



**CTB**



## **RAPPORT FINAL PROJET ASSNIP BAS- CONGO RDC 10 157 11**



**Centre de Santé de Boma**

<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	<b>2</b>
<b>FICHE D'INTERVENTION.....</b>	<b>4</b>
<b>APPRECIATION GENERALE.....</b>	<b>5</b>
<b>PARTIE 1 : RESULTATS ATTEINTS ET ENSEIGNEMENTS TIRES .....</b>	<b>6</b>
<b>1 APPRECIATION DE LA STRATEGIE D'INTERVENTION.....</b>	<b>6</b>
1.1 CONTEXTE	6
1.2 CHANGEMENTS SIGNIFICATIFS DANS LA STRATEGIE D'INTERVENTION	6
<b>2 RESULTATS ATTEINTS .....</b>	<b>7</b>
2.1 MATRICE DE MONITORING	7
2.2 ANALYSE DES RESULTATS	9
<b>3 DURABILITE .....</b>	<b>14</b>
<b>4 APPRENTISSAGE .....</b>	<b>18</b>
4.1 ENSEIGNEMENTS TIRES	18
4.2 RECOMMANDATIONS	18
<b>PARTIE 2 : SYNTHESE DU MONITORING (OPERATIONNEL).....</b>	<b>21</b>
<b>1 SUIVI DES DECISIONS PRISES PAR LA SMCL .....</b>	<b>21</b>
<b>2 DEPENSES .....</b>	<b>23</b>
<b>3 TAUX DE DECAISSEMENT DE L'INTERVENTION.....</b>	<b>24</b>
<b>4 PERSONNEL DE L'INTERVENTION .....</b>	<b>27</b>
<b>5 MARCHES PUBLICS .....</b>	<b>28</b>
<b>6 ACCORDS D'EXECUTION.....</b>	<b>29</b>
<b>7 ÉQUIPEMENTS .....</b>	<b>30</b>
<b>8 CADRE LOGIQUE ORIGINAL TIRE DU DTF : .....</b>	<b>33</b>
<b>9 MATRICE DE MONITORING COMPLETE.....</b>	<b>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</b>
<b>10 OUTILS ET PRODUITS.....</b>	<b>36</b>

## ACRONYMES

ASSNIP	Appui au Système de Santé au Niveau Intermédiaire et Périphérique
AP	Administration Publique
AT (I ou N)	Assistant Technique (International ou National)
BC	Bas-Congo
BDOM	Bureau Diocésaine des Œuvres Médicales
CPP-SS	Comité provincial de Pilotage du Secteur de Santé
CS	Centre de Santé
CTB	Coopération Technique Belge
DPS	Division Provinciale de la Santé
DTF	Document Technique et Financier
ECP	Equipe Cadre Provinciale
ECZS	Equipe Cadre des Zones de Santé
EPP	Encadreur Provincial Polyvalent
ETD	Entités Territoriales Décentralisées
FM/ATM	Fond Mondial de lutte contre la malaria, tuberculose et VIH/SIDA
GAVI/RSS	Global Alliance for Immunization and Vaccination / Renforcement du Système de Santé
HGR	Hôpital Général de Référence
IMP	Inspection Médicale Provinciale
IPS	Inspection Provinciale de la Santé
M&E	Monitoring et Evaluation
MEG	Médicaments Essentiels et Génériques
MIP	Médecin Inspecteur Provincial
MP	Marchés Publiques
MSP	Ministère de la Santé Publique
NI	Niveau Intermédiaire
NP	Niveau Périphérique
OMD	Objectif du Millénaire de Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAO/PF	Plan d'Action Opérationnel / Plan Financier (pour l'année)
PCA	Paquet complémentaire d'activités
PDH	Plan Directeur Hospitalier
PDZS	Plan de Développement de la Zone de Santé
PMA	Paquet minimum d'activités
PNAME	Programme Nationale d'Approvisionnement en Médicaments
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PPDS	Plan Provincial de Développement Sanitaire
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
Q1, Q2	Trimestres (de point de vue du décaissement financier)
SG	Secrétaire General
SMCL	Structure mixte de concertation locale
SR	Santé de la Reproduction
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SSP	Soins de santé primaires

Fiche d'intervention

<b>Nom du projet</b>	Projet d'appui au système de santé aux niveaux intermédiaire et périphérique (ASSNIP) dans 5 zones de santé du Bas-Congo: phase de consolidation des acquis
<b>Code du projet</b>	RDC 10 157 11
<b>Emplacement</b>	Province du Bas-Congo (Division Provinciale de la Santé à Matadi et cinq Zones de Santé en développement: Boma, Lukula, Kisantu, N'Selo et Ngidinga)
<b>Budget</b>	<b>Total : 7.883.275€</b>
<b>Institution partenaire</b>	Ministère de la Santé Publique
<b>Date de la Convention de mise en œuvre</b>	12 décembre 2011 (effective : avril 2012) – Décembre 2013
<b>Durée (mois)</b>	24 mois (effective 21 mois)
<b>Groupes cibles</b>	La DPS du Bas-Congo et les populations des zones de santé appuyées
<b>Impact<sup>1</sup></b>	L'état de santé de la population est amélioré dans les zones d'intervention dans le cadre global de lutte contre la pauvreté
<b>Outcome</b>	Consolider le système de santé du Bas-Congo de manière durable à travers le renforcement de la DPS et des ZS de Kisantu, N'Selo, Ngidinga, Boma et Lukula
<b>Outputs</b>	<b>Résultat 1 :</b> L'ECP assure un appui de qualité aux ZS et est placée dans les conditions optimales pour piloter la mise en œuvre du PPDS.
	<b>Résultat 2 :</b> Les équipes cadres en place dans les ZS de Kisantu, N'Selo, Ngidinga, Lukula et Boma assurent l'encadrement des formations sanitaires de premier contact (CS) et de premier niveau de référence (HGR) conformément aux directions données par la SRSS en permettant la poursuite de l'expérimentation de la mise en œuvre de cette stratégie
	<b>Résultat 3 :</b> Dans les ZS de Kisantu, N'Selo, Ngidinga, Boma et Lukula, l'HGR et un nombre limité de formations sanitaires de premier contact faisant partie de la carte sanitaire de la ZS, sont rationalisés par rapport à l'accessibilité financière, à la qualité des soins et à la qualité de gestion. Ces formations sanitaires fonctionnent dans un système intégré conforme aux prescriptions de la SRSS.
	<b>Résultat 4 :</b> L'apprentissage basé sur les évidences et expériences de terrain est assuré en vue de renforcer la politique de santé au niveau provincial et au niveau central.

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

## Appréciation générale

<b>Décrivez</b> votre appréciation générale de l'intervention (max. 200 mots) :	<b>Décrivez</b> votre appréciation générale de l'intervention (max. 200 mots) :
<p>Le projet ASSNIP Bas-Congo phase de consolidation des acquis s'inscrit dans le cadre de la continuation des projets ASSNIP1&amp;3 pour les niveaux intermédiaire et opérationnel.</p> <p>Conçu pour un long terme de 15 ans, la consolidation des acquis intervient en phase de sortie de la Belgique dans un secteur en dysfonctionnement.</p> <p>Implémenté à la DPS du Bas-Congo et au niveau de cinq zones de santé, il a appuyé la réforme de l'administration publique dans le secteur de la santé afin d'améliorer l'accès et la qualité des soins dans les zones de santé de Kisantu, Boma, Lukula, Nselo et Ngidinga.</p> <p>Aligné à la stratégie sectorielle du ministère de la santé de la RDC, le projet ASSNIP BC est la contribution belge à sa mise en œuvre dans le contexte de la décentralisation de l'administration publique prévue par la constitution de 2006.</p>	<p>Le projet ASSNIP Bas-Congo phase de consolidation des acquis s'inscrit dans le cadre de la continuation des projets ASSNIP1&amp;3 pour les niveaux intermédiaire et opérationnel.</p> <p>Conçu pour un long terme de 15 ans, la consolidation des acquis intervient en phase de sortie de la Belgique dans un secteur en dysfonctionnement.</p> <p>Implémenté à la DPS du Bas-Congo et au niveau de cinq zones de santé, il a appuyé la réforme de l'administration publique dans le secteur de la santé afin d'améliorer l'accès et la qualité des soins dans les zones de santé de Kisantu, Boma, Lukula, Nselo et Ngidinga.</p> <p>Aligné à la stratégie sectorielle du ministère de la santé de la RDC, le projet est la contribution belge à sa mise en œuvre dans le contexte de la décentralisation de l'administration publique prévue par la constitution de 2006.</p> <p>Le budget de la phase de consolidation des acquis était destiné à environ 55% pour les investissements durables. Au 31/09/2014, le taux d'exécution budgétaire est de 93% soit 7.321.443,47 € utilisé sur 7.883.245€ prévus pour l'exécution des activités</p>
<b>Notez</b> votre appréciation générale de l'intervention <sup>2</sup> :	<b>Notez</b> votre appréciation générale de l'intervention <sup>3</sup> :
Satisfaisant	Satisfaisant
Fonctionnaire exécution nationale <sup>4</sup>	Fonctionnaire exécution CTB <sup>5</sup>
Dr Alain MBOKO IYEPI	Patrick KAKWATA

<sup>2</sup> Très satisfaisant - Satisfaisant - Insatisfaisant, en dépit de certains éléments positifs - Insatisfaisant

<sup>3</sup> Très satisfaisant - Satisfaisant - Insatisfaisant, en dépit de certains éléments positifs - Insatisfaisant

<sup>4</sup> Nom et signature

<sup>5</sup> Nom et signature

## PARTIE 1 : Résultats atteints et enseignements tirés

### 1 Appréciation de la stratégie d'intervention

#### 1.1 Contexte

Le projet ASSNIP BC s'est aligné pour appuyer la stratégie sectorielle du ministère de la santé pour améliorer l'offre des soins et l'accès aux services de santé. Initialement formulé pour une implémentation de 15 ans, le DTF de la phase de consolidation des acquis du projet ASSNIP BC s'est inscrit dans le contexte de « *phasing out* » de la coopération bilatérale au secteur santé d'ici fin du PIC 2010-2013. La durée du programme ASSNIP a été raccourcie avec une « *période creuse d'arrêt de l'intervention* » qui a eu comme conséquence une fragilisation des acquis de la première phase et un désespoir auprès du bénéficiaire en rapport avec leurs attentes à long terme. Exécuté dans un secteur en transformation, le modèle du niveau intermédiaire articulé sur quatre principaux métiers et des zones de santé coordonnées par une équipe cadre de la zone sont adoptés par les parties prenantes. Le fonctionnement de ces structures de base a été rendu possible avec l'intervention malgré la résistance institutionnelle et individuelle qui a été à la base de la lenteur pour l'aboutissement des certains résultats attendus. Au niveau opérationnel, les HGR et les CS ont fonctionné dans un système intégré « rationalisé » par rapport à l'accessibilité financière, la qualité des soins et la qualité de la gestion des ressources. Les expériences développés ont été pérennisées et capitalisées pour renforcer la politique de santé.

