



**CTB**



**RAPPORT FINAL**  
**INTERVENTION APPUI AU SYSTEME DE SANTE AUX**  
**NIVEAU INTERMEDAIRE ET PERIPHERIQUE**  
**ANSNIP VOLET 4- PROVINCE DE L'EQUATEUR FUTURE**  
**PROVINCE DU SUD UBANGI**  
**RDC 07 101 11**

## Table des matières

1.1	Fiche d'intervention .....	3
1.2	Exécution budgétaire ASSNIP 4 .....	4
1.2.1.	Contribution belge (en EUR).....	4
1.2.2.	Contribution nationale.....	4
1.3	Autoévaluation de la performance .....	4
1.3.1	Pertinence .....	4
1.3.2	Efficacité.....	5
1.3.3	Efficiences.....	5
1.3.4	Durabilité potentielle .....	5
1.4	Conclusions .....	5
2	Monitoring des résultats.....	7
2.1	Évolution du contexte .....	7
2.1.1	Contexte général .....	7
2.1.2	Contexte institutionnel .....	7
2.1.3	Contexte de gestion : modalités d'exécution.....	8
2.1.4	Contexte HARMO .....	9
2.2	Performance de l'outcome.....	10
2.2.1	Progrès des indicateurs .....	10
2.2.2	Analyse des progrès réalisés .....	11
2.2.3	Impact potentiel.....	12
2.3	Analyse des résultats.....	13
2.3.1	Output.....	13
2.3.2	Matrice de monitoring.....	14
3	Pilotage et apprentissage .....	19
3.1	Réorientations stratégiques .....	19
3.2	Enseignements tirés .....	22
4	Annexes .....	23
4.1	Critères de qualité .....	23

## APERÇU DE L'INTERVENTION (MAX. 2 PAGES)

### 1.1 Fiche d'intervention

<b>Nom du projet</b>	Projet d'Appui au Système de Santé, Niveaux Intermédiaire et Périphérique (ASSNIP - volet 4)
<b>Code du projet</b>	RDC 07 101 11
<b>Emplacement</b>	Province de l'Equateur (District du Sud Ubangi)
<b>Budget</b>	5.000.000 €
<b>Institution partenaire</b>	Ministère de la Santé publique RD Congo. Division Provinciale de la Santé du Sud Ubangi, Province de l'Equateur
<b>Date de la Convention de mise en œuvre</b>	29/04/2009 au 28/04/2013, prorogée au 27/04/2014
<b>Durée (mois)</b>	36 mois, prorogés à 44 mois
<b>Groupes cibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipe Cadre Division Provinciale de la Santé du Sud Ubangi</li> <li>- Equipes cadres des zones de santé</li> <li>- Populations de District du Sud Ubangi</li> </ul>
<b>Impact<sup>1</sup></b>	L'état de santé de la population est amélioré dans les territoires d'intervention du programme : la future province du Sud-Ubangi, Province de l'Equateur
<b>Outcome</b>	Les soins de santé offerts aux populations de zones sélectionnées sont progressivement améliorés en qualité (soins globaux, continus, intégrés, efficaces, efficaces, accessibles) par des processus d'amélioration progressive qui forment un modèle largement reproductible dans la République Démocratique du Congo.
<b>Outputs</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'Equipe Cadre Provinciale est opérationnelle</li> <li>2. Des Equipes Cadres de Zones sont opérationnelles</li> <li>3. Les structures opérationnelles sont progressivement renforcées</li> <li>4. Le niveau central est alimenté en informations pertinentes pour la planification du secteur à partir de recherches effectuées par le volet 4</li> <li>5. L'approvisionnement des ZS de la future province en médicaments est amélioré</li> </ol>

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

## 1.2 Exécution budgétaire ASSNIP 4

### 1.2.1. Contribution belge (en EUR)

	Budget	Dépenses Totales	Solde	Taux d'exécution
Total	3 924 653	3 927 277	-2 624	100%
Output 1	897 620	924 589	-26 969	103%
Output 2	476 513	467 630	8 883	98%
Output 3	1 670 000	1 729 440	-59 440	104%
Output 4	243 520	248 493	-4 973	102%
Output 5	637 000	557 125	79 875	87%
Moyens généraux	2 378 533	2 383 639	-5 106	100%

Remarques :

- Les moyens généraux sont ensemble avec ASSNIP 5
- Le dépassement léger d'ASSNIP 4 est compensé par les moindres dépenses d'ASSNIP 5
- Pour détails : voir rapport financier

### 1.2.2. Contribution nationale

La contribution nationale n'est pas chiffrée, elle a consisté à la mise à disposition du personnel cadre. Faute de locaux affectés et d'appui clairement identifié au fonctionnement de la DPS par le budget de l'Etat (énergie, bureautique, communication etc.), le projet a été contraint de mobiliser des ressources n'étaient pas prévues pour cette fin. Cet appui au fonctionnement « routinier » de la Division provinciale de la Santé devra être une condition préalable à la mise en œuvre d'une prochaine intervention.

## 1.3 Autoévaluation de la performance

### 1.3.1 Pertinence

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

Le projet reste pertinent par rapport à la mise en œuvre de la stratégie de renforcement du système de santé (SRSS) de la RDC et des priorités du gouvernement. L'outcome étant orienté vers la prestation des soins, la logique d'intervention bien qu'appropriée nécessite une clarification de la hiérarchie des output afin d'atteindre. Les indicateurs devront être adaptés en fonction de cet objectif de changement institutionnel pour la mise en place d'une nouvelle DPS qui était l'aspect novateur du projet (cf DTF page 51, Résultat 1), contrairement aux ASSNIP 1, 2,3.



### 1.3.2 Efficacité

	<b>Performance</b>
<b>Efficacité</b>	C

L'out come ne sera atteint que partiellement. En effet, si on peut estimer que le projet est arrivé à mettre en place une Équipe cadre de la DPS en juillet 2011, celle-ci n'est pas parvenue à induire un résultat significatif dans l'amélioration de la qualité des soins dans les formations sanitaires. Les équipes cadres des zones de santé de développement (Bwamanda, Tandala) ont été caractérisées par une grande instabilité. Le départ anticipé de l'assistant technique en charge du volet 5 (Kwilu) en novembre 2012 a entraîné la répartition de l'expertise technique sur les 2 sites.

### 1.3.3 Efficience

	<b>Performance</b>
<b>Efficience</b>	C

Les efforts et la flexibilité dans la mise du projet ont la plupart du temps permis la mobilisation de ressources à temps.

La mutualisation des ressources attendues par la collaboration avec les ONG Belges (MEMISA, CDI-Bwamanda) et le projet GAVI/RSS ne s'est manifestée que très faiblement en raison de la faible prévisibilité des financements et un certain degré de verticalité.

Bien qu'une solution ait été trouvée fin 2011, les processus de marchés publics ont entraîné des retards dans la mise à disposition de certains livrables et leur qualité (cas des travaux des formations sanitaires et le suivi scientifique). Certains, facteurs inhérent à la faiblesse du système bancaire local hors de portée du projet a eu des effets sur la mise à disposition des financements.

