécifiques;
8. la mise en place et l'encadrement des mécanismes de la réforme du secteur de la santé;
9. la coordination de l'élaboration des normes et standards nationaux;
10. l'évaluation des programmes et projets du secteur de la santé.

## 1.4.2 Organisation actuelle de la DEP

Quel que soit le cadre organique que l'on consulte, la DEP est organisée en 3 cellules ou divisions dont les attributions se recoupent d'une manière ou d'une autre

Cadre organique 2003	Harmonisation des DEP 2001	Réforme DEP DAF (projet)
Cellule études et analyses sectorielles	Cellule études et analyses sectorielles	Division de la prospective, des études, de l'information et de la documentation
Cellule planification et évaluation	Cellule planification stratégique et statistiques	Division des stratégies et de la coopération internationale
Cellule partenariat pour la mobilisation des ressources	Cellule analyse et évaluation des projets	Division de la programmation et du suivi

Malgré cette organisation en cellules/divisions, les experts de la DEP ont des compétences transversales et doivent être capables d'intervenir sur n'importe quelle des attributions de la DEP, à savoir l'élaboration des diagnostics macro-économiques et sectoriels, la définition des politiques, des objectifs et des stratégies macro-économiques et sectoriels, la programmation et la budgétisation des projets et des programmes macro-économiques et sectoriels, le suivi des projets et programmes macro-économiques et sectoriels et la coordination des bailleurs pour contribuer à la recherche de nouveaux financements pour le secteur de la santé.

L'AM N° CAB.MIN/FP/RM/kit/039/2001 du 05 septembre 2001 portant uniformisation et harmonisation des structures d'études et de planification stipule en son article 7 que les experts de la DEP sont sélectionnés sur base de leurs spécialités et du niveau de formation plus que sur leurs grades statutaires. Ce principe a été respecté chaque fois qu'il a fallu remplacer un expert de la DEP.

Outre ces trois cellules/divisions, la DEP dispose d'un Centre de Documentation dont le rôle est de rendre disponible les données sanitaires à toutes les parties prenantes du secteur de la Santé.

## 1.4.3 Appuis à la DEP

### 1.4.3.1 Appui institutionnel 1 à la DEP

Pour permettre à la DEP de remplir les différentes missions lui confiées, le Royaume de Belgique a octroyé à la RDC un financement d'un montant s'élevant à 1.437.582,44€ pour une période de 3 ans à dater de juillet 2004, cela dans le cadre du « Projet d'appui institutionnel à la Fonction d'Etudes et Planification ». Ce dernier a été prolongé d'un an (jusque fin septembre 2005) moyennant une augmentation budgétaire de 576.851 Euros, puis de 8 mois sans changement de budget.

### 1.4.3.2 Appui institutionnel 2 à la DEP

Le projet d'appui institutionnel à la DEP-phase 2 a également été un projet de coopération bilatérale entre le gouvernement de la RDC et le Royaume de Belgique, pour un montant total était de 3.413.487 EUR. Cet appui, qui visait à contribuer à la mise en œuvre du Plan Directeur de Développement Sanitaire (PDDS) 2000-2009 en vue de l'amélioration progressive de la qualité des services et soins de santé offerts à la population de la République Démocratique du Congo (RDC), a pris fin le 11 novembre 2011 au terme de la convention spécifique signée le 12 novembre 2005 pour 72 mois.

Les réalisations durant cette phase sont décrits en détail dans le chapitre 1.6 analyse SWOT (1.6.1 Les Forces).

La deuxième phase du projet d'appui à la DEP avait fait l'objet, en janvier 2010, d'une évaluation externe. Le rapport de cette évaluation a mis en exergue les acquis à consolider et a notamment recommandé la mise en place, au cours de la phase de consolidation, d'une approche programme (financement multi-bailleurs) afin d'assurer notamment la continuité de l'appui à la DEP après 2013. A la suite de cette évaluation et dans le cadre de l'appui scientifique dont elle avait bénéficié au cours de cette même phase, la DEP a réfléchi sur la re dynamisation de sa fonction « études » et la valorisation du centre de documentation pour servir de centre de veille stratégique au sein du Ministère de la Santé Publique.

Après l'élaboration de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé en 2006, l'appui belge à sa mise en œuvre était envisagé sur le long terme (15 ans) dans le cadre des programmes d'appui au système de santé du niveau intermédiaire et périphérique (ASSNIP) et celui d'appui au système de santé du niveau central (ASSNIC). Cependant, les orientations du programme indicatif de coopération (PIC 2010-2013) entre la RDC et la Belgique ont consacré le désengagement progressif de la coopération belgo-congolaise du secteur de la santé d'ici fin 2013 en veillant à consolider les acquis des interventions en cours par des actions ciblées, via une contribution technique et/ou financière directe ou sous la forme d'une coopération déléguée.

La République Démocratique du Congo dispose d'une loi sur les finances publiques votée au parlement et promulguée. La mise en œuvre des prescrits de cette loi nécessite un renforcement des directions d'études et planification (DEP) et la mise en place de Directions Administratives et Financières (DAF) dans tous les ministères impliqués dans le processus de décentralisation. Une étude a été réalisée à cet effet. Elle avait pour but d'évaluer les performances actuelles des DEP et de proposer les missions qui devraient être celles des DEP et des DAF dans le cadre de la mise en œuvre de la loi relative aux finances publiques. Elle montre que la DEP Santé présente un bon niveau de performance grâce à l'appui dont elle bénéficie de la coopération belge et d'autres partenaires du secteur. Le rapport de cette étude propose six missions pour les DEP. Il s'agit de (i) Centraliser et exploiter l'information statistique, documentaire et les textes réglementaires ; (ii) Mener des études, analyses et diagnostics sectoriels, et contribuer au montage d'une banque de projets ; (iii) Organiser la formulation des politiques et de la stratégie sectorielle ; (iv) Appuyer la programmation et la consolidation du CDMT sectoriel ; (v) Assurer le contact avec les bailleurs de fonds et contribuer à la recherche des financements ; et (vi) Organiser le suivi des opérations de développement du secteur et effectuer des missions de terrain sur le suivi des projets. Le projet de cadre organique des DEP restructurées est mis en annexe 1.

Dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS 2011-2015, la DEP a élaboré et budgétisé son plan quinquennal en prenant en compte toutes ses missions en tant que Direction. Ce plan intègre les appuis de tous les partenaires de la Direction afin de permettre à celle-ci de se concentrer sur son « core business ». Cette année, la DEP encadre l'ensemble du processus d'élaboration des

plans d'actions de toutes les entités administratives et opérationnelles.

#### **1.4.3.3 Appui institutionnel 3 à la DEP (phase de consolidation des acquis)**

Un nouveau PIC entre le RD Congo et la Belgique a été adopté pour la période 2010-2013. Il concentre la coopération bilatérale sur trois secteurs prioritaires. Pour la coopération bilatérale directe, le secteur de la santé n'est plus prioritaire.. Le PIC 2010-2013 a donc convenu d'un retrait progressif du secteur de la santé d'ici fin 2013 en veillant à consolider les acquis des interventions en cours par des actions ciblées. Néanmoins, dans le cadre d'une stratégie d'exit, la Belgique a décidé de continuer son appui à la DEP avec un montant de 2584141 Euro jusqu'en décembre 2013. Un montant de 816016 Euro a été réservé pour assurer la continuité entre la fin de l'appui précédent (DEP2) en novembre 2011 et le début de l'appui futur (DEP3) à partir du mois août 2012. Un montant de 178141 Euro a été réservé pour la phase de consolidation (DEP3) même. C'est cette phase de consolidation qui fait l'objet de ce dossier de formulation.

#### **1.4.3.4 Autres appuis aux activités de la DEP**

Dans le cadre de ses missions, la Direction d'Etudes et Planification a élaboré son plan y2011-2015. Ce plan constitue la contribution de la direction à la mise en œuvre du PNDS qui couvre la même période. Ce plan a un budget total 15,8 millions de dollars, équivalent à environ 11,05 millions d'euros. Le projet financé par le Royaume de la Belgique constitue de ce point de vue une contribution à la réalisation des missions de la direction. D'autres bailleurs contribuent actuellement, par certaines lignes budgétaires de leurs projets respectifs, à la réalisation de certaines activités relatives aux missions de la direction :

En 2012 et 2013, la DEP peut compter, à part la contribution belge, sur les appuis suivants (cf. aussi tableau par résultat sous le sous-chapitre 4.1) :

- 568 333,08 € du projet GAVI–RSS (dont 270 993 € pour les activités et primes de la DEP même et 297340 € géré par la DEP pour l'appui à la réalisation des plans d'action opérationnels à tous les niveaux du système de santé.
- 1 344 407,69 € du Trust Fund Canadien passant par la Banque Mondiale (dont 207 993 € pour la réalisation des activités propres à la DEP et la rémunération d'un expert en économiste et 1 136 414 € géré par la DEP pour l'élaboration des cadres de dépenses sectorielles à moyen terme (CDMT) dans les provinces).
- 300 000 € du budget de l'Etat, notamment pour la rémunération du personnel et les frais d'étude.
- 63 546,00 € du projet PA PNDS (10e FED) pour la planification.
- 504 079,62 € de l'UNICEF pour mettre en œuvre le projet Santé pour les plus pauvres (SPP).
- 31.080,00 € des ASSNIP 4 et 5 pour le fonctionnement et la prime de l'expert DEP chargé de la capitalisation.

Dans la même période, la DEP pourrait aussi compter sur un financement de :

- 130.238 € du Fonds Mondial 9e tour pour cofinancer durant la période 2012-2015 son fonctionnement et ses activités de planification coordonnée.
- 105.000 €.de l'OMS pour gérer la plate-forme d'échanges de l'IHP+.
- L'UNICEF a commencé depuis cette année à appuyer les activités de planification au niveau central et en provinces. Le montant annoncé en 2012 est de 400 000 USD. Certains coûts inscrits dans le budget de la DEP pourront ainsi être pris en charge par



l'UNICEF.

- Des négociations sont en cours avec la coopération britannique et la coopération canadienne qui élaborent de nouveaux programmes d'appui au secteur de la Santé en RDC. Elles pourraient être intéressées à appuyer la DEP.

Le renforcement des capacités de la DEP comme organe chargé de l'élaboration des programmes et projets du secteur de la santé lui permet en amont de s'assurer de la cohérence entre ces interventions (programmes et projets financés par les bailleurs du secteur) et le PNDS 2011-2015, d'une part, et entre les interventions de tous les partenaires conformément aux principes de partenariat de la Déclaration de Paris, d'autre part. C'est le PNDS qui rassemble toutes les forces et autour duquel les PTF seront appelés à contribuer lors d'une Table Ronde sectorielle santé qui sera organisée au cours de cette année.

En aval, la cohérence avec les autres bailleurs sera assurée à travers les plans d'action opérationnels. Comme celui de la DEP, ces plans (un seul plan par niveau du système de santé et par structure) seront multi-bailleurs. Ils seront donc financés à chaque niveau par le budget de l'Etat consacré à la santé et l'ensemble des partenaires techniques et financiers (PTF) intéressés. Ceci conduira progressivement à la disparition d'interventions / projets qui ne seraient plus des projets de cofinancement de la mise en œuvre du PNDS.

## 1.5 La coopération internationale en RDC

### 1.5.1 Appuis belges au secteur de la santé en RDC

Un nouveau PIC entre la Belgique et le RDC a été adopté pour la période 2010-2013. Il concentre la coopération bilatérale sur trois secteurs prioritaires. Pour la coopération bilatérale directe le secteur de la santé n'est plus prioritaire. Le PIC 2010-2013 a donc convenu d'un retrait progressif du secteur de la santé d'ici fin 2013 en veillant à consolider les acquis des interventions en cours par des actions ciblées.

L'appui sectoriel de la coopération belgo-congolaise dans la santé - 60 millions d'euros engagés en bilatéral de 2006 à 2011 - se répartit (i) en appui institutionnel à trois Directions du MSP - Direction des Etudes et Planification (DEP), Direction de la Lutte contre la Maladie (DLM) et Direction des Pharmacies et des Médicaments – et au niveau intermédiaire dans 4 Provinces, (ii) en appui opérationnel au système de santé dans les provinces du Bas-Congo, du Bandundu, de l'Equateur et Orientale (projets ASSNIP I à V), (iii) en appui au fonctionnement des centrales régionales d'approvisionnement en médicaments (CDR 1 et 2) et (iv) en appui au programme national de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine (THA).

Pour ce qui concerne les projets de renforcement institutionnel au niveau central et la série des ASSNIP ces deux types d'interventions ont, par une porte d'entrée différente dans le système, pour objectif commun le renforcement du système de santé, dans une approche systémique et globale visant à renforcer les différents éléments clés du système : (i) le niveau central (ii) les équipes cadres des provinces et des zones, (iii) les hôpitaux et le réseau de centres de santé.

De nombreuses ONG belges<sup>3</sup> bénéficient de financements DGD pour mener leurs activités dans le domaine de la santé.

---

<sup>3</sup> Leur contribution au secteur de la santé en RDC est décrit plus en détail dans les différents DTF des ASSNIP

## 1.5.2 Appuis des différents bailleurs au secteur de santé en RDC

Organisation	Intitulé de l'intervention
1. Union Européenne (UE)	-Projet d'Appui au Plan National de Développement Sanitaire (PAPNDS) dans les provinces Orientale, Nord-Kivu, Kasai Oriental et Kasai Occidental -Projet d'accélération de l'atteinte des OMD 4 et 5 (même ZS que PAPNDS) -Projet de lutte contre les violences sexuelles
2. Coopération belge	-CTB : Appui Institutionnel à la DEP, DLM, PNLTHA, PNAM et projets d'Appui au Système de Santé du Niveau Intermédiaire et périphérique (ASSNIP) dans les provinces du Bas-Congo, du Bandundu, de l'Equateur et Province Orientale -ONGs : MEMISA, Louvain Développement, MDM, MSF, Action Damien, ...
3. Banque Mondiale	Projet d'appui au Renforcement du Système de Santé (PARSS) α CCISD, CTB, GIZ, COOPI, IRC pour les appuis au niveau des ZS dans les Provinces du Bandundu, de l'Equateur, du Katanga, de Kinshasa et du Maniéma + CREDES comme agence d'évaluation externe et CEMUBAC pour l'appui au niveau intermédiaire
4. Fonds Mondial	Round 8 Round 9 α MSP comme principal bénéficiaire Round 10 α SANRU comme principal bénéficiaire
5. GAVI	-Fenêtre Renforcement du Système de Santé (RSS) - Fenêtre Renforcement de la Société Civile (CSO)
6. Coopération Américaine (USAID et CDC)	-Projet PROSANI α les ONGs IRC, MSH, ORC
7. Coopération Allemande (GIZ)	District Kwango
8. Coopération Italienne (COOPI)	-Surveillance épidémiologique -1 ZS
9. Coopération Britannique (DFID)	IRC MERLIN
10. Coopération canadienne (ACDI)	-Projet Santé Kinshasa (PROSAKIN) α ONG CCISD dans 3 ZS -Identification projet d'appui à l'Information sanitaire
11. Coopération Française (AFD)	Projet d'appui à 2 HGR de la ville de Kinshasa
12. Coopération Sud-Coréenne (KOICA)	Coopération bilatérale directe : 5 ZS dans la province du Bandundu Coopération bilatérale indirecte α ONG coréenne : projet à Kisangani (PO)
13. PEPFAR (VIH)	-approvisionnement en ARV -études avec ESP
14. Coopération Japonaise JICA	-Appui institutionnel à la première direction du MSP (RH) -Projet de réhabilitation de 2 hôpitaux secondaires au Bandundu et au Bas-Congo
15. Coopération Suédoise (SIDA)	-UNICEF: programme de la survie de l'enfant – programme national (USD m 9,5) -IRC: appui global (1 ZS Nord Kivu, 2 ZS Katanga) (USD m 10,0) -Merlin: appui global (2 ZS Nord Kivu), appui santé de la reproduction (2 ZS Maniema) (USD m 5,0)
16. Coopération espagnole	Projet appui 2 ZS
17. Coopération suisse	Projet appui 7 ZS et DPS Sud Kivu
18. Coopération néerlandaise	CORDAID : -Appui 3 ZS BC, -Appui à la deuxième direction : réforme hospitalière -Appui cellule PBF SG

Organisation	Intitulé de l'intervention
19. OMS	
20. UNICEF	-Approche Santé Pro Pauvres (SPP) ancré à la DEP -Santé Maternelle et Infantile (SMI)
21. FNUAP	-Appui au Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) : appui au planning familial
22. BAD	Projet d'Appui au Plan Directeur de Développement Sanitaire dans la Province Orientale (PA PDDS PO) : première phase achevée, suite non encore précisée
23. Coopération Afrique du Sud	Des appuis via la cellule de projets du SG
24. Coopération tunisienne	Des appuis via la cellule de projets du SG
25. Coopération égyptienne	Des appuis via la cellule de projets du SG
26. Coopération marocaine	Des appuis via la cellule de projets du SG

Pratiquement chaque partenaire du MSP a une approche différente. Mais de plus en plus, grâce à la SRSS, le MSP parvient à les convaincre d'apporter un appui le plus global possible aux zones de santé. De tous ces partenaires seuls l'Union Européenne, le Fonds Mondial et GAVI font transiter leurs fonds par la structure que le MSP a mis en place pour améliorer la gestion financière des projets, la Cellule d'Appui et de Gestion (CAG). Tous les accords sont pris également pour que la partie administrative et financière du portefeuille santé de la CTB intègre très prochainement la CAG.

Le forum de Haut Niveau de Kinshasa, organisé du 15 au 16 juin 2009, a débouché sur un engagement des parties présentes, l'« agenda de Kinshasa » qui a été signé le 16 juin 2009. Cet agenda montrait que la Santé avait été le deuxième secteur en hauteur de versements en 2007-2008 ( $\pm$  390 millions d'USD) après le secteur Gouvernance qui comprenait tout l'effort international pour l'organisation d'élections démocratiques. Cette information doit être mise en parallèle avec les résultats de l'étude de coûts menée par la DEP qui a montré que pour développer le paquet minimum d'activités (PCA) dans les centres de santé et le paquet complémentaire d'activités (PCA) dans les hôpitaux généraux de référence (HGR), il fallait 18,3 USD / habitant et par an, ce qui représente pour le niveau du Congo un besoin de 1,3725 milliards de dollars.

Dans les mêmes documents qui ont servi à préparer l'agenda de Kinshasa, on retrouve aussi la place de la Belgique dans la cartographie des bailleurs. Elle se retrouve en seconde position après la Banque Mondiale pour les versements « développement » réalisés en 2007-2008 ( $\pm$  250 millions d'USD) et en troisième position après la Banque Mondiale et la Commission européenne avec 344 millions d'euros versés en 2007-2008 pour des actions humanitaires et de développement tous secteurs confondus et 66,5 millions d'USD pour le secteur santé, soit  $\pm$  19 %. Cela démontre l'excellent positionnement de la Belgique dans la cartographie des bailleurs dans le secteur de la santé en RDC et devrait servir de base pour réfléchir sur les prescrits du code de conduite de l'Union Européenne : « *que la division du travail ne se fasse pas au dépend du volume et de la prévisibilité de l'aide au développement* ». Ce code disait aussi que « *la complémentarité doit être fondée sur l'avantage comparatif des bailleurs dans leur soutien aux gouvernements partenaires. Les bailleurs de l'UE doivent faire plein usage de leurs avantages comparatifs respectifs afin (i) d'approfondir la division du travail, (ii) d'amplifier la concentration des activités, et (iii) de développer les coopérations déléguées.* »

## 1.5.3 Evolution du contexte de l'aide internationale

### 1.5.3.1 Avancée vers les OMD

Même si la RDC est désormais dans une phase de sortie de crise, le degré de dégradation de la situation économique et sociale atteint au terme de longues années de conflit, la détérioration des infrastructures ainsi que la dilution de l'autorité de l'état ont rendu illusoire l'atteinte des OMD liés à la Santé<sup>4</sup>. La crise économique mondiale de 2011 ne fait qu'aggraver la situation économique.

La vision partagée par la coopération belgo-congolaise est que l'avancée vers les OMD doit passer non seulement par la lutte contre les problèmes spécifiques mais aussi et surtout par le renforcement du système de santé (RSS) et par une meilleure coordination à tous les niveaux.

### 1.5.3.2 Harmonisation et alignement

Comme souligné plus haut, les **concertations entre les PTF santé et le MSP** sont fonctionnelles : les rencontres GIBS – MSP abordent régulièrement les problématiques liées à l'harmonisation de l'aide et à l'alignement des interventions des partenaires. L'engagement du MSP vers les principes de la Déclaration de Paris est de plus en plus probant et concret.

Un partenariat international pour la santé a été créé en 2006. De nombreux pays dont la Belgique et la RDC ont signé l'engagement commun, **le Compact**. Il vise à favoriser la coopération inter institutionnelle plutôt que la concurrence, à réduire les coûts de transaction, à améliorer l'efficacité et la prévisibilité de l'aide, à accroître les ressources du gouvernement et des partenaires du développement pour le secteur de la santé, à créer des connaissances et à améliorer l'échange du savoir entre les pays et les partenaires du développement pour accélérer l'atteinte des objectifs santé des OMD(1c, 4, 5 et 6)..

Ensuite chaque pays individuellement ont été invité à signer avec ses partenaires un pacte national sur les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Celui de la RDC devrait être signé lors de la Table Ronde de 2012. Ce pacte national devrait reprendre les engagements des différentes parties pour améliorer l'efficacité de l'aide et fournir un cadre propice à l'augmentation de l'aide pour la santé en résolvant les problèmes de fragmentation et de volatilité, en réduisant les coûts de transaction et en s'attachant à la responsabilisation mutuelle.

Avec l'élaboration du cadre de suivi et évaluation stratégique du PNDS, la DEP dispose maintenant d'un outil qui permettra au MSP de suivre ses progrès. La Partenariat International pour la Santé et initiatives connexes (IHP+) intervient auprès des pays partenaires pour les aider à faire ces évaluations conjointes. La plate-forme d'échange (CHIP) mise au point par ce partenariat permet aux pays membres de partager les progrès qu'ils réalisent et ainsi améliorer l'échange des savoirs.

### 1.5.3.3 Mise en place de programmes de Renforcement du Secteur de la Santé

Quantitativement, le renforcement de l'appui des partenaires au secteur de la santé est notable depuis plusieurs années avec de plus en plus de fonds disponibles pour la santé. L'appui de Banque Mondiale, de l'Union européenne et du Gouvernement américain est notable de même que celui plus récent de la coopération chinoise. Force est cependant de constater qu'une bonne partie des interventions s'oriente toujours vers la lutte verticale contre les maladies, avec en particulier un accroissement notable des fonds disponibles via le Fonds Mondial et le GAVI.

---

<sup>4</sup> OMD 4 : réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans ; OMD 5 : réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle, OMD 6 : avoir enrayer la propagation du VIH/Sida et avoir commencé à inverser la tendance actuelle.

Cependant, conscientes de la nécessité de renforcer le système pour atteindre les OMD spécifiques à la santé, ces deux institutions ont accepté de compléter leurs dispositifs de lutte contre des problèmes spécifiques par des programmes de renforcement du secteur de la santé. Ces deux financements RSS qui s'ajoutent à ceux des PTF appuyant de façon horizontale le MSP (UE, BM, Coopération Belge), doivent être gérés par la CAG (voir ci-dessous).