#### 1.2 Changements significatifs dans la stratégie d'intervention

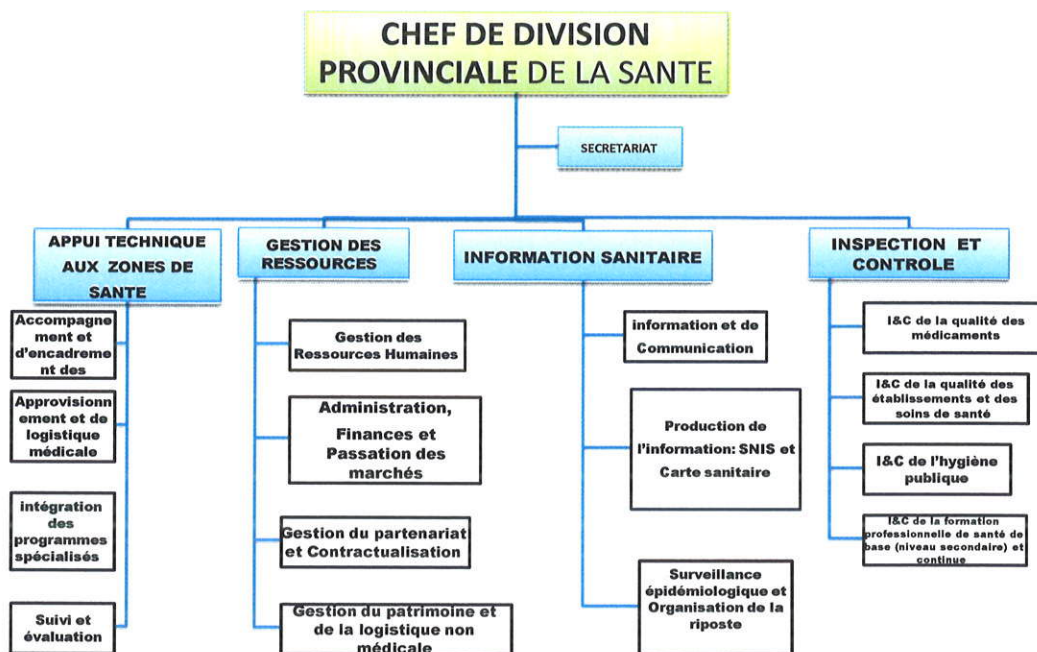
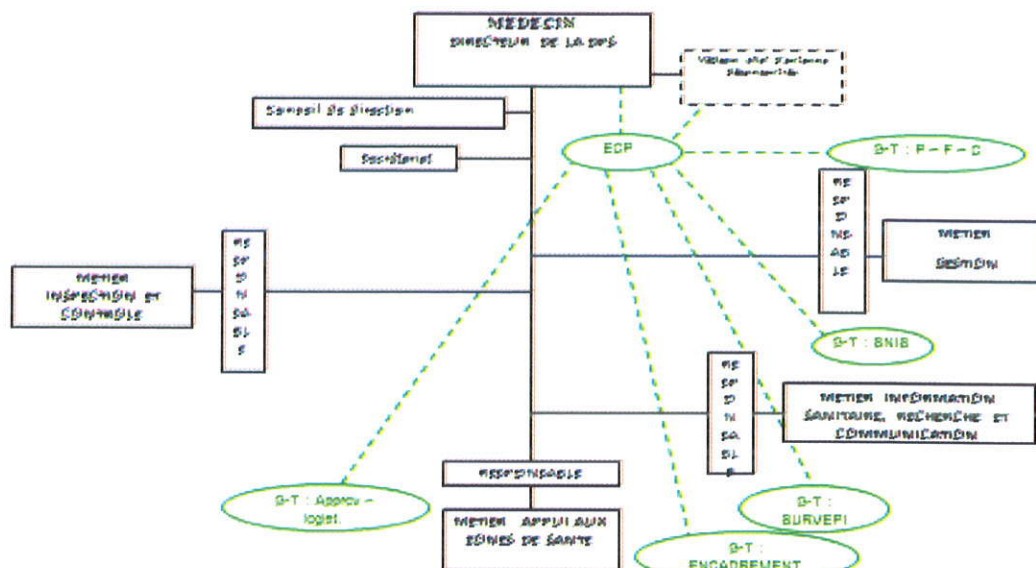
Le processus de réforme du niveau intermédiaire dans le domaine de la santé en RDC s'inscrit dans la lignée du mouvement de décentralisation impulsé par la constitution. Dans le cadre de la réforme du niveau intermédiaire, la DPS du Bas-Congo a amorcé le virage d'un double processus de transformation:

(\*) Le passage d'une organisation basée sur treize bureaux et quatorze coordinations provinciales de programmes spécialisés vers une organisation basée sur quatre métiers mis en œuvre par six bureaux, intégrant en leur sein, les coordinations des programmes d'une part; et

(\*) D'autre part, le passage d'une administration déconcentrée dépendant hiérarchiquement du niveau central du ministère de la santé publique vers une administration décentralisée instituée par chaque assemblée provinciale et dépendant hiérarchiquement de chaque gouvernement provincial. Cette double transformation n'est pas un processus simple ni rapide à mener. Elle nécessite que soient clarifiées des mesures transitoires permettant la présence concomitante des anciens « bureaux et des « métiers » et l'existence d'un système administratif et politique centralisé et des fonctions, pouvoirs, responsabilités et ressources disponibles « décentralisés ». Les DPS sont appelées à faire partie des administrations provinciales (Fonction Publique Provinciale) qui doivent être mises en place par le pouvoir provincial conformément à la loi sur la Fonction Publique (Nationale, Provinciale et Locale), déjà promulguée par la Présidence de la République. Pour ce résultat sur la réorganisation, les cadres des bureaux pouvant animer cette structure ont été sélectionnés sur base de leur gradient de compétence, l'organigramme d'une DPS avec quatre métiers fonctionnant avec six bureaux a été accepté au niveau national et en cours d'implémentation au Bas-Congo:

**ORGANIGRAMME DE LA DIRECTION PROVINCIALE DE LA SANTE**

**ORGANIGRAMME GENERAL**



**2 Résultats atteints**

**2.1 Matrice de monitoring**

Résultats / Indicateurs	Valeur de la <i>baseline</i> 2011	Cible finale 2014	Valeur finale obtenue Septembre 2014	Commentaires
<b>IMPACT : L'état de santé de la population est amélioré dans les zones d'intervention dans le cadre global de lutte contre la pauvreté</b>				

<b>OUTCOME : Consolider le système de santé du Bas-Congo de manière durable à travers le renforcement de la DPS et des ZS de Kisantu, Nselo, Ngidinga, Boma et Lukula</b>				
Le taux d'utilisation des services curatifs et préventifs de premier échelon (CS) (moyenne)	42%	>40%	44%	
Le taux d'utilisation des services curatifs au deuxième échelon par HGR (moyenne)	62%	>80%	85%	
<b>OUTPUT 1 : L'ECP assure un appui de qualité aux ZS et est placée dans les conditions optimales pour piloter la mise en œuvre du PPDS.</b>				
Nombre de supervision réalisée dans les ZS par l'ECP avec rapport	112	52	26	
Nombre de réunions de l'ECP avec Procès-Verbal (PV)	12	12	7	
Nombre de réunion du Comité Provincial de Pilotage (CPP)	2	1	1	
Nombre de réunions de groupes thématiques connexes avec PV	0	8	6	
Nombre de PAO officiellement adoptés par le CA de la ZS et de la DPS	6	6	6	
<b>OUTPUT 2 : Les équipes cadres en place dans les ZS de Kisantu, N'Selo, Ngidinga, Lukula et Boma assurent l'encadrement des formations sanitaires de premier contact (CS) et de premier niveau de référence (HGR) conformément aux directions données par la SRSS en permettant la poursuite de l'expérimentation de la mise en œuvre de cette stratégie.</b>				
Nombre de PAO officiellement adoptés par le CA de la ZS	5	5	5	
Nombre de supervisions intégrées de CS réalisées dans chaque ZS avec rapport	506	828	598	
Nombre de visites d'inspection contrôle effectuées par l'ECP/DPS	5	20	26	
Le % de femmes dans les structures de gestion aux différents niveaux	12%	20%	18%	
% des membres de l'ECZ qui font régulièrement des supervisions dans les CS	100%	100%	71%	
L'intégration de la SR dans les plans d'actions l'attention aux aspects genre et environnement	4%	5%	5%	
L'intégration du VIH, dans les plans d'actions	100%	100%	100%	
<b>OUTPUT 3 : Dans les ZS appuyées l'HGR et un nombre limité de formations sanitaires de premier contact sont rationalisés par rapport l'accessibilité financière, à la qualité des soins et à la qualité de gestion. Ces formations sanitaires fonctionnent dans un système intégré conforme aux prescriptions de la SRSS.</b>				
Taux d'occupation Moyen par HGR	62%	80%	85%	
Durée Moyenne de Séjour par HGR	9 jours	<10jou	8 jours	