### 1.3.4 Durabilité potentielle

	<b>Performance</b>
<b>Durabilité potentielle</b>	C

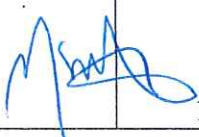

L'équipe cadre de la DPS a bénéficié d'un important transfert de compétence avec le projet qui resteront après l'intervention. Toutes fois, le risque de dislocation de l'équipe avec la fin des appuis du projet au paiement des compléments de rémunération, ainsi que l'absence d'un leadership fort du coordonnateur de la DPS font craindre une disparition rapide des acquis.

Le niveau d'appui politique et l'intégration de l'intervention dans les structures institutionnelles n'a pas été au niveau escompté avec la persistance des allocations verticales des ressources aux programmes et aux anciennes structures provinciales d'avant la réforme.

## 1.4 Conclusions

- L'appropriation de la réforme du niveau intermédiaire basé sur les expériences du projet ASSNIP 4&5 est une réalité reconnue depuis fin 2012.

- Bien que la capacité de recouvrement du capital médicament par les ZS soit encore un défi, la contribution du projet au renforcement du secteur du médicament avec la collaboration avec la Centrale d'approvisionnement en médicaments génériques du Nord Equateur (CAMENE) a amélioré sensiblement la gestion du système national d'approvisionnement en médicaments essentiels (SNAM);
- La collaboration avec le projet d'appui à la DLM a permis l'introduction de certains examens de laboratoire de base dans les Hôpitaux de zones de Bwamanda et Tandala ;
- Le projet a mis en place les conditions d'une mutation vers une Division provinciale de la santé. les efforts doivent être poursuivis avec une ferme volonté de mise en œuvre de la réforme (financement DPS, réforme niveau central) pour accompagner le processus afin de voir se consolider les effets sur la qualité des soins

<p>Fonctionnaire exécution nationale<sup>2</sup></p> <p>Alain IYETI</p> <p>Directeur de la DEP</p> 	<p>Fonctionnaire exécution CTB<sup>3</sup></p> <p>Eric de Milliano</p> <p>Représentant Résident Adjoint</p> 
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<sup>2</sup> Nom et signature

<sup>3</sup> Nom et signature

## 2 Monitoring des résultats<sup>4</sup>

### 2.1 Évolution du contexte

#### 2.1.1 Contexte général

Lors de la formulation du projet en 2008, la situation en RDC illustre bien les défis auxquels les pays post-conflit sont confrontés. Même si des efforts certains ont été faits pour améliorer la situation sanitaire en 5 ans celle-ci reste toujours marquée par :

- Une faible disponibilité et utilisation des services
- Une mauvaise organisation et gestion des services aggravée par le redécoupage des zones de santé, la prolifération des formations sanitaires offrant des soins de mauvaise qualité et la faiblesse institutionnelle du ministère de la santé et des encadrements au niveau des provinces et ZS
- des problèmes des ressources humaines notamment la baisse de la qualité suite à la prolifération des établissements d'enseignement médical, des conditions de travail non décentes et démotivantes ; une répartition inéquitable du personnel qualifié et l'instabilité du personnel
- L'inaccessibilité financière aux soins suite au faible engagement financier de l'état laissant reposer le gros du financement du secteur sur les contributions de la population et le soutien des partenaires extérieurs

Selon les dispositions de la nouvelle constitution, les deux districts ciblés deviendront des provinces avec un leadership du district sanitaire autonome vis-à-vis des provinces actuelles. Cette hypothèse ne s'est pas vérifiée pendant la mise en œuvre de l'intervention.

Etant donné la situation spécifique de la Province de l'Equateur, il était prévu que l'appui qui s'étale sur le long terme (10 - 15 ans), l'objectif du projet étant d'**induire des changements durables** dans un système peu performant pour le moment, du point de vue organisation et offre de soins de qualité. Cette condition n'a pas été obtenue.

Une situation de conflit armé en fin 2009 dans la Province de l'Equateur a abouti au début effectif du projet en février 2010 avec la prise de fonction de l'assistance technique. La Province de l'Equateur a été marquée par une très grande instabilité des autorités politico administratives avec la succession de 3 Médecins inspecteurs provinciaux et 4 Gouverneurs de Province.

#### 2.1.2 Contexte institutionnel

Le défi du gouvernement pour améliorer les soins exprimé dans son document intitulé « Stratégie de Renforcement du Système de Santé » élaborée en février 2006 reste toujours d'actualité.

La clé de succès de la mise en œuvre du projet ASSNIP 4&5 reposait **sous l'impulsion de l'Equipe Cadre de Province** (ECP) à mettre en place une Equipe Cadre de Zone (ECZ)

---

<sup>4</sup>L'impact se réfère à l'objectif général ; l'outcome se réfère à l'objectif spécifique ; l'output se réfère au résultat escompté



qui soit capable de mener ce processus de transformation.

Le contexte institutionnel a été marqué par les principaux changements ci-après :

La mise en place du nouveau Cadre Organique du Ministère de la Santé Publique (Octobre 2012)

La prise de l'Arrêté ministériel sur la réforme des DPS (novembre 2012)

L'élaboration d'un manuel de Description des emplois et poste en collaboration avec le Ministère de la fonction publique (courant juillet 2013)

Aucune mesure d'accompagnement pour la mise en œuvre effective du nouveau cadre organique n'a été effective pendant la durée du projet entraînant de facto une coexistence des structures anciennes et de celles issues des réformes.

### 2.1.3 Contexte de gestion : modalités d'exécution

#### Choix des Zones de santé d'intervention

Le DTF avait prévu 2 Zones de santé de concentration dans la mise en œuvre. Etant donné que la priorité à cette phase du projet était de construire une ECP forte, l'option adoptée en Juin 2010 lors de la SMCL a été de quatre (4) Zones de santé (ZS) de concentration du projet sur la base des critères de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (Budjala, Bwamanda, Gemena, Tandala) afin de créer des opportunités de synergie avec d'autres partenaires locaux (MEMISA Belgique, CDI-Bwamanda, GAVI/RSS, église protestante -CECU). Dans chaque ZS retenue, le choix selon les critères de deux (2) centres de santé par ZS a été opéré<sup>5</sup>.

Étant donné le retard du calendrier de mise en œuvre de la décentralisation, il s'est agi de mettre en place les conditions d'une Equipe Cadre de District (ECD) transitoire vers une ECP, à titre de test pilote.

#### Le mode de gestion en régie

Le projet a été géré en régie pendant toute la durée de l'intervention. Ce mode de gestion selon les procédures Belges a été sources d'incompréhensions avec les autres acteurs des ONG habitués à un mode de gestion plus autonome.

Il n'y a pas eu d'accord d'exécution signé, mais des conventions de collaboration avec la Centrale de distribution des médicaments essentiels (CAMENE), la Direction des Etudes et de la Planification (DEP), la Direction du Système d'information Sanitaire (DSNIS), l'Université Libre de Bruxelles (ULB) pour le suivi scientifique.

#### Ancrage institutionnel

L'équipe du projet a été basée au sein de la DPS pendant toute la durée du projet, en participant effectivement à la préparation, la mise en œuvre des activités.