#### 1.5.4 Groupe Inter-Bailleurs Santé (GIBS)

Le GIBS est le cadre de concertation et de réflexion pour les pays membres de l'UE, les autres bailleurs de fonds et les partenaires multilatéraux impliqués dans le secteur de la santé, en matière de mise en œuvre de la SRSS. Il vise la synergie et la complémentarité des différents partenaires du MSP en vue d'une bonne coordination de l'assistance qu'on lui apporte et l'application des politiques et programmes de santé.

Les membres du GIBS œuvrent pour :

- Qu'un effort de coordination inclusive soit déployé - mise en place d'outils de travail et des intrants uniformes - en vue d'améliorer en quantité et en qualité les résultats du secteur à travers la mise en œuvre de la SRSS ;
- Que l'effort de coordination au sein du MSP soit renforcé ;
- Que le Comité de Pilotage (cf. annexe) du secteur, y compris ses commissions, soit rendu opérationnel ;
- Que ce processus puisse aboutir à terme à une approche sectorielle globale véritablement efficace et efficiente sous le leadership du MSP;
- Que la mise en œuvre des priorités du CAP/PAP se fasse dans un avenir respectant les plans de travail ;
- Que la réforme du secteur de la santé (comme un des secteurs prioritaires dans la réforme globale de la fonction publique) et la restructuration du niveau central et intermédiaire du MSP aboutissent dans un délai raisonnable;
- Que le cadre légal et stratégique régissant le secteur de la santé soit actualisé.

Les activités du GIBS sont les suivantes :

- La tenue de réunions périodiques de concertation,
- La création des groupes de travail stratégique-technique,
- Les rencontres avec le partenaire,
- Les visites de terrain
- Le support technique au MSP.

Les appuis font l'objet de concertations et de renforcements réciproques entre les PTF concernés autour de la mise en œuvre de la SRSS, de la réforme du MSP et de l'Administration publique (déconcentration/ décentralisation).

#### 1.5.5 La Cellule d'Appui et de Gestion (CAG)

L'adoption officielle du PNDS, les nouveaux financements (GAVI, Fonds Mondial) et le système de gestion à mettre en place sont une opportunité pour l'alignement des interventions des partenaires sur les priorités nationales. A long terme, cet alignement permettra au MSP de la RDC d'intégrer progressivement toutes les ressources financières pour la réalisation de ses

activités inscrites dans le PNDS . La mise en œuvre cohérente et concertée des projets sur financement extérieur selon la Déclaration de Paris et le Programme d'Actions d'Accra, implique la mise en place d'une structure unique de coordination , en l'occurrence le Comité National de Pilotage du Secteur de Santé (CNP-SS), et un mécanisme harmonisé de gestion des ressources financières avec des procédures claires, facilement et progressivement applicables à tous les projets du secteur de la santé financés par des ressources extérieures.

Une Cellule d'Appui et de Gestion (CAG) a été créée en 2010 au niveau central du MSP pour permettre une gestion harmonisée des ressources financières du secteur de la santé. Actuellement elle joue aussi le rôle de cellule de passation des marchés publics conformément aux dispositions de la loi relative aux marchés publics. Le but de cette cellule est d'organiser la gestion financière des projets et programmes de santé sur base de plans d'actions validés par le CCT, et de documents contractuels en tenant compte pour le moment des spécificités de certains bailleurs de fonds, l'objectif étant à terme d'aligner toutes les ressources financières du secteur sur les procédures nationales. Dans le cadre de la mise en œuvre de la loi relative aux finances publiques, la fonction de gestion financière attribuée à la CAG devra être intégrée dans la future Direction Administrative et Financière (DAF).

Il est important de veiller à la complémentarité entre les missions de la CAG et celle de la DEP.

Existant depuis environ une année et demie, la CAG se met progressivement en place. Le coordonnateur de la CAG ainsi que les différents cadres qui y travaillent ont été recrutés sur base compétitive. Sont pour l'instant logés à la CAG : (i) les Programmes financés par le FED10 même si ceux-ci fonctionnent avec leurs propres procédures, (ii) les Fonds GAVI-RSS, (iii) le Fond Mondial Round 9 (Tub-RSS, (iv) tous les projets du programme santé de la CTB. Bien que ces procédures se mettent progressivement en place, on doit néanmoins noter que le système n'est pas encore complètement opérationnel au moment de la formulation du présent projet.

## 1.6 Analyse SWOT

Cette analyse porte sur les deux appuis antérieurs à la DEP financés par la Coopération belge.

### 1.6.1 Les Forces

Les forces peuvent être considérées comme des acquis de la phase précédente sur lesquelles la phase de consolidation devra s'appuyer.

1/ Par rapport à la planification, la DEP a contribué à l'élaboration et la diffusion de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (**SRSS**) sur laquelle elle a développé le Plan National de Développement Sanitaire (**PNDS 2011-2015**). Ensuite, à tous les niveaux, elle a appuyé l'élaboration des Plans d'Actions Opérationnels (**PAO**) 2011 et 2012 en produisant les outils et par des missions d'accompagnement direct. Elle a travaillé pour obtenir un consensus sur un cadre de suivi évaluation stratégique (**CSE**) du PNDS.

Pour le niveau national, la DEP a participé à la finalisation du **DSCR** 1 et DSCR 2e génération et des Plans d'Actions Prioritaires (**PAP**). La DEP a participé à l'élaboration des **CDMT**.

2/ Par rapport à la coordination des différentes interventions dans le secteur et la mobilisation de ressources supplémentaires, la DEP a mobilisé des fonds auprès du fonds GAVI, du Fonds Mondial, et de la plupart des coopérations occidentales. Elle a **canalisé les financements** destinés au développement des services de santé des partenaires principaux pour donner l'information sur les financements disponibles aux structures du MSP pour qu'elles puissent programmer leurs activités dans un cadre plus réaliste. La DEP a été au centre de la rédaction des soumissions et de la **formulation** de plusieurs projets du secteur dont les principaux sont :

- -Pour la Coopération Belge : projets ASSNIPs, DLM, CDR
- Pour le Fonds Mondial : 7<sup>ème</sup> Round/VIH, 8<sup>ème</sup> Round /VIH et Paludisme, le 9<sup>ème</sup> Round / Tuberculose et Renforcement du système de santé et le 10<sup>ème</sup> Round / Paludisme
- Pour GAVI : Projets d'appui au renforcement du système de santé et aux organisations de la société civile.
- Pour le 10<sup>o</sup> fonds européen de développement : formulation du projet d'appui au PNDS
- Pour coopération Suisse : projet d'appui à la Province du Sud Kivu
- Pour la Banque Africaine de Développement (BAD) : projet d'appui en Province Orientale
- Pour la Banque Mondiale : Projet d'appui à la réhabilitation du secteur de la santé.

Par la création du Comité national de Pilotage du Système de santé (**CNP-SS**) et des Comités Provinciaux de Pilotage (**CPP**), la DEP a largement contribué à la mise en place d'un cadre de concertation rationnel entre le MSP, ses partenaires, les autres secteurs sociaux et les secteurs connexes. La DEP a appuyé l'organisation des réunions du CNP-SS, du Comité de coordination technique du secteur de la santé (CCT-SS), qui est l'organe technique du CNP-SS, et l'organisation des revues annuelles sectorielles. La DEP continuera à appuyer le fonctionnement des commissions qui sont reliées au CNP : celle chargée des politiques, de la décentralisation, de la planification, de la programmation et de la recherche, et celle chargée du financement de la santé et de la contractualisation. De même que la DEP continuera à appuyer l'organisation de quelques réunions du CNP où les commissions apportent leurs productions.

La DEP mène et consolide progressivement les acquis de la **réforme du financement** du secteur (CNP, CAG-AGEFIN, manuel consensuel de procédures, mémorandum d'entente sur la réforme du financement) en militant pour une réelle couverture universelle en santé en RDC en appuyant plusieurs activités du PNPMS en relation avec le développement de mutuelles de santé à vocation universelle.

La DEP a largement contribué à la **réforme du CCM** (Country Coordination Mechanism) en veillant à la bonne répartition des responsabilités entre les différents organes du MSP. L'expérience de cette réforme du CCM sera utilisée pour redynamiser le Comité Nationale de Pilotage de Système de Santé (CNP-SS)

C'est largement grâce à la DEP que les Revues Annuelles (**RA**) du secteur ont pu être organisées et qu'une certaine qualité des contenus a pu être obtenue.

La DEP a contribué à ce que chaque niveau du système de santé (ECP et Directions centrales) connaisse mieux, puis maîtrise mieux les responsabilités qui lui sont attribuées en responsabilisant ces structures par rapport à la mise en œuvre de certains axes du PNDS. Elle a ainsi contribué au démarrage du processeur de **réforme du niveau intermédiaire** dans quelques provinces et au renforcement des capacités des ECP. Elle a aussi contribué à la reprise du leadership de la deuxième direction qui s'est lancé dans l'écriture de la réforme hospitalière. Le même travail a été fait avec la première direction qui a présenté à la RA 2010 pour validation le Plan National de Développement des Ressources Humaines en Santé (**PND-RHS**).

Dans la **réforme de l'administration publique**, la DEP a coordonné le processus d'actualisation du projet de Loi-cadre de 2002. Elle a négocié la proposition de nouveau cadre organique (Central & intermédiaire) avec la Fonction Publique et a proposé un AM à la signature de l'autorité compétente pour la création de 26 nouvelles Divisions Provinciales de la Santé.

3/ Dans sa mission de mener des études, des analyses et des diagnostics sectoriels, et ainsi contribuer au montage d'une banque d'informations (sur les projets, les provinces et leurs ZS, les

axes du PNDS, les réalisations des directions, etc.), la DEP a organisé des **ateliers importants de documentation et de capitalisation** pour générer des modèles et alimenter la réflexion pour l'élaboration de politiques normes et directives : - sur les acquis des projets ASSNIP du Bas-Congo et de Province Orientale principalement sous forme de 'recherche action', - sur les expériences de plusieurs partenaires du secteur (ONG et agences d'exécution) en matière financement du secteur de la santé, - sur l'action de réflexion et d'action concernant la (ré)organisation des structures intermédiaires (DPS) du système de santé en RDC menée par le 9ème FED, - sur l'assurance maladie à vocation universelle, pour ne citer qu'eux. Pour permettre le diagnostic sectoriel et macro économique, elle a largement contribué à l'Enquête Démographique et de Santé (**EDS,2007**), aux Etats des Lieux du Secteur de la Santé (**ELSS,2009**), et au Multi Indicators Cluster Survey (**MICS, 2010**). La DEP a également mené, en collaboration avec l'OMS, une étude de coûts du Paquet Minimum d'Activités (PMA), du Paquet Complémentaire d'Activités(PCA) et des interventions de management de la Zone de santé sur base de l'outil « Integrated Healthcare Technology Package » (iHTP). Elle a contribué à la rédaction du **rapport 2008 de l'OMS** sur la santé dans le monde intitulé « les soins de santé maintenant plus que jamais ». Ce rapport a tiré de nombreuses illustrations de la stratégie de renforcement du système de santé de la RDC.

Dans le cadre de l'utilisation du CSE mentionné plus haut, la DEP a travaillé sur la collecte de certains indicateurs et la réflexion sur les directives à donner pour que ces informations soient disponibles au moment voulu. Elle a gardé des liens avec le partenariat international pour la Santé (**IHP+**) et le portail de l'intelligence sanitaire de l'OMS (**CHIP**).

Outre toutes l'information produite par la production des services, la DEP a géré les connaissances issues du système par le canal d'études dont les Comptes Nationaux de la Santé (**CNS**), le **Costing** des zones de santé « normées » et en situation réelle (ZS Demba, Kabare, Lubutu, Mwetshi, ), les études du **GRAP-PA** sur la documentation des résultats de la mise en œuvre des principes de l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé avec le cas de la RDC et l'exploration des interactions entre acteurs pour apprendre l'adaptabilité et favoriser le changement, cas de l'appui technique au niveau.

Dans le cadre de l'appui à d'autres Directions et programmes du MSP, la DEP a travaillé étroitement avec le Programme National de Promotion des Mutuelles de Santé (PNPMS) sur l'élaboration du projet de loi sur la **couverture universelle** et avec le Programme des comptes Nationaux de la Santé (PCNS) pour produire les premiers **comptes nationaux** de la santé du pays (2008 et 2009). Suivant la réforme, la DEP prendra soins d'envisager l'intégration de ces deux programmes en son sein. Une bonne analyse institutionnelle sera nécessaire afin de n'intégrer que les fonctions de ces programmes qui correspondent bien aux missions de la DEP.

**L'appui technique et scientifique à la DEP** par le consortium des ESP de l'UCL, de l'ULB et l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, partagé avec les projets d'Appui au Secteur de la Santé du niveau Intermédiaire et Périphérique (ASSNIP) lui a permis de mieux cerner tous les aspects de développement des systèmes de santé à tous les niveaux, sans devoir faire elle-même l'encadrement des zones de santé, ou sans devoir encadrer seule les DPS. Il a permis entre autre à la DEP de mieux comprendre sa fonction étude pour récolter finalement toutes les informations utiles pour la planification du secteur. Elle a compris que la déconnection du terrain ne devait pas se résoudre par un encadrement de zones de santé pilote par elle-même, mais par le **maintient d'un contact régulier** et systématisé avec les acteurs de terrain et leurs partenaires.



## 1.6.2 Les Faiblesses

La **communication interne** au sein de la DEP mérite d'être améliorée pour un meilleur fonctionnement : réunions de staff, mail, partage de documents, archivage commun, agenda commun

Pour la **gestion de ses ressources humaines**, la DEP ne se repose pas assez sur des règles nationales. La DEP devra donc remettre en exergue la réglementation congolaise pour améliorer le suivi et la valorisation de son personnel. Il faut passer de la gestion projet à la gestion d'une structure administrative congolaise notamment en se référant au statut du personnel de carrière des services publics de l'Etat, aux règlements d'administration et au code de bonne conduite. Ce sera l'occasion aussi de les adapter aux différentes réformes et à la gestion basée sur les résultats.

La **gestion des autres ressources** de la DEP ne repose pas suffisamment sur une gestion rigoureuse basée sur des règles nationales. Le logiciel financier qui sera utilisé devra permettre à la DEP et aux différents services du MSP de pouvoir rendre des comptes aux différents bailleurs, y compris l'Etat. Cet outil devra être compatible avec les outils développés par les autres structures du MSP et surtout du Ministère des finances. La responsabilité du directeur de la DEP envers l'Etat et les partenaires pour la bonne gestion de tous les équipements devra être déléguée à une autre personne de la DEP. L'utilisation et le respect de procédures consensuelles facilitera l'alignement de tous les partenaires qui souhaiteront intégrer un appui multi bailleurs à la DEP.

## 1.6.3 Les opportunités

La présence d'une excellente **Stratégie Nationale (SRSS) et un PNDS 2011/2015** qui intègre les éléments de la stratégie nationale.

La préparation d'un **Compact** (avec une signature prévue en 2012) dans le cadre de l'IHP+ (International Health Partnership) constitue une opportunité pour aller graduellement vers une approche sectorielle.

La mise en place d'un **CAG** au niveau central renforce une gestion plus harmonisée.

Dans plusieurs provinces des **équipes DPS** ont été sélectionnées sur base d'une procédure de sélection rationnelle.

La **convention spécifique** entre la Belgique et la République Démocratique du Congo qui soutient le projet d'appui à la DEP est un rempart contre la dérationalisation et un modèle de meilleure gouvernance. Elle met la direction à l'abri d'affectations intempestives et évite au personnel de la DEP des mutations non justifiées. Elle permet de faire évoluer les cadres de la DEP dans un environnement de travail acceptable qui leur permet de se consacrer à temps plein à leur travail.

La volonté de la Belgique de passer de l'approche projet, suivie dans la première phase, à un **appui institutionnel** pour la seconde phase, a été effective. La DEP ne fonctionne plus sur base d'activités et de résultats figés par un projet mais bien sur base des attributions/fonctions organiques qui lui sont confiées. L'appui institutionnel à la DEP a induit une « protection » de son personnel sur plusieurs années qui a permis d'avoir un impact réel sur le développement du système de santé congolais : SRSS, PNDS, réformes en cours, mobilisation de ressources financières importantes

L'évolution du portfolio des ASSNIP et ASSNIC vers une **approche de programme d'appui** permet mieux de capitaliser les expériences de terrain.

La DEP dispose d'un **centre de documentation** qui ne demande pas grand-chose comme transformation pour devenir un vrai centre de gestion des connaissances et de l'information stratégique pour l'ensemble du MSP.

Le **désengagement de la Belgique** va sans doute accélérer l'adoption de l'approche SWAp ou au minimum de l'approche programme au niveau de la DEP :

- Planification projet → planification institutionnelle et stratégique alignée au PNDS
- Identification des actions de la DEP au croisement de ses missions et des programmes du PNDS
- Budgétisation sur base du CDSMT
- Programmation multi bailleurs

#### 1.6.4 Les contraintes et/ou menaces :

La documentation des **expériences** du terrain **ne remonte pas** encore systématiquement vers le niveau provincial et national afin d'alimenter la politique de santé et les stratégies nationales.

Malgré l'existence de la SRSS et du PNDS, toutes les parties prenantes du secteur de la Santé **traînent à adopter l'approche sectorielle** qui seule permet un renforcement du système de santé. Cette approche passe par la reconnaissance des attributions, responsabilités et moyens nécessaires de chaque direction rationalisée par l'administration et les partenaires

La **réforme de l'administration publique** avec la mise en place d'un nouveau cadre organique plus rationnel qui contribuerait aussi au renforcement du système de santé tarde à venir. Ce nouveau cadre devra tenir compte des missions essentielles du MSP et de la concordance entre les profils attendus et le profil des personnes sélectionnées.

Le **processus de décentralisation reste inachevé** entre autre par manque de disponibilité des textes réglementaires soutenant ce processus, et des interférences par rapport au fonctionnement des nouvelles équipes DPS.

Le **secteur reste toujours sous-financé**. Contrairement aux engagements d'Abuja, il y a avant tout une faible contribution financière de l'Etat au financement de la santé.

L'**autorité hiérarchique** sur le personnel reste très **faible** avec l'impunité comme résultat.

Les différentes directions et programmes non rationalisées et non appuyés du niveau central induisent des **sollicitations fréquentes** et non rationnelles de la DEP. La réforme du niveau central devrait déboucher sur des directions rationalisées qui devront alors être appuyées correctement sur base de leurs missions respectives au même titre que la DEP. Cette réforme devra éviter les chevauchements dans les missions et attributions des différentes directions tout en préservant leurs complémentarités.

La **rémunération** apportée par l'intervention reste nettement meilleure que le salaire payé par la Fonction Publique dans les autres directions mais elle devient malgré tout de moins en moins attractive pour les cadres de la DEP qui sont sollicités par de multiples programmes et organisations internationales qui offrent des contrats de courts et de longs termes avec des salaires bien supérieurs.

La **communication sectorielle** nécessaire pour un bon fonctionnement d'une administration reste faible. La DEP devra pour améliorer la communication intra sectorielle, en systématisant les

réunions avec les autres directions sous l'égide du Secrétaire Général pour qu'un seul conseil consensuel et concerté soit apporté au Ministre pour la prise de décision.

La **communication entre toutes les parties prenantes** qui permettrait un meilleur fonctionnement du MSP doit aussi être améliorée. La coordination des partenaires est rendue difficile car ils ne partagent pas spontanément les informations et les budgets concernant leurs projets avec le MSP, les années fiscales ne sont pas les mêmes pour tous les partenaires, les budgets ne sont pas présentés de la même manière et ne sont pas toujours liés à des appuis à des unités opérationnelles bien déterminées.

La **gestion axée sur les résultats** est encore le parent pauvre du MSP. L'esprit de rendre compte, de s'évaluer, de faire le point périodiquement sur les réalisations des unités opérationnelles du MSP dont font partie les directions du niveau central n'est pas encore tout à fait au rendez-vous.

Le **contexte de désengagement** du bailleur privilégié de la DEP crée indéniablement un climat d'incertitude qui n'est pas propice à un travail de reconstruction d'un système qui demande de la persévérance, de la sérénité et de l'engagement sur le long terme.

Le contexte dans lequel évolue la DEP pose encore des **problèmes de régulation**.

## 1.7 Défis à relever

Sur base de l'analyse SWOT, trois défis principaux devront être relevés au cours de cette intervention :

- L'intervention et la DEP font le pari que la planification de l'action sanitaire deviendra unique, indivisible et opposable à tous. Ce challenge implique un **leadership** rehaussé, **l'alignement des partenaires** sur une stratégie, une politique et un plan pays, **l'intérêt à mettre le patient au cœur** de cette action sanitaire, **la rationalisation des ressources** du système de santé, **la tenue d'une administration rigoureuse** avec des règles établies, connues et appliquées, et **la mobilisation de ressources financières**.

- L'intervention et la DEP font le pari que la coordination de tous les éléments du système est l'unique manière de développer **l'approche systémique**. Il faut créer des liens et puis des ensembles entre les personnes, les groupes, les organisations, les institutions, et les sociétés. Ces liens et ces ensembles doivent être reconnus et caractérisés.

- L'intervention et la DEP font le pari qu'une meilleure gestion des connaissances permettra de renforcer l'action sanitaire, de nourrir les décisions techniques et politiques, de consolider les acquis, d'accélérer les changements par une diffusion large et une utilisation adéquate des informations à valeur ajoutée, d'améliorer la cohésion institutionnelle par le développement d'une identité commune, de réduire l'enclavement intellectuel des membres de l'institution et de créer une proximité de pensée.

## 2 Orientations stratégiques

### 2.1 La localisation de l'intervention

L'appui sera ancré au niveau de la Direction Etudes et Planification (DEP) au sein du Ministère de la Santé.

### 2.2 Les bénéficiaires

#### 2.2.1 Les bénéficiaires directs

Les bénéficiaires directs sont la DEP et les autres directions centrales du Ministère de la Santé, certains programmes spécialisés, ainsi que le niveau provincial et les Zones de Santé (notamment les zones de démonstration).

#### 2.2.2 Les bénéficiaires indirects

Indirectement, la population congolaise et le personnel au sein du secteur de la santé bénéficieront de l'intervention qui contribuera à la réalisation de la mission de la DEP telle que décrite dans le projet de décret portant restructuration des Directions d'Etudes et Panification des Ministères.