		rs		
Pourcentage de cas référé par les CS par rapport au nombre total de cas vus en consultation à l'HGR	43 %	>50%	52%	
Pourcentage de cas en hospitalisation qu'ont été référés par un centre de santé	53%	>50%	65%	
Taux de létalité hospitalière globale	8%	<5%	8%	
Taux de létalité hospitalière après 48 heures d'hospitalisation	53%	<50%	50%	
% de la population de chaque ZS adhérant à une mutuelle de santé.	<1%	>5%	6%	Seule dans la zone de santé de Kisantu une mutuelle est organisée
Nombre et le pourcentage d'accouchements assistés par du personnel professionnel formé	94%	>80%	98,6%	Dont 23.576 au CS et 3.247 dans les HGR sur 23.886 accouchements attendus
<b>OUTPUT 4 : L'apprentissage basé sur les évidences et expériences de terrain est assuré en vue de renforcer la politique de santé au niveau provincial et au niveau central</b>				
Le nombre de missions de supervision effectuées par le niveau central	4	4	0	
Nombre d'études de coûts réels réalisées	2	1	1	Costing de la DPS reformée
Nombre d'études réalisées sur la capacité à payer	0	0	1	Dans la zone de santé de Boma
Le nombre de sujets de réflexion faisant parti d'un dialogue politique sectoriel au niveau central auxquels le projet donne une contribution majeure	0	2	1	

## 2.2 Analyse des résultats

### 2.2.1 Dans quelle mesure l'intervention contribuera-t-elle à l'impact<sup>6</sup> (impact potentiel) ?

C'est encore tôt pour mesurer l'impact du projet ASSNIP -BC sur la réforme en cours et l'influence de cette dernière sur l'amélioration des capacités de gestion des ECZS et enfin l'amélioration de l'état de santé des populations de la province dans le cadre de lutte

<sup>6</sup> Terminologie : Impact = Objectif général ; Outcome = Objectif spécifique ; Outputs = Résultats attendus

contre la pauvreté. Avec l'intervention du projet, un mode de paiement forfaitaire de soins au niveau opérationnel a été instauré pour améliorer l'accès de la population aux soins. Chaque zone de santé a organisé son système de référence entre les deux échelons avec les moyens mis par le projet.

Les prestataires de soins pour améliorer la qualité de soins ont été appuyés par les équipes des zones et ces dernières étaient appuyées par l'équipe d'encadreurs de la province.

Au niveau des hôpitaux, structures les plus chères de la zone suite au paquet qu'ils offrent, le projet a soutenu un système de tarification préférentielle pour les patients référés par paiement d'une partie des soins (subsidés indirects) pour les soins des patients pris en charge. Ces subsidés indirects ont montré leur efficacité en termes des résultats dans les hôpitaux de Kisantu, Nselo et Ngidinga.

Il demeure cependant des préoccupations pour améliorer le revenu de la population afin d'accéder aux soins. Pour cela, une approche programme au niveau des zones d'interventions sera la bienvenue pour appuyer les autres secteurs de développement communautaire. La province du Bas-Congo n'étant pas une zone de concentration, seule le secteur santé est appuyé par la coopération au développement.

### 2.2.2 Dans quelle mesure l'outcome a-t-il été atteint ? Expliquez

La consolidation du système de santé par le projet ASSNIP BC a commencé par la mise en place des composantes de la réforme du secteur sanitaire au niveau intermédiaire en suivant les orientations de la SRRS et de son PNDS 2011-2015. La mise en place progressive de l'équipe cadre provinciale par la sélection de ses cadres a déclenché la dynamique de réorganiser du niveau intermédiaire selon l'esprit de la SRSS.

Le métier appui, cœur de la réforme, est en place à ce niveau et regroupe l'équipe des accompagnateurs qui contribuent largement à consolider le système de santé provincial par la dynamique de coaching des équipes cadres des zones afin d'impulser le développement des zones.

Les équipes de zones à leur tour supervisent les prestataires de soins en suivant les principaux axes de développement de la zone pour induire l'amélioration de l'accès et de la qualité de soins au sein des formations sanitaires.

Les expériences porteuses développées sur le terrain qui ont contribué à améliorer l'accès de la population ont été capitalisées pour alimenter le système de santé au niveau national. Les principaux résultats atteints sont :

1. L'amélioration du taux moyen d'utilisation des services au premier et deuxième échelon qui traduit la situation du terrain. Taux d'utilisation au 1<sup>er</sup> échelon 44% en 2014 et taux d'occupation moyens des lits au 2<sup>ème</sup> échelon 85% Cette amélioration dépend de deux éléments: la qualité des soins en amélioration progressive et le coût des soins abordable (tarification forfaitaire) appliqué dans toutes les ZS appuyées par le projet.
2. Les préalables pour améliorer la qualité des soins sont divers: *personnel* (formation, motivation, encadrement, leadership, le respect du code éthique et déontologique), *équipements* médicaux et non médicaux en bon état, disponibilité en *médicaments consommables* de bonne qualité et infrastructures adéquates.

Les principaux Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de cet objectif sont :

- La réorganisation du NI autour de quatre principaux métiers, acceptée par le Ministère de la Santé, est un avancement majeur dans le système pour mettre en place un niveau intermédiaire managérial en remplacement du NI bureaucratique.
- La mise en place des cadres pour animer les différents métiers par sélection sur gradient de compétence est le mode de recrutement adopté par le secteur de santé.

- L'accompagnement des ECZ et FOSA par les cadres du métier appui pour améliorer l'accès et la qualité des soins à contribuer pour développer les zones de santé.

Néanmoins, l'amorce non effective de la réforme au niveau central risque de freiner l'élan de réorganisation atteint au niveau intermédiaire de système de santé.

La décentralisation de l'administration sanitaire reste théorique et sa mise en œuvre est trop lente. Enfin, la faible intégration des actions financées par les programmes verticaux dans le système de santé gangrène le fonctionnement du système de santé à tous les niveaux.

Les informations sanitaires récoltées par les ECZ pour la prise de décision sont faiblement utilisées.

Par effet d'entraînement, avec les résultats atteints dans les zones d'intervention, le Ministère de la Santé a vulgarisé un nouveau cadre normatif pour les niveaux intermédiaires et opérationnel en lien avec sa stratégie sectorielle ; le déclenchement du processus de sélection des chefs des nouvelles divisions provinciales de la santé va faciliter la mise en œuvre de la stratégie.

### 2.2.3 Dans quelle mesure des outputs ont-ils été atteints ? Expliquez

O1: Selon la stratégie sectorielle, l'ECP est constituée du chef de la nouvelle DPS, des responsables de quatre principaux métiers, du chef de laboratoire et du responsable de l'hôpital provincial. Cette équipe mise en place devra piloter le plan provincial de développement de santé qui a au cœur le métier appui aux zones de santé.

Avec l'arrêté ministériel nommant le chef de la division et les chefs de bureau, la DPS Bas-Congo se met progressivement en place et prend forme étant donné que deux métiers jouent déjà leurs rôles.

Une ébauche de l'ECP est mise en place progressivement dans l'esprit de la stratégie sectorielle (voir figure 1) pour amorcer le pilotage de la SRSS. Deux fonctions dévolues à la DPS dont l'appui aux zones et la gestion des ressources sont fonctionnelles avec les moyens du projet. Pour le coaching des zones, le projet a réhabilité un cadre de travail, équipé des bureaux, doté les deux métiers en charroi automobile et suppléé à leurs frais de fonctionnement trimestriel.

O2 : Le projet a appuyé cinq zones de santé avec une population bénéficiaire globale égale à 808.663 habitants dont 218.317 à Boma, 170.234 à Kisantu, 178.639 à Lukula, 148.938 à Ngidinga et 90.525 habitants à Nselo. A part la zone de santé de Boma qui est urbaine, les quatre autres sont soit urbano-rurales ou rurales.

L'appui au fonctionnement des équipes-cadre de zones par les consommables de bureau, les moyens logistiques pour le charroi automobile et la motivation a permis d'asseoir l'esprit d'équipe et un renforcement des équipes-cadre de zones afin d'effectuer la supervision des centres de santé et des hôpitaux généraux des zones, activité principale des ECZ.

L'intégration de l'ensemble des équipes-cadre avec des responsabilités verticales et horizontales au sein des hôpitaux généraux de référence est une des réussites du projet au niveau opérationnel.

Les ECZ sont fonctionnelles avec un personnel permanent et motivé pour assurer la supervision des formations sanitaires de leurs responsabilités.

Avec la généralisation de la tarification forfaitaire non subsidiée pour les centres de santé et subsidiée pour les hôpitaux, les zones d'intervention ont amélioré l'utilisation des services et la fréquentation dans les hôpitaux. Par effet d'entraînement, les formations confessionnelles et privées ont abandonné la tarification par acte.

Les ECZ appuyées se sont approprié le mode de gestion des ressources mises en place avec l'appui du métier gestion, pour sécuriser le capital médicament des zones

(Instruction opérationnelle). Des logiciels de gestion ont été installés.

Disponibilité des médicaments dans toutes les zones : Une attention particulière a été orientée vers la gestion des médicaments (capital médicament) et les finances qu'ils génèrent afin d'assurer la pérennisation des MEG à la fin du projet.

O3 : L'amélioration de l'accès, de la qualité des soins, et de la gestion des centres de santé et hôpitaux de référence constituent la base de l'intervention du projet ASSNIP BC. Cette amélioration est secondaire au coaching des prestataires de soins par les ECZ, aux échanges d'expériences réussies entre les zones de santé.

Suite à cet encadrement, les structures de soins dans toutes les zones fonctionnent à ce jour, de façon intégrée entre les deux échelons.

La tarification forfaitaire, socle de la réforme du financement du système de santé pour la mise en œuvre de la Couverture Universelle est généralisée dans les cinq zones de santé.