#### Collaboration avec les autres projets CTB

Le projet a été formulé ensemble avec le projet ASSNIP 5 dans la zone de Kwilu, Province de Bandundu. Il y a eu une étroite collaboration et des échanges fréquents entre tous les

---

<sup>5</sup> Critères de choix des CS : L'accessibilité géographique, l'engagement communautaire, la population de référence (10 à 15.000 habitants), le potentiel d'amélioration du CS



projets ASSNIP, l'Appui Institutionnel à la Direction d'Etude et de Planification au niveau national, le projet appui à la Direction de Lutte contre les Maladies et le projet Trypano 4 qui opérait dans la même zone d'intervention.

#### 2.1.4 Contexte HARMO

##### Harmonisation

Il y'a eu très peu d'harmonisation des instruments des PTF. Notamment ; avec les acteurs bénéficiant d'un financement de la Belgique (CDI-Bwamanda et MEMISA Belgique). Les procédures adoptées par la CTB avec contrôle à priorides dépenses, contrôles ont été souvent jugées trop contraignantes. Malgré des avancées timides en matière de planification, un basket funding réel n'a jamais pu être mis en œuvre chaque ONGD ayant maintenu ses propres structures de coordination à côté de la DPS. L'harmonisation passe aussi par la définition de conditions consensuelles des indemnisations lors des missions et des paiements de primes au personnel.

##### Alignement

Le mode de gestion en régie dans un contexte de post crise n'a pas permis un alignement sur les procédures administratives et financières du partenaire. L'adoption d'un manuel de procédure en la matière (adapté pour la gestion des fonds GAVI/RSS) et la formation de quelques gestionnaires en décembre 2012 est une bonne porte d'entrée pour un alignement critique. Cet objectif ne sera atteint qu'avec une masse critique de gestionnaires qualifiés en périphérie.

##### Appropriation

Les cibles de la DPS se sont bien appropriés le processus de planification, la préparation des rencontres de suivi évaluation et dans une moindre mesure le coaching. Celle-ci aurait été plus forte si l'équipe avait bénéficié d'un leadership fort du coordonnateur de la DPS et de l'acceptation et compréhension commune de la notion d'encadrement intensif de la ZS par tous les acteurs. Les efforts d'intégration des programmes en périphérie n'ont pas bénéficié du soutien escompté par le niveau central avec la persistance d'une affectation de ressources verticales.

## 2.2 Performance de l'outcome



### 2.2.1 Progrès des indicateurs

Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Cible finale	Valeur finale obtenue
Les pathologies importantes (césarienne, péritonite...) en provenance de la zone, sont correctement prises en charge à l'HGR	2,5%	5%	2,9%
Les problèmes de santé de la population couverte sont pris en charge par une équipe de CSI intégré	Aucun CS	5 CS de démonstration	2 CS (Bobito, CS Urbain de Kombo)
Des résultats de recherche sur différents thèmes - financement- équipes cadre, assurance de qualité des soins sont disponibles	0		Etudes sur les soins aux indigents, la tarification forfaitaire
Les soins obstétricaux non-couverts sont diminués sensiblement dans les zones d'intervention (césariennes et transfusions sanguines au niveau des centres de santé)	ND	0%	ND (pas d'études des besoins obstétricaux non couverts)
Taux accouchements professionnellement assistés	35.2%	80%	50.4%
- Proportion de transfusions sanguine réalisées avec du sang testé aux 4 marqueurs	0%	100%	100%

### 2.2.2 Analyse des progrès réalisés

La réalisation de l'outcome passe par le renforcement de l'EC P afin d'assurer l'encadrement des Zones sanitaires (planification, suivi évaluation, supervision, coaching). Partant d'une situation chaotique du système de soins dans le District Sanitaire, la mise en place tardive de l'équipe cadre de la DPS en raison d'obstacles à la réforme, le court délai de mise en œuvre du projet

Les progrès réalisés sur la qualité des soins sont peu perceptibles malgré la progression de l'utilisation des services curatifs a progressé pendant la période de mise en œuvre du projet de 16% à 29,3% pour un objectif national de 50% tandis que le taux d'accouchements assistés est passé de 35% à 50% pour un objectif national à 80%.

Deux centres de santé ont acquis un niveau de fonctionnement acceptable dans les ZS de Bwamanda et Tandala avec l'encadrement de l'ECZ courant 2012. Les progrès vers le développement d'un centre de santé de démonstration sont cependant restés modestes en raison de crises structurelles de fonctionnement de CDI Bwamanda et la coordination protestante CECU avec des conséquences néfastes sur le fonctionnement des services<sup>6</sup>.

En raisons des retards de livraison des ouvrages réhabilités/construits, Les efforts réalisés pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile (formation en SONU, mise en place d'un réseau d'ambulance pour le transport des malades ne se sont pas encore manifestés. La forte demande des services de la Planification familiale n'a pu être satisfaite faute de disponibilité d'intrants au niveau national.

La redéfinition du changement de l'orientation stratégique du projet d'une approche à long terme vers le court terme décidée par les deux partenaires aurait dû générer une révision du cadre logique et de l'Outcome afin de mieux définir les priorités et les indicateurs en conséquence. Cette disposition aurait permis d'apprécier les efforts du projet en terme de change management plutôt qu'en prestataire de service de soins.

#### Goulots d'étranglements/obstacles

##### Financement de l'EC DPS

Bien que la concertation entre les partenaires soit en amélioration constante, les mécanismes de financement multi bailleurs ne sont pas encore effectifs, entraînant le financement du fonctionnement de la DPS (planification, suivi évaluation, fonctionnement, compléments de rémunération des EPP) par le projet. Cette situation est facilitée par la persistance d'une affectation des ressources selon les anciennes approches.

D'importantes tensions sociales existent au sein du personnel dans la répartition équitable des ressources disponibles<sup>7</sup> pour la motivation financière des cadres de la DPS.

Une plus grande cohérence dans les mécanismes de financement des appuis au niveau intermédiaire par la coopération Belge aurait permis une plus grande efficacité<sup>8</sup>. En effet,

##### Cumuls de fonctions et coordination de la DPS

L'influence négative des programmes spécialisés sur la mise en œuvre de l'encadrement des ZS dans une vision intégrée au sein de la DPS est encore fortement perceptible, notamment dans le cadre du Programme Elargi de vaccination, Programme de lutte contre le VIH/SIDA. D'autre part, la signature de contrats de consultance par des cadres de la DPS avec des ONG et projets divers sans régulation constituent une cause d'inefficacité. La mise en œuvre des mesures du

<sup>6</sup> La crise débutée depuis 2010 a abouti en 2013 à quasi faillite CDI Bwamanda avec le départ de plusieurs agents. la coordination médicale dotée de 2 médecins de santé Publique.

<sup>7</sup> Les seuls cadres ayant connu un processus de sélection reçoivent des compléments de rémunération

<sup>8</sup> Les coordinations médicales des ONG MEMISA et CDI. Bwamanda disposent aussi de ressources pour la mise en œuvre de l'appui à la DPS exposant à des doublons.



nouveau cadre organique du Ministère et la conclusion de contrat de performance laissent envisager une solution.

Le retard du niveau central du MSP à sélectionner un coordonateur de la DPS afin d'accorder à cette fonction sa reconnaissance et l'autorité nécessaires au fonctionnement harmonieux de l'équipe cadre a été un facteur limitant de la performance de l'ECP.