### 2.3 Un appui institutionnel à la DEP dans le cadre d'un appui global au secteur

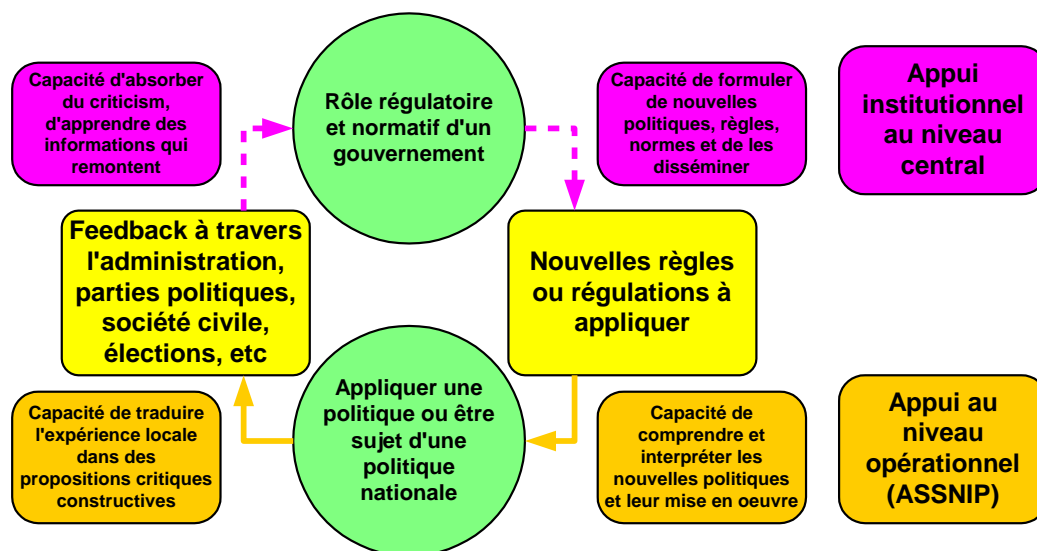


Figure 1 : Conception globale d'un programme d'appui à un secteur technique

La Figure 1 montre comment le programme d'appui au secteur santé en RDC est conçu. Le développement étant un processus cyclique de formulation d'une politique qui s'est confrontée avec l'expérience de sa mise en œuvre, le programme d'appui intervient en appui aux différents niveaux d'organisation des soins avec des rôles distincts pour le niveau central (conception des politiques ; violet dans le schéma) et le niveau opérationnel qui est essentiellement sensé mettre en œuvre la politique mais pas sans une interprétation, voire une adaptation aux circonstances locales (orange dans le schéma). Chaque niveau doit disposer de plusieurs capacités techniques et opérationnelles pour faire face à ces rôles. Ainsi le niveau central doit développer une capacité de concevoir des politiques efficaces et réalistes, mais aussi une capacité d'écoute de toutes les

parties prenantes afin d'apprendre des opinions, des leçons et des expériences documentées (recherche-action ; évidence). En partie, il s'agit ici d'une attitude plutôt que d'une capacité intellectuelle. Finalement, le niveau central doit développer et mettre en œuvre des stratégies de communication et de dissémination des politiques vers le niveau opérationnel.

Par contre, le niveau opérationnel devrait avoir la capacité de traduire les politiques en action concrète, être capable de réaliser le monitoring des initiatives et de traduire les expériences ainsi accumulées en propositions constructives d'adaptation des politiques à adresser au niveau central.

L'appui à la DEP, ainsi que l'appui à la DLM, s'inscrivent donc dans un renforcement du niveau central. Ces projets deviennent ainsi complémentaires aux ASSNIP qui se concentrent plutôt (mais pas exclusivement) sur le niveau opérationnel. Dans cette phase de consolidation, la synergie entre tous ces appuis sera renforcée sous la coordination de la Direction de l'appui DEP.

## 2.4 Développement d'une politique nationale de développement sanitaire

La DEP, comme le ministère de la santé dans son ensemble, a le mandat de suivre l'évolution du secteur et d'adapter continuellement sa politique sectorielle pour pallier aux contraintes observées. Pour ce faire, une direction ministérielle doit inévitablement développer 3 fonctions (Figure 2) :

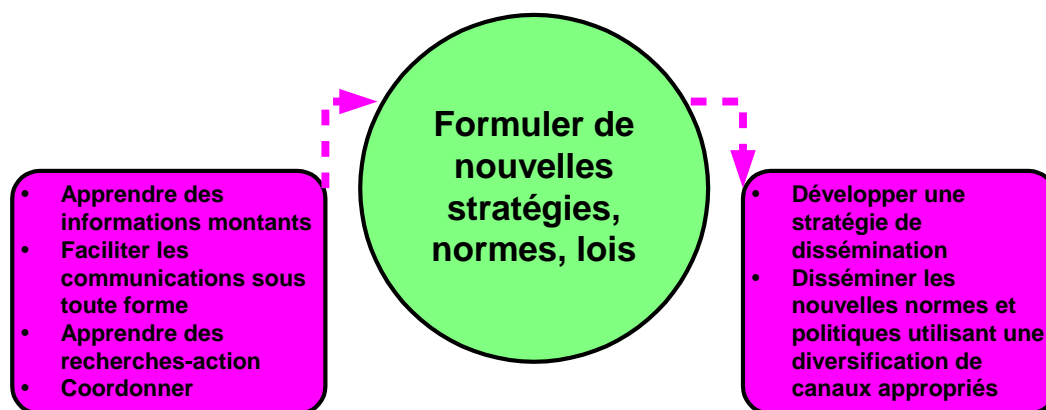


Figure 2 : Le mandat de la DEP

### 2.4.1 Fonction d'apprentissage

Une direction doit créer les opportunités d'apprentissage en se dotant de stratégies de communication et d'échange avec toutes les parties prenantes concernées. Dans le cas de la DEP (et du ministère de la santé) il s'agit de :

- Au niveau national : les partenaires au développement, les autres ministères (ministère de finances pour le plaidoyer du financement public du secteur, fonction publique pour les problèmes de personnel, etc), les autres directions et programmes du MSP même, les provinces (DPS, MIP).
- Au niveau opérationnel : les zones de santé, la société civile

En conséquence, les canaux d'échange et d'apprentissage que la DEP doit développer et/ou maintenir sont également multiples. En dehors de multiples réunions, de séminaires, tables

rondes et revues annuelles, plusieurs autres canaux doivent être renforcés parce qu'actuellement sous-développés. Ils reviendront explicitement dans la description des activités que le projet appuiera:

- Les visites de supervision et inspection aux nouvelles DPS
- Le monitoring des interventions dans le cadre du suivi des plans opérationnels du secteur en relation avec le SNIS.
- La coordination entre les directions du MSP y compris la constitution de commissions techniques
- Une relation privilégiée avec des zones de démonstration, zones d'innovation pour la capitalisation des recherches-action ou expériences documentées, source importante d'information pour la formulation de politique sectorielle basée sur l'évidence.

### 2.4.2 Fonction de régulation

Le mandat principal de la DEP est de contribuer à la conception et à l'actualisation continue d'une politique sectorielle de santé. La DEP joue déjà ce rôle, mais pourrait s'améliorer en faisant plus participer d'autres parties prenantes. A travers des commissions techniques et la recherche active de synergies entre directions et programmes nationaux, non seulement le travail de conception pourrait être enrichi, son appropriation et sa dissémination (voir plus loin) en bénéficieraient aussi.

### 2.4.3 Fonction de dissémination

Le constat que la SRSS et le PNDS ne sont toujours pas suffisamment connus aux niveaux des provinces et des zones de santé démontre qu'une stratégie de dissémination de nouvelles stratégies ou politiques est très importante. Plusieurs canaux de communication sont disponibles à chaque moment mais parce que la DEP explicite insuffisamment ses plans de dissémination, certains sont sous-utilisés.

Cette intervention portera une attention particulière à ce que la DEP développe des stratégies de dissémination. Ce genre de plan contient au minimum :

- Le contenu des messages à disséminer
- Les canaux qui seront utilisés : simple communication ou e-mail, visite de terrain avec réunions, formation, formation en « cascade », etc.
- Un budget : chaque stratégie de dissémination et les canaux utilisés nécessite un autre budget. Prévoir le financement est nécessaire pour que la dissémination devienne réaliste et réalisable.
- Les acteurs : un bon plan de dissémination détermine qui sera acteur et pour combien de temps. Les acteurs ne sont pas restreints à la DEP même, mais peuvent inclure des agents à différents niveaux de la pyramide sanitaire, selon les opportunités et besoins. Ceci évitera une surcharge certaine pour les experts de la DEP et stimulera les synergies entre directions et programmes.
- Planification dans le temps : le plan de dissémination doit nécessairement s'imposer des délais
- Monitoring : des réunions régulières sont nécessaires pour suivre la stratégie de dissémination pour éventuellement ajuster les démarches prévues.

## 2.5 Développement du métier d'encadreur national polyvalent

La mise en place d'équipes d'encadreurs nationaux polyvalents pour assurer l'accompagnement des DPS est une stratégie-clé pour assurer les trois fonctions mentionnées dans le point précédent et pour atteindre les trois résultats décrits dans le DTF. Il s'agit d'équipes mixtes (de minimum deux personnes) composées de cadres de la DEP et des autres services centraux du Ministère de la Santé pour effectuer des missions d'accompagnement. Ces missions seront organisées dans la marge des 11 revues semestrielles provinciales, donc 22 en total par an. Un pool d'encadreurs sera constitué. Les capacités de ces encadreurs seront renforcées 1/ en leur donnant une formation par rapport à leur rôle, attitude et compétences, 2/ en mettant un encadreur expérimenté (comme coach) ensemble avec un encadreur moins expérimenté dans une équipe mixte, 3/ en organisant, après chaque tour de missions, une réunion entre tous les encadreurs (peer-review) pour discuter des constats et tirer des leçons.

A part les provinces, le MS au niveau central profitera également des bénéfices d'un tel pooling : c'est un moyen pour stimuler la communication au sein de Ministère et le renforcement de l'expertise dans les différents services centraux.

## 2.6 Les axes stratégiques de l'appui

### Illustration de comment le projet s'intègre dans le mandat de la DEP

Missions DEP	Résultats de l'intervention selon le cadre logique
Appuyer la programmation et budgétisation des projets et programmes sectoriels	Résultat 1 : Une planification coordonnée, y compris le suivi & évaluation du développement du secteur, est assurée à tous les niveaux afin de permettre le renforcement du système de santé et en particulier le développement des zones de santé
Suivre et évaluer les politiques, projets et programmes macroéconomiques et sectoriels	
Assurer le Contact avec les bailleurs de fonds et contribuer à la recherche des financements	Résultat 2 : La coordination des appuis des différents partenaires techniques et financiers du secteur de la santé en termes de synergie et de complémentarité et leur cohérence avec la stratégie sectorielle et les procédures nationales sont assurées à tous les niveaux.
Élaborer le diagnostic sectoriel et macro économique	Résultat 3 : L'élaboration et la dissémination des politiques, des stratégies, des textes légaux et réglementaires (lois, normes, directives d'application,...) et les réformes sectorielles tiennent compte des résultats des recherches sur le système de santé, d'expériences capitalisées, d'études ou de données macro-économiques et sectorielles.
Elaborer les politiques, stratégies, plans, projets, les normes et lois sectoriels	

Les résultats de l'intervention s'inscrivent à 100 % dans les mandats de la DEP. Ceci illustre l'alignement complet des interventions de la coopération belge sur les politiques nationales. Le projet ne provoque en principe pas une charge de travail supplémentaire aux structures appuyées (la DEP) avec des activités propres, mais facilite, simplement à travers ses ressources financières et l'encadrement, son travail.



## 2.7 La coordination des différents appuis au secteur de la santé - synergie avec les autres acteurs

La DEP occupe une place stratégique dans la coordination de l'appui au secteur de la santé. Ceci devrait mener à une meilleure division du travail entre bailleurs et plus de synergie entre les interventions. Néanmoins beaucoup reste à faire dans ce domaine parce que les bailleurs ont encore une lecture et une compréhension divergentes de la politique qu'ils sont sensés appuyer mais aussi de la coordination des procédures administratives et financières pour la mise en œuvre des interventions. Les procédures propres au pays restent faibles, mais la création d'une Cellule d'Appui à la Gestion (CAG) sur l'impulsion de la DEP même et concrétisée par l'UE, la Coopération belge et les autres bailleurs dans le secteur est indéniablement un pas en avant pour le pays.

Dans l'état actuel, cette CAG reste une structure transitoire, entièrement financée par les bailleurs, mais qui dans un deuxième temps pourrait évoluer vers une véritable Direction Administrative et Financière (DAF) comme le prévoit la réforme de l'administration publique. Le danger réel actuellement est que cette cellule abrite des compétences sectorielles remplissant des tâches qui chevauchent avec les attributions de la DEP.

Cette phase de consolidation veillera à ce que la DEP joue effectivement ce rôle d'intégration et de coordination entre les différents acteurs clés dans le secteur, permettant que son expertise accumulée durant des années bénéficie à l'ensemble du Ministère.

### 2.7.1 Coordination inter-directions

La DEP devra jouer le rôle de secrétariat pour la réunion de coordination entre les différentes directions clés du ministère pour le compte du Secrétariat Général. Bien que la Belgique ait diversifié son appui au Ministère à travers le projet d'appui à la Direction de Lutte contre la Maladie (DLM) et à travers un appui à la Direction des médicaments, cet appui reste partiel pourtant et n'a pas évité la création d'un centre d'excellence dans un ensemble plutôt négligé et faible.

La DEP a le devoir de contribuer à l'accélération de la réforme interne du Ministère qui facilitera cette coordination intra-ministérielle.

En particulier, pour permettre au MSP de développer une stratégie de santé sur le lieu de travail et considérant que le Ministère de santé est le ministère 'lead' dans la lutte contre le VIH/SIDA, la DEP prendra des initiatives pour la promotion de la santé sur le lieu de travail – y compris les aspects de respect pour l'environnement, l'hygiène et la lutte contre le VIH/SIDA – en collaboration directe avec le Programme National de Santé au Travail (PNST). Ainsi la DEP contribuera à renforcer le modèle de rôle du Ministère dans le domaine de la santé sur le lieu de travail.



## 2.7.2 Améliorer la coordination et stimuler les partenariats avec les bailleurs

La DEP devra jouer le rôle de secrétariat pour la réunion de coordination entre le ministère (le Secrétariat Général) et les partenaires au développement. Cet effort devrait mener à une meilleure division du travail et à des synergies entre bailleurs.

Cette coordination aidera aussi à convaincre les partenaires au développement de se lancer dans des appuis institutionnels tels que la coopération belge les a conçus avec l'appui à la DEP et à la DLM y compris dans la continuité de l'appui à la DEP même au-delà de la durée de cette dernière phase d'appui par la coopération belge.

Cette démarche pourrait renforcer une approche sectorielle plus globale, impliquant un ensemble de bailleurs.

## 2.8 La stratégie de sortie du secteur

### 2.8.1 Assurer la continuité de la performance de la DEP

Les activités de la DEP sont financées de 2 manières. La DEP exécute beaucoup d'activités dans le cadre des interventions et programmes d'appui des partenaires au développement. Ceci signifie en pratique que le financement des activités propres ne pose pas trop de problèmes pratiques : cette Direction arrive à financer ses activités. La DEP présentera, avant le début de la mise en œuvre de cette intervention-ci (phase de consolidation), un bilan budgétaire avec toutes les contributions à son fonctionnement.

Par contre, les coûts récurrents, inhérents à toute organisation et particulièrement aussi les primes et compléments aux salaires étatiques, ne peuvent être couverts par un financement par activité. C'est pourquoi la DEP, avec l'aide de la coopération belge, devra chercher un appui financier d'une autre source. Pour le moment, cet appui se monte à environ 350.000 Euros par an. En premier, un plaidoyer sera mené auprès du gouvernement congolais pour qu'il augmente sa part financière pour le fonctionnement du MSP.

La performance de la DEP est aussi liée à l'encadrement continu et par des missions pointues d'experts nationaux et internationaux, des cadres nationaux. Cet encadrement n'a pas seulement contribué à un savoir faire (compétence technique) mais aussi à un savoir être (une attitude). Sachant que partout en RDC il y a un grand turn-over de personnel, l'importance de cet aspect de l'appui ne doit pas être sous-estimée. Un arrêt de l'encadrement externe à cause de la sortie belge du secteur mettra sérieusement en danger cet acquis.

Vers la fin d'un projet 'classique' au niveau opérationnel, de nouvelles initiatives innovatrices et à long terme ne sont plus indiquées parce que le temps ne permettra pas de les consolider et de les pérenniser. Contrairement à cette situation, le fonctionnement de la DEP devra continuer sans frein ou restriction, puisque sa fonction ne devrait pas dépendre d'un appui quelconque.

Puisqu'une reprise totale du financement de la DEP par l'état est peu réaliste en ce moment, une phase de consolidation à ce niveau est plutôt caractérisée par :

- Une tentative de diversifier les sources de financement externes pour que la direction dépende moins d'un seul bailleur et devienne moins vulnérable.
- Une stratégie de plaidoyer pour convaincre d'autres partenaires et le Gouvernement congolais de financer les coûts fixes de la DEP.

## 2.8.2 Capitaliser et institutionnaliser les approches innovantes entamées précédemment

Puisque la Belgique se retire entièrement du secteur santé et finit donc également ses initiatives innovatrices au niveau opérationnel (projets ASSNIP), la capitalisation de ces expériences, d'ailleurs pour la plupart déjà en cours, devient relativement urgente. Les acteurs privilégiés de ces expériences disparaîtront relativement vite après les interventions ainsi que leur témoignage direct.

Les sujets à traiter sont :

- La tarification forfaitaire
- L'appui aux mutuelles de santé et l'articulation avec cette tarification
- La rationalisation des soins à travers des arbres décisionnels pour les CS et les protocoles cliniques pour le niveau HGR.
- La rationalisation du personnel dans les zones de santé
- Le financement et le fonctionnement des centrales d'achat de médicaments
- La réforme du niveau intermédiaire et la supervision des DSP envers les zones de santé.

## 2.8.3 Achever des investissements entamés précédemment

Le seul investissement financier important en cours est la construction des nouveaux locaux pour la DEP, DLM et la CAG. Achever ces travaux avant la fin de l'intervention est prioritaire, mais s'il n'y a pas de retards dans l'attribution du marché, les travaux seront normalement achevés dans les délais prévus.

L'arrivée d'un assistant technique ingénieur-architecte pour les ASSNIP aidera à accélérer les procédures et les travaux.

## 2.9 Grands chantiers stratégiques pour la politique sanitaire identifiés

Les analyses et discussions sur la performance actuelle de la DEP ont fait surgir plusieurs chantiers pertinents dans le cadre de nouvelles politiques de santé à développer, voire à ajuster au contexte changeant. Plusieurs nécessitent un travail coordonné entre différentes directions et programmes. Ces sujets reviendront dans la planification des activités. Il s'agit de :

- Collaborer avec le programme d'appui aux mutuelles de santé et les autres Directions et programmes pour raffiner la politique sur le financement du secteur. Ceci englobe la création d'une assurance maladie universelle, mais devrait aussi se pencher sur la politique salariale (et la rationalisation des Ressources Humaines), le financement des prestataires privés sans but lucratif et la décentralisation effective du budget opérationnel jusqu'aux zones de santé
- L'intégration du diagnostic et de la prise en charge du VIH dans les services de santé
- Politique de plan de couverture des hôpitaux et cartographie des zones de santé
- Politique sur les plans directeurs des hôpitaux
- Politique sur la rationalisation de la prise en charge des malades y compris un plan de dissémination (protocoles cliniques, etc)

- Protection des ressources humaines au lieu de travail – assurance maladie pour les employés du ministère
- L'intégration réelle du secteur confessionnel dans l'organisation des services de soins pour le pays. La relation entre l'état (MSP) et le secteur confessionnel est actuellement plutôt caractérisée par une cohabitation de tolérance au lieu de constituer un véritable partenariat structuré avec des obligations et droits mutuels et transparents.

## 2.10 Accompagnement technique permanent et ponctuel

La partie congolaise a clairement exprimé son appréciation pour l'accompagnement technique que le projet a pu assurer jusqu'ici.

Il est prévu de continuer la mise à disposition d'une assistance technique internationale à temps plein avec un profil de santé publique.

Une enveloppe pour un accompagnement technique perlé ou ponctuel est prévu pour mobiliser des d'experts nationaux et internationaux dans le domaine de la santé. Certains experts seront sollicités pour appuyer la DEP par rapport à des questions techniques spécifiques, d'autres pour donner un appui scientifique. L'appui scientifique intègrera l'ensemble des interventions belges dans le secteur santé et contribuera donc à la coordination et concertation entre ces projets. Ceci facilitera le processus de capitalisation, crucial dans la phase d'exit.

## 3 Planification opérationnelle

### 3.1 Objectif général

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans le cadre global de lutte contre la pauvreté.

### 3.2 Objectif spécifique

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

### 3.3 Résultats attendus

- Résultat 1 : Une planification coordonnée, y compris le suivi & évaluation du développement du secteur, est assurée à tous les niveaux afin de permettre le renforcement du système de santé et en particulier le développement des zones de santé.
- Résultat 2 : La coordination des appuis des différents partenaires techniques et financiers du secteur de la santé en termes de synergie et de complémentarité et leur cohérence avec la stratégie sectorielle et les procédures nationales sont assurées à tous les niveaux.
- Résultat 3 : L'élaboration et la dissémination des politiques, des stratégies, des textes légaux et réglementaires (lois, normes, directives d'application,...) et les réformes sectorielles tiennent compte des résultats des recherches sur le système de santé, d'expériences capitalisées, d'études ou de données macro-économiques et sectorielles.

### 3.4 Activités à mettre en œuvre

#### 3.4.1 Pour le Résultat 1 : une planification coordonnée, y compris le suivi & évaluation du développement du secteur, est assurée à tous les niveaux afin de permettre le renforcement du système de santé et en particulier le développement des zones de santé

La DEP poursuivra le développement des outils de planification et de suivi & évaluation des performances du secteur (qui comprennent les différentes étapes du cycle de management au niveau des ZS, Provinces, Directions et Programmes) et accompagnera le processus de planification opérationnelle.

##### 3.4.1.1 Activité 1.1 : Améliorer la qualité de la planification au sein du secteur

La qualité de la planification peut être améliorée dans plusieurs domaines, en fonction du déficit constaté. Une attention prioritaire sera prêtée à :

- Assurer la disponibilité à temps et à tous les niveaux de l'information et des outils pour assurer une planification ascendante. Ceci fait partie de la stratégie de communication et de dissémination.
- Assurer une planification avec indication des priorités.
- Respecter les principes de la réforme au niveau de la DPS (planification tenant compte des 4 métiers). Il faudra aussi clarifier les mandats et les tâches de la DPS par rapport à la planification.
- Veiller à un réalisme budgétaire.

- Harmoniser le cycle de planification avec le cycle budgétaire.
- Utiliser l'information des études de costing réalisées par le programme des Comptes Nationaux de la Santé pour la planification.
- Disposer d'une base de données actualisée de tous les appuis (y compris financements) au secteur afin de permettre une bonne planification.