Le système de référence charnière ouvrière entre les deux échelons s'est nettement amélioré et toutes les formations utilisent des outils décisionnels de soins dont les protocoles de soins dans les hôpitaux de référence et les ordinogrammes dans les centres de santé.

O4 : Le système de santé est en réorganisation après une période de dysfonctionnement. Avec la stratégie de renforcement du système de santé dont la mise en œuvre est appuyée par le projet, des expériences sont développées sur terrain. Des leçons sont tirées des évidences porteuses pour la capitalisation et reproduction. Tel est le cas de la tarification forfaitaire subsidiée au sein des hôpitaux (du district de la Lukaya), de l'encadrement des ECZ pour améliorer l'accès et la qualité des soins et du suivi de la gestion décentralisée des médicaments dans les structures de soins (pour sécuriser le capital médicament cas des zones de santé de Boma et Lukula).

#### **2.2.4 Dans quelle mesure des outputs ont-ils contribué à l'atteinte de l'outcome ?**

Après la première phase du projet, les ECZ et les structures périphériques étaient déjà organisées et fonctionnelles. Cette phase avait axé ses interventions sur le pilier prestation des soins et accès aux services de santé, afin d'améliorer la santé de la population ciblée. Ces acquis devraient être maintenus alors que la phase de consolidation a focalisé ses interventions au niveau intermédiaire pour que celui-ci encadre le niveau périphérique déjà bien organisé.

La réorganisation du NI et l'accompagnement en cascade du niveau périphérique par le niveau intermédiaire versus une inspection policière ont changé l'image de la nouvelle DPS en restructuration dans les zones de santé appuyées. L'ébauche de l'ECP mise en place par la restructuration en cours du niveau intermédiaire à travers les deux métiers et la fonctionnalité des ECZ en place dans les deux zones de santé ont contribué à restructurer la pyramide sanitaire. L'ECP à travers les cadres des différents métiers d'appui aux zones et gestion des ressources ont accompagné les équipes-cadres des zones sur les différents piliers de leurs plans de développement sanitaire afin d'améliorer davantage l'état de santé de la population.

#### **2.2.5 Appréciez les principaux facteurs d'influence. Quels ont été les enjeux majeurs rencontrés ? Comment l'intervention les a-t-elle pris en compte ?<sup>7</sup>**

La réorganisation d'une DPS managériale dans un contexte général de décentralisation de l'administration publique au niveau du secteur santé a connu des influences négatives politiques et institutionnelles. En effet, la décentralisation de l'AP n'est pas encore

<sup>7</sup> Ne mentionnez que les éléments non compris dans le point 1.1 (Contexte), le cas échéant.

effective et sa vulgarisation est en cours au niveau provincial et dans les entités territoriales décentralisées. Passé d'une organisation fortement centralisée à une décentralisation suppose la volonté politique suivi du transfert des charges, des compétences et des moyens.

L'implication des autorités provinciales n'a pas été totale suite à l'insuffisance de l'information et à la lenteur de l'effectivité du processus de décentralisation. De surcroît, la rationalisation du niveau intermédiaire et périphérique telle que prévue par la stratégie sectorielle a rencontré des résistances institutionnelles et individuelles. Le projet, a surmonté ces différents facteurs par la sensibilisation des acteurs et l'implication de tous les niveaux du MSP pour faire avancer sa politique au niveau provincial.

### **2.2.6 Appréciez les résultats inattendus, tant positifs que négatifs**

L'arrêté ministériel portant création des nouvelles DPS tel que prévu par la constitution du pays a été signé. Contre toute attente, le Ministère de la Santé a adopté et vulgarisé le nouveau cadre organique au niveau provincial, calqué sur le modèle à quatre fonctions principales appuyé par l'intervention.

Pour le recrutement des cadres, le mode de sélection des cadres aux différents postes basé sur le gradient de compétence est adopté. Le processus de sélection pour les différents chefs de division et les chefs des bureaux pour les quatre métiers est terminé et leurs mise en fonction est attendue. Quant au niveau opérationnel, toutes les zones de santé fonctionnent de façon intégrée. Le mode de tarification accepté dans les cinq zones est la tarification forfaitaire pour améliorer l'accès financier de la population aux soins. Quant au type de paiement, le prépaiement à travers les mutuelles est adapté compte tenu de son principe de solidarité même si l'adhésion reste très faible. Au niveau de l'hôpital général de Boma, une amélioration de la gestion des recettes issues de la vente des médicaments a été notée suivi d'une amélioration des indicateurs de gestion de la structure.

Avec l'appui du projet, un suivi de proximité à l'équipe dirigeante a été organisé par le métier gestion afin d'améliorer la gestion des ressources et maintenir le capital médicament. Par contre, une décapitalisation a été constatée à l'HGR de Kisantu à cause du non-respect du guide des soins.

### **2.2.7 Appréciez l'intégration des thèmes transversaux dans la stratégie d'intervention**

Le genre a été suffisamment pris en compte dans l'investissement des hôpitaux et centres de santé. Des maternités équipées sont construites dans les hôpitaux et centres de santé destinées à la prise en charge de la femme enceinte pendant la grossesse et l'accouchement. Les matières « genre spécifique » concerne la santé maternelle autour de laquelle les formations sur les audits cliniques et des décès se font dans les hôpitaux.

Les postes de responsabilité sont rarement occupés par des femmes. Seulement 20% des femmes occupent des positions de responsabilité au niveau des ECZS.

Le projet a pris en compte le traitement et la gestion des déchets biomédicaux dans les structures de soins en construction/réhabilitation. Sept centres de santé sont construits avec leurs annexes dont les fosses à placenta, les trous d'ordures, des sanitaires avec des fosses à ordures et des incinérateurs. Dans la province, la question de défense de l'environnement dépasse largement le secteur santé.

### **2.2.8 Dans quelle mesure le M&E, les activités de backstopping et/ou les audits ont-ils contribué à l'atteinte des résultats ? Comment les recommandations ont-elles été prises en considération ?**

Les différents résultats sont suivis sur base d'indicateurs qui font objet de monitoring mensuel dans les différentes zones de santé. Avec les activités de l'évaluation finales une attention particulière a été orienté sur le processus capital de la réforme du NI et en

particulier sur la gestion et la qualité des soins dans les structures de soins dans les hôpitaux de référence. Pour le NI, la réforme de la gestion a consisté, entre autre, à développer au niveau des provinces les compétences économiques et gestionnaires permettant d'articuler les différents flux financiers futurs, qu'ils soient nationaux, provinciaux ou provenant des partenaires. Cette recommandation a été prise en considération par l'organisation en collaboration avec le projet CTB/DLM par la formation sur un logiciel intégrateur au niveau de la DPS dans l'optique de mettre en place un panier commun « basket funding ».

Des stratégies sont en œuvre pour intégrer davantage les programmes spécifiques dans le système à travers le métier appui aux zones.

Concernant la qualité des soins, les infrastructures adéquates ont été construites / réhabilitées et équipées. Les formations sur les outils décisionnels ont eu lieu dans toutes les cinq zones de santé. Un atelier d'harmonisation des protocoles thérapeutiques dans les cinq hôpitaux a été organisé au bénéfice des prestataires de soins des structures de référence.

Les guides thérapeutiques sont mis en place dans tous les hôpitaux, bien que la qualité de soins reste encore à améliorer. Il s'agit de l'impact même de l'intervention qui sera atteint dans le cinq années à venir avec les interventions futures.

## Durabilité

### 2.2.9 Quelle est la viabilité économique et financière des résultats de l'intervention ? Quels sont les risques potentiels ? Quelles sont les mesures prises ?

**R1** : Le PPDS étant la résultante des PDZS est exécutée par l'ECP à travers l'accompagnement technique et le suivi de la gestion dans les zones de santé.

L'appui financier du PPDS est multi-bailleur dans un contexte de sous financement du secteur.

La mise en place des métiers devra remplacer progressivement les différents bureaux organisés au niveau de l'inspection provinciale de la santé.

Néanmoins, la démarcation entre l'inspection provinciale et la division provinciale n'étant pas encore nette, cela cause encore des confusions sur terrain par manque de clarification des responsabilités et de la feuille de route claire pour la mise en place des DPS par le niveau central. A la fin du projet, tous les autres bailleurs de fonds (UNICEF, GAVI/RSS et FM/RSS...) sont unanimes pour appuyer la nouvelle DPS dans sa forme restructurée, au vu des résultats bien que fragiles.

La Division Provinciale réformée en cours de restructuration ne sera viable que si son fonctionnement est budgétisé par le gouvernement provincial et/ou central au lieu de dépendre totalement de l'appui des PTF. Cette structure court le risque d'être moins performante si elle n'est pas prise en charge par l'Etat, surtout lors du retrait des principaux bailleurs de fonds. Un costing a été effectué avec l'appui du projet pour estimer son coût de fonctionnement afin que l'état prenne ses responsabilités dans le contexte de la décentralisation.

**R2** : Les ECZ sont fonctionnelles avec un personnel permanent et motivé qui assure la supervision des centres de santé de leur responsabilité.

Avec la généralisation de la tarification forfaitaire non subsidiée pour les centres de santé et subsidié pour les hôpitaux, les zones appuyées ont amélioré leurs structures de recettes et l'utilisation des services et la fréquentation dans les hôpitaux. Par effet d'entraînement,

les formations confessionnelles et privées ont abandonné la tarification par acte.

Les ECZ appuyées se sont approprié le mode de gestion des ressources mis en place avec l'appui du métier gestion pour sécuriser les médicaments. Pour la pérennisation du capital médicament, des Instructions opérationnelles de gestion ont été vulgarisée.

Pour la disponibilité des médicaments (capital médicament) dans toutes les zones, une attention particulière est orientée vers la gestion des médicaments et les finances qu'ils génèrent afin d'assurer la pérennisation des MEG à la fin du projet. Des Logiciels de gestion (finances et médicaments) ont été mis en place pour améliorer la gestion. Néanmoins, sans frais de fonctionnement dotés aux équipes cadre de zone, les recettes générées par les médicaments seront utilisées pour suppléer au fonctionnement de ces institutions à caractère social.