### **Résistances à la réforme**

Le projet est arrivé à vaincre les résistances inhérentes à tout processus de réforme qui se sont manifestées avec pour conséquences un retard de mise en place de L'EC de la DPS (juillet 2011 pour les EPP, et l'équipe complémentaire sélectionnée en mars 2012 n'a été notifiée formellement qu'en décembre 2012). A l'instar du projet ASSNIP volet Kwilu, le projet a initié une autoévaluation des EPP sélectionnés de la DPS comme condition au renouvellement des contrats avec la DPS. Seul un EPP a donné suite à l'exercice initié en début novembre 2012 entraînant un gel du paiement du paiement des compléments de rémunération.

### **La conduite des marchés publics**

La réalisation des travaux a connu un retard. Les facteurs suivants sont en partie responsables :

:

- le temps mis pour obtenir un consensus sur la nature des travaux (1an pour le bureau DPS) et l'établissement des titres de propriétés des parcelles devant abriter les travaux (8 mois).
- La célérité des processus de marchés publics (résolue par l'intervention)
- La faible qualité des études techniques du bureau d'Etudes
- La faible capacité financière et technique des entrepreneurs
- Les difficultés de réalisation de travaux dans la province de l'Equateur (accessibilité, disponibilité, cout élevé des matériaux).

Toutes fois, une plus grande pro activité de l'ingénieur en charge de la surveillance des travaux aurait permis de redresser la situation plus tôt, comme démontré par les effets bénéfiques des changement intervenu après son remplacement par une autre personne ressource.

### **La stabilité des ressources humaines**

Au Sud-Ubangi, la difficulté majeure a été la réaffectation fréquente du personnel d'encadrement par les autorités confessionnelles en charge de la gestion des formations sanitaires dans les Zones de Santé, spécialement à Tandala. Cette situation traduit la nécessité de renégocier les conventions de collaboration entre le privé et le public qui sont en déphasage avec les enjeux de la réforme.

### **2.2.3 Impact potentiel**

Afin de garantir que les outputs contribueront à l'atteinte de l'Outcome certains aspects méritent une attention particulière.

- Améliorer la gouvernance et la gestion des ressources dans le secteur santé à travers l'utilisation des outils de planification et de suivi-évaluation et une affectation effective des ressources par l'Etat en respectant la structuration de la réforme.
- Une poursuite des appuis à la mise en œuvre de la DPS.

## 2.3 Analyse des résultats

### 2.3.1 Output

La réalisation des 5 Outputs du projet ont contribué à des degrés divers à l'atteinte de l'Outcom.

**Output 1 : Trois des quatre métiers du niveau intermédiaire ont été mis en place:** i) appui technique aux Zones Sanitaires avec les Encadreurs Provinciaux Polyvalents (EPP) suite à un processus rigoureux de sélection; ii) Gestion des ressources; iii) information sanitaire, communication et recherche. Le métier "inspection et contrôle" n'a pu être installé en attente d'orientation du niveau central. L'Equipe Cadre de la DPS du Sud Ubangi est opérationnelle depuis juillet 2011 et l'accompagnement des ECZ est effectif et apprécié des bénéficiaires. Toutefois, on a noté en 2013 une certaine léthargie de l'ECP expliquée entre autres par :

- La fin annoncée du projet avec la disparition des compléments de rémunération
- Lafaible coordination de l'équipe par le médecin Chef. La réduction du rôle d'animateur de l'assistant technique au sein de l'équipe qui a cumulé les fonctions d'animation de la DPS Kwilu pour compter de décembre 2012.
- les cumuls incompatibles de fonctions (EPP, contractuel d'un projet, ou tâches d'enseignement à plein temps dans une école professionnelle)

Le financement de l'EC de la DPS a été assuré presque qu'exclusivement par le projet (frais de fonctionnement, frais de transport et mission et les compléments de rémunération aux EPP).

**Output 2: L'appui aux EC des Zones de Santé de développement (Bwamanda, Budjala, Gemena, Tandala)** a été effectif (planification, suivi évaluation, encadrement de proximité,) avec toutefois un accent particulier pour les ZS de Bwamanda et Tandala ; la supervision /encadrement des ECZ s'est améliorée en fréquence mais la qualité nécessite un accompagnement plus intensif centré sur les tâches cliniques. Cet output aurait été mieux atteint si les supervisions avaient pu être d'avantage intégrées et soutenues par la DPS.

**Output 3: Le renforcement de l'opérationnalité des ECZ a juste commencé à porter des fruits dans la rationalisation du fonctionnement des formations sanitaires (FOSA)** et la qualité des soins, spécialement dans la zone de santé de Bwamanda et dans une moindre mesure dans les ZS de Budjala et Tandala. Les audits appuyés par le projet ont contribué à instaurer une culture de redevabilité (cas de la ZS de Gemena)<sup>9</sup>.

Un effort important est accordé au renforcement des laboratoires d'analyse médicales dans la réalisation des examens de base et le dépistage passif de la trypanosomiase (THA) en synergie avec le projet d'appui à la Direction de Lutte contre la maladie (DLM) et le projet d'appui à la lutte contre THA.

Les effets du projet restent toutes fois limitées sur le fonctionnement des formations sanitaires plusieurs raisons peuvent être évoquées :

<sup>9</sup> Un gel de l'appui au fonctionnement de l'ECZ a été observé par le projet jusqu'à mise en œuvre des mesures correctrices recommandées par l'audit.



- L'approche du programme qui accordait une priorité à la mise en œuvre des conditions à un meilleur encadrement des ZS dans le cadre de la réforme du niveau intermédiaire.
- L'insuffisance criarde de disponibilité de personnes ressources qualifiées dans toutes les formations sanitaires
- L'instabilité des équipes cadres de la DPS
- Le retard des travaux de construction de 4 centres de Santé (Bobito, Bogoro, Botela, Boyademele) et de réhabilitation de 2 Hôpitaux Généraux de référence de Bwamanda et Budjala (cf section 2.2.2).
- Une attention trop marquée des équipes d'encadrement sur les tâches managériales par rapport à la clinique.<sup>10</sup>

**Output 4: Les efforts de capitalisation des expériences** (documents, ateliers d'échanges), avec l'accompagnement de la mission de suivi scientifique de l'ULB Bruxelles et la DEP ont permis d'élaborer des documents sur la réforme de la DPS, la gestion des médicaments et la mise en œuvre de la tarification forfaitaire dans la ZS de Budjala<sup>11</sup>. Un début plus précoce du suivi scientifique, la mission d'appui à la capitalisation du KIT d'Amsterdam et la collaboration effective avec une institution de formation nationale en santé publique auraient garanti une plus grande appropriation.

**R5: La mise en place de lignes de crédit de médicaments de près de 450.000 EUR** à la Centrale de Distribution Régionale à Bwamanda (CAMENE Asbl) et les mesures d'encadrement et de formation des 4 ZS a permis de réduire sensiblement les ruptures en médicament et amélioré l'autofinancement. Les conventions de collaboration entre la centrale et le projet, les ZS permettent progressivement une meilleure coordination des intervenants dans le domaine du médicament.

Toutes fois, l'application stricte des mesures de performances sus citées ne semble pas compatible avec le mode de gestion de la centrale basée sur les approvisionnements passifs des ZS prôné par certains partenaires (péremptions).