#### **3.4.1.2 Activité 1.2 : Assurer un appui rapproché du niveau central aux provinces/DPS pour le suivi et évaluation du PNDS/plans de développement des provinces selon le cadre de suivi et évaluation**

Par rapport au suivi et l'évaluation, le projet renforcera en particulier la communication et les échanges entre le niveau central, le niveau provincial et le niveau opérationnel :

- Assurer la disponibilité à temps et à tous les niveaux de l'information adéquate et des outils de qualité en lien avec le cadre de suivi et évaluation
- Développer le métier d'encadreur national polyvalent et le plan général d'accompagnement des DPS. La mise en place d'équipes mixtes d'encadreurs a été expliquée sous le point 2.6 dans le chapitre 2
- Promouvoir la qualité de la revue sectorielle 1/ en assurant un contenu qui mène à un débat stratégique avec des outputs qui permettent d'orienter le PNDS et sa mise en œuvre, 2/ en valorisant la contribution des expériences intéressantes des acteurs de terrain, le travail réalisé des commissions techniques ou des programmes (chaque commission et programme devrait présenter ses résultats stratégiques), 3/ en limitant le nombre de revues parallèles, et 4/ en créant l'émulation (par exemple en attribuant des prix pour récompenser l'excellence)
- Clarifier les mandats et les tâches des différents niveaux du système de santé par rapport au cadre de suivi/évaluation

#### **3.4.1.3 Activité 1.3 : Assurer l'élaboration coordonnée d'un Plan Annuel Opérationnel (PAO) unique pour le MS au niveau central avec des synergies explicites entre directions et entre directions et programmes**

Un PAO unique contribuera à renforcer la collaboration entre les différentes directions et programmes au niveau central du Ministère de la Santé, à mieux réaliser les missions du MS, et à éviter le plus possible des planifications parallèles. Ce plan devra être approuvé et disponible avant le début de l'année de son exécution. La DEP pourra faciliter le processus d'élaboration de ce plan, sous le mandat du Secrétariat Général.

#### **3.4.1.4 Activité 1.4 : Appuyer l'actualisation, le suivi et l'évaluation des plans multisectoriels (DSCR, CDMT, PAP) aux différents niveaux**

Comme chaque Ministère, le Ministère de la Santé a une partie de la responsabilité pour le développement des plans multisectoriels nationaux (DSCR, CDMT, PAP). La phase de consolidation continuera à appuyer les actions de planification multisectorielle dans lesquelles la DEP s'est déjà engagée.

#### **3.4.1.5 Activité 1.5 : Renforcer l'organisation interne de la DEP**

La DEP s'est fixé dans son plan de travail une série de résultats à atteindre pour améliorer sa gestion interne :

- Améliorer les procédures de communication intra DEP. Il s'agit d'une part d'assurer une restitution systématique à l'équipe de la DEP des missions, conférences et réunions (externes à la DEP) auxquelles des membres de l'équipe de la DEP ont assisté. D'autre part, un système intranet sera mis en place à la DEP.

- Adopter des procédures congolaises de gestion du personnel.
- Adopter des procédures de gestion administrative (inventaires, maintenance, amortissement,...) et financière (système de comptabilité interne à la DEP).
- Identifier et adopter un logiciel de gestion financière capable d'absorber les financements de différents bailleurs et de leur produire des rapports attitrés.
- Mettre en œuvre les politiques sur la 'Santé au Travail' et sur le 'VIH sur le lieu de travail' au sein de la DEP.
- Mettre en place une cellule d'audit interne. Cette cellule évaluera entre autre le progrès réalisé par la DEP quant à sa réorganisation interne.

Cette réorganisation interne vaut pour tout le Ministère de la Santé, mais dans cette phase de consolidation, la DEP sera ciblé en priorité.

### **3.4.2 Pour le Résultat 2 : La coordination des appuis des différents partenaires techniques et financiers du secteur de la santé en termes de synergie et de complémentarité et leur cohérence avec la stratégie sectorielle et les procédures nationales sont assurées à tous les niveaux.**

Pour rester en phase avec les principes de l'efficacité de l'aide (Déclaration de Paris, Agenda de Kinshasa), la DEP s'assurera que les interventions du gouvernement dans le secteur de la santé et dans les secteurs connexes, ainsi que celles de l'ensemble des partenaires techniques et financiers, sont en cohérence avec la stratégie sectorielle, le CDMT et les procédures nationales.

#### **3.4.2.1 Activité 2.1 : Renforcer le bon fonctionnement des organes de coordination entre les acteurs au niveau central**

Le travail de coordination au niveau central du Ministère de la Santé se concentrera en priorité sur les sous-activités suivantes :

- Assurer le secrétariat des réunions mensuelles des différentes Directions du MS
- Appuyer le bon fonctionnement des Commissions techniques. Ces commissions constituent un instrument-clé pour l'apprentissage au sein du secteur. Le projet veillera aux aspects suivants pour chacune des commissions : 1/ d'une part assurer des Termes de Référence avec des objectifs clairs pour chaque commission, les produits attendus, le statut de la commission (ad hoc ou semi-permanent), sa composition (en y invitant, à part des cadres du Ministère de la Santé d'autres acteurs concernés tels que des PTF, des ONG, des membres des institutions académiques ou tout autre membre avec une expertise par rapport à la thématique discutée), son leadership (un cadre du Ministère qui assure la présidence de la commission avec la proposition d'avoir un PTF comme co-président afin de renforcer le partenariat) ; 2/ d'autre part, améliorer le mécanisme de validation technique (par le Comité de Concertation Technique - CCT) et stratégique (par le Comité National de Pilotage -CNP). Ceci afin d'assurer que les commissions travaillent réellement sur les différentes réformes en cours dans le secteur.
- Appuyer le fonctionnement général du CNP et du CCT: 1/ amener progressivement les organes de pilotage des différents projets/programmes d'appui au développement du Système de Santé à s'intégrer dans le CNP, 2/ appuyer la mise en application des décisions du CNP, 3/ assurer la mise en œuvre effective de l'initiative IHP+ dans le secteur sous le leadership du CNP.

### **3.4.2.2 Activité 2.2 : Renforcer les capacités de coordination et de négociation des équipes-cadres des provinces à travers un accompagnement régulier d'équipes mixtes du niveau central**

La mise en place d'équipes mixtes du niveau central pour accompagner les provinces a été expliquée sous le point 2.6 dans le chapitre 2. Ce paragraphe porte sur le contenu de l'appui offert par ces équipes :

- Appuyer la mise en place des nouvelles DPS, leur formation adéquate et le renforcement du leadership des équipes-cadres provinciales.
- Appuyer, à l'image du niveau central, le mode de fonctionnement des commissions techniques provinciales.
- Appuyer l'amélioration de la qualité des réunions du Comité de Pilotage Provincial (CPP) et des revues sectorielles provinciales. Cet appui porte sur une participation représentative des différents acteurs concernés par la santé au sein de la province, une préparation adéquate et une bonne conduite des réunions et revues, ainsi qu'un bon suivi des résolutions.
- Appuyer l'intégration réelle du secteur confessionnel dans l'organisation des services de soins pour le pays. La relation entre l'état (MS) et le secteur confessionnel est actuellement plutôt caractérisé par une cohabitation de tolérance au lieu de constituer un véritable partenariat structuré avec des obligations et droits mutuels et transparents.

Les critères pour apprécier la fonctionnalité sont les suivants :

- ✓ existence de Termes de Référence clairs
- ✓ représentation au sein de la commission technique des différents acteurs concernés et ayant une valeur ajoutée par rapport au thème
- ✓ input du niveau décentralisé valorisant l'expérience de terrain
- ✓ processus des réunions: leadership et facilitation durant les réunions, préparation adéquate de l'ordre de jour et du contenu, rapportage, suivi des décisions
- ✓ output concret en termes d'avis techniques et dossiers de capitalisation validés par le CCT
- ✓ valorisation des outputs: présentation des outputs au CCT, rétro-information des outputs vers le niveau décentralisé

### **3.4.2.3 Activité 2.3 : Rationaliser le financement du secteur de la Santé et améliorer la mobilisation de ressources**

Le renforcement des capacités de la DEP comme organe chargé de l'élaboration des programmes et projets du secteur de la santé lui permet en amont de s'assurer de la cohérence entre les programmes et projets financés par les bailleurs du secteur et le PNDS 2011-2015, d'une part, et entre les interventions de tous les partenaires conformément aux principes de partenariat de la Déclaration de Paris, d'autre part.

En aval, la cohérence avec les autres bailleurs sera assurée à travers les plans d'action opérationnels. Comme celui de la DEP, ces plans (un seul plan par niveau du système de santé et par structure) seront multi-bailleurs. Ils seront donc financés à chaque niveau par le budget de l'Etat consacré à la santé et l'ensemble des partenaires techniques et financiers (PTF) intéressés. Ceci conduira progressivement à la disparition d'interventions / projets qui ne seraient plus des projets de cofinancement de la mise en œuvre du PNDS. C'est le PNDS qui rassemble toutes les forces et autour duquel les PTF seront appelé à contribuer lors d'une Table Ronde sectorielle

santé qui sera organisée au cours de la 1<sup>ère</sup> année d'exécution du projet.

Pour préparer le chemin vers une approche sectorielle, l'intervention se concentrera sur les activités suivantes:

- Organiser une Table Ronde (fin 2012) 1/ pour clarifier les engagements du MS et des bailleurs autour du PNDS, 2/ pour arriver à la signature d'un Compact National (financement – mise en œuvre et évaluation commune), 3/ pour mobiliser des ressources internes et externes, et 4/ pour préparer une feuille de route vers une approche SWAp dans l'esprit de l'Agenda de Kinshasa.
- Appuyer les PTF dans l'identification et la formulation des nouveaux appuis au secteur en ligne avec les principes du SRSS et le PNDS 2011-2015.
- Mobiliser des ressources pour la DEP afin de pérenniser les acquis dans le cadre de la stratégie d'exit.

#### **3.4.2.4 Activité 2.4 : Collaborer avec les autres secteurs connexes sur des thèmes intersectoriels spécifiques**

Il s'agit de clarifier les modalités de collaboration avec les secteurs (et leurs partenaires) qui ont un lien avec la santé et de collaborer autour des thèmes suivants :

- Collaborer avec le Ministère de la Fonction Publique et le Ministère de la Décentralisation sur la réforme de l'administration publique (organigrammes, description des postes, aspects budgétaires, sélection, impunité, etc).
- Travailler avec les Ministères d'Enseignement, des Affaires sociales, du Genre, de Travail, de l'Environnement, de l'eau/assainissement, du Tourisme, du Transport, de la Défense et de l'Intérieur sur l'approche communautaire pour la prise en charge de sa santé.
- Collaborer avec les Ministères de Finances, Budget et Plan sur la réforme du financement du secteur et les CDMT.

La phase de consolidation du projet continuera à appuyer ces actions dans lesquelles la DEP s'est déjà engagée comme point focal au sein du Ministère de la Santé.



### **3.4.3 Pour le Résultat 3: L'élaboration et la dissémination des politiques, des stratégies, des textes légaux et réglementaires (lois, normes, directives d'application,...) et les réformes sectorielles tiennent compte des résultats des recherches sur le système de santé, d'expériences capitalisées, d'études ou de données macro-économiques et sectorielles**

La DEP capitalisera les expériences de terrain et études réalisées, en cours et à venir pour alimenter l'élaboration des textes légaux et réglementaires et accompagner leur application. Dans le cadre du suivi scientifique dont la DEP continuera à bénéficier, les Ecoles de Santé publique (ESP) seront impliquées.

A part la capitalisation même, c'est-à-dire le processus pour transformer les expériences pratiques en connaissance partageable, le secteur doit gérer toutes ses connaissances. Cela implique une stratégie explicite de gestion des connaissances, afin de maintenir les compétences des individus et des institutions, ainsi que la mémoire institutionnelle.

Les informations à valeur ajoutée seront diffusées auprès des institutions nationales et internationales de recherche et autres structures du Ministère de la Santé Publique au travers de différents canaux (site web du MSP, le centre de veille stratégique, plate-forme IHP+,...).

#### **3.4.3.1 Activité 3.1 : Assurer au niveau provincial et central l'absorption des informations quantitatives et qualitatives au sein du système de santé et au niveau macro, et la capitalisation les expériences (principalement du terrain)**

- Appuyer la collecte et le stockage des informations (SNIS, documents qualitatifs, évaluations, études...) pour leur exploitation par les Directions et les Commissions Techniques.
- Développer des outils et des canaux pour capitaliser les expériences pratiques (surtout du niveau opérationnel). A titre d'exemple: revisiter le rapport annuel en intégrant un volet qualitatif de documentation des expériences, diffuser la fiche de bonnes pratiques, faciliter la formation du niveau central et la DPS en méthodes de Recherche-Action, organiser des ateliers de rédaction des expériences.
- Appuyer la capitalisation des expériences de terrain et en particulier, dans le cadre d'une approche du programme d'appui global de la Coopération bilatérale belge au secteur santé, celles des ASSNIP et des ASSNIC à travers un appui technique/ scientifique. Une enveloppe sera prévue pour mobiliser des expertises ponctuelles ou perlées en fonction des sujets à capitaliser. Comme il s'agit d'une phase de consolidation il s'agit avant tout des sujets sur lesquels le programme d'appui a déjà travaillé. Une liste indicative de sujets se trouve dans le sous-chapitres 2.7.2.
- Capitaliser les expériences de la DEP par rapport à la gestion interne et la réorganisation du secteur, ceci à travers un atelier de rédaction avec un facilitateur externe.
- Faciliter l'identification des recherches (au-delà des recherche-actions menées dans les ZS) dont le système de santé en RDC a encore besoin, afin de répondre aux préoccupations majeures et de prendre des décisions stratégiques appropriées.
- Documenter l'importance d'une approche horizontale pour l'atteinte des Objectifs Millénaires de Développement 4-5-6.
- Faciliter l'organisation des ateliers tels que 1/ un atelier sur le 'financement et qualité' en

collaboration avec la plate-forme Because Health<sup>5</sup> (en octobre 2012), 2/ une 'Journée de réflexion sur les acquis de la DEP' (fin 2013), et 3/ d'autres initiatives de capitalisation des diverses expériences regroupées par thème, en collaboration avec les commissions techniques au niveau central. Un atelier interne avec l'équipe de la DEP (avec facilitateur externe) précèdera la journée de réflexion sur les acquis de la DEP. Il s'agira d'une documentation participative des normes et procédures de gestion développées ces dernières années. Durant la journée de réflexion ce travail sera présenté pour les autres Directions.

### **3.4.3.2 Activité 3.2 : Coordonner le travail de normalisation au sein du secteur**

Il y a d'abord l'élaboration des normes, stratégies et directives pour lesquelles la DEP prend le leadership :

- Elaborer une stratégie de gestion des connaissances et de communication des politiques/normes/outils/études/informations basées sur les éléments suivants :
  - Identifier les canaux, les circuits et les lignes de communication, 1/ d'une part pour communiquer au niveau provincial et opérationnel les informations et les instructions (par exemple des missions d'accompagnement des équipes mixtes, des formations, des mails, des rapports) et, 2/ d'autre part pour capter, faire remonter et valider les informations d'une façon systématique (par exemple la DPS, les revues provinciales et nationales, les Commissions Techniques, le CCT et le CNP). Il est important de diversifier les canaux de communication selon le besoin.
  - Décrire dans la stratégie les mécanismes pour assurer une diffusion et la communication d'une façon verticale mais aussi horizontale, ceci à tous les niveaux du système afin de stimuler l'utilisation des informations à tous ces niveaux.
  - Prendre en compte l'ensemble des acteurs du secteur dans la stratégie (ONG, bailleurs, intersectoriels, académiques...)
  - Responsabiliser chaque Direction ou Programme pour la diffusion et la communication tout en reconnaissant le rôle de coordination de la DEP sous mandat du Secrétariat Général.
  - Collaborer avec des professionnels de média spécialisé pour disséminer des informations d'une façon adaptée au public cible.
  - Clarifier la manière de stocker des données selon les piliers du PNDS.
  - Clarifier le rôle de chaque niveau/acteur dans le système par rapport à l'analyse des informations utiles à son niveau (division de travail).
- Développer, pour chaque niveau (ZS, DPS et Directions Centrales), un canevas unique de rapportage annuel.

Ensuite il y a le développement des normes, stratégies et directives menées par d'autres Directions ou Ministères et auxquelles la DEP participe (à part celles mentionnées déjà sous le point 3.4.2.4):

- Collaborer étroitement avec les deux programmes associés à la DEP, notamment le Programme National pour la Promotion des Mutuelles de Santé (PNPMS) et le Programme National des Comptes Nationaux de la Santé (PNCNS) pour raffiner la politique sur le

---

<sup>5</sup> Be-Cause Health est une plate-forme informelle et pluraliste en Belgique, ouverte aux acteurs concernés par la santé internationale

financement du secteur. Ceci englobe la création d'une assurance maladie universelle<sup>6</sup>, mais devrait aussi se pencher sur les études de 'costing', la tarification forfaitaire, la politique salariale (et la rationalisation des Ressources Humaines), le financement des prestataires privés sans but lucratif et la décentralisation effective du budget opérationnel jusqu'aux zones de santé.

- Collaborer avec les autres Directions du MS sur 1/ le développement d'un plan de couverture des hôpitaux et cartographie des zones de santé, 2/ une politique concernant les plans directeurs des hôpitaux, 3/ une politique sur la rationalisation de la prise en charge des malades y compris un plan de dissémination (protocoles cliniques, directives par rapport à la gestion des médicaments, etc), 4/ un plan global de développement des ressources humaines, 5/ la protection des ressources humaines au lieu de travail, 6/ l'intégration du diagnostic et de la prise en charge du VIH dans les services de santé.

#### **3.4.3.3 Activité 3.3 : Assurer la diffusion par rapport aux politiques, stratégies, normes, outils, informations**

- Assurer, comme prescrit dans la future politique de gestion des connaissances et de communication, la diffusion des politiques, stratégies, normes, outils, et autres informations par les canaux.
- Faciliter la diffusion des politiques sur la 'Santé de Travail' et sur le 'VIH sur le lieu de travail' au sein du MS et assurer leur appropriation, en premier lieu au niveau de la DEP.
- Faciliter l'application des politiques, stratégies, normes, outils, et autres informations.
- Transformer le centre de documentation en une veille stratégique interactive organisée selon les piliers du PNDS:
  - Rendre fonctionnel les CHIP ('country health information platform') et les plateformes wiki.
  - Actualiser et tenir le site web du MS : 1/ recruter un webmaster, 2/ lier le Centre de Documentation au site web du MS, 3/ responsabiliser les Directions et les Programmes pour alimenter le site web avec de l'information actualisée.
  - Travailler sur le lien entre l'information et la carte sanitaire : 1/ former quelques cadres de la DEP par rapport à Health Mapper, 2/ appuyer la sous-commission 'carte sanitaire' du CNP.
  - Appuyer l'exercice de costing à travers le 'Integrated Health Technology Package' (iHTP).
  - Equiper la salle Ngwete à la DEP avec du matériel didactique

### **3.5 Indicateurs et sources de vérification**

Le suivi des activités du projet se fera dans le cadre strict des mécanismes de monitoring prévus par le MSP. L'équipe de gestion sera cependant tenue de respecter le cycle de rapportage et de planification de la CTB. Les indicateurs de suivi seront présentés de façon explicite dans les plans opérationnels annuels.

A la SMCL de démarrage, la DEP présentera les données de départ afin de pouvoir apprécier l'avancement des indicateurs.

---

<sup>6</sup> La création d'une assurance maladie universelle a actuellement l'appui de la Présidence

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

Comme l'objectif spécifique porte sur la mise en œuvre, le suivi & évaluation du PNDS 2011-2015, en priorité dans les aspects de réforme du secteur et du développement des zones de santé, l'intervention se réfère aux indicateurs nationaux liés au monitoring du PNDS. Les rapports liés au monitoring du PNDS et les rapports des revues sectorielles permettront de suivre le progrès.

Par contre, pour chacun des résultats, des indicateurs spécifiques sont formulés. Comme les résultats et les activités s'alignent aux missions et le plan de travail de la DEP, ces indicateurs permettront de faire le suivi du gros des activités de la DEP.

### 3.5.2 Par rapport à l'atteinte du Résultat 1

1. Nombre de provinces/DPS et Zones de Santé qui disposent avant l'année d'exécution d'un plan annuel aligné au PNDS et ses réformes, priorisé et budgétisé (Sources de vérification : Plan provincial annuel aligné au PNDS)
2. Pourcentage de missions d'accompagnement semestrielles coordonnées avec la tenue des revues semestrielles (Sources de vérification : Rapport mission d'accompagnement)
3. Nombre de rapports annuels provinciaux reçus suivant les critères de complétude et promptitude (Sources de vérification : Rapports annuels provinciaux)
4. Pourcentage des provinces ayant transmis leur rapport à présenter à la revue annuelle avant le 1er mars de chaque année (Sources de vérification : Rapports provinciaux à présenter à la revue annuelle)
5. Un Plan Annuel Opérationnel unique à financement multi-bailleur pour le MS élaboré et approuvé avant le 15 février de chaque année (Sources de vérification : le PAO annuel)
6. Nombre de rapports de mission de suivi et évaluation des plans multisectoriels (DSCRPCDMT-PAP) effectués (Sources de vérification : Rapports de mission)
7. Inventaire des mesures prises au sein de la DEP et le MS par rapport à l'application des politiques sur la 'Santé de Travail' et sur le 'VIH sur le lieu de travail' (Sources de vérification : PV des réunions DEP, PV des réunions intra-MS, procédures DEP et MS)
8. Evaluation positive de la cellule d'audit interne de la DEP (Sources de vérification : Rapport d'audit interne)

### 3.5.3 Par rapport à l'atteinte du Résultat 2

1. Nombre des PV des réunions mensuelles de coordination de différentes Directions de MS présidées par le SG à la santé (cible : 12/an) (Sources de vérification : PV des réunions)
2. Nombre de réunions du CNP tenues par an avec rapport écrit (cible : 2x/an) (Sources de vérification : PV des réunions CNP)
3. Nombre de réunions de CCT tenues (avec source PV/an) (cible 2x/an) (Sources de vérification : PV des réunions CCT)
4. Nombre de Commissions Techniques qui répondent aux critères de fonctionnalité (Sources de vérification : Ordre de jour des réunions, PV des réunions des Commissions Techniques, documents préparatoires techniques)
5. Nombre de réunions du CPP tenues par an avec rapport écrit –source /an) (cible 2/an)

(Sources de vérification : PV des réunions CPP)

6. Nombre de revues provinciales semestrielles tenues avec rapport écrit par an (cible - 2/an) (Sources de vérification : PV des réunions CPP)
7. Une Table Ronde pour le MS organisée avant fin 2012 avec output concret (Sources de vérification : Rapport table ronde santé 2012)
8. Nombre de réunions tenues entre le MSP et les ONG/secteur confessionnel (cible - 2/an) (Sources de vérification : PV des réunions entre MS et les ONG/secteur confessionnel)
9. Inventaire des outputs réalisés à travers les réunions tenues avec les autres secteurs (cible - 2/an) (Sources de vérification : PV des réunions)

### 3.5.4 Par rapport à l'atteinte du Résultat 3

1. Un agenda national de recherches prioritaires pour le développement du système de santé en RDC (Sources de vérification : PV des réunions CCT-CNP, PV des revues sectorielles)
2. Nombre de dossiers de capitalisation validés par le CCT (Sources de vérification : dossiers de capitalisation, publications, PV des réunions des Commissions Techniques, PV des réunions CCT-CNP)

*La documentation et capitalisation des expériences des zones de démonstration (des ASSNIP ou autres partenaires) et des acquis de la DEP constitueront une priorité.*

3. Nombre et contenu des documents politiques élaborés ou adaptés sur la base des résultats de la recherche (Sources de vérification : documents politiques, PV réunions CCT-CNP)
4. Un document sur la stratégie de gestion des connaissances et la communication élaboré, validé et diffusé à tous les niveaux du MS (Sources de vérification : document stratégique sur la gestion des connaissances et la communication, PV des réunions entre les Directions au sein du MS, PV réunions CCT-CNP, rapports des missions d'accompagnement, rapports revues sectorielles provinciales et nationales)
5. Un document sur un schéma de financement du secteur de la santé élaboré, validé et diffusé à tous les niveaux du MS (Sources de vérification : document sur le schéma de financement du secteur, PV des réunions entre les Directions au sein du MS, PV réunions CCT-CNP, rapports des missions d'accompagnement, rapports revues sectorielles provinciales et nationales)
6. Un document sur l'importance d'une approche horizontale pour l'atteinte des OMD 4-5-6.
7. Inventaire des documents de politiques/stratégies/normes/outils qui sont élaborés, actualisés, validés et diffusés (Sources de vérification : documents politiques et stratégiques, outils, PV réunions de la Commission Technique sur le Financement, PV réunions CCT-CNP, PV des réunions entre les Directions au sein du MS, rapports des missions d'accompagnement, rapports revues sectorielles provinciales et nationales)
8. Le siteweb du centre de documentation transformé en centre de veille stratégique et interactive organisée selon les piliers de PNDS (Sources de vérification : rapport d'activité du centre de documentation, site web)

## 3.6 Hypothèses et risques

### 3.6.1 Les Hypothèses

#### 3.6.1.1 Par rapport à l'atteinte de l'objectif spécifique

Afin d'atteindre l'objectif spécifique de la présente prestation, certaines hypothèses sont de mise :

- Le contexte politico-militaire demeure stable et ne provoque aucun changement de nature à induire une interruption de la Coopération.
- La situation socio-économique évolue favorablement et donc le pouvoir d'achat des populations s'améliore. En effet, une amélioration de la situation socio-économique (décollage du développement) est indispensable aussi bien pour améliorer l'environnement favorable à la santé (nutrition, communication...) que pour permettre un financement local progressif des soins.
- La volonté politique de réduire la pauvreté et d'instaurer la bonne gouvernance est maintenue, de même que la volonté de décentraliser et de baser la politique sanitaire sur le développement des zones de santé. Il sera important que des textes législatifs et réglementaires, élaborés à partir des expériences de terrain (recherche) via la prestation, soient adoptés et diffusés. En même temps que la réforme se mette en place, la législation doit s'adapter, en partant de la réalité du terrain.
- Le processus de réforme de la fonction publique se poursuit et un cadre organique approprié se met en place progressivement grâce à ce processus. Pour que la DEP puisse jouer son rôle il faut que les attributions de chaque direction/cellule soient clairement définies afin d'éviter toute confusion et duplication dans les activités à mener. La réforme du secteur, au niveau central et au niveau décentralisé, doit être menée avec succès.
- L'Etat, au niveau central et au niveau décentralisé, s'engage significativement dans le financement de la santé et met en place des mécanismes de financement de la santé équitable rendant possible une couverture universelle. La faiblesse de l'engagement de l'Etat dans le financement du PNDS le met en position de faiblesse vis-à-vis des autres partenaires et rend le secteur trop dépendant de financements externes fluctuants. Ce sera aussi le moyen de réduire une contrainte majeure qui est la faiblesse des salaires.