**R3** : Pour le volet rationalisation de la gestion des structures, des formations en cascades des cadres des zones de santé ont été formé en gestion des finances et des médicaments. Des logiciels de gestion financière et de médicament ont été installés au niveau des HGR appuyés.

Une augmentation des référés dans les structures de soins justifient de l'amélioration du système de référence d'une part et de l'occupation des lits.

La réhabilitation/construction des infrastructures de soins et dotation en équipements ont contribué à améliorer l'offre du PMA de certains centres de santé et l'offre du PCA de quatre hôpitaux. La disponibilité des médicaments dans les hôpitaux témoigne la maîtrise de la gestion des recettes générées par la vente des médicaments et du capital médicament.

Malgré les améliorations notées des difficultés existent encore et méritent une attention particulière pour la suite de l'intervention au niveau opérationnel :

-Le système de référence pose encore d'énormes difficultés dans la zone de santé de Boma où l'hôpital continue à être utilisé comme un centre de santé. Cette distorsion est due au retard qu'a pris la zone à rationaliser ses structures de 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> échelon suite à la médicalisation des centres de santé et la multiplicité des structures avec médecin en milieu urbain.

-La qualité des soins dans les structures est encore douteuse pour l'ensemble des zones de santé malgré les missions d'accompagnement, formation et outils décisionnels mis en place.

-Le court-circuit de la tarification forfaitaire a été aussi constaté dans certaines structures sanitaires. Certains actes ont été exclus dans le forfait à l'insu du projet ex : l'imagerie médicale, la transfusion sanguine et les examens de laboratoire poussés.

-Les interventions sélectives des partenaires de santé avec des appuis financiers importants sans souci d'alignement à la politique nationale de santé et respect des engagements auprès des bénéficiaires.

-Le manque du fond d'équité pour la prise en charge de la population la plus pauvre.

-Non-respect du moratoire sur les affectations des Ressources Humaines avec risque évident d'aggraver la pléthore déjà existante.

-Retards dans le processus de passation des marchés publics pour les centres de santé.

Résultats inattendus : Amélioration de la gestion des médicaments au sein de l'hôpital général de Boma après la décentralisation de la gestion par service.

**R4** : Généralisation du mode de paiement forfaitaire dans l'ensemble des zones de santé avec impact sur l'amélioration de l'accès aux soins. Le subventionnement des soins au sein des hôpitaux de référence du district de la Lukaya a amélioré l'occupation des lits avec réduction de mortalité hospitalière. L'accroissement du capital médicament à Lukula et Boma suite au suivi rapproché de la gestion des médicaments est l'œuvre d'un accompagnement couplé du projet avec le métier gestion de la DPS Matadi.

Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positifs ou négatifs) :

-Insuffisance d'appropriation du mode de tarification forfaitaire par le niveau intermédiaire afin de le généraliser dans la province. Lenteur dans le processus de mise en œuvre de la réforme.

Résultats inattendus: Subventionnement timide par l'Etat pour 3 hôpitaux généraux de référence

#### **2.2.10 Quel est le degré d'appropriation de l'intervention par les groupes cible et perdurera-t-elle au terme de l'assistance externe ? Quels sont les risques potentiels ? Quelles sont les mesures prises ?**

Pour le niveau provincial et opérationnel, l'organigramme de la DPS proposé est accepté et une implication massive des anciens cadres de l'IPS au processus de sélection pour la nouvelle DPS est observée.

Les nouvelles divisions provinciales ont été désignées par arrêté ministériel tel que prévoit la constitution de 2006, mais c'est la mise en œuvre effective de la décentralisation qui reste le seul goulot d'étranglement.

Pour la population ciblée, une grande satisfaction par rapport au système de tarification forfaitaire a été manifestée dans la zone de santé de Kisantu (Rapport d'enquête de la perception sur la mise en place de la tarification forfaitaire par les principaux détenteurs d'enjeux de la zone de santé de Kisantu). Néanmoins, un risque majeur reste le maintien de la tarification forfaitaire subsidiée dans les hôpitaux de référence au terme de l'intervention.

En effet, le DTF initial a prévu que la relève du projet soit assurée soit par un autre projet, la mutuelle de santé ou l'Etat congolais. A ce jour, seule la zone de Kisantu a un autre partenaire (MEMISA) pour la continuité de l'appui au fonctionnement.

#### **2.2.11 Quels ont été le niveau d'appui politique fourni et le degré d'interaction entre l'intervention et le niveau politique ? Quels sont les risques potentiels ? Quelles sont les mesures prises ?**

Le secteur de la santé étant sous financé par du budget de l'état, les goulots d'étranglements importants sont traités au niveau politique par le niveau central ou cours des réunions du comité des partenaires et de la structure mixte de concertation locale.

Tel est le cas de la mauvaise gestion des ressources dans la zone de santé de Boma. Néanmoins pour faire avancer le processus de réforme, certaines décisions dépassent même la SMCL. C'est le cas de la décentralisation effective de l'administration provinciale qui est trop lente suite aux enjeux politiques non maîtrisés par l'intervention. L'intégration de certains membres influents du COMPAR dans les SMCL des projets décentralisés est un atout majeur.

#### **2.2.12 Dans quelle mesure l'intervention a-t-elle positivement contribué à la capacité institutionnelle et de gestion ? Quels sont les risques potentiels ? Quelles sont les mesures prises ?**



Le mode d'exécution du projet est en régie avec forte coresponsabilité de l'homologue du chef de projet. Le projet ASSNIP BC apporte son appui technique, financier et matériel directement aux niveaux intermédiaire (DPS de Matadi) et périphérique (5 ZS) afin de leur permettre d'exécuter leurs activités.

Au niveau intermédiaire l'appui s'est résumé à la réorganisation de la nouvelle Division Provinciale de la Santé selon l'esprit de la SRSS et la mise en place des métiers appui aux zones et gestion des ressources.

Quant aux ZS, le projet a consolidé les acquis des phases précédentes dont : Le fonctionnement des équipes cadre des ZS, l'appui aux activités planifiés dans le PAO des zones, l'appui à l'offre du PMA et l'offre du PCA par la tarification forfaitaire dans les centres de santé.

Les activités qui ont été financées à tous les niveaux ont contribué à l'atteinte des principaux résultats du projet, sur base des orientations du DTF qui est l'émanation de la SRSS du pays. Les structures bénéficiaires ont élaboré leurs planifications opérationnelles avec budget.

C'est difficile de prévoir la durabilité de l'application de la tarification forfaitaire dans les formations sanitaires de deuxième échelon après l'arrêt du projet.

### 3 Apprentissage

#### 3.1 Enseignements tirés

L'appui mené par le projet pour appuyer la réforme du niveau intermédiaire a permis de mettre en place et de renforcer le rôle crucial des nouveaux métiers dévolus au niveau des DPS en remplacement qui est l'accompagnement des équipes des zones de santé.

L'encadrement des Equipe cadre au niveau des bureaux de ZS par le métier appui a amélioré sensiblement l'offre des services et la qualité des soins par les encadreurs provinciaux.

Le suivi de proximité du métier gestion avec l'assistance du projet a contribué à maintenir, à sécuriser le capital médicament des zones de santé et a amélioré la disponibilité des médicaments de qualité dans les structures.

La généralisation du mode de paiement forfaitaire et le pré paiement des soins dans l'ensemble des zones de santé ciblées a augmenté l'accès financier de la population aux soins et l'amélioration de l'utilisation des services de soins.

L'organisation de la continuité des soins par la mise en place d'un système de référence et contre référence rationalise les structures de deuxième référence.

La gestion décentralisée des médicaments au sein des différents départements des hôpitaux améliore le suivi, la traçabilité du flux des consommations, des recettes générées et la qualité des soins des patients par l'équipe-cadre de la zone et le niveau intermédiaire.

La tarification forfaitaire « subsidiée » au deuxième échelon n'est pas une bonne stratégie de sortie, puisqu'elle nécessite que l'Etat congolais ou un autre partenaire prenne le relai de la subvention conséquente pour appuyer le fonctionnement des hôpitaux. Dans la mesure du possible, la tarification forfaitaire devra être couplée par l'organisation des mutuelles de santé communautaire, pour jouer son rôle sur la qualité des soins et solidariser entre population pour diminuer la charge des soins sur le patient.

Le sous financement du secteur s'avère être le risque important du projet au cours de son implémentation.

En effet, ce goulot explique suffisamment la faible performance du système de santé confronté principalement à l'insuffisance de financement du secteur et à la lenteur dans la mise en place des réformes : (i) réforme des prestations pour une offre des soins de santé intégrés, continus et globaux ; (ii) rationalisation des ressources humaines ; (iii) réforme du niveau intermédiaire pour un appui technique efficace aux services de santé au niveau périphérique, etc.

Le faible financement du secteur oblige les ménages à prendre une part de plus en plus contraignante aux dépenses de santé. En outre, le système de santé est fortement dépendant de financements extérieurs dont celui destiné aux programmes verticaux et d'urgence qui vont entraîner au fil du temps sa fragmentation et son inefficacité.