### 2.3.2 Matrice de monitoring

La matrice de monitoring montre une amélioration nette des différents indicateurs par rapport à la baseline mais encore loin des cibles finales attendus. Pour un résultat plus durable une continuité de l'action au-delà de quatre ans d'intervention semble indiquée.

Résultats / Indicateurs	Valeur de la <i>baseline</i>	Cible finale	Valeur finale obtenue	Commentaires
<b>IMPACT :</b>				
Accès aux soins de qualité amélioré dans les 4 ZS de développement				
<b>OUTCOME :</b>				
Taux d'utilisation des services curatifs	16.2%	25%	26%	

<sup>10</sup> Voir le rapport de l'étude sur l'encadrement des EPP sur la performance des Zones Sanitaires dans le Sud Ubangi (octobre 2013).

<sup>11</sup> Plusieurs productions appuyées par le projet ont fait l'objet d'échanges à des fora nationaux et internationaux



Taux d'accouchement professionnellement assisté	35.2%	80%	48%	
Taux de césarienne	2.5%	5%	21%	
Taux de mortalité intra hospitalière		<1%	1%	
Taux de couverture en DTC3		95%	87%	
Taux de détection TBC	41.0%	70%	33%	
Taux guérison de la TBC	80.0%	85%	81%	
Taux d'infection THA	0.05%	<0.01%		
<b>OUTPUT 1 : l'ECP est opérationnelle</b>				
Nombre de métiers/bureaux fonctionnels	0	4	4	
Proportion des réunions de l'ECP réalisées avec PV	20%	100%	75%	
Proportion de supervisions réalisées	10%	80%	50%	
Nombre de plans produits (plans de développement)	1	1	1	
Nombre de groupes de travail fonctionnels	0	4	1	Information sanitaire
Nombre de revues de la DPS tenues	1	6	2	
<b>OUTPUT 2 : les ECZ sont opérationnelles</b>				
<b>ZS de Bwamanda</b>				
- Composition de l'équipe cadre conforme aux normes	5	5	5	
- Proportion de réunions de CA-ZS organisées	0%	100%	50%	
- Proportion de réunions du COGE organisées	0%	100%	70%	
- Proportion de réunions de l'ECZ tenues	17%	80%	63%	
- Existence de PDZS adopté au CA	0	1	1	
- Proportion de supervisions réalisées avec rapports	75%	80%	75%	
- Proportion des membres de l'ECZ formés en management des SSP	0%	100%	100%	
<b>ZS de Tandala</b>				
- Composition de l'équipe cadre conforme aux normes	5	5	5	
- Proportion de réunions de CA-ZS organisées	0%	100%	50%	
- Proportion de réunions du COGE organisées	25%	80%	33%	
- Proportion de réunions de l'ECZ tenues	25%	80%	33%	
- Existence de PDZS adopté au CA	0	1	1	
- Proportion de supervisions réalisées avec rapports	36%	80%	64%	
- Proportion des membres de l'ECZ formés en management des SSP	0%	100%	100%	
<b>ZS de Gemena</b>				
- Proportion de réunions de CA-ZS organisées	0%	100%	50%	
- Proportion de réunions du COGE organisées	25%	80%	33%	
- Proportion de réunions de l'ECZ tenues	15%	80%	25%	
- Existence de PDZS adopté au CA	0	1	1	
- Proportion de supervisions réalisées avec rapports	15%	80%	68%	
- Proportion des membres de l'ECZ formés en management des SSP	0%	100%	100%	
<b>ZS de Budjala</b>				
- Proportion de réunions de CA-ZS organisées	0%	100%	50%	

- Proportion de réunions du COGE organisées	50%	80%	83%	
- Proportion de réunions de l'ECZ tenues	50%	80%	75%	
- Existence de PDZS adopté au CA	0	1	1	
- Proportion de supervisions réalisées avec rapports	45%	80%	85%	
<b>OUTPUT 3 : Les structures opérationnelles sont progressivement améliorées</b>				<b>0%</b>
<b>ZS de Bwamanda</b>				
- Taux d'utilisation des services dans les CS	15.2%	60%	15%	
- Taux d'occupation des lits	115.5%	80%	57%	
- Taux d'infections postopératoires	2.3%	< 1%	0%	
- Taux de référence	24%	10%	14%	
- Taux de contre-référence	0%	100%	36%	
- Taux d'accouchement professionnellement assisté	33.8%	85%	38%	
- Taux de mortalité intra hospitalière au-delà de 48h	5.9%	3%	100%	
- Taux de couverture en DTC 3-HepB- Hib	80.6%	95%	91%	
- Proportion des structures utilisant correctement l'ordinogramme	0%	100%	90%	
- Taux de notification de la TBC (TPM+)	39.7%	90%	32%	
- Taux de guérison de la TBC (TPM+)	76.9%	85%	92%	
- Proportion de transfusions sanguine réalisées avec du sang testé aux 4 marqueurs	0%	100%	100%	
<b>ZS de Tandala</b>				
- Taux d'utilisation des services dans les CS	15.2%	60%	20%	
- Taux d'occupation des lits	32.3%	80%	49%	
- Taux d'infections postopératoires	2.1%	< 1%	0%	
- Taux de référence	2%	10%	2%	
- Taux de contre-référence		100%	67%	
- Taux d'accouchement professionnellement assisté	66.2%	85%	66%	
- Taux de mortalité intra hospitalière au-delà de 48h	1.1%	0.5%	100%	
- Taux de couverture en DTC 3-HepB- Hib	%	95%	83%	
- Proportion des structures utilisant correctement l'ordinogramme	0%	100%	40%	
- Taux de notification de la TBC (TPM+)	39.4%	90%	21%	
- Taux de guérison de la TBC (TPM+)	73.1%	85%	85%	
- Proportion de transfusions sanguine réalisées avec du sang testé aux 4 marqueurs	0%	100%	45%	
<b>ZS de Gemena</b>				
- Taux d'utilisation des services dans les CS	20.3%	60%	35%	
- Taux d'occupation des lits	94.0%	80%	82%	
- Taux d'infections postopératoires	21.5%	< 1%	3%	
- Taux de référence	3%	10%	1%	
- Taux de contre-référence		100%	5%	
- Taux d'accouchement professionnellement assisté	37.1%	85%	51%	
- Taux de mortalité intra hospitalière au-delà de 48h	0.9%	0.5%	100%	
- Taux de couverture en DTC 3-HepB- Hib		95%	87%	
- Proportion des structures utilisant	0%	100%	30%	