#### 3.6.1.2 Par rapport à l'atteinte du Résultat 1

- Les différents services du ministère collaborent de façon harmonieuse, afin d'obtenir une bonne synergie dans les activités menées.

#### 3.6.1.3 Par rapport à l'atteinte du Résultat 2

- Les PTF et le gouvernement restent engagés à renforcer leur collaboration afin de mener, de façon concertée, leurs appuis dans le secteur de la santé. Pour une plus grande efficacité, il est important que les financements extérieurs contribuent aux priorités du Ministère de la Santé congolais c'est-à-dire au renforcement du système de santé en intégrant progressivement toutes les interventions spécifiques dites «verticales».

#### 3.6.1.4 Par rapport à l'atteinte du Résultat 3:

- Les moyens de télécommunication continuent à se développer en RDC. En effet, il ne sera pas possible de construire un bon circuit de l'information s'il n'est possible de recourir qu'aux documents papiers.

- Tous les acteurs du système de santé s'impliquent dans une attitude réflexive (Recherche-Action). La DEP sera dans l'impossibilité de capitaliser quoi que ce soit si le terrain ne produit pas des connaissances sous une forme ou sous une autre.
- Tous les acteurs du système de santé démontrent une volonté de partager leurs connaissances. Si chacun reste assis sur ses propres productions, travaux et recherches, il deviendra impossible de constituer des réseaux d'échanges, des communautés de pratiques ou un centre de veille stratégique.

### 3.6.2 Les Risques

#### 3.6.2.1 Risques liés à la mise en œuvre

##### 1/ Risques liés à l'instabilité du personnel au niveau central :

Les changements de personnes au niveau des postes de commandement du niveau central du MSP induisent naturellement des problèmes de continuité, de mémoire institutionnelle et de cohérence des interventions dans la durée. Spécifiquement au sein de la DEP, le contexte de désengagement de son bailleur privilégié crée indéniablement un climat d'incertitude qui n'est pas propice à un travail de reconstruction d'un système qui demande de la persévérance, de la sérénité et de l'engagement sur le long terme. La stabilité du personnel avec de l'expertise au sein de la DEP est ainsi entravée. Ce risque est aggravé par les opportunités qui se présentent dans l'environnement. La rémunération apportée par le projet reste nettement meilleure que le salaire payé par la Fonction Publique dans les autres directions mais elle devient malgré tout de moins en moins attractive pour les cadres de la DEP qui sont sollicités par de multiples programmes et organisations internationales qui offrent des contrats de courts et de longs termes avec des salaires bien supérieurs.

##### **Mesures d'atténuation :**

Il y a lieu de rester neutre dans l'ensemble du processus. Seul l'Etat congolais peut trouver les voies et moyen d'une amélioration de l'efficacité du dispositif qu'il a mis en place. Il revient à l'attaché, et l'équipe santé de la CTB et des autres PTF de dialoguer avec le partenaire quand des anomalies par rapport aux procédures de nominations à des postes-clé au sein du Ministère sont observées.

L'attaché et la CTB feront un plaidoyer auprès les autres PTF pour respecter les accords par rapport à la rémunération des cadres sous contrat.

Une recherche pro-active sera faite pour trouver des financements alternatifs pour assurer le fonctionnement interne de la DEP et ainsi rassurer les cadres au sein de la DEP.

##### 2/ Risques liés aux problèmes de transport et de communication:

La bonne communication entre le niveau central et le niveau décentralisé est compliquée par quasi l'absence de moyens de transport et de communication rapides, réguliers fiables. Le réseau informatique est insuffisant.

##### **Mesures d'atténuation :**

Une meilleure planification et préparation des missions entre Kinshasa et l'intérieur du pays peuvent augmenter le rendement de ces visites.

### **3.6.2.2 Risques liés à l'efficacité**

#### **1/ Risques liés à la lenteur des réformes :**

L'intervention suppose le maintien et l'accroissement de l'effort de l'Etat en matière de financement de la santé mais également un engagement important de celui-ci dans la poursuite du processus de réforme du secteur de la santé. Au cœur du sujet la réforme de l'organisation du niveau intermédiaire du MSP, bien sûr mais également de nombreuses autres réformes comme la réorganisation du niveau central et la mise en place d'une gestion moderne des ressources humaines au sein du MSP. Le processus de toutes ces réformes en RDC est lent.

#### ***Mesures d'atténuation :***

La DEP est le point focal au sein du Ministère de la Santé pour collaborer avec le Ministère de la Fonction Publique et le Ministère de la Décentralisation sur la réforme de l'administration publique.

La tenue des réunions entre Directions et le renforcement des organes de concertation peut contribuer à un meilleur environnement pour une gestion stratégique, nécessaire pour la mise en œuvre de la réforme.

Le dialogue technique relatif aux différentes réformes au sein des appuis de la Coopération belge au niveau central peut aider à mitiger ce risque.. L'appui de la DGD et du GIBS est également à solliciter afin de porter les réformes proposées.

Le retrait de la Coopération belge bilatérale directe du secteur de la santé constitue aussi un instrument de pression sur les responsables du système de santé pour faire avancer la réforme.

#### **2/ Risques liés à la dégradation du contexte économique :**

L'aggravation de la situation économique nationale qui peut être la conséquence de la crise internationale actuelle, crée un potentiel d'aggravation de la pauvreté des ménages. Ceci peut entraver la mise en œuvre des politiques nationales et l'atteinte des indicateurs nationaux.

#### ***Mesures d'atténuation :***

Une stratégie de financement pour le secteur de la santé, qui d'une part s'adapte au pouvoir d'achat réel de la population et d'autre part mobilise des ressources nationales et internationales autour de la SRSS et le PNDS, doit être élaborée. La Table Ronde prévue pour fin 2012 peut appuyer ce processus.

#### **3/ Risques liés à l'appui isolé à la DEP :**

Les missions de la DEP ne peuvent pas être seulement réalisées par la DEP. De plus, les acquis des différents appuis institutionnels à la DEP risquent de ne pas être consolidés sans impulsion des autres Directions. Les différentes directions et programmes non rationalisés et non appuyés du niveau central induisent des sollicitations fréquentes et non rationnelles de la DEP.

La communication sectorielle nécessaire pour un bon fonctionnement d'une administration reste faible. La DEP manque encore de reconnaissance par le politique de son rôle de conseiller du Ministre, à travers le Secrétariat Général, dans la prise des décisions clés.

#### ***Mesures d'atténuation :***

La réforme du niveau central devrait déboucher sur des directions rationalisées qui devront alors être appuyées correctement sur base de leurs missions respectives au même titre que la DEP. Cette réforme devra éviter les chevauchements dans les missions et attributions des différentes



directions tout en préservant leurs complémentarités.

L'appui institutionnel de la Coopération belge à la Direction 'Lutte Contre les Maladies' contribue à renforcer des Directions au sein du Ministère de la Santé en dehors de la DEP. La mise en place d'une équipe d'encadreurs polyvalents mixtes (de plusieurs Directions) appuie au renforcement de l'expertise dans les autres Directions.

La tenue des réunions entre les différentes Directions du Ministère sous l'égide du Secrétariat Général ainsi que le renforcement des commissions techniques du niveau central, sont des activités prévues dans le DTF qui peuvent contribuer au développement institutionnel du tout le Ministère. Ceci contribuera également à une gestion plus stratégique pour qu'un seul conseil consensuel et concerté soit apporté au Ministre.

#### **4/ Risques liés au chevauchement des attributions entre la DEP et la CAG :**

Actuellement la répartition des rôles et tâches entre la DEP et la CAG n'est pas claire. Dans la pratique, il existe des chevauchements, par exemple au niveau du suivi de la mise en œuvre de projets et programmes de santé.

##### ***Mesures d'atténuation :***

Une clarification des rôles et tâches entre la DEP et la CAG s'impose. Des réunions régulières entre ces deux structures sous la présidence du Secrétaire Général à la Santé contribueront à une bonne compréhension des textes qui créent les deux structures et à une meilleure application de ces derniers.

#### **5/ Risques liés aux interventions non-alignées et non-harmonisées :**

Malgré l'existence de la SRSS et du PNDS, toutes les parties prenantes du secteur de la Santé traînent à adopter l'approche sectorielle qui seule permet un renforcement du système de santé. Sans cette approche un fonctionnement rationalisé des Zones de Santé est difficile.

La coordination des partenaires est rendue difficile davantage car ils ne partagent pas spontanément les informations et les budgets concernant leurs projets avec le MSP, les années fiscales ne sont pas les mêmes pour tous les partenaires, les budgets ne sont pas présentés de la même manière et ne sont pas toujours liés à des appuis à des unités opérationnelles bien déterminées.

##### ***Mesures d'atténuation :***

L'administration et les partenaires reconnaissent les attributions, responsabilités et moyens nécessaires de chaque direction rationalisée.

Le renforcement des organes de concertation au niveau central et au niveau des provinces (prévu dans les activités sous le résultat 2) contribuera à une meilleure harmonisation et alignement des appuis externes aux plans d'actions des structures appuyées.

La DEP continuera à appuyer les PTF dans l'identification et la formulation des nouveaux appuis au secteur en ligne avec les principes du SRSS et le PNDS 2011-2015.

La Table Ronde prévue fin 2012 est une opportunité pour préparer une feuille de route vers une approche SWAp dans l'esprit de l'Agenda de Kinshasa.

#### **6/ Risques liés au secteur privé dérégulé :**

Le secteur dans lequel évolue la DEP reste encore largement dérégulé. Le développement du privé lucratif et libéral n'est pas contrôlé. Cela signifie que de nombreuses mesures proposées par la DEP restent lettre morte car elles n'intéressent pas les pouvoirs individuels. Le plus grand défi est de parvenir à convaincre les politiques de laisser travailler l'administration et d'arrêter de

l'utiliser à des fins électorales.

**Mesures d'atténuation :**

L'Etat congolais et le Ministre de la Santé, appuyé par les partenaires de développement, doivent démontrer leur volonté politique et leadership pour commencer à réguler le secteur privé lucratif.

### **3.6.2.3 Risques liés à la durabilité**

#### **1/ Risques liés à la dépendance de la DEP par rapport à son fonctionnement interne:**

Un risque majeur reste la relève par d'autres canaux concernant le financement du fonctionnement interne de la DEP, en dehors de ses activités liées à ses missions. Il serait difficile à concevoir dans l'état actuel de la RDC, que les autorités nationales, avec leurs faiblesses institutionnelles et un manque de moyens très important, puissent maintenir de façon autonome les acquis des appuis à la DEP. La probabilité que d'autres bailleurs reprennent les initiatives dans les mêmes zones d'interventions (provinces) n'est pas garantie à ce jour.

**Mesures d'atténuation :**

Le DTF a proposé déjà plusieurs mesures et stratégies pour pérenniser l'intervention au-delà de 2013, l'année que la Coopération belge bilatérale directe dans le secteur santé prendra fin. Le DTF prévoit explicitement une stratégie de sortie décrit sous le chapitre 2 (2.8.1). Ceci inclut d'une part une tentative de diversifier les sources de financement externes (autres bailleurs et autres canaux de la coopération belge) pour que la direction dépende moins d'un seul bailleur et devienne moins vulnérable ; d'autre part, une stratégie de plaidoyer pour convaincre d'autres partenaires de financer les coûts fixes de la DEP.

#### **2/ Risques liés à la consolidation des acquis :**

La documentation des expériences du terrain et leur remontée vers le niveau provincial et national afin d'alimenter la politique de santé et les stratégies nationales, ne se fait pas encore systématiquement.

**Mesures d'atténuation :**

Le paragraphe 2.8.2 dans le chapitre 2 prévoit, dans le cadre de la stratégie d'exit, de capitaliser et institutionnaliser les approches innovantes entamées précédemment. L'activité 3.1 décrit explicitement les mécanismes de capitalisation.

### **3.6.2.4 Risques fiduciaires**

Le risque fiduciaire lié à la gestion de l'intervention est très réduit vu sa modalité de gestion en régie, le principe de la double signature et l'appui et contrôle que pourra exercer le RAF de la CAG à Kinshasa.

## **3.7 Acteurs intervenant dans la mise en œuvre**

Il s'agit principalement des catégories suivantes :

- Les cadres de la DEP : pour la mise en œuvre de l'intervention
- Le Secrétariat Général du Ministère de la Santé : pour la facilitation de la mise en œuvre de l'intervention
- Les cadres des autres Directions du Ministère de la Santé : pour des activités coordonnées avec la DEP dans le cadre de l'intervention
- Les coordinateurs des programmes PNPMS et PNCNS : pour contribuer au développement

d'une stratégie de financement pour le secteur

- Les cadres des autres Ministères connexes à la santé : pour collaborer avec la DEP par rapport aux stratégies intersectorielles. Il s'agit du Ministère de la Fonction Publique ; le Ministère de la Décentralisation ; les Ministères d'Enseignement, Affaires sociales, Genre, Environnement, Eau/assainissement ; les Ministères des Finances, du Budget et du Plan
- Les Directions Provinciales de la Santé : pour la communication et la mise en œuvre de la SRSS et le PNDS au niveau des provinces, et pour un feedback au niveau central
- Les Zones de Santé : par rapport à la mise en œuvre de la SRSS et la documentation et la remontée des expériences
- Les PTF : pour appuyer la mise en œuvre de la SRSS et le PNDS d'une façon coordonnée, pour avancer graduellement vers une approche sectorielle, pour documenter et partager leurs expériences, et pour chercher des solutions pour assurer la continuité du fonctionnement de la DEP
- Les ONG actives dans le domaine de la santé : pour appuyer la mise en œuvre de la SRSS et le PNDS d'une façon coordonnée, pour avancer graduellement vers une approche sectorielle, pour documenter et partager leurs expériences
- L'expert international mis à disposition par la CTB : pour appuyer la mise en œuvre de l'intervention et sa gestion, et pour assurer la coordination technique du programme d'appui de la Coopération belge bilatérale directe
- Les autres experts internationaux mis à disposition par la CTB : pour appuyer la communication et la mise en œuvre de la stratégie nationale, et pour appuyer la documentation et la remontée des expériences vers le niveau central d'une façon coordonnée
- Les consultants à court terme dans le cadre de l'intervention (consultants nationaux, équipe d'appui scientifique continu, consultants sur certaines thématiques spécifiques...) : pour livrer des outputs en fonction de leurs Termes de Référence respectives.
- Les institutions académiques nationales et internationales dans le domaine de la formation, l'enseignement et la recherche : pour contribuer à approfondir et consolider la réflexion et à la capitalisation des expériences
- Toute organisation partenaire du gouvernement congolais soucieuse de contribuer au développement et à la mise en œuvre du PNDS 2011-2015

## 4 Ressources

### 4.1 Ressources financières

#### 4.1.1 Contribution congolaise à l'appui à la DEP

Pour la période 2012-2013, la DEP peut déjà compter sur 300 000 € du budget de l'Etat, notamment pour la rémunération du personnel (100.000 USD pour les salaires sur 16,5 mois), pour la mise à disposition des locaux, l'eau et l'électricité, pour une partie des frais de fonctionnement et pour les frais d'étude.

#### 4.1.2 Appui financier à la DEP par les différents bailleurs

Dans le cadre de ses missions, la DEP a élaboré son plan stratégique 2011-2015. Ce plan constitue la contribution de la direction à la mise en œuvre du PNDS qui couvre la même période. Ce plan a un budget total 15,8 millions de dollars, équivalent à environ 11,05 millions d'euros. Le projet financé par le Royaume de la Belgique constitue de ce point de vue une contribution à la réalisation des missions de la direction. D'autres bailleurs contribuent actuellement, par certaines lignes budgétaires de leurs projets respectifs, à la réalisation de certaines activités relatives aux missions de la direction.

En 2012 et 2013, la DEP peut compter sur les appuis suivants (cf. tableau en annexe 7.2) :

- 568.333 € du projet GAVI–RSS (dont 270.993 € pour les activités et primes de la DEP même et 297400 € géré par la DEP pour l'appui à la réalisation des plans d'action opérationnels à tous les niveaux du système de santé.
- 1.344.407 € du Trust Fund Canadien (dont 207 993 € pour la réalisation des activités propres à la DEP et la rémunération d'un expert en économiste et 1.136.414 € géré par la DEP pour l'élaboration des CDMT dans les provinces)
- 63.546 € du projet PA PNDS (10e FED) pour la planification.
- 504.079 € de l'UNICEF pour mettre en œuvre le projet Santé pour les plus pauvres (SPP).
- 31.080 € des ASSNIP 4 et 5 pour le fonctionnement et la prime de l'expert DEP chargé de la capitalisation.

Dans la même période, la DEP pourrait aussi compter sur un financement de :

- 130.238 € du Fonds Mondial 9e tour pour cofinancer son fonctionnement et ses activités de planification coordonnée.
- 105.000 €.de l'OMS pour gérer la plate-forme d'échanges de l'IHP+.
- L'UNICEF a commencé depuis cette année à appuyer les activités de planification au niveau central et en provinces. Le montant annoncé en 2012 est de 400.000 USD. Certains coûts inscrits dans le budget de la DEP pourront ainsi être pris en charge par l'UNICEF.
- Des négociations sont en cours avec la coopération britannique et la coopération canadienne qui élaborent de nouveaux programmes d'appui au secteur de la Santé en RDC. Elles pourraient être intéressées à appuyer la DEP.

La grosse difficulté pour la DEP c'est qu'en dehors des financements belges, les autres financements sont très peu prédictibles ; ils ne sont annoncés pratiquement que l'année même de leur libération. L'autre difficulté réside dans le fait que ces appuis sont budgétisés dans

d'autres projets. Pour parvenir à les libérer, il faut donc que la DEP s'assure que ces activités sont bien prises en compte lors de la formulation de ces projets. Cela va dans le sens contraire d'un appui institutionnel.

Ces financements d'activités éparpillés sont différents d'un réel appui au fonctionnement qu'assure aujourd'hui l'appui belge. Sans un appui propre au fonctionnement de la DEP, le renforcement d'une équipe devient aléatoire, les experts de la DEP devenant des exécutants pour les projets des partenaires.

La caractéristique de la phase de consolidation sera l'appui multi bailleurs, même si depuis longtemps d'autres bailleurs que la Belgique contribuaient à la mise en œuvre des activités de la DEP. La DEP cherchera à mobiliser de nouvelles sources de financements également auprès des autres canaux de financement de la Belgique (coopération bilatérale indirecte, coopération déléguée)

Les comptes seront désormais présentés globalement avec un détail par source de financement. Toutes les sources de financement seront gérées ensemble.

### 4.1.3 Appui financier par la Belgique à travers cette intervention

Pour l'année 2012, la DEP dispose déjà d'un budget de 816.600 EUR. Ce budget, qui est en réalité une avance sur le montant total de la phase de consolidation (2.584.141 EUR), lui avait été accordé pour assurer la continuité entre la phase actuelle (DEPII) et la phase de consolidation (DEPIII).