Le désengagement technique et financier de la coopération belge au BC dans le contexte de sous financement du secteur de santé a pour risque la perte des acquis du fait de la fragilité des résultats

#### 3.2 Recommandations

Recommandations	Source	Acteur	Date limite
<i>Description des recommandations</i>	<i>Le sous-chapitre auquel se réfère la recommandation (p. ex., 2.4)</i>	<i>Le resp. de la recommandat.</i>	<i>Q1, Q2, Q3 ou Q4 de l'année N+1.</i>
Impulser le processus de décentralisation, enjeux crucial pour la mise en place du Système de Santé Intermédiaire et	2.2.10	Au Ministère de la Santé Publique	Q1

Périphérique efficace			
Définir au niveau provincial la stratégie de financement décentralisé la plus adéquate pour le niveau intermédiaire reformé et le niveau périphérique permettant d'articuler les différents flux financiers futurs, qu'ils soient nationaux ou provinciaux.	2.2.10	Au Gouvernement provincial	Q2
Poursuivre l'appui à la réforme des DPS, en apportant les moyens financiers nécessaires pour appuyer cette approche et envisager des appuis financiers décentralisés par une approche programme.	1.2	MSP et bailleurs de fonds	Q1, Q2, Q3 ou Q4
Institutionnaliser la tarification forfaitaire dans la province du Bas-Congo pour améliorer l'accès de la population aux soins de qualité et à moindre coût.	1.3	MSP et CTB	Q1 2015
Appuyer l'encadrement (Equipe Cadre provinciale et Equipe Cadre des ZS) à court terme dans une approche projet pour la DPS tout en apportant un soutien aux fonctionnements des ECZ et HGR. Cette approche pourrait permettre de documenter l'approche de la Tarification Forfaitaire subsidiée, sous réserve d'un contrôle plus strict des prestations effectives.	3.1	MSP et PTF pour les prochaines interventions	Q1, Q2, Q3 ou Q4
Intégrer davantage le financement des programmes verticaux « spécialisés » dans le système de santé.	2.3 et 2.4	DLM/MSP et CTB	Q1, Q2, Q3 ou Q4



## PARTIE 2 : Synthèse du monitoring (opérationnel)

### 1 Suivi des décisions prises par la SMCL

Décision à prendre				Action			Suivi		
Décision à prendre	Période d'identification	Timing	Source	Acteur	Action(s)	Resp.	Date limite	Avancement	Statut
Envisager une rencontre avec le Ministre des Affaires Étrangères et Coopération Internationale sur l'avenir des interventions de la Belgique dans le secteur de la santé au Bas-Congo en prévision de la visite du Ministre Belge de la Coopération au début du mois de juillet 2013	Q2 2013	1 mois	PV SMCL du 26/06/2013	MSP	Préparer un mémorandum à l'intention du Ministre de la coopération internationale approuvé par le Gouverneur	Ministère provincial de la Santé	Fin juillet 2013	Le mémorandum a été présenté, le PIC 2014-2015 prévoit que Bas-Congo soit appuyé par les fonds d'expertise dans le cadre de la sortie de la coopération bilatérale	urgent
Organiser un atelier de réflexion sur la pérennisation des acquis et l'élaboration d'un plan de sortie de la tarification forfaitaire subventionnée dans les HGR appuyés sur financement de la CTB	Q2 2013	Avant la fin du projet	PV SMCL du 26/06/2013	Projet et MSP	Les Tdr ont été élaborés mais l'activité n'a pas eu lieu suite au lancement du processus de sélection des chefs de DPS.	Projet	Décembre 2013	Les principaux acquis ont été identifiés et les thèmes de réflexion sont en documentation pour la capitalisation	
Relancer le plaidoyer pour la réhabilitation de l'HGR de Boma afin de lui permettre d'assurer son statut d'hôpital de référence secondaire de la province.	Q2 2013	Permanent	PV SMCL du 26/06/2013	MSP	Insérer la réhabilitation de l'HGR Boma sur la liste du projet PESS du gouvernement	MSP	Décembre 2013	Suit à l'insuffisance des moyens l'HGR Boma n'a pas été retenu dans le cadre de ce projet	
Accélérer le processus de sélection pour la réorganisation de la DPS Bas-Congo	Q2 2013	Avant la fin du projet	PV SMCL du 26/06/2013	MSP	Préparation des projets d'arrêtés	MSP	Permanent	Le cadre organique du MSP est déjà signé, le processus de sélection des cadres des nouvelles DPS est déclenché	
Elaborer un chronogramme actualisé des marchés publics en	Q2 2013	Avant la fin du	PV SMCL du 26/06/2013	Projet ASSNIP	Contacteur l'architecte de la CTB	CTB	Avant la fin du	Tous les MP ont été lancés, à part pour	

exécution et en préparation.			projet		BC				la construction de trois centres de santé	
Poursuivre le plaidoyer pour la réhabilitation et l'équipement de l'HGR de Boma	Q2 2013	Permanent	PV SMCL du 26/06/2013	MSP		Insérer la réhabilitation de l'HGR Boma sur la liste du projet PESS du gouvernement	MSP	Décembre 2013	Suit à l'insuffisance des moyens l'HGR Boma n'a pas été retenu dans le cadre de ce projet	
Définir au niveau provincial la stratégie de financement décentralisée la plus adéquate pour le niveau intermédiaire réformé et périphérique	Q42014	Permanent	SMCL du 08/11/2014	MSP		Au cours de la réunion du CNP	MSP	Avant la fin du projet		
Organiser, avant la fin de l'année 2014, un atelier de réflexion sur la pérennisation des acquis de l'intervention afin de dégager les stratégies pour assurer la viabilité des structures appuyées après le retrait du projet	Q42014	Permanent	SMCL du 08/11/2014	DPS		En collaboration avec la DEP	DPS	Avant la fin du projet		
Mettre à la disposition du Ministère Provincial de la Santé les documents ayant trait aux Créances de la Banque Congolaise en faillite afin de lui permettre d'appuyer le processus de recouvrement.	Q42014	Permanent	SMCL du 08/11/2014	ZS		MSP	ZS	Avant la fin du projet		

## 2 Dépenses

### Exportez un aperçu des dépenses de FIT (à actualiser au 31/12/2014)

#### Budget vs Actuals (Year to Month) of RDC1015711

Project Title : Projet d'appui au système de santé aux niveaux intermédiaire et périphérique (MSSMIF 1) dans le Bas-Congo : phase de consolidation des acquis

Budget Version: D02

Currency: EUR

Year to month: 30/09/2014

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

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2013	Expenses 2014	Total	Balance	% Exec
<b>A OBJECTIF SPECIFIQUE : CONSOLIDER LE SYSTEME DE</b>								
<b>01 R1: l'IECP est fonctionnelle et placée dans les conditions</b>								
01 Appui au fonctionnement/encadrement de l'IECP,		REGIE	511,000,00	4,294,252,31	43,223,94	532,517,43	-22,517,43	104%
02 Appui en réhabilitation et équipement (y inclus véhicule:)		REGIE	424,000,00	304,877,13	43,223,94	443,101,07	-13,101,07	104%
02 R2: Les équipes cadres en place dans les ZS de Lukula,		REGIE	361,000,00	314,116,36	0,00	314,116,36	-4,116,36	106%
01 Appui au fonctionnement des ECZS		REGIE	357,574,00	342,026,46	43,428,87	385,455,33	-17,811,33	105%
02 Appui en réhabilitation et équipement		REGIE	10,000,00	13,227,52	0,00	13,227,52	-3,227,52	130%
03 R3 Dans les deux ZS de Boma, Lukula, Kisantu, Nsele et		REGIE	5,029,000,00	3,420,394,97	1,769,485,10	5,189,880,07	-43,745,93	92%
01 Travaux/ Equipements CS (y compris étude et suivi)		REGIE	672,344,00	51,825,00	388,874,72	447,530,00	224,813,38	67%
02 Travaux / Equipements HSR (y compris étude et suivi),		REGIE	3,492,164,00	2,238,104,49	1,281,353,10	3,499,417,59	-7,363,59	100%
03 Appui au fonctionnement des HSR y inclus outils		REGIE	1,279,500,00	1,069,319,39	88,966,43	1,158,285,82	121,637,18	91%
04 Appui au fonctionnement des CS y inclus appui aux CIRI		REGIE	64,091,00	1,892,21	12,951,91	14,844,12	50,146,88	23%
05 Appui Mutuelles		REGIE	51,840,00	5,713,34	1,122,90	6,836,24	44,103,76	13%
06 Appui ITM		REGIE	66,284,00	46,869,64	15,176,04	61,885,68	4,368,32	93%
04 R4 Durant le projet des leçons basées sur des évidences		REGIE	151,000,00	42,840,39	58,338,93	101,279,32	49,520,68	67%
01 Appui à la réflexion au niveau opérationnel		REGIE	112,000,00	28,259,26	45,895,58	74,154,84	38,845,16	68%
02 Appui à la capitalisation, l'ex intermédiaire et central		REGIE	38,000,00	14,581,13	12,443,35	27,124,48	10,875,52	71%
<b>X RESERVE BUDGETAIRE</b>			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%
01 Réserve budgétaire			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%
01 Réserve budgétaire régie		REGIE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%
<b>Z MOYENS GENERAUX</b>								
01 Frais de personnel		REGIE	624,000,00	687,877,94	123,144,66	811,022,60	112,877,40	88%
		REGIE	7,889,275,00	5,200,326,41	2,121,118,06	7,321,443,47	561,831,53	83%
		COGEST						
<b>TOTAL</b>		<b>TOTAL</b>	<b>7,889,275,00</b>	<b>5,200,326,41</b>	<b>2,121,118,06</b>	<b>7,321,443,47</b>	<b>561,831,53</b>	<b>83%</b>



Project Title : **Projet d'appui au système de santé aux niveaux intermédiaire et périphérique (ASSUP 1) dans le Bas-Congo - phase de consolidation des acquis**

Year to month : 30/09/2014

Budget Version: **D02**  
 Currency : **EUR**  
 YTM : **Report (incluables) all closed transactions until the end date of the chosen closing**