correctement l'ordinogramme				
- Taux de notification de la TBC (TPM+)	52.5%	90%	46%	
- Taux de guérison de la TBC (TPM+)	78.7%	85%	74%	
- Proportion de transfusions sanguine réalisées avec du sang testé aux 4 marqueurs	0%	100%	13%	
ZS de Budjala				
- Taux d'utilisation des services dans les CS	24.8%	60%	39%	
- Taux d'occupation des lits	30.7%	80%	57%	
- Taux d'infections postopératoires	1.3%	< 1%	2%	
- Taux de référence	1%	10%	5%	
- Taux de contre-référence		100%	11%	
- Taux d'accouchement professionnellement assisté	26.8%	85%	58%	
- Taux de mortalité intra hospitalière au-delà de 48h	1.7%	0.8%	100%	
- Taux de couverture en DTC3-HepB- Hib	95.6%	95%	80%	
- Proportion des structures utilisant correctement l'ordinogramme	0%	100%	98%	
- Taux de notification de la TBC (TPM+)	54.1%	90%	29%	
- Taux de guérison de la TBC (TPM+)	72.7%	85%	69%	
- Proportion de transfusions sanguine réalisées avec du sang testé aux 4 marqueurs	0%	100%	56%	
Nombre de documents de capitalisation élaborés	0	5	1	
Nombre de recherche-action réalisées dans les ZS	0	2	0	
Proportion des cadres de la DPS formées en recherche-action	0	2	1	
Nombre de mission de capitalisation et d'échanges d'expériences réalisées	0		12	Entre 2012 et 2013
Nombre moyen de jours de rupture de stocks des médicaments traceurs à la CDR CAMENE : Paracétamol, ACT, Amoxicilline, Cotrimoxazole et SRO				
ZS de Bwamanda				
- Nombre moyen de jours de rupture de stocks des médicaments traceurs à la CDR CAMENE : Paracétamol, ACT, Amoxicilline, Cotrimoxazole et SRO				
- Taux de maintien du capital Médicament	0%	100%	100%	
- Nombre de ZS qui disposent des lignes de crédit à la CDR	1	1	1	
ZS de Tandala				
- Nombre moyen de jours de rupture de stocks des médicaments traceurs à la CDR CAMENE : Paracétamol, ACT, Amoxicilline, Cotrimoxazole et SRO			0	
- Taux de maintien du capital Médicament	0%	100%	67%	
- Nombre de ZS qui disposent des lignes de crédit à la CDR	0	1	1	
ZS de Gemena				
- Nombre moyen de jours de rupture de stocks des médicaments traceurs à la CDR			0	



CAMENE : Paracétamol, ACT, Amoxicilline, Cotrimoxazole et SRO				
- Taux de maintien du capital Médicament	0%	100%	50%	
- Nombre de ZS qui disposent des lignes de crédit à la CDR	0	1	1	
ZS de Budjala				
- Nombre moyen de jours de rupture de stocks des médicaments traceurs à la CDR CAMENE : Paracétamol, ACT, Amoxicilline, Cotrimoxazole et SRO			0	
- Taux de maintien du capital Médicament	0%	100%	80%	
- Nombre de ZS qui disposent des lignes de crédit à la CDR	0	1	1	

### 3 Pilotage et apprentissage

#### 3.1 Réorientations stratégiques

- *la stratégie pays de la CTB*

L'évolution du mode de gestion en régie vers une cogestion intégrale est souhaitable pour renforcer l'appropriation. Les processus de sélection n'ont pas permis de disposer de personnes ressources qualifiées pour la fonction de gestion des ressources financières et de gestionnaire de données dans le contexte d'incertitude de revenus et du contexte d'éloignement.

L'amélioration de l'efficacité de la cellule des marchés publics et une bonne préparation des cahiers de charge par l'architecte a amélioré sensiblement les délais de traitement des dossiers. Cette disposition doit être prise en compte dans les formulations ultérieures des interventions prévoyant des travaux de construction.

L'appui à la tenue des rencontres de capitalisation a eu un effet bénéfique sur la prise en compte par le MSP des résultats des projets ASSNIP volets 4 et 5 dans le design des réformes du niveau intermédiaire. Il est utile de prévoir ces mécanismes permettant le financement de ces activités. Le contrat cadre de collaboration entre la CTB et le KIT (l'Institut de santé publique Néerlandaise) pour la capitalisation est une opportunité pour la continuité et la cohésion de la capitalisation dans une vision programme

La disponibilité de ressources non liées à des activités préétablies dans le DTF<sup>12</sup> semble avoir été un atout dans la mise en œuvre de la réforme en permettant de s'adapter aux changements intervenus tout au long du programme. Ces dispositions semblent utiles à conserver dans les futures formulations.

La présence d'une assistance technique de proximité apparaît encore une condition de changement institutionnel dans le contexte de mise en œuvre des réformes encore fragiles.

La transmission de lettres de suivi personnalisées aux destinataires des recommandations et décisions des SMCL par le MSP à l'attention des Gouverneurs de Province a créé une condition d'efficacité de la mise en œuvre du projet. Ce mécanisme est à capitaliser pour d'autres interventions comme outil de suivi des comités de pilotage.

- *la stratégie sectorielle Santé de la RDC*

La stratégie de renforcement du système de santé reste pertinente de mon point de vue.

Un choix plus cohérent décrit au travers l'élaboration d'une stratégie nationale de financement global de la santé est urgent. Une plus grande attention aux préalables de mise en œuvre effective des réformes au niveau central est primordiale.

- La négociation entre le Ministère de la Santé publique et les PTF<sup>12</sup> d'un accord de partenariat formel national (Compact) décliné en des engagements formels au niveau provincial avec un mécanisme de suivi strict<sup>12</sup>;

Vers une réelle décentralisation de la santé

---

<sup>12</sup> Il est nécessaire de définir des indicateurs stricts de mesure des performances par niveau et les modalités de financement des PTFs

Une ECP forte, autonome avec une coordination efficace des partenaires sont des conditions majeures du succès.

L'efficacité dans les interventions exigera une modification des cycles et de mode planification (de verticale à la consolidation).

Il est souhaitable qu'une Planification annuelle soit faite au plus tard en octobre de chaque année au niveau de chaque ZS avec participation des partenaires, arbitrage au niveau de la DPS avec l'appui de la Province avec une certaine « obligation » d'inscription de chaque partenaire pour définir un plan d'action consolidé.

Les résultats aux plans de la qualité des soins seront tributaires de trois mesures concomitantes :

- La prise de mesures au plan institutionnel pour ne pas reposer le poids des salaires et charges sociales sur le financement communautaire
- L'identification de mesures pour la pérennisation de la disponibilité de médicaments
- La régularité de l'encadrement et la supervision formative du personnel

La mise à disposition de titres de propriétés ainsi que la couverture des frais y afférents pourraient être une conditionnalité pour la réalisation d'infrastructures dans le cadre des projets.

L'engagement du MSP à l'intégration effective des programmes (donc des ressources) au niveau intermédiaire est nécessaire pour l'efficacité de la mise en œuvre des réformes.

Le renforcement du métier de la gestion des ressources devra bénéficier d'une attention particulière pour aller vers un financement multi bailleurs effectif et assurer une gestion transparente. Les prochaines interventions devront d'avantage prendre en compte cette dimension.

L'appui aux actions conjointes de mise en œuvre de la réforme hospitalière et de la contractualisation constituera un atout à la mise en œuvre du projet.

La définition et l'application de modalités pour la détermination de l'évaluation des cadres de la DPS et des conditions de paiements de primes.

- *Vers une prochaine intervention ?*

La DPS du Sud Ubangi réunit les conditions de mise en œuvre de la réforme si les préalables et conditions définies sont suivis. En effet, la DPS offre un espace géographique cohérent qui permet d'envisager un espace Nord –Sud Ubangi. Un arrêt des interventions compromettra très certainement les acquis du projet.