A partir du démarrage de cet appui DEPIII, la contribution proposée par la Belgique pour couvrir les activités de cette phase est de un million sept cent soixante-huit mille cent vingt-cinq EURO. La répartition de ce budget est la suivante:

	<i>EUR</i>
Appui à la DEP	1.485.000
Assistance technique à la DEP	240.000
Assistance technique en appui à la CAG	43.125
<b>TOTAL</b>	<b>1.768.125</b>

BUDGET TOTAL			Mode d'exéc.	BUDGET TOTAL	%	ANNEE 1	ANNEE 2
<b>A</b>			<b>OS. Les capacités managériales de la DEP sont renforcées et lui permettent d'assurer efficacement ses missions dans la mise en œuvre, le suivi &amp; évaluation du PNDS 2011-2015, en priorité dans les aspects de réforme du secteur et du développement des zones de santé.</b>	<b>485.000</b>	<b>27%</b>	<b>142.100</b>	<b>342.900</b>
A 01			<i>R1. Une planification coordonnée, y compris le suivi &amp; évaluation du développement du secteur, est assurée à tous les niveaux afin de permettre le renforcement du système de santé et en particulier le développement des zones de santé (13%)</i>	235.000	13%	72.700	162.300
A	01	01	Améliorer la qualité de la planification au sein du secteur	15.000		4.000	11.000
A	01	02	Assurer un appui rapproché des provinces/DPS par le niveau central pour le suivi et évaluation du PNDS/plans de développement des provinces selon le cadre de suivi et évaluation	80.000		30.000	50.000
A	01	03	Assurer l'élaboration d'un PAO unique pour le MS au niveau central avec des synergies explicites entre directions et entre directions et programmes	75.000		20.000	55.000
A	01	04	Appuyer l'actualisation, le suivi et l'évaluation des plans multisectoriels (DSCR, CDMT, PAP) aux différents niveaux	50.000		13.700	36.300
A	01	05	Renforcer l'organisation interne de la DEP	15.000		5.000	10.000
A 02			<i>R2. La coordination des appuis des différents partenaires techniques et financiers du secteur de la santé en termes de synergie et de complémentarité et leur cohérence avec la stratégie sectorielle et les procédures nationales sont assurées à tous les niveaux (1%)</i>	20.000	1%	5.400	14.600
A	02	01	Assurer le bon fonctionnement des mécanismes de coordination entre les acteurs au niveau central	3.000		800	2.200
A	02	02	Renforcer les capacités de coordination et de négociation des équipes cadres des provinces à travers un accompagnement régulier par des équipes mixtes du niveau central	3.000		800	2.200
A	02	03	Améliorer et rationaliser le financement du secteur de la Santé et améliorer la mobilisation de ressources	11.000		3.000	8.000
A	02	04	Collaborer avec les autres secteurs sur les domaines nécessitant des interventions	3.000		800	2.200
A 03			<i>L'élaboration et la dissémination des politiques, des stratégies, des textes légaux et réglementaires (lois, normes, directives d'application,...) et les réformes sectorielles tiennent compte des résultats des recherches sur le système de santé, d'expériences capitalisées, d'études ou de données macro-économiques et sectorielles et ces documents sont disséminés (13%)</i>	230.000	13%	64.000	166.000
A	03	01	Assurer au niveau provincial et central l'absorption des informations quantitatives et qualitatives au sein du système de santé et au niveau macro, et la capitalisation les expériences (principalement du terrain) afin de pouvoir développer des politiques et stratégies basées sur les évidences	120.000		33.000	87.000
A	03	02	Coordonner le travail de normalisation au sein du secteur	60.000		17.000	43.000
A	03	03	Assurer la diffusion et la communication par rapport aux politiques, stratégies, normes, outils,	50.000		14.000	36.000

<b>X</b>	<b>Réserve budgétaire (2%)</b>			<b>30.000</b>	<b>2%</b>	<b>30.000</b>
X 01	Réserve budgétaire			30.000	2%	30.000
X 01 01	Réserve budgétaire REGIE	régie		30.000		30.000
<b>Z</b>	<b>Moyens généraux</b>			<b>1.253.125</b>	<b>71%</b>	<b>328.550 924.575</b>
Z 01	Frais de personnel			944.625	53%	257.000 687.625
Z 01 01	Assistant Technique			240.000		65.000 175.000
Z 01 02	Primes personnel national			510.000		139.000 371.000
Z 01 03	Consultances			27.000		7.400 19.600
Z 01 04	Appui Scientifique			85.000		23.000 62.000
Z 01 05	Formation : Personnel DEP			7.500		2.000 5.500
Z 01 06	Formation : Bourses			32.000		8.800 23.200
Z 01 07	Assistance Technique et appui à la CAG			43.125		11.800 31.325
Z 02	Investissements			180.000	10%	39.000 141.000
Z 02 01	Investissement : Véhicules			50.000		35.000 15.000
Z 02 02	Investissement : Matériel informatique			15.000		4.000 11.000
Z 02 03	Investissement : Equipement			10.000		0 10.000
Z 02 04	Investissement : Réhabilitation			100.000		0 100.000
Z 02 05	Investissement : Littérature			5.000		0 5.000
Z 03	Frais de fonctionnement			73.500	4%	20.050 53.450
Z 03 01	Fonctionnement: Communication			12.000		3.300 8.700
Z 03 02	Fonctionnement: Frais de bureau			24.000		6.500 17.500
Z 03 03	Fonctionnement: Frais de véhicules			30.000		8.200 21.800
Z 03 04	Fonctionnement: Frais bancaires			4.500		1.250 3.250
Z 03 05	Fonctionnement: Frais divers			3.000		800 2.200
Z 04	Audit et Suivi et Evaluation			55.000	3%	12.500 42.500
Z 04 01	Audit			15.000		7.500 7.500
Z 04 02	Evaluation externe			30.000		0 30.000
Z 04 03	Backstopping (2 missions)			10.000		5.000 5.000
<b>TOTAL</b>				<b>1.768.125</b>		<b>470.650 1.297.475</b>

<b>REGIE</b>	<b>1.768.125</b>
--------------	------------------

<b>470.650</b>	<b>1.297.475</b>
----------------	------------------





## 4.2 Ressources humaines

### 4.2.1 Inventaire des ressources humaines à la DEP

Le Ministère de la Santé met à la disposition de la DEP un total de huit experts nationaux, un gestionnaire comptable, un informaticien, un documentaliste, une secrétaire de direction, deux secrétaires, deux huissiers, 4 chauffeurs et un gardien dont les profils correspondent aux descriptions de postes. Un des experts est actuellement pris en charge par les projets ASSNIP 4 et 5 comme point focal de la capitalisation. Avec lui, les ASSNIP prennent également en charge un chauffeur. Un autre expert est pris en charge par un fonds canadien passant par la banque mondiale pour coordonner l'élaboration du CDMT.

Le CCM est logé à la DEP et son personnel est actuellement financé par le Fonds Mondial. Il s'agit de deux experts santé publique dont un coordonnateur du secrétariat permanent et un chargé du Suivi Evaluation, d'une secrétaire et d'un chauffeur.

Il est possible que si la réforme met en place des DEP et des DAF dans tous les ministères on préconise un nombre de 9 experts en dehors du directeur. Pour le financement de ces éventuelles unités supplémentaires, la DEP recourra à d'autres financements que ceux de la Belgique. Mais le MSP s'engage à continuer à recruter tout nouveau personnel sur base d'une sélection organisée par un comité de sélection représentant la RDC et la Belgique.

### 4.2.2 Appui belge aux ressources humaines interne à la DEP

Il sera mis en place un système d'auto évaluation par la création de **cercles de développement**.

La CTB accorde à chaque personne nouvellement recrutée ou confirmée une **prime** qui correspond à une prestation temps plein. Cette prime est également versée durant les congés légaux du personnel. Elle peut être revue ou supprimée selon les procédures en vigueur dans le cas où le candidat ne donne pas satisfaction ou commet une faute grave.

La CTB accorde aussi la cotisation annuelle à une **mutuelle** de santé pour tout le personnel et les personnes à charge de ce personnel.

Dans la phase de consolidation il est prévu de continuer à participer au renforcement des compétences du personnel par des **formations** locales et par des formations courtes (maximum 4 mois) à l'étranger sous forme de bourses.

### 4.2.3 Appui à la DEP sous forme d'expertise externe

Il est prévu dans cette phase **une assistance technique internationale à plein temps** avec un profil de santé publique. Ses termes de référence sont détaillés en annexe. L'assistance technique n'a en principe pas de rôle exécutif ou de substitution. Elle est mis à la disposition des acteurs du système de santé pour le renforcement de leurs capacités et/ou la mise en place de systèmes/instruments/ procédures. Etant donné que la phase de consolidation ne durera que 18 mois, le conseiller technique expatrié sera soumis à une procédure de sélection interne au siège de la CTB à Bruxelles. Le candidat sélectionné est proposé pour approbation au Ministère de la Santé en RDC. En cas de rejet circonstancié, un autre candidat lui sera proposé (dans la mesure du possible).

Un appui financier à l'assistance technique logée au sein de la CAG est prévu (voir 5.3.2.2)

Des ressources seront disponibles pour permettre à la DEP de travailler avec des **consultants nationaux et/ou internationaux** sur des thèmes ponctuels comme par exemple un costing, une consultance juridique, une consultance informatique, ...

Pour l'équipe **de l'appui scientifique**, la CTB a ou prévoira un contrat de prestation avec un institut de recherche international qui propose ses experts pour les missions du terrain.

### 4.3 Ressources matérielles

Etant donné qu'il s'agit d'un projet d'appui institutionnel, la plus grande partie du budget de la contribution belge sert à renforcer les ressources humaines. Les activités qui seront menées pour atteindre les trois résultats du projet consistent en réunions de travail, en missions et en ateliers. Une attention particulière sera donnée aux activités des deux programmes liés à la DEP, à savoir le programme national de promotion des mutuelles de santé et le programme national des comptes nationaux de la santé sans pour autant garantir leur entier financement.

Parmi les investissements importants programmés pour la phase de consolidation, il est prévu l'acquisition d'un nouveau véhicule et un complément de cent mille euros pour le bâtiment devant abriter la DLM, la DEP et la CAG. Le centre de documentation doit être transformé en véritable centre de veille stratégique et donc il faudra acquérir des équipements informatiques performants. De même la diffusion des normes, directives informations et des connaissances générées dans ce centre nécessitera des frais de reproduction et de transport.

Tout le matériel acquis dans la phase précédente d'appui à la DEP passe comme patrimoine de la phase de consolidation. Le partenaire congolais s'engage à maintenir le matériel acquis avec les moyens du projet au sein de celui-ci. Il s'engage aussi à tenir des inventaires à jour pour qu'à la fin de la phase de consolidation toutes les donations puissent s'établir facilement.

## 5 Modalités d'exécution

### 5.1 Cadre légal et responsabilités administratives

Le cadre légal sera fixé par la Convention Spécifique relative au projet « **Projet d'appui institutionnel à la Direction d'Etudes et Planification du Ministère de la Santé en République Démocratique du Congo – Phase de consolidation des acquis** ».

Cette convention est à signer entre le Royaume de Belgique et la République Démocratique du Congo à l'issue du processus de formulation du projet.

Le Dossier Technique et Financier, établi lors de la formulation, sera annexé à cette Convention.

### 5.2 Responsabilités administratives et techniques

Conformément aux procédures de la coopération belgo-congolaise en vigueur en République Démocratique du Congo, le projet sera mis en œuvre en régie par la CTB en concertation avec l'ensemble des partenaires concernés et plus particulièrement avec le Ministère de la Santé Publique.

### 5.3 Structures d'exécution et de suivi

#### 5.3.1 La Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL)

Les parties conviennent de créer, dès la signature de la Convention Spécifique, une Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL).

La Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL) assurera un suivi de la mise en œuvre des actions entreprises par le projet et prendra, sur la base des différents rapports et recommandations, toutes les mesures nécessaires à une adaptation du dossier technique et financier (DTF) sans toutefois modifier l'objectif spécifique, la durée et le budget global de la prestation.

##### 5.3.1.1 Compétences et attributions

La SMCL aura comme attributions de :

- Valider le DTF lors de la phase de formulation ;
- Superviser l'exécution des engagements pris par les Parties ;
- Apprécier l'état d'avancement du programme et l'atteinte de ses résultats sur la base des rapports d'exécution du projet ;
- Approuver les plans d'activités du projet;
- Approuver les ajustements ou les modifications éventuelles des résultats intermédiaires, tout en respectant l'objectif spécifique et l'enveloppe budgétaire fixés par la Convention Spécifique et veiller à la faisabilité de l'ensemble des actions ;
- Résoudre tout problème de gestion des ressources et prendre toute mesure d'encouragement ou de corrections nécessaires
- Résoudre, pour le bon déroulement du projet, tout problème de gestion qui se poserait, relatif aux ressources financières ou matérielles ;

- Faire des recommandations aux autorités compétentes des deux Parties, notamment en ce qui concerne le contrôle et l'évaluation ;
- Approuver le rapport final et clôturer le programme/projet.

### **5.3.1.2 Composition**

La composition de la SMCL sera la suivante :

- Le Représentant du Ministère de la Santé Publique du niveau central
- Le Représentant du Ministère du Plan
- Le Représentant du Ministère en charge de la Coopération Internationale
- Le Représentant Résident de la CTB ou son délégué.

La Présidence de la SMCL sera assurée par le Représentant du Ministère de la Santé Publique du niveau central

Le Médecin Directeur de la DEP ou son Représentant, et l'Assistant Technique Internationale à la DEP participent à la SMCL pour donner des informations et des explications mais n'ont pas droit de vote.

Selon l'agenda de la réunion de la SMCL, les autres partenaires venant en appui à la DEP ainsi que toute autre personne qui apporte une contribution au projet, peuvent être invités en qualité d'observateur ou d'expert. Les invités seront pris en charge par la partie qui invite.

Les problèmes non résolus ainsi que les comptes rendus des travaux de la SMCL seront adressés au Comité des Partenaires (COMPAR) de la Coopération belgo-congolaise dans la semaine suivant chaque réunion.

### **5.3.1.3 Mode de fonctionnement**

- La SMCL établit son règlement d'ordre intérieur dans le respect des autres dispositions de la Convention Spécifique. Il est officiellement approuvé lors de la première SMCL du projet ;
- La SMCL est convoquée et présidée par le Représentant du Ministre de la Santé Publique du niveau central ;
- La SMCL se réunit ordinairement chaque semestre sur invitation de son président ou de façon extraordinaire à la demande d'un membre ;
- Elle prend ses décisions selon la règle du consensus ;
- Chaque réunion fait l'objet d'un procès-verbal signé par tous les membres présents;
- La SMCL tient également une réunion au plus tard trois mois avant la fin des activités du projet afin d'examiner la proposition de rapport final rédigé selon les normes de la CTB et d'assurer les formalités de clôture ;
- Le secrétariat de la SMCL est assuré par le Directeur de la DEP et l'Assistant Technique.

## 5.3.2 Mécanismes de coordination et gestion

### 5.3.2.1 Mécanismes de gestion technique

La coordination technique du projet est assurée conjointement par le Médecin Directeur de la DEP et l'ATI d'une façon transparente et concertée.

Afin de favoriser la complémentarité et les synergies entre les projets financés par la coopération belgo-congolaise dans le secteur de santé, cette coordination technique par le Médecin Directeur de la DEP et l'ATI porte aussi sur l'ensemble du portfolio bilatéral direct de la Coopération belgo-congolaise. Il s'agit donc de faciliter :

- la gestion de la coordination<sup>7</sup> de tous les aspects des projets ;
- l'initiation pour la préparation et la tenue des réunions des SMCL ;
- la garantie que le contenu<sup>8</sup>, la qualité, le timing et le coût répondent aux objectifs initialement définis ;
- la gestion globale des risques ;
- la préparation et la coordination des contributions locales et des modalités opérationnelles des formulations au sein du secteur ;
- un input en ce qui concerne le suivi du secteur Santé dans le cadre du PIC (programme indicatif de coopération).

A l'initiative de la DEP, une réunion de coordination trimestrielle entre tous les volets (appuis décentralisés càd les ASSNIP et appuis au niveau national càd DEP, DLM, CDR, PNLTHA) sera prévue. Elle sera présidée par le Ministère. La CAG sera associée à ces réunions de coordination trimestrielle qui porteront sur :

- Compréhension partagée de la vision sur le développement du secteur, les paradigmes, concepts, les DTF....
- Échange d'information, partage des expériences et capitalisation
- Peer-review entre tous les appuis belges
- Restitution des séminaires, missions ...
- Contribution à l'identification et développement des DTF/PIC, et aux TDR des évaluations, TDR de l'appui scientifique...
- Forum pour des débriefings des missions externes
- Coordination de la capitalisation de la réflexion au sein des différents appuis, en particulier celle à travers l'appui scientifique et appui technique perlée/ponctuelle
- Synergie opérationnelle entre appuis

---

<sup>7</sup> Gestion de la Coordination : comprend les activités nécessaires pour la coordination des divers processus et activités de gestion et de portefeuille. Cette coordination consiste à faire les choix nécessaires en matières de concentration des ressources, à anticiper les problèmes potentiels, à traiter ces problèmes avant qu'ils atteignent un seuil critique et à coordonner le travail pour le bénéfice des projets et du portefeuille. L'effort de coordination consiste également à faire des compromis entre des objectifs et des alternatives en concurrence.

<sup>8</sup> Contenu : les résultats du projet et tout le travail nécessaire pour les atteindre.

### **5.3.2.2 Mécanismes de gestion administrative et financière (la CAG)**

Afin de faire face à la croissance importante des activités de la CTB en RDC et d'atteindre une plus grande efficacité dans la mise en œuvre des prestations, les processus de gestion et d'intervention en RDC ont été redéfinis depuis le début de l'année 2008.

Ainsi, au niveau du secteur de la Santé en RDC, un regroupement des projets appuyés par la CTB a eu lieu pour optimiser la gestion administrative et financière de l'ensemble. Cette unité de gestion était localisée au niveau de la représentation de la CTB. Ces tâches administratives et financières ont maintenant été transférées vers la Cellule d'Appui et de Gestion (CAG) qui a récemment été créée au sein du Ministère de la Santé Publique (MSP). Ceci cadre avec le souci d'alignement aux structures nationales et de pérennisation.

Cette approche permet de dégager les avantages suivants :

- Elle génère des économies d'échelles pour certaines fonctions d'appui aux projets ;
- Elle permet à l'équipe d'exécution du projet de se concentrer en première instance sur la responsabilité première d'atteinte des résultats prévus par le projet ;
- Elle donne à chacun une spécialisation dans son domaine de compétence.

Un Chargé d'Administration/Finances (CAF) est mis à disposition. Il est chargé avec son équipe, de garantir une gestion optimale des processus administratifs et financiers des projets au sein du secteur Santé. Par sa présence à la CAG, le CAF contribue au renforcement des capacités de gestion financière et administrative de la CAG par un encadrement rapproché et un suivi quotidien.

Dans le but de favoriser le transfert des compétences, il/elle participe à la formation d'un homologue identifié au sein de la CAG avec lequel il/elle travaillera en étroite collaboration. Le CAF sera également chargé d'encadrer l'équipe de gestion administrative et financière composée d'un Financial Officer (FO) et d'un Comptable Valideur (CV). Ensemble ils assureront la gestion administrative et financière conformément aux dispositions reprises au point 5.5 et 5.6 du présent DTF.

L'ancrage de la gestion administrative et financière des contributions de la coopération belge au secteur de la santé au sein de la CAG permet :

- De veiller à assurer le bon suivi de la gestion administrative et financière des projets du secteur de la santé financés par la coopération belge ; de veiller à conduire les fonds belges alloués au secteur de la santé vers l'harmonisation intra-projets CTB et vers l'alignement des autres bailleurs.
- D'améliorer le processus de transmission d'informations financières et opérationnelles vers le Ministère de la Santé Publique et dans le cadre défini par lui, par une approche plus globale et transparente.

La DEP a la responsabilité de l'atteinte des résultats du projet. Elle bénéficiera de la collaboration du CAF qui assume le rôle de chargé d'appui à la coordination du financement belge du secteur de la santé au sein de la CAG.

Dans ce cadre, le budget prévoit une prise en charge partielle de l'assistance technique CTB basée à la CAG.

### 5.3.3 Réhabilitations et marchés publics

Dans le cadre du renforcement des compétences des Directions concernées du Ministère de la Santé Publique, l'Ingénieur Architecte financé par les projets ASSNIP apportera un appui à la planification technique et au suivi des travaux en ce qui concerne les réhabilitations prévues dans le cadre de ce projet.

Puisque à l'avenir il est prévu que ce soit la CAG qui sera chargée de la préparation et l'exécution des marchés publics, il est proposé d'y associer le Chargé de Passation des Marchés de la CAG afin de lui permettre de développer ses compétences dans ce domaine.

## 5.4 Responsabilités financières

### 5.4.1 Contribution de la Partie Congolaise

Les obligations et participations financières de la Partie congolaise, telles que prévues par la Convention Spécifique (CS) et le Dossier Technique et Financier (DTF) qui fait partie intégrante de la Convention, sont essentielles pour la réalisation des objectifs (global et spécifique) du projet. Leur inexécution, même partielle, pourra entraîner, après notification officielle, la suspension partielle ou totale des apports belges.

La Partie congolaise s'engage dès lors à tout mettre en œuvre pour assurer le succès du projet de coopération. Notamment :

#### 5.4.1.1 Concernant l'exécution et le financement du projet

La Partie Congolaise s'engage :

- à prendre les dispositions institutionnelles, administratives et budgétaires requises afin de garantir le bon déroulement du projet ;
- à n'utiliser en aucun cas la contribution belge au paiement d'impôts ou autres charges publiques, ni à l'apurement des droits d'entrée prévus par la législation de la République Démocratique du Congo.

Ceci implique entre autres :

- l'exonération de tout impôt, droits de douanes, taxes d'entrée et autres charges fiscales ou administratives sur les fournitures, travaux et projets de service faisant l'objet de la contribution belge au projet ;
- l'autorisation par la direction des douanes d'utiliser la procédure « d'enlèvement d'urgence » ;
- d'assurer la libre circulation des membres de l'assistance technique belge et du personnel mandaté par celle-ci sur l'ensemble du territoire national, à leur faciliter l'obtention des visas et permis nécessaires à leur entrée, séjour et sortie de la République Démocratique du Congo ;
- d'accorder aux organismes et personnes congolais et expatriés œuvrant dans le cadre du Projet toutes les facilités nécessaires à l'accomplissement des tâches qui leur sont confiées ;
- d'assurer la maintenance des bâtiments des structures soutenus et les salaires du personnel au sein de ces structures ;
- de maintenir le matériel acquis avec les moyens du projet au sein de celui-ci;

- de faciliter l'accès à toute documentation utile ou nécessaire pour l'exécution des activités ;
- de faciliter auprès de tous les services concernés les démarches nécessaires pour le bon déroulement du projet.

#### **5.4.1.2 Concernant le personnel national**

La Partie Congolaise s'engage :

- à laisser ou à mettre à la disposition du projet le personnel nécessaire à sa réalisation au sein de chaque structure soutenue, étant entendu que ce personnel continuera à être rétribué par la République Démocratique du Congo qui en assumera en outre les obligations découlant de leur statut ;
- à prendre toutes les dispositions utiles pour que la qualification professionnelle du personnel nécessaire à la réalisation du projet au sein de chaque structure puisse être évaluée conjointement par les deux parties et à prendre, le cas échéant, toute mesure d'encouragement ou de correction jugée indispensable en la matière ;
- à ne déplacer ou muter du personnel au sein des structures retenues qu'après concertation avec la SMCL.
- à remplacer le personnel au sein des structures retenues en respectant le principe de sélection et l'importance des qualifications requises pour y exercer les responsabilités attendues.

#### **5.4.1.3 Concernant l'après projet**

La Partie congolaise s'engage :

- à prendre les dispositions institutionnelles, administratives et budgétaires nécessaires pour permettre la poursuite des activités au sein des structures retenues dans le cadre de la prolongation éventuelle de l'intervention belge ;
- le cas échéant, à prendre les dispositions institutionnelles, administratives et budgétaires nécessaires pour garantir la poursuite des activités au sein des structures retenues après la cessation éventuelle de l'intervention belge ;
- à veiller à ce que les équipements et matériels acquis dans le cadre du présent projet deviennent propriété de l'état congolais après cessation de l'intervention belge et restent affectés aux structures pour lesquelles ils sont prévus.