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2013	Expenses 2014	Total	Balance	% Exec
01 AT National (Phase de For) en CT		FREE	0.00	-482,455.43	72,826.31	555,281.74	104,715.26	84%
02 PRAF 2/5 plans à la CAS		FREE	254,275.00	165,422.57	50,315.35	246,737.92	3,242.74	97%
02 Frais de fonctionnement		FREE	254,275.00	213,044.70	56,153.74	269,198.44	-15,013.50	106%
01 Frais de fonctionnement AT		FREE	73,000.00	69,667.94	4,007.53	82,674.37	-20,674.37	128%
02 Appui fonctionnement CAS		FREE	181,275.00	124,027.42	52,106.21	176,213.63	5,101.37	97%
03 Suivi, évaluation, audit		FREE	50,000.00	9,950.44	27,436.63	31,384.93	18,600.03	63%
01 Evaluation finale + autres projets + accompagnement		FREE	50,000.00	9,950.44	27,436.63	31,384.93	18,600.03	63%
09 Conversion rate adjustment		FREE	0.00	118.66	-136.81	-18.35	18.35	7%
08 Conversion rate adjustment		FREE	0.00	118.66	-136.81	-18.35	18.35	7%

REGIE	7,869,275.00	6,260,925.41	2,121,118.06	7,521,443.47	61.63
COGEST					
TOTAL	7,869,275.00	6,260,925.41	2,121,118.06	7,521,443.47	61.63





### 3 Taux de décaissement de l'intervention

Source de financement	Budget cumulé	Dépenses réelles cumulées	Taux de déboursement cumulé	Commentaires et remarques
<b>Contribution directe belge</b>	7.883.245 Euro			Le budget par résultat a été réaménagé par la SMCL
<b>Contribution du pays partenaire</b>	ND	ND	ND	Le pays partenaire a contribué par la prise en charge de son personnel, ses infrastructures, l'électricité et l'eau
<b>Autre source</b>	ND	ND	ND	Les autres PTF ont au même moment donnés leurs appuis aux structures appuyées : GAVI RSS, FM, JICA, SCLCD, LUMOS, UNICEF, OMS,

#### 4 Personnel de l'intervention

Personnel (titre et nom)	Genre (H/F)	Durée de recrutement (dates début et fin)
1. Personnel national mis à disposition par le pays partenaire :	1	Consultance pour l'évaluation finale du projet
2. Personnel d'appui, recruté localement par la CTB :	7 dont une femme	Mars 2012 à Décembre 2014
3. Personnel de formation, recruté localement :	2	Mai 2012 à Juin 2014
4. Personnel international (hors CTB) :	1	Consultance pour l'évaluation finale du projet
5. Experts internationaux (CTB) :	3	Mars 2012 à Juin 2014

PROGRAMMATION - MARCHES PUBLICS 2012 (mise à jour du 20 novembre 2012)

Service Santé

N°	N° WP attribué	Legislation	Projet	Intitulé	Description	Type	Devise	Montant euros (estimé/mâché)	Code Budgétaire	Fournisseur	Mode de passation	Etat d'avancementCTD	Bat d'avancementDdn	Finalisation réductions spécificités techniques	Préparation DAO	Dates clés			Baccion
																Publication	Attribution	Baccion	
RDC101571104 MP3		FED	RDC 1015711	Réhabilitation de 2 CS dans la ZS de Kisantu (RDC) Durée exécution estimée 6 mois Phase 1 (04 n°1 non attribué dans le cadre du RDC101571104) Suivi des travaux par le SDU (avenant au RDC101571102 - code 820 euros)	Rehabilitation CS de Nsindu et Kinokwa (CS de Kisantu)	Travaux	Eur	146 000 A_03_01		CIT	Procédure négociée concurrentielle	ATTRBUE	ATTRBUE	juin-12	octobre 2012	novembre 2012 à mars 2013 (30 jours)	mai 2013	juin 2013 à octobre 2013	
RDC101571101 MP4		FED	RDC 1015711	Réalisation Plan Directeur, construction et réhabilitation HGR Kisantu (plan architectural réalisé par DDV - Arcadis MF 978) Durée des travaux estimée 14 mois Suivi des travaux via RDC101571105	Construction et réhabilitation HGR Kisantu	Travaux	Eur	1 350 000 A_03_02		DEMATECO, BEATECH, SAFRIMEX	Appel d'offre ouvert local	TRAVAUX EN COURS	TRAVAUX EN COURS	juin-12	juillet-août 2012	septembre à novembre 2012 (60 jours) -> 18/11/2012	décembre 2012	janvier 2013	
RDC101571105 MP5		FED	RDC1015711	Suivi et coordination des travaux de construction et réhabilitation de HGR Kisantu (MP lié au précédent) Durée estimée des travaux 12 mois	Etudes complémentaires et suivi des travaux de construction et réhabilitation HGR Kisantu	Services	Eur	150 000 A_03_02		DDV	Procédure négociée concurrentielle	SUIVI DES TRAVAUX EN COURS	SUIVI DES TRAVAUX EN COURS	juin-12	nov-décembre 2012	septembre à octobre 2012 (30 jours) -> 26/10/2012	novembre 2012	janvier 2013	
RDC101571102 MP6		FED	RDC1015711	Suivi des travaux par DDV (prestations complémentaires par rapport au marché initial RDC101571102) Durée estimée des travaux	Conception des phases 2 et 3 des plans directeurs de 2 HGR (Neslo et Ngidiga)	Services	Eur	36 272,50 eur A_03_02		DDV	Procédure négociée concurrentielle sur base d'une seule offre	/	/	juin 2012 (Alain VDB)	juil-12	/	juillet 2012	octobre 2012 (planement) + suivi des travaux 19	
RDC101571106 MP7		FED	RDC1015711	Réhabilitation et construction 2 HGR y compris le suivi des travaux (10% du montant total) : HGR Nsindu phase 2 (04 n°1) -> 3 lots HGR Ngidiga phase 2 (04 n°2) -> 3 lots Durée estimée des travaux 12 mois Suivi des travaux par DDV (RDC101571102 voir ci-haut)	Exécution des travaux de réhabilitation et construction, phases 2 et 3 des plans directeurs de 2 HGR (Neslo et Ngidiga) Estimation cod : HGR Neslo (phase 2) 1 000 000 eur + (phase 3) 122 000 eur HGR Ngidiga (phase 2) 127 000 eur	Travaux	Eur	367 000 A_03_02		SAJAK CONSTRUCT (7)	Appel d'offre ouvert local	Evaluation terminée A attribuer à Sajak	Evaluation terminée A attribuer à Sajak	fin septembre 2012 (DDV)	octobre/novembre 2012	janvier/fevrier 2013 (60 jours)	mai 2013	juin 2013	
RDC101571101 MP8		FED	RDC1015711	Construction de deux CS (2) dans la ZS de Boma KIMBANGU A et suivi des travaux	Exécution des travaux de construction y compris le suivi des travaux (10% du montant total) de 2 CS dans la ZS de Boma CS de durée estimée des travaux 6 mois	Travaux	Eur	750 000 A_03_01			Appel d'offre ouvert local	STANDARDS TECHNIQUES DISPONIBLES Titres de référence de la répartition du marché	DAO à rédiger par JM Labs	Fin juillet 2013	juin 2013	août 2013 (60 jours)	septembre 2013	octobre 2013 - mars 2014	
RDC101571109 MP9	N/A	FED	RDC1015711	Equipement de base pour les CS de nouvelle construction sous ASSNP 3 (Médèle et Krizur - Termes sous ASSNP 3) 60 000eur	Achat équipement médical et non médical (référence réhabilitation HGR Ngidiga - ATN il faut rester sous la seuille de 60 000eur	Biens	Eur	59 999 A_03_01			Procédure concurrentielle L'adjudicataire devra préparer les spécifications techniques et les prix indicatifs du projet CDR pour transmission à JM Labs	DAO à amener	DAO à amener	juin-13	juillet 2013	juillet 2013	août 2013	septembre 2013 - novembre 2013	
RDC101571109 MP9		FED	RDC1015711	Construction d'équipement technique et suivi des travaux (10% du montant total) Durée exécution estimée 6 mois	Coût des travaux estimé à 220 000 eur (référence réhabilitation HGR Ngidiga - RDC101571104 - 800eur)	Travaux	Eur	220 000 A_03_02			Procédure négociée concurrentielle	Spécifications techniques à finaliser par DDV 77777 (à transmettre par JM VDB) Finalisation DAO à rédiger par JM Labs	Spécifications techniques à finaliser par DDV 77777 (à transmettre par JM VDB) Finalisation DAO à rédiger par JM Labs	dec-12	mai 2013	juin-juillet 2013 (30 jours)	août 2013	septembre 2013 - mars 2014	
RDC101571108 MP10		FED	RDC1015711	Equipement médical et non médical 4 HGR (Kisantu, Neslo, Ngidiga et Lukua) Durée exécution estimée 6 mois (selon fusion avant 14-2013)	ATIATN ont suggéré d'attribuer LOT 1 et LOT 5	Biens	Eur	800 000 A_03_02		ITALTREN (7)	Appel d'offre ouvert international	Spécifications techniques élaborées (Alain VDB)	Spécifications techniques à remettre à Dan en octobre 2012	octobre 2012 (Alain VDB)	octobre/novembre 2012	janvier / fevrier 2013 (60 jours)	mai 2013	juin 2013 à avril 2014	
RDC101571107 MP11		FED	RDC1015711	Equipement d'équipements d'identification des et de communication interne dans les ZS de Neslo et Ngidiga (pour les bureaux des ZS)	Equipement	Biens	Eur	17 400 A_03_01		AMENET	Procédure négociée concurrentielle	Spécifications techniques réalisées - Elaboration par Alain VDB	Achat en suivant la procédure FED	nov-12	mars 2013	avril 2013	mai 2013	juin 2013	