Certaines recommandations peuvent être formulées à la lumière des leçons apprises afin de consolider les acquis et de définir les conditions d'une poursuite des actions dans le secteur santé.

## Recommandations

Recommandations	Acteur
Renforcer la fonction de gestion des ressources pour aller vers une plus grande efficacité, un financement multi bailleurs effectif et assurer une gestion transparente.(financement de postes de financiers de haut niveau et data manager avec l'appui des PTF, audit organisationnel de la CAG dans la fonction d'accompagnement des DPS dans la gestion des ressources)	MS/CTB/GIBS
Mettre en œuvre effectivement la réforme hospitalière et la contractualisation afin de clarifier les rôles des acteurs et la cohérence des interventions en milieu hospitalier	MSP
Pour permettre une meilleure coordination de l'action sanitaire dans les nouvelles DPS, la province devra initier des réflexions sur l'intégration des programmes spécialisés en prenant en compte le contexte local	
Mobiliser les ressources auprès du Gouvernement Provincial pour l'accompagnement de la mise en œuvre de la réforme du niveau intermédiaire dans les DPS.	Gouvernement central
L'engagement du MSP à l'intégration effective des programmes (donc des ressources) au niveau intermédiaire est nécessaire pour l'efficacité de la mise en œuvre des réformes.	MSP
L'élaboration d'une stratégie nationale de financement global de la santé en RDC	MSP
Définir des mécanismes afin de garantir une plus grande cohérence des appuis de la Belgique à la mise en œuvre des réformes du niveau intermédiaire intégrées aux structures nationales.	DGD
Assurer une relecture des cadres logiques des interventions lors des décisions majeures dans la vie des projets et programmes afin d'adapter l'Outcome et output et les indicateurs (fait référence à la section 2.2.2 du rapport)	DGD/CTB/MSP
Négocier entre le Ministère de la Santé publique et les PTF un accord de partenariat formel national (Compact) décliné en des engagements formels au niveau provincial avec un mécanisme de suivi strict pour la mise en œuvre harmonieuse du plan national de développement sanitaire.	MSP/CTB/GIBS
Appuyer le MSP à la relecture des conventions de collaboration entre le public et le privé afin de prendre en compte les implications de la réforme	CTB/PTF



### 3.2 Enseignements tirés

Enseignements tirés	Public cible
L'amélioration de l'efficacité de la cellule des marchés publics et une bonne préparation des cahiers de charge par un architecte est une condition de succès des ouvrages. Vers, une plus grande responsabilisation des acteurs de proximité selon une approche basée sur l'économie sociale dans les sites éloignés ?	CTB /DGD(formulation)
La disponibilité de ressources non liées à des activités préétablies dans le DTF semble avoir été un atout dans la mise en œuvre de la réforme en permettant de s'adapter aux changements intervenus tout au long du programme	CTB
Le renforcement du métier de la gestion des ressources devra bénéficier d'une attention particulière pour aller vers un financement multi bailleurs effectif et assurer une gestion transparente. Les prochaines interventions devront d'avantage prendre en compte cette dimension et tester une approche de prise de risque vers la cogestion	MSP/CTB
La transmission de lettres de suivi personnalisées des recommandations et décisions des SMCL par le Président et le Ministre de la Santé aux destinataires à l'attention des Gouverneurs de Province a créé une condition d'efficacité de la mise en œuvre du projet.ce mécanisme est à capitaliser pour d'autres interventions comme outil de suivi des comités de pilotage	CTB
La mise en œuvre de la réforme a exacerbé les conflits entre le secteur public et privé confessionnel dans la gestion du système local de santé (ressources humaines, gestion des finances, acceptation du rôle de tutelle de la DPS). La contractualisation devrait prendre une place plus accrue.	MSP/ CTB/PTFs

## 4 Annexes

### 4.1 Critères de qualité

1. PERTINENCE : le degré dans lequel l'intervention est cohérente avec les politiques et priorités locales et nationales ainsi qu'avec les attentes des bénéficiaires.				
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins un 'A', pas de 'C' ni de 'D' = A; Deux fois un 'B' = B; Au moins un 'C', pas de 'D' = C; Au moins un 'D' = D</i>				
Évaluation de la PERTINENCE : note totale	A	B	C	D
	X			
1.1 Quel est le degré de pertinence actuel de l'intervention ?				
X	A	Clairement toujours ancré dans les politiques nationales et la stratégie belge, satisfait aux engagements en matière d'efficacité de l'aide, extrêmement pertinent par rapport aux besoins du groupe cible.		
	B	S'inscrit toujours bien dans les politiques nationales et la stratégie belge (sans être toujours explicite), relativement compatible avec les engagements en matière d'efficacité de l'aide, pertinent par rapport aux besoins du groupe cible.		
	C	Quelques questions par rapport à la cohérence avec les politiques nationales et la stratégie belge, l'efficacité de l'aide ou la pertinence.		
	D	Contradictions avec les politiques nationales et la stratégie belge, les engagements en matière d'efficacité de l'aide ; la pertinence vis-à-vis des besoins est mise en doute. Des changements majeurs sont requis.		
1.2 La logique d'intervention, telle qu'elle est conçue actuellement, est-elle toujours la bonne ?				
	A	Logique d'intervention claire et bien structurée ; logique verticale des objectifs réalisable et cohérente ; indicateurs appropriés ; risques et hypothèses clairement identifiés et gérés ; accompagnement de sortie d'intervention mis en place (si cela est applicable).		
X	B	Logique d'intervention appropriée bien qu'elle puisse avoir besoin de certaines améliorations en termes de hiérarchie d'objectifs, d'indicateurs, de risques et hypothèses.		
	C	Les problèmes par rapport à la logique d'intervention peuvent affecter la performance d'une intervention et sa capacité à contrôler et évaluer les progrès ; améliorations requises.		
	D	La logique d'intervention est erronée et nécessite une révision en profondeur pour que l'intervention puisse espérer aboutir.		

2. EFFICIENCE DE LA MISE EN ŒUVRE JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel les ressources de l'intervention (fonds, expertise, temps, etc.) ont été converties en résultats de façon économe.				
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins deux 'A', pas de 'C' ni de 'D' = A; Deux fois un 'B', pas de 'C' ni de 'D' = B; Au moins un 'C', pas de 'D' = C; Au moins un 'D' = D</i>				
Évaluation de l'EFFICIENCE : note totale	A	B	C	D
			X	
2.1 Dans quelle mesure les inputs (finances, RH, biens & équipements) sont-ils correctement gérés ?				
	A	Tous les inputs sont disponibles à temps et dans les limites budgétaires.		
	B	La plupart des inputs sont disponibles dans des délais raisonnables et ne nécessitent pas d'ajustements budgétaires considérables. Une certaine marge		