Si des infrastructures, équipements ou matériels acquis ou réhabilités dans le cadre du présent projet sont mis à disposition de tierces parties, gestionnaires ou propriétaires à quelque titre que ce soit de ces biens, l'état congolais arrêtera avec ces parties toute disposition appropriée pour la poursuite de leur affectation originelle.

### **5.4.2 Contribution de la Partie belge**

Les obligations et participations financières de la Partie belge, telles que prévues par la Convention Spécifique (CS) et le Dossier Technique et Financier (DTF) qui fait partie intégrante de la Convention, sont essentielles pour la réalisation des objectifs (global et spécifique) du projet.

La contribution de la Partie belge sera mise en œuvre selon le guide de la CTB de la



gestion financière des projets en régie. Elle couvrira essentiellement les activités inhérentes à l'atteinte de l'objectif spécifique et sera mise à la disposition du projet sous forme de contribution financière pour le financement des fournitures, travaux et services du projet.

Le budget détaillé et le chronogramme d'exécution de la contribution belge sont repris en annexe.

## 5.5 Modalités de gestion

La gestion de la contribution belge au projet sera assurée par la CTB en exécution d'une « Convention de Mise en Œuvre (CMO) » conclue entre l'Etat belge et la CTB. La gestion de la contribution financière belge en régie et la mise à disposition des fonds se feront suivant les procédures internes de la CTB.

S'agissant d'une phase de prolongation du projet DEP2 et souhaitant faciliter la poursuite des procédures de marchés publics en cours ou à venir, la réglementation belge relative aux marchés publics sera d'application pour cette prolongation<sup>9</sup>.

L'équipe de gestion administrative et financière logée au sein de la CAG veillera à la bonne conduite des processus de marché public appuyée par l'assistance technique telle que décrite au point 5.3.2 en impliquant la CAG afin de répondre au critère de renforcement des capacités

## 5.6 Gestion en « régie »

Bien que la gestion financière du projet soit en régie, la contribution belge est gérée d'une façon collégiale. Comme c'était déjà le cas dans la phase précédente, le principe à suivre pour engager les dépenses est que le directeur de la DEP et l'assistant technique s'accordent sur les actions à mener au cours d'un trimestre. Sur la base du plan de décaissement trimestriel, le débloqué des fonds est préparé

### 5.6.1 Comptes et pouvoir de signature

Dès la signature de la Convention Spécifique, la CTB ouvrira les comptes dans les institutions bancaires appropriées. En termes de pouvoir de signature, la double signature est requise.

### 5.6.2 Comptes et mise à disposition des fonds

#### 5.6.2.1 Dépenses avant la signature de la CMO

Afin de faciliter le démarrage du projet, il se peut que des engagements soient contractés et des dépenses effectuées avant la signature de la CMO. Ceux-ci concerneront essentiellement le recrutement de l'assistance technique internationale et des frais d'installation. Les dépenses seront alors imputées sur les lignes budgétaires Z1.

Les frais sont estimés à un montant global de 163.247 euros.

Z Moyens généraux				
Z	01		Frais de personnel	114.222
Z	01	01	Assistant Technique	28.889
Z	01	02	Primes personnel national	61.778
Z	01	03	Consultances	3.289

<sup>9</sup> Et non les règles des marchés européens

<b>Z Moyens généraux</b>				
Z	01	04	Appui Scientifique	10.222
Z	01	05	Formation : Personnel DEP	889
Z	01	06	Formation : Bourses	3.911
Z	01	07	Assistance Technique et appui à la CAG	5.244
Z	02	<i>Investissements</i>		<i>39.000</i>
Z	02	01	Investissement : Véhicules	35.000
Z	02	02	Investissement : Matériel informatique	4.000
Z	02	03	Investissement : Equipement	0
Z	02	04	Investissement : Réhabilitation	0
Z	02	05	Investissement : Littérature	0
Z	03	<i>Frais de fonctionnement</i>		<i>10.025</i>
Z	03	01	Fonctionnement: Communication	1.650
Z	03	02	Fonctionnement: Frais de bureau	3.250
Z	03	03	Fonctionnement: Frais de véhicules	4.100
Z	03	04	Fonctionnement: Frais bancaires	625
Z	03	05	Fonctionnement: Frais divers	400
Z	04	<i>Audit et Suivi et Evaluation</i>		<i>0</i>
<b>TOTAL</b>				<b>163.247</b>

### 5.6.2.2 Premier transfert

Dès la notification de la Convention de Mise en Œuvre entre l'Etat belge et la CTB, un appel de fonds peut être introduit. Le montant demandé doit correspondre aux besoins des trois premiers mois.

### 5.6.2.3 Transferts suivants

Afin de recevoir des fonds, le projet doit introduire auprès de la CTB un appel de fonds au début du mois précédant le trimestre suivant. Cet appel de fonds doit être signé par la direction du projet.

Le montant de l'appel de fonds est égal aux besoins estimés en trésorerie pour le trimestre suivant avec une réserve.

Le transfert de fonds par la CTB se fait au début du trimestre. La CTB peut aussi appliquer un schéma de financement spécifique (paiements en plusieurs tranches ou paiement à la demande).

Le transfert des fonds se fait uniquement à condition que :

- La comptabilité du trimestre précédant l'introduction de l'appel ait été transmise auprès de l'équipe de gestion administrative et financière logée à la CAG ;
- La mise à jour de la programmation financière ait été transmise auprès de l'équipe de gestion administrative et financière logée à la CAG ;
- Le montant de l'appel de fonds ne soit pas plus élevé que le solde budgétaire.

En cas d'urgence, le projet peut introduire un appel de fonds anticipé en justifiant le besoin.

## 5.7 Rapportage administratif, comptable et financier

### 5.7.1 Comptabilité

Mensuellement, la comptabilité doit être élaborée et approuvée selon les procédures de la CTB. La comptabilité doit être signée pour accord par la direction du projet. La comptabilité à envoyer à l'équipe de gestion administrative et financière à la CAG, comprend un fichier électronique, les pièces justificatives ainsi que les extraits bancaires et états de caisse. La CAG sera impliquée dans le processus financier quotidien afin d'assurer une transparence maximale.

### 5.7.2 Programmation

Trimestriellement, la direction du projet doit élaborer une programmation financière pour les trimestres suivants et pour le trimestre en cours et les années suivantes. La programmation financière doit être faite selon les procédures de la CTB et doit être envoyée à l'équipe de gestion administrative et financière du projet au sein de la CAG.

### 5.7.3 Gestion budgétaire

Le budget total ne peut pas être dépassé.

Au cas où une augmentation budgétaire serait nécessaire, une demande motivée d'augmentation doit être introduite auprès de l'Etat belge après avoir reçu l'accord de la SMCL. Si la Belgique accepte la demande on procède à un échange de lettres signées par les deux parties.

Le budget du projet donne les contraintes budgétaires dans lesquelles le projet doit être exécuté. Toute modification budgétaire impliquant un dépassement du volet 'moyens généraux' ou un dépassement des lignes budgétaires de > 10%, ou l'ajout d'une ligne budgétaire doit être approuvé par la SMCL sur base d'une proposition de modification budgétaire élaborée conjointement par la coordination technique et validée par l'équipe de gestion administrative et financière. Des changements en dessous de 10% sont simplement communiqués au niveau d'une prochaine SMCL.

La gestion de changement budgétaire doit être faite selon les procédures de la CTB.

La réserve budgétaire peut uniquement être utilisée pour des activités de projet et après accord de la SMCL. Son utilisation doit toujours être accompagnée d'un changement du budget.

Les engagements doivent respecter les mandats. La direction du projet doit assurer un bon suivi des engagements. Il n'est pas autorisé de prendre des engagements sur base d'un budget non approuvé officiellement.

### 5.7.4 Suivis financiers

A chaque réunion de SMCL, la direction du projet doit présenter l'information financière suivante :

- Rapport d'exécution budgétaire
- Mise à jour de la programmation financière
- Liste des engagements importants
- Aperçu des soldes bancaires

- Paiements par le siège CTB (PHQ)
- Proposition de changement budgétaire si nécessaire
- Plan d'action lié aux recommandations d'un audit financier

## 5.8 Rapportages opérationnels

### 5.8.1 Rapportage à la SMCL

Afin de permettre une bonne information de tous les partenaires concernés par l'exécution du projet, la direction du projet doit établir des rapports de suivi à chaque SMCL. Il s'agit d'un rapport comprenant l'état d'avancement du projet (réalisations des 6 mois précédents et exécution budgétaire) et la planification opérationnelle des 6 mois à venir. Le rapport est soumis pour discussion et approbation à la SMCL. Cette dernière en tirera les conclusions pour l'orientation ultérieure du projet.

### 5.8.2 Rapportage annuel

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

Le rapport annuel est opérationnel et comprend :

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

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

### 5.8.3 Rapportage final

Le rapport final comprend :

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

- une appréciation des critères d'harmonisation et d'alignement : harmonisation, alignement, gestion orientée vers les résultats, responsabilité mutuelle, appropriation ;
- les résultats du suivi de la prestation de coopération et des éventuels audits ou contrôles, ainsi que le suivi des recommandations émises ;
- les conclusions et les leçons à tirer.

Le rapport final sera remis au plus tard 6 mois après l'échéance de la Convention Spécifique à l'état partenaire et à l'état belge, via la DGD à Bruxelles et l'Attaché de la Coopération internationale dans l'état partenaire.

## 5.9 Mécanismes d'approbation des adaptations au DTF

Le DTF peut être modifié par le pays partenaire et la CTB quand cela s'avère nécessaire à l'exception de l'objectif spécifique, la durée et du budget total du programme pour lesquels une éventuelle modification doit se faire par un échange de lettre entre l'état congolais et l'état belge.

Les adaptations au DTF sont discutées et approuvées en SMCL.

Toutefois, la Partie congolaise et la CTB informent la Partie belge des éventuelles modifications suivantes apportées :

- Les formes de mise à disposition de la contribution de la Partie belge et de la Partie congolaise ;
- Les résultats, y compris leurs budgets respectifs ;
- Les compétences, attributions, composition et mode de fonctionnement de la structure mixte de concertation locale ;
- Le mécanisme d'approbation des adaptations du DTF ;
- Les indicateurs de résultat et d'objectif spécifique ;
- Les modalités financières de mise en œuvre de la contribution des parties.

Un planning financier indicatif adapté est joint le cas échéant.

Cette information se fait de deux manières : via le rapport annuel ou via la transmission du PV de la SMCL.

## 5.10 Monitoring, évaluation et audit

Le monitoring, l'évaluation et l'audit ont pour but non seulement de contrôler l'exécution technique et financière des activités du projet, mais surtout d'améliorer l'efficacité et l'efficacé du projet pour qu'il puisse réaliser au mieux ses objectifs.

Les mécanismes suivants seront mis en place.

### 5.10.1 Monitoring et suivi du projet

La situation de base étant bien connue, une étude baseline au début de cette phase de consolidation n'est pas nécessaire. L'équipe du projet peut se limiter à documenter l'état des lieux par rapport au niveau des indicateurs afin d'avoir une référence pour le monitoring au cours du projet. Ce monitoring sera fait semestriel et fera objet des différents rapports à fournir.

La DEP rédigera semestriellement un rapport technique sur l'avancement de la réforme du secteur de la santé à soumettre pour discussion et approbation au comité de pilotage. Ce rapport sera également annexé au rapport d'exécution (administratif et financier) rédigé séparément pour le SMCL.

La gestion et le suivi quotidien du projet sont confiés à la direction du projet qui est composée du Médecin Directeur de la DEP et de l'Assistant Technique international.

Le Médecin Directeur de la DEP est spécifiquement chargé de mobiliser les partenaires et les bénéficiaires du projet au moment du démarrage de chaque activité, de s'assurer des collaborations nécessaires au sein de l'administration nationale, et de tenir informé le Secrétaire Général et les Directeurs concernés au sujet des activités entreprises.

L'Assistant technique est spécifiquement chargé de la programmation des activités et des budgets correspondants, des relations internes de la CTB, de la gestion du personnel d'appui, et de la préparation des rapports périodiques. Il a l'initiative de la mise en œuvre concrète et quotidienne des actions, une fois les programmes semestriels approuvés par la SMCL. Il s'assure du bon déroulement des actions une fois démarrées, et du respect par les intervenants des termes de référence. Il gère les finances du projet et en rend compte à la CTB et à la SMCL.

## 5.10.2 Evaluation du projet

### 5.10.2.1 Evaluation finale

Compte tenu :

- de la durée du projet (16,5 mois),
- des mécanismes multiples de suivis mis en place au profit de ce projet,
- de l'appui institutionnel dans sa phase de consolidation (3<sup>ème</sup> phase),
- des modalités particulières régiront ses évaluations.

Une évaluation sera effectuée au plus tard trois mois avant la fin du projet. Elle aura pour finalité essentielle de capitaliser les acquis du projet.

Elle répond aussi aux besoins suivants :

- Nécessité d'une validation externe du rapportage vers la SMCL et le bailleur de fonds ;
- Nécessité pour la SMCL et le bailleur de fonds d'un suivi et d'une exécution axée vers les résultats.
- Nécessité de disposer d'un système de contrôle de qualité vis-à-vis du bailleur de fonds.

Le rapport d'évaluation doit être présenté en SMCL afin de juger et déterminer quelles conclusions et recommandations sont retenues.

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

Les moyens financiers seront prévus dans le budget du projet.

### 5.10.2.2 Evaluation DGD

Dans le cadre du contrat gestion entre la CTB et le gouvernement belge, le Service

public fédéral « Affaires étrangères, Commerce extérieur et Coopération au Développement » peut demander, sur un budget séparé, de faire une évaluation des projets en exécution ou d'accompagner une évaluation mi-parcours ou finale.

### **5.10.3 Audit**

#### **5.10.3.1 Audit projet**

Un audit financier relatif à la contribution belge se fera une fois par an, après 12 mois d'activités et au plus tard dans les 6 mois précédant de la clôture du projet. L'audit portera sur la vérification des comptes du projet et sur le contrôle et le respect des procédures. Les moyens financiers seront prévus dans le budget du projet.

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

La SMCL chargera l'équipe de gestion administrative et financière au sein de la CAG de l'élaboration des termes de référence. La sélection du bureau d'audit se fera selon les procédures internes CTB. Le bureau sélectionné sera certifié selon les standards internationaux et devra faire preuve d'une totale indépendance.

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

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

De même, la cellule audit interne de la CAG pourra être associé dans la mesure où les TDR de l'audit entre dans le cadre ses attributions.

#### **5.10.3.2 Audit CTB**

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

### **5.11 Clôture de la prestation**

Le délai d'exécution des différentes activités du projet est de 16,5 mois à compter de la date de signature de la Convention Spécifique. La durée de validité de la Convention Spécifique est de 28,5 mois.

## 6 Thèmes transversaux

### 6.1 Gouvernance

L'essentiel des missions de la DEP concerne la gouvernance dans le secteur de la santé. L'intervention 'appui institutionnel à la DEP' est donc une intervention qui va contribuer à améliorer la gouvernance dans le secteur de la santé.

L'application des principes de bonne gouvernance dans l'organisation interne du service, la programmation des activités et la gestion efficiente des ressources mises à la disposition de la DEP ont été prises en considération dans la formulation du projet.

### 6.2 Environnement

Dans l'exécution de la phase de consolidation, le projet portera une attention spécifique aux aspects suivants :

- la rationalisation de l'utilisation des ressources disponibles par une planification plus efficace et rationnelle des missions et l'informatisation du système de communication, de rapportage et de documentation
- la supervision de la mise en œuvre des instructions pour les précautions universelles dans les centres de santé et les hôpitaux (dans le cadre de la politique de santé au travail et de lutte contre le sida)
- la situation sanitaire aux bureaux de la DEP (dans le cadre de la politique de santé au travail).

### 6.3 Genre, droits de l'enfant et la lutte contre le VIH & le sida

Dans le cadre de ce projet la différenciation entre le genre, les droits de l'enfant et la lutte contre le VIH et le sida est assez artificielle. Il y a de liens forts entre l'un et l'autre, surtout dans la perspective de l'atteinte des OMDs 4-5-6 (réduire la mortalité infantile, améliorer la santé maternelle et la lutte contre le VIH, le paludisme et d'autres maladies). Le progrès dans la réalisation de OMDs 4-5-6 dépend largement du renforcement du système de santé et son fonctionnement rationnel et efficace. En vue de la capitalisation des expériences des leçons apprises dans le cadre de ce projet, on investira dans une documentation appropriée des mesures prises pour atteindre une approche cohérente et coordonnée entre les différents programmes liés à la santé sexuelle et reproductive des femmes et des adolescents et leur effet sur la disponibilité, l'accessibilité, l'utilisation et la qualité des soins de santé sexuelle et reproductive. Une telle documentation devrait permettre de mieux identifier les mesures prises et de trouver de solutions durables et efficaces.

Comme le Ministère de santé est le ministère le plus important dans la lutte contre le VIH et le sida, la DEP s'engage à prendre des initiatives pour que la « Politique nationale de lutte contre le sida au lieu de travail (décembre 2010) », élaborée en 2010 en collaboration avec le Bureau Internationale du Travail, soit mise en œuvre pour le personnel du ministère. Ces initiatives se situeront dans le cadre plus vaste de la santé au travail, qui est un des programmes spécialisés du Ministère. Ainsi la DEP veut contribuer à ce que le Ministère se développe comme un « *role model* » pour le secteur public et le secteur privé. Dans les initiatives de lutte contre le sida, les aspects liés au



genre et l'inégalité entre les hommes et les femmes seront pris en compte.

Des mesures de discrimination positive seront encouragées lors du recrutement des experts de la DEP vu qu'il n'y a actuellement aucun cadre féminin au sein de DEP.

## 7 Annexes

- Annexe 7.1 : Cadre Logique
- Annexe 7.2 : Budget appui en général à la DEP
- Annexe 7.3 : TdR du personnel
- Annexe 7.4 : Comité de Pilotage National
- Annexe 7.5 : Cadre organique d'une DEP restructurée

## 7.1 Cadre logique

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses
OG	<p>Objectif global</p> <p>Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans le cadre global de lutte contre la pauvreté.</p>	Indicateurs nationaux liés au monitoring du PNDS (2011-2015)		
OS	<p>Objectif spécifique</p> <p>Les capacités managériales de la DEP sont renforcées et lui permettent d'assurer efficacement ses missions dans la mise en œuvre, le suivi &amp; évaluation du PNDS 2011-2015, en priorité dans les aspects de réforme du secteur et du développement des zones de santé.</p>	Indicateurs nationaux liés au monitoring du PNDS (2011-2015)		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le contexte politico-militaire demeure stable</li> <li>▪ La situation socio-économique évolue favorablement</li> <li>▪ La volonté politique de réduire la pauvreté et d'instaurer la bonne gouvernance est maintenue, de même que la volonté de décentraliser et de baser la politique sanitaire sur le développement des ZS</li> <li>▪ Un cadre organique approprié se met en place progressivement</li> <li>▪ Le processus de réforme de la fonction publique se poursuit.</li> <li>▪ L'Etat, au niveau central et décentralisé, s'engage significativement dans un financement équitable de la santé</li> </ul>

R 1	<p>Résultat 1 :</p> <p>Une planification coordonnée, y compris le suivi &amp; évaluation du développement du secteur, est assurée à tous les niveaux afin de permettre le renforcement du système de santé et en particulier le développement des zones de santé</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nombre de provinces/DPS et Zones de Santé qui disposent avant l'année d'exécution d'un plan annuel aligné au PNDS et ses réformes, priorisé et budgétisé</li> <li>2. Pourcentage de missions d'accompagnement semestrielles coordonnées avec la tenue des revues semestrielles</li> <li>3. Nombre de rapports annuels provinciaux reçus suivant les critères de complétude et promptitude</li> <li>4. Pourcentage des provinces ayant transmis leur rapport à présenter à la revue annuelle avant le 1er mars de chaque année</li> <li>5. Un Plan Annuel Opérationnel unique à financement multi bailleur pour le MS élaboré et approuvé avant le 15 février de chaque année</li> <li>6. Nombre de rapports de mission de suivi et évaluation des plans multisectoriels (DSCR-CDMT-PAP) effectués</li> <li>7. Inventaire des mesures prises au sein de la DEP et le MS par rapport à l'application des politiques sur la 'Santé de Travail' et sur le 'VIH sur le lieu de travail'</li> <li>8. Evaluation positive de la cellule d'audit interne de la DEP</li> </ol>	<p>Plan provincial annuel aligné au PNDS</p> <p>Rapport mission d'accompagnement</p> <p>Rapports annuels provinciaux</p> <p>Rapports provinciaux à présenter à la revue annuelle</p> <p>PAO annuel</p> <p>Rapports de mission</p> <p>PV des réunions DEP, PV des réunions intra-MS, procédures DEP et MS</p> <p>Rapport d'audit interne</p>	<p>Les différents services du ministère collaborent de façon harmonieuse.</p>
-----	--	---	---	---

R 2	<p>Résultat 2:</p> <p>La coordination des appuis des différents partenaires techniques et financiers du secteur de la santé en termes de synergie et de complémentarité et leur cohérence avec la stratégie sectorielle et les procédures nationales sont assurées à tous les niveaux</p>	<p>9. Nombre des PV des réunions mensuelles de coordination de différentes Directions de MS présidées par le SG à la santé (cible : 12/an)</p> <p>10. Nombre de réunions du CNP tenues par an avec rapport écrit (cible : 2x/an)</p> <p>11. Nombre de réunions de CCT tenues (avec source PV/an) (cible 4x/an)</p> <p>12. Nombre de Commissions Techniques qui répondent aux critères de fonctionnalité (cf. texte)</p> <p>13. Nombre de réunions du CPP tenues par an avec rapport écrit (cible 2/an)</p> <p>14. Nombre de revues provinciales semestrielles tenues avec rapport écrit par an ( cible - 2/an)</p> <p>15. Une Table Ronde pour le MS organisée avant fin 2012 avec output concret</p> <p>16. Nombre de réunions tenues entre le MSP et les ONG/secteur confessionnel (cible - 2/an)</p> <p>17. Inventaire des outputs réalisés à travers les réunions tenues avec les autres secteurs (cible - 2/an)</p>	<p>PV des réunions</p> <p>PV des réunions CNP</p> <p>PV des réunions CCT</p> <p>Ordre de jour des réunions, PV des réunions des Commissions Techniques, documents préparatoires techniques</p> <p>PV des réunions CPP</p> <p>PV des réunions CPP</p> <p>Rapport table ronde santé</p> <p>PV des réunions entre MS et ONG/secteur confessionnel</p> <p>PV des réunions</p>	<p>Les PTF et le gouvernement restent engagés à renforcer leur collaboration afin de mener, de façon concertée, leurs appuis dans le secteur de la santé. Pour une plus grande efficacité, il est important que les financements extérieurs contribuent aux priorités du Ministère de la Santé congolais c'est-à-dire au renforcement du système de santé en intégrant progressivement toutes les interventions spécifiques dites « verticales ».</p>
-----	---	--	---	---

R 3	<p>Résultat 3:</p> <p>L'élaboration et la dissémination des politiques, des stratégies, des textes légaux et réglementaires (lois, normes, directives d'application,...) et les réformes sectorielles tiennent compte des résultats des recherches sur le système de santé, d'expériences capitalisées, d'études ou de données macro-économiques et sectorielles.</p>	<p>18. Un agenda national de recherches prioritaires pour le développement du système de santé en RDC</p> <p>19. Nombre de dossiers de capitalisation validés par le CCT</p> <p>20. Nombre et contenu des documents politiques élaborés ou adaptés sur la base des résultats de la recherche</p> <p>21. Un document sur la stratégie de gestion des connaissances et la communication élaboré, validé et diffusé à tous les niveaux du MS</p> <p>22. Un document sur un schéma de financement du secteur de la santé élaboré, validé et diffusé à tous les niveaux du MS</p> <p>23. Un document sur l'importance d'une approche horizontale pour l'atteinte des OMD 4-5-6.</p>	<p>PV des réunions CCT-CNP, PV des revues sectorielles</p> <p>dossiers de capitalisation, publications, PV des réunions Commissions Techniques, PV des réunions CCT-CNP</p> <p>documents politiques, PV réunions CCT-CNP</p> <p>document stratégique sur la gestion des connaissances et la communication, PV des réunions entre les Directions au sein du MS, PV réunions CCT-CNP, rapports des missions d'accompagnement, rapports revues sectorielles provinciales et nationales</p> <p>document sur le schéma de financement du secteur, PV des réunions entre les Directions au sein du MS, PV réunions CCT-CNP, rapports des missions d'accompagnement, rapports revues sectorielles provinciales et nationales)</p>	<p>Les moyens de télécommunication continuent à se développer en RDC.</p> <p>Tous les acteurs du système de santé s'impliquent dans une attitude réflexive (Recherche-Action). La DEP sera dans l'impossibilité de capitaliser quoi que ce soit si le terrain ne produit pas des connaissances sous une forme ou sous une autre.</p> <p>Tous les acteurs du système de santé démontrent une volonté de partager leurs connaissances.</p>
-----	---	--	--	--

		<p>24. Inventaire des documents de politiques/stratégies/normes/outils qui sont élaborés, actualisés, validés et diffusés</p> <p>25. Le siteweb du centre de documentation transformé en centre de veille stratégique et interactive organisée selon les piliers de PNDS.</p>	<p>(Sources de vérification :</p> <p>documents politiques et stratégiques, outils, PV réunions de la Commission Technique sur le Financement, PV réunions CCT-CNP, PV des réunions entre les Directions au sein du MS, rapports des missions d'accompagnement, rapports revues sectorielles provinciales et nationales</p> <p>rapport d'activité du centre de documentation, siteweb</p>	
--	--	---	--	--

	Activités pour atteindre le Résultat 1	Moyens	Contribution belge
R 1	Résultat 1 Une planification coordonnée, y compris le suivi & évaluation du développement du secteur, est assurée à tous les niveaux afin de permettre le renforcement du système de santé et en particulier le développement des zones de santé		Coûts en EUR
A 1.1	A 1.1 Améliorer la qualité de la planification au sein du secteur	-Ateliers de planification à tous les niveaux -Canevas de planification -Revue provinciale et nationale -Productions des CNS -Tous les rapports d'études et d'évaluation menés dans le secteur -Moyens de communication : GSM, internet -Réunions de travail	15 000,00
A 1.2	A 1.2 Assurer un appui rapproché du niveau central aux provinces/DPS pour le suivi et évaluation du PNDS/plans de développement des provinces selon le cadre de suivi et évaluation	-Missions d'équipes mixtes	80 000,00
A 1.3	A 1.3 Assurer l'élaboration coordonnée d'un Plan Annuel Opérationnel (PAO) unique pour le MS au niveau central avec des synergies explicites entre directions et entre directions et programmes	-Réunions -Canevas version papier et électronique -Rapports d'activités -Informations financières des partenaires	75 000,00
A 1.4	A 1.4 Appuyer l'actualisation, le suivi et l'évaluation des plans multisectoriels (DSCR, CDMT, PAP) aux différents niveaux	-Réunions avec Min Plan, Budget et Finance -Logiciel et outils de budgétisation	50 000,00
A 1.5	A 1.5 Renforcer l'organisation interne de la DEP	-Réunions de service -Logiciel Tompro, Intranet -Audits internes -Acquisition et reproduction de textes réglementaires -Formations : renforcement des capacités	15 000,00



	Activités pour atteindre le Résultat 2	Moyens	Contribution belge
R 2	Résultat 2 La coordination des appuis des différents partenaires techniques et financiers du secteur de la santé en termes de synergie et de complémentarité et leur cohérence avec la stratégie sectorielle et les procédures nationales sont assurées à tous les niveaux		Coûts en EUR
A 2.1	A 2.1 Renforcer le bon fonctionnement des organes de coordination entre les acteurs au niveau central	-Réunions des CNP et commissions -Moyens de communication	3 000,00
A 2.2	A 2.2 Renforcer les capacités de coordination et de négociation des équipes-cadres des provinces à travers un accompagnement régulier d'équipes mixtes du niveau central	-Missions d'équipes mixtes -Réunions des CPP -Visites de terrain	3 000,00
A 2.3	A 2.3 Rationaliser le financement du secteur de la Santé et améliorer la mobilisation de ressources	-Réunions -Atelier cadre conceptuel couverture universelle	11 000,00
A 2.4	A 2.4 Collaborer avec les autres secteurs connexes sur des thèmes intersectoriels spécifiques	-Réunions, Ateliers -Visites de terrain -Consultances d'experts	3 000,00

	Activités pour atteindre le Résultat 3	Moyens	Contribution belge
R 3	Résultat 3 L'élaboration et la dissémination des politiques, des stratégies, des textes légaux et réglementaires (lois, normes, directives d'application,...) et les réformes sectorielles tiennent compte des résultats des recherches sur le système de santé, d'expériences capitalisées, d'études ou de données macro-économiques et sectorielles.		Coûts en EUR
A 3.1	A 3.1 Assurer au niveau provincial et central l'absorption des informations quantitatives et qualitatives au sein du système de santé et au niveau macro, et la capitalisation les expériences (principalement du terrain)	-Ateliers -Enquêtes, Etudes, Archivage -Informatique : logiciels, plateformes wiki, site WEB, réseaux, télécommunication -Consultances, équipe appui scientifique	120 000,00
A 3.2	A 3.2 Coordonner le travail de normalisation au sein du secteur	-Réunions -Consultances de juristes et autres experts	60 000,00
A 3.2	A 3.3 Assurer la diffusion par rapport aux politiques, stratégies, normes, outils, informations	-Moyens de communication : audiovisuel, journaux, brochures, télécommunication -Informatique : internet, réseau -Missions	50 000,00

		Moyens généraux	Contribution belge (EUR)
	Activités sous moyens généraux		1 253 125,00
	Réserve budgétaire		30 000,00

## 7.2 Budget appui en général à la DEP

CODE BUDGETAIRE	LIBELLE	Phase 3	Avance pr prolongation phase 2	Total	Autres appuis partenaires en 2012					Autres appuis partenaires en 2013		
					ASSNIP 4,5	UNICEF	GAVI	PAPNDS	TRUST FOUND CANADIEN	TRUST FOUND CANADIEN	GAVI	UNICEF
<b>OS. Améliorer l'état de santé de toute la population du Congo dans le contexte global de la lutte contre la pauvreté</b>												
<b>Résultat 1 : Une planification coordonnée, y compris le suivi &amp; évaluation du développement du secteur, est assurée à tous les niveaux afin de permettre le renforcement du système de santé et en particulier le développement des zones de santé</b>		235.000	122.500	357.500	-	234.849	340.569	63.546	500.158	282.469	-	-
A_01_01	Améliorer la qualité de la planification au sein du secteur	15.000	45.000	60.000			340.569	53.196				
A_01_02	Assurer un appui rapproché des provinces/DPS par le niveau central pour le suivi et l'évaluation du PND/Plans de développement des provinces selon le cadre de suivi et évaluation	80.000	60.000	140.000								
A_01_03	Assurer l'élaboration d'un FAC unique pour le MS au niveau central avec des synergies explicites entre directions et entre directions et programmes	75.000		75.000		234.849						
A_01_04	Appuyer l'actualisation, le suivi et l'évaluation des plans multisectoriels (DSCR, CDMT, PAP) aux différents niveaux	50.000	17.500	67.500				10.350	500.158	282.469		
A_01_05	Renforcer l'organisation interne de la DEP	15.000		15.000								
<b>Résultat 2 : La coordination des appuis des différents partenaires techniques et financiers du secteur de la santé en termes de synergie et de complémentarité et leur cohérence avec la stratégie sectorielle et les procédures nationales sont assurées à tous les niveaux (1%)</b>		20.000	30.000	50.000	-	-	17.231	-	11.077	11.077	-	-
A_02_01	Assurer le bon fonctionnement des mécanismes de coordination entre les acteurs au niveau central	3.000	7.500	10.500			17.231		11.077	11.077		
A_02_02	Renforcer les capacités de coordination et de négociation des équipes cadres des provinces à travers un accompagnement régulier par des équipes mixtes du niveau central	3.000	5.000	8.000								
A_02_03	Améliorer et rationaliser le financement du secteur de la Santé et améliorer la mobilisation de ressources	11.000	16.500	27.500								
A_02_04	Collaborer avec les autres secteurs sur les domaines nécessitant des interventions multisectorielles	3.000	1.000	4.000								
<b>Résultat 3 : L'élaboration et la dissémination des politiques, des stratégies, des textes légaux et réglementaires (lois, normes, directives d'application...) et les réformes sectorielles tiennent compte des résultats des recherches sur le système de santé, d'expériences capitalisées, d'études ou de données macro-économiques et sectorielles et ces documents sont disséminés (13%)</b>		230.000	180.000	410.000	-	269.231	46.154	-	-	-	-	-
A_03_01	Assurer au niveau provincial et central l'absorption des informations quantitatives et qualitatives au sein du système de santé et au niveau macro, et la capitalisation les expériences (principalement du terrain) afin de pouvoir développer des politiques et stratégies basées sur les évidences	120.000	95.000	215.000			46.154					
A_03_02	Coordonner le travail de normalisation au sein du secteur	60.000	25.000	85.000								
A_03_03	Assurer la diffusion et la communication par rapport aux politiques, stratégies, normes, outils, informations	50.000	60.000	110.000								
<b>X RESERVE BUDGETAIRE (2%)</b>		30.000		30.000								
X_01_01	Reserve budgétaire en régie	30.000		30.000								
<b>GENERAL MEANS</b>		1.253.125	484.100	1.737.225	31.080	-	164.379	-	410.198	129.429	-	-
Z_01	Frais de Personnel	944.625	375.000	1.319.625	24.480	-	14.615	-	213.365	68.131	-	-
Z_01_01	Assistant Technique	240.000	135.000	375.000								
Z_01_02	Primes personnel national	510.000	125.000	635.000	24.480							
Z_01_03	Consultances	27.000	17.500	44.500					213.365	68.131		
Z_01_04	Appui Scientifique	85.000	60.000	145.000								
Z_01_05	Formation : Personnel DEP	7.500	2.500	10.000								
Z_01_06	Formation : Bourses	32.000	30.000	62.000			14.615					
Z_01_07	Assistance Technique à la CAG	43.125	5.000	48.125								
Z_02	Investissements	198.000	25.000	223.000	-	-	149.764	-	60.077	-	-	-
Z_02_01	Investissement : Véhicules	50.000		50.000					38.462			
Z_02_02	Investissement : Matériel informatique	15.000	5.000	20.000					9.692			
Z_02_03	Investissement : Equipement	10.000	10.000	20.000					11.923			
Z_02_04	Investissement : Réhabilitation	100.000	5.000	105.000			149.764					
Z_02_05	Investissement : Littérature	5.000	5.000	10.000								
Z_03	Frais de fonctionnement	73.500	69.100	142.600	6.600	-	-	-	108.132	61.298	-	-
Z_03_01	Fonctionnement: Communication	12.000	3.500	15.500		600						
Z_03_02	Fonctionnement: Frais de bureau	24.000	26.000	50.000					46.154	46.154		
Z_03_03	Fonctionnement: Frais de véhicules	30.000	30.000	60.000		6.000			3.846	3.846		
Z_03_04	Fonctionnement: Frais bancaires	4.500	2.000	6.500					58.132	11.298		
Z_03_05	Fonctionnement: Frais divers	3.000	2.600	5.600								
Z_04	Audit, Suivi et Evaluation	55.000	15.000	70.000	-	-	-	-	28.624	-	-	-
Z_04_01	Audit	15.000	15.000	30.000					15.395			
Z_04_02	Evaluation externe	30.000		30.000					13.229			
Z_04_03	Backstopping (2 missions)	10.000		10.000								
<b>TOTAL</b>		1.768.125	816.600	2.584.725	31.080	504.080	568.333	63.546	921.432	422.975	-	-

DT

## 7.3 Termes de Référence personnel long terme

### 7.3.1 Assistant Technique International

#### 7.3.1.1 Poste

Il est prévu un poste d'Assistant Technique International, expert en Santé Publique possédant une solide connaissance et expérience en développement organisationnel.

#### 7.3.1.2 Lieu de travail et cadre institutionnel

Le candidat travaillera à Kinshasa, au sein de la Direction d'Etudes et Planification (DEP) du Ministère de la Santé en RD Congo. Il/elle sera rattaché(e) au Directeur de la DEP.

#### 7.3.1.3 Durée

Le poste est prévu pour la durée du financement, soit 16,5 mois.

#### 7.3.1.4 Objectifs - résultats

L'expertise vise principalement un renforcement de compétences et de savoir-faire pour

1/ accompagner la DEP par rapport à la réforme dans le secteur de la santé

2/ appuyer la DEP pour assurer une planification coordonnée à tous les niveaux, y compris le suivi & évaluation du développement du secteur.

3/ appuyer la DEP par rapport à la coordination au sein du ministère, entre les ministères connexes à la santé ainsi que la coordination des appuis des différents partenaires techniques et financiers du secteur de la santé.

4/ appuyer la DEP dans le développement et la dissémination des politiques, normes et stratégies opérationnelles afin de rationaliser la politique sanitaire et de mettre en œuvre le PNDS, tenant compte des résultats des recherches sur le système de santé, d'expériences capitalisées, d'études ou de données macro-économiques et sectorielles.

5/ appuyer la DEP par rapport à sa réorganisation interne.

6/ consolider les acquis des différents appuis à la DEP et accompagner la stratégie d'exit.

7/ assurer la complémentarité entre les différents appuis de la Coopération belge bilatérale directe dans le domaine de la santé, c'est-à-dire les appuis ASSNIP et ASSNIC suivant une approche de programme d'appui unique.

#### 7.3.1.5 Responsabilités

1/ Volet technique de l'appui: l'assistant technique est responsable d'un encadrement technique (santé publique, gestion du changement) de qualité durant la mise en œuvre de l'intervention.

2/ Volet gestion de l'appui : l'assistant technique est responsable de la gestion de l'intervention (en régie). Il/elle prendra néanmoins les décisions en concertation étroite avec le partenaire local.

3/ Volet coordination : l'assistant technique est responsable d'assurer la coordination technique entre les différents appuis de la Coopération belge bilatérale directe dans le domaine de la santé, c'est-à-dire les appuis ASSNIP et ASSNIC.

### 7.3.1.6 Tâches

1/ Pour le volet technique :

- Avec ses partenaires congolais, assurer le leadership dans la mise en œuvre de la stratégie sectorielle. Pour ce faire, il/elle travaillera en étroite collaboration avec le Directeur de la DEP et le groupe d'appui à la SRSS.
- Appuyer la mise en place de mécanismes de coordination au niveau du Ministère et des acteurs nationaux et des Partenaires Techniques et Financiers à tous les niveaux et assurer la disponibilité des informations pertinentes pour cette coordination.
- Fournir un appui à la planification et un encadrement de proximité des équipes provinciales et des ECZ.
- Participer à l'élaboration des protocoles des études opérationnelles et à l'évaluation, la documentation et la réplication des expériences de terrain ainsi qu'à la diffusion des résultats des recherches.
- Participer à la révision des normes et directives et à l'élaboration et la dissémination des documents stratégiques et politiques sur la base des expériences du terrain.
- Appuyer la réorganisation interne de la DEP et assurer la documentation de cette expérience.
- Participer, avec la Direction de la DEP et la Coopération Belge, à la recherche de financements extérieurs dans le cadre de la stratégie d'exit afin d'assurer la continuité du fonctionnement de la DEP.
- Superviser, ensemble avec le Directeur de la DEP, le personnel national qui reçoit des primes sur le budget de la CTB.
- Organiser le suivi technique/scientifique externe et assurer la communication avec l'équipe de suivi scientifique.
- Rédiger les termes de référence des évaluations externes, donner aux évaluateurs un aperçu introductif à leur mission et discuter en fin de mission des conclusions de leur visite.

2/ Pour le volet gestion :

- Contribuer à créer un bon climat de concertation et de collaboration.
- Veiller à la réalisation des activités prévues dans le cadre logique pour l'atteinte des résultats intermédiaires.
- Assurer la responsabilité finale des achats et fournitures d'équipements et matériels apportés par la CTB ainsi que du suivi financier et comptable du projet CTB. Il sera cependant aidé directement dans cette tâche par l'administrateur comptable.
- Appuyer la DEP pour soumettre à la SMCL, les plans de travail de l'intervention,

des rapports d'avancement trimestriels, des rapports de suivi & évaluation selon le canevas de la CTB ainsi qu'un rapport final d'exécution.

- Faire, en collaboration avec le Directeur de la DEP, toute proposition utile aux structures de suivi (comité de pilotage, SMCL) en ce qui concerne des réorientations du projet de ses résultats à atteindre ou activités, ou ré allocations budgétaires.
- Assurer ensemble avec le directeur de la DEP le monitoring de l'avancement du projet et le secrétariat de la SMCL et du comité de pilotage.
- 3/ Pour le volet coordination :
- Organiser un échange régulier entre les appuis ASSNIP et ASSNIC.
- Assurer la capitalisation des expériences des appuis ASSNIP et ASSNIC.
- Contribuer à la mobilisation des ressources pour assurer la continuité des acquis des ASSNIP et ASSNIC dans le cadre d'une stratégie d'exit.
- Veiller à la complémentarité des appuis ASSNIP et ASSNIC avec les acteurs belges dans le domaine de la santé en RDC.

### **7.3.1.7 Profil**

1/ Niveau de formation :

- Expert de formation universitaire
- Médecin de Santé Publique

2/ Expérience prouvée:

- Expérience professionnelle de minimum 10 ans, dont minimum 5 ans dans un contexte de pays en développement dans le domaine de la Santé Publique. De l'expérience comme volontaire pertinente dans le cadre de ce poste sera prise en compte partiellement.
- Expérience en planification, organisation, gestion, coordination, supervision, suivi-évaluation au niveau provincial ou national
- Expérience en accompagnement d'un processus de gestion du changement
- Expérience en encadrement des ZS et recherche-action
- Expérience en gestion du cycle de projet dans le cadre de la coopération internationale
- Sont des atouts :
- Une expérience préalable dans un poste similaire au sein d'une organisation de coopération dans le domaine de la santé publique.
- Une connaissance préalable du contexte congolais.

3/ Aptitudes :

- Grande capacité à travailler dans un milieu multiculturelle et multidisciplinaire
- Compétences interpersonnelles fortes (capacité de facilitation, accompagnement, négociation, flexibilité, attitude empathique, travail en réseau)
- Bonne capacité de réflexion conceptuelle
- Aptitudes en animations d'équipe et en formation
- Capacités à mener de la recherche-action et des enquêtes
- Excellente maîtrise du français, bonne maîtrise de la lecture anglophone
- Très bonne maîtrise de l'outil informatique (Word, Excel, Powerpoint, Base de données).

#### **7.3.1.8 Mode de sélection**

Le candidat sera sélectionné par la CTB en pool interne et présenté au partenaire congolais pour agrément.

#### **7.3.1.9 Gestion du contrat**

Le contrat est géré en régie par la CTB, sous droit belge. Il s'agit d'un contrat siège CTB.

## 7.4 Le Comité de Pilotage National de la réforme du système de santé

Par sa position stratégique au sein du Ministère, l'action de la DEP dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme requiert un suivi à fort caractère politique mais appuyé autant que possible sur des arguments techniques et scientifiques. Un tel suivi dépasse largement les compétences de la SMCL étant entendu qu'il concerne la réforme du secteur et donc l'ensemble des interventions développées dans le secteur de la santé. Il ne peut être assuré que par un comité plus large impliquant l'ensemble des partenaires.

Dans un souci d'alignement, un Comité de Pilotage qui associe les autres partenaires de la DEP sera mis en place afin de veiller au respect du dispositif de pilotage du MSP, sans être en contradiction avec les accords de coopération belgo-congolais.

### 7.4.1 Composition

- Ce comité est composé de :le Secrétaire Général à la Santé qui en est le « pilote »;
- un représentant du Cabinet du Ministre,
- le Médecin Directeur de la DEP,
- un représentant du Ministère du Plan,
- un représentant du Ministère de la Coopération Internationale
- le Coordonnateur de la CAG,
- les bailleurs, coopérations ou agences qui appuient directement la DEP ou qui interviennent directement en Province dans le développement des zones de santé
- autres bailleurs dont l'action dans le secteur est significative : Fonds Mondial, GAVI, UE, OMS...
- les autres Directions du Ministère de la Santé qui, vu les attributions 'transversales' de la DEP, sont en interaction continue avec la DEP (les responsables des programmes pourraient être invités en cas de nécessité);
- un représentant de l'institution scientifique qui assure le suivi technique de la DEP
- une représentation des ONGs, partenaires de la DEP.

### 7.4.2 Attributions

Le Comité de Pilotage a pour charge d'assurer le suivi des activités et leur pertinence et d'apprécier au fur et à mesure le niveau d'atteinte des résultats.

Les attributions de ce Comité de pilotage seront :

- L'examen et l'approbation des rapports d'activités liés à la planification et à la mise en œuvre de la stratégie de revitalisation au niveau opérationnel y compris l'examen des résultats des recherches et études menées. Cet aspect inclut également la préparation d'une revue annuelle nationale qui doit faire suite à la revue annuelle de chaque plan provincial.
- L'analyse des aspects techniques liés aux attributions de la DEP, afin d'assurer :
  - la *cohérence* des politiques sanitaires (c'est-à-dire toutes les parties constituantes de la politique sanitaire du pays se retrouvent dans un concept cohérent du secteur de la santé et une approche globale et systémique de



provision de soins curatifs, préventifs et promotionnels- concepts inclus dans la priorité définie pour le travail de la DEP qui est la « revitalisation » des Zones de Santé), et

- la *pertinence* des activités des différentes composantes et niveaux de prestation du Ministère de la Santé (les politiques et interventions sanitaires sont jugés selon leur pertinence vis-à-vis de ce concept);
- Définir *les grandes orientations des politiques* en fonction des informations stratégiques produites sur le terrain
- Suivre la mise en œuvre de la réforme au niveau central et provincial.

Le Comité de Pilotage se réunit deux fois par an, et la DEP en assure le secrétariat. Etant donné que la réforme du système de santé est une préoccupation commune des différents partenaires, et afin de ne pas multiplier les comités et réunions autour du même thème, les autres institutions de la coopération bi- et multilatérale sont invités à y intégrer les comités de pilotage prévus dans la conception de leur projets.

## 7.5 Cadre organique d'une DEP restructurée