## 6 Accords d'exécution

### Suivi des engagements

RDC1015711  
ASSNIP BC

Code Navision	MP	Ligne budget	Estimé	Attribué	Payé fin février 2014	% exéc. financière	Solde	Répartition du solde		
								2014 Q1 (mars)	2014 Q2 et svts	
RDC1015711		A_03_02		1.502.116	1.267.692	84%	234.425	10.144	224.281	travaux HGRKisantu (attribué)
		A_03_02		30.000	0	0%	30.000		30.000	travaux HGRKisantu (attribué) - Imprévu
RDC1015711/01		A_03_02	30000	36.273	16.473	45%	30.000		30.000	GE HGRK : Raccordement plateau SNEL + alimentation pédiatrie (SETREMA - at
RDC1015711/02		A_03_02		44.583	44.583	100%	19.801		19.801	conception phase 2&3 Nselo, Ngidinga + suivi (attribué)
RDC1015711/03		A_01_01		6.759	6.759	100%	0		0	réhabilitation DPS Mataadi (attribué)
RDC1015711/04		A_02_01		160.137	96.465	60%	63.672	54.843	0	réhabilitation CS Kikonka et Ngandu-Résilié-GIT
RDC1015711/05		A_03_01		6.900	0	0%	6.900		6.900	réhabilitation CS Kikonka et Ngandu Attribué BAJAC
RDC1015711/06		A_03_02		149.640	121.615	81%	28.025		28.025	étude et suivi travaux HGRKisantu (attribué)
RDC1015711/07		A_03_02		169.786	138.131	81%	31.655	28.490	3.166	Lot 1 - travaux phase 2&3 Nselo, Ngidinga (attribué)
RDC1015711/08		A_03_02		149.657	120.515	81%	29.142	26.228	2.914	Lot 2 - travaux phase 2&3 Nselo, Ngidinga (attribué)
RDC1015711/09		A_03_02		165.184	145.664	88%	19.520	300	19.220	Lot 3 - travaux phase 2&3 Nselo, Ngidinga (attribué)
RDC1015711/10		A_03_02		361.946	144.578	40%	217.368		217.368	Lot 4 - équipements médicaux 4 HGR (attribué)
RDC1015711/09a		A_03_02		123.158	49.263	40%	73.895		73.895	Lot 5 - équipements médicaux 4 HGR (attribué)
RDC1015711/09b		A_03_02		412.439	164.975	40%	247.464		247.464	Lot 6 - équipements médicaux 4 HGR (attribué)
RDC1015711/09c		A_03_02		148.111	44.433	30%	103.678		103.678	réhabilitation HGR Lukula (en attribution)
RDC1015711/09d		A_03_02		80.000	0	0%	80.000		80.000	HGR Lukula - Imprévu
RDC1015711/09e		A_03_02		9.200	9.200	100%	0		0	réhabilitation HGR Lukula - conception cahier technique (attribué)
RDC1015711/10		A_03_01		99.828	0	0%	99.828	29.948	69.879	construction CS : ZS Boma - CS Kimbangu A - Attribué à Beatech mars 2014
RDC1015711/10		A_03_01		99.828	0	0%	99.828	29.948	69.880	construction CS : ZS Boma - CS Boma Ville - Attribué à Beatech mars 2014
RDC1015711/10		A_03_01		106.245	0	0%	106.245	31.874	74.372	construction CS : ZS Lukula - 1 CS Moenge - Attribué à DRIDA mars 2014
RDC1015711/10		A_03_01		45.000	0	0%	45.000		45.000	construction CS - Imprévu
RDC1015711/XX		A_03_01		59.035	0	0%	59.035		59.035	Equipement médical de base pour 7 CS - Achat CAAMEBO et CAMEKIS, commande en nov 13. Attende livraison
RDC1015711/XX		A_03_01		14.038	0	0%	14.038	4.211	9.826	Mobilier pour 6 CS (attribué en mars 2014)
RDC1015711/XX		A_03_02	45.000		0	#DIV/0!	45.000		45.000	Electrification solaire HGR Nselo (à lancer)
RDC1015711/XX		A_03_01	20.000		0	#DIV/0!	20.000		20.000	Suivi travaux HGR Lukula et construction 3 CS (à lancer)
<b>Total</b>			<b>95.000</b>	<b>3.979.864</b>	<b>2.370.345</b>	<b>60%</b>	<b>1.704.519</b>	<b>215.987</b>	<b>1.488.532</b>	
				4.074.864	1.609.519		4.074.864		1.704.518	
					-95.000					

7 Équipements

Type d'équipement	Coût(€)		Date de livraison		Remarques
	budgeté	Réel	budgeté	réel	
Achat des 2 véhicules pour l'accompagnement de l'ECP de la DPS du Bas-Congo.	70.000	68.471	Mars 2012	Novembre 2012	
Achat des 5 véhicules pour la supervision des ECZ aux formations sanitaires des zones de santé appuyées	175.000	169.720	Mars 2012	Novembre 2012	
Achat des équipements informatiques pour les encadreurs de la DPS Bas-Congo (ordinateurs et imprimantes)	5.000	6.557	Mars 2012	Aout 2012	
Achat des équipements informatiques pour les équipes cadres des zones de santé appuyées	10.000	6.038	Mars 2012		
Achat des Kits internet pour les bureaux centraux de Nselo et Ngidinga	17.400	20.444	Mars 2012		
Achat de deux motos de supervision pour les zones de santé de Boma et Lukula	3.962	7.550	Mars 2012	Juin 2013	
RDC1015711/08 : Achat des équipements médicaux pour les hôpitaux de Kisantu, Nselo, Ngidinga et Lukula	693.000	897.543	Octobre 2013	Mars 2014	
La climatisation du plateau médicoteknique et des deux ailes d'hébergement hospitalier à Kisantu	0	27.951			
Equipement de base pour les CS de nouvelle construction: ZS de Nselo	59.999	59.035	Novembre 2013	Avril 2014	

et Ngidinga: CS de Malele et Kinzau - Termes sous ASSNIP 3), Nkandu, Kikonka, Boma ville, Kmbangu A et Moenge.							
Mobiliers en bois pour les Centres de santé réhabilités/construits	15.000	14.038	Octobre 2013	Mai 2014			
Kits phonies pour la zone de santé de Ngidinga	0	3.846	Janvier 2014	Avril 2014			
Fourniture de deux motos pour les zones de santé de Boma et Lukula		7.600	Juin 2013				
Fourniture de deux motos pour les centres de santé de Kmbangu A et KinkosiLuidi et un Groupe électrogène pour le centre de santé de Kinkosi Luidi	20.000		Novembre 2014				

8 Cadre logique original tiré du DTF :

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses
<b>OG</b>	<p><b>Objectif général :</b> Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans les zones d'intervention dans le cadre global de lutte contre la pauvreté</p>	<p>OMD 3, 4 et 5</p>	<p>Enquêtes EDS, MICS...</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le contexte politico-militaire demeure stable et ne provoque aucun changement de nature à induire une interruption de la coopération</li> <li>Une actualisation des conventions entre l'état congolais et le secteur confessionnel.</li> <li>La situation socio-économique s'améliore et entraîne une amélioration du pouvoir d'achat de la population</li> <li>Un engagement significatif de l'Etat dans le financement de la santé</li> </ul>
<b>OS</b>	<p><b>Objectif spécifique :</b> Le système de santé du Bas-Congo est consolidé de manière durable à travers le renforcement de la DPS et des ZS ciblées</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux d'utilisation des services curatifs et préventifs de premier échelon (CS) dans les ZS ciblées</li> <li>Taux d'utilisation des services curatifs de première référence par service (pédiatrie, médecine interne, maternité, chirurgie) dans les HGR des ZS ciblées</li> </ul>	<p>Registres SNIS premier contact et premier niveau de référence Collecte d'informations spécifiques dans les 2 HGR</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le processus de réforme du secteur de la santé se poursuit</li> <li>Le processus de réforme de la fonction publique se poursuit</li> <li>Le processus de décentralisation territoriale se poursuit avec la mise en application pratique des prescriptions de la Constitution (passage à 26 provinces, disparition de la fonction "District sanitaire" ...)</li> <li>Pas d'affectation non justifiée de personnel dans les formations sanitaires</li> <li>Les modalités de poursuite de l'appui aux administrations et structures de soins appuyés par le projet sont identifiées par l'Etat</li> </ul>
<b>R1</b>	<p><b>Résultat Attendu N° 1</b> l'ECP assure l'appui aux ZS et est placée dans des conditions optimales pour piloter la mise en œuvre du PPDS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de supervisions réalisées par ZS par l'ECP avec rapport ;</li> <li>Nombre de réunions de l'ECP avec PV</li> <li>Nombre de CPP annuels et de réunions thématiques connexes avec PV</li> <li>nombre de membres de l'ECP effectivement sélectionné sur base de leurs compétences, tenant compte de l'aspect genre</li> </ul>	<p>Rapport de l'ECD; visites d'inspection contrôlé par le niveau central (D5 DEP); Rapports des ECZs; rapports de l'AI</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en place du cadre organisationnel de la Division Provinciale de La Santé en 4 métiers.</li> <li>Présence d'un plan de développement consolidé et validé par le Conseil d'Administration</li> <li>Les différents partenaires au niveau provincial et local intègrent leurs activités dans le Plan Provincial de Développement Sanitaire dans une logique horizontale s'orientant vers un SWAP provincial</li> </ul>
<b>R2</b>	<p><b>Résultat Attendu N° 2</b> Les équipes cadres en place</p>	<p>Nombre de PAO officiellement</p>	<p>Visites d'inspection contrôlé</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recrutement Independent du personnel de l'ECP (en fonction</li> </ul>

	<p>dans les ZS de Lukula et Boma de Kisanitu, N'Selo et Ngindinga assurent l'encadrement des formations sanitaires de premier contact (CS) et de premier niveau de référence (HGR) conformément aux directions données par la SRSS en permettant la poursuite de l'expérimentation de la mise en œuvre de cette stratégie.</p>	<p>adoptés par le CA de la ZS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de supervisions intégrées de CS réalisées dans chaque ZS avec rapport.</li> <li>- Nombre de visites d'inspection contrôle effectuées par l'IECP/DPS.</li> <li>- % des membres de l'ECZ qui font régulièrement des supervisions dans les CS;</li> <li>- Le % de femmes dans les structures de gestion aux différents niveaux ;</li> <li>- L'intégration de la SSR et le VIH, l'attention aux aspects genre et environnementaux dans les plans d'actions