<b>2. EFFICIENCE DE LA MISE EN ŒUVRE JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel les ressources de l'intervention (fonds, expertise, temps, etc.) ont été converties en résultats de façon économe.</b>	
	d'amélioration est cependant possible.
X	C La disponibilité et l'utilisation des inputs posent des problèmes qui doivent être résolus, sans quoi les résultats pourraient courir certains risques.
	D La disponibilité et la gestion des inputs comportent de sérieuses lacunes qui menacent l'atteinte des résultats. Des changements considérables sont nécessaires.
<b>2.2 Dans quelle mesure la mise en œuvre des activités est-elle correctement gérée ?</b>	
	A Les activités sont mises en œuvre dans les délais.
	B La plupart des activités sont dans les délais. Certaines sont retardées, mais cela n'a pas d'incidence sur la fourniture des outputs.
X	C Les activités sont retardées. Des mesures correctives sont nécessaires pour permettre la fourniture sans trop de retard.
	D Les activités ont pris un sérieux retard. Des outputs ne pourront être fournis que moyennant des changements majeurs dans la planification.
<b>2.3 Dans quelle mesure les outputs sont-ils correctement atteints ?</b>	
	A Tous les outputs ont été et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps et de bonne qualité, ce qui contribuera aux outcomes planifiés.
	B Les outputs sont et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps, mais une certaine marge d'amélioration est possible en termes de qualité, de couverture et de timing.
X	C Certains outputs ne s(er)ont pas livrés à temps ou de bonne qualité. Des ajustements sont nécessaires.
	D La qualité et la livraison des outputs comportent et comporteront plus que vraisemblablement de sérieuses lacunes. Des ajustements considérables sont nécessaires pour garantir au minimum que les outputs clés seront livrés à temps.

<b>3. EFFICACITÉ JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel l'outcome (objectif spécifique) est atteint, tel que prévu à la fin de l'année N</b>					
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins un 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A; Deux fois un 'B' = B; Au moins un 'C, pas de 'D' = C; Au moins un 'D' = D</i>					
<b>Évaluation de l'EFFICACITÉ :</b>		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
<b>note totale</b>				X	
<b>3.1 Tel qu'il est mis en œuvre actuellement, quelle est la probabilité que l'outcome soit réalisé ?</b>					
	<b>A</b>	La réalisation totale de l'outcome est vraisemblable en termes de qualité et de couverture. Les résultats négatifs (s'il y en a) ont été atténués.			
	<b>B</b>	L'outcome sera atteint avec quelques minimales restrictions ; les effets négatifs (s'il y en a) n'ont pas causé beaucoup de tort.			
X	<b>C</b>	L'outcome ne sera atteint que partiellement, entre autres en raison d'effets négatifs auxquels le management n'est pas parvenu à s'adapter entièrement. Des mesures correctives doivent être prises pour améliorer la probabilité de la réalisation de l'outcome.			
	<b>D</b>	L'intervention n'atteindra pas son outcome, à moins que d'importantes mesures fondamentales soient prises.			



<b>3. EFFICACITÉ JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel l'outcome (objectif spécifique) est atteint, tel que prévu à la fin de l'année N</b>	
<b>3.2 Les activités et les outputs sont-ils adaptés (le cas échéant) dans l'optique de réaliser l'outcome ?</b>	
	<b>A</b> L'intervention réussit à adapter ses stratégies/activités et outputs en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. Les risques et hypothèses sont gérés de manière proactive.
X	<b>B</b> L'intervention réussit relativement bien à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. La gestion des risques est relativement passive.
	<b>C</b> L'intervention n'est pas totalement parvenue à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes de façon appropriée ou dans les temps. La gestion des risques a été plutôt statique. Une modification importante des stratégies s'avère nécessaire pour garantir à l'intervention la réalisation de son outcome.
	<b>D</b> L'intervention n'est pas parvenue à réagir à l'évolution des circonstances externes ; la gestion des risques a été insuffisante. Des changements considérables sont nécessaires pour réaliser l'outcome.

<b>4. DURABILITÉ POTENTIELLE : le degré de probabilité de préserver et reproduire les bénéfices d'une intervention sur le long terme (au-delà de la période de mise en œuvre de l'intervention).</b>				
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins 3 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A; Maximum 2 'C, pas de 'D' = B ; Au moins 3 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i>				
Évaluation de la DURABILITÉ POTENTIELLE : note totale	A	B	C	D
			X	
<b>4.1 Durabilité financière/économique ?</b>				
	<b>A</b> La durabilité financière/économique est potentiellement très bonne : les frais liés aux services et à la maintenance sont couverts ou raisonnables ; les facteurs externes n'auront aucune incidence sur celle-ci.			
	<b>B</b> La durabilité financière/économique sera vraisemblablement bonne, mais des problèmes peuvent survenir en raison notamment de l'évolution de facteurs économiques externes.			
X	<b>C</b> Les problèmes doivent être traités en ce qui concerne la durabilité financière soit en termes de frais institutionnels ou liés aux groupes cibles, ou encore d'évolution du contexte économique.			
	<b>D</b> La durabilité financière/économique est très discutable, à moins que n'interviennent des changements majeurs.			
<b>4.2 Quel est le degré d'appropriation de l'intervention par les groupes cibles et persistera-t-il au terme de l'assistance externe ?</b>				
	<b>A</b> Le Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes sont fortement impliqués à tous les stades de la mise en œuvre et s'engagent à continuer à produire et utiliser des résultats.			
	<b>B</b> La mise en œuvre se base en grande partie sur le Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes impliqués eux aussi, dans une certaine mesure, dans le processus décisionnel. La probabilité d'atteindre la durabilité est bonne, mais une certaine marge d'amélioration est possible.			

X	C	L'intervention recourt principalement à des arrangements ponctuels et au Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes en vue de garantir la durabilité. La continuité des résultats n'est pas garantie. Des mesures correctives sont requises.
	D	L'intervention dépend totalement des structures ponctuelles n'offrant aucune perspective de durabilité. Des changements fondamentaux sont requis pour garantir la durabilité.
<b>4.3 Quels sont le niveau d'appui politique fourni et le degré d'interaction entre l'intervention et le niveau politique ?</b>		
	A	L'intervention bénéficie de l'appui intégral de la politique et des institutions, et cet appui se poursuivra.
	B	L'intervention a bénéficié, en général, de l'appui de la politique et des institutions chargées de la mettre en œuvre, ou à tout le moins n'a pas été gêné par ceux-ci, et cet appui se poursuivra vraisemblablement.
X	C	La durabilité de l'intervention est limitée par l'absence d'appui politique. Des mesures correctives sont requises.
	D	Les politiques ont été et seront vraisemblablement en contradiction avec l'intervention. Des changements fondamentaux s'avèrent nécessaires pour garantir la durabilité de l'intervention.
<b>4.4 Dans quelle mesure l'intervention contribue-t-elle à la capacité institutionnelle et de gestion ?</b>		
	A	L'intervention est intégrée aux structures institutionnelles et a contribué à l'amélioration de la capacité institutionnelle et de gestion (même si ce n'est pas là un objectif explicite).
X	B	La gestion de l'intervention est bien intégrée aux structures institutionnelles et a contribué d'une certaine manière au renforcement des capacités. Une expertise supplémentaire peut s'avérer requise. Des améliorations sont possibles en vue de garantir la durabilité.
	C	L'intervention repose trop sur des structures ponctuelles plutôt que sur des institutions ; le renforcement des capacités n'a pas suffi à garantir pleinement la durabilité. Des mesures correctives sont requises.
	D	L'intervention repose sur des structures ponctuelles et un transfert de compétences vers des institutions existantes, qui permettrait de garantir la durabilité, est improbable à moins que des changements fondamentaux n'interviennent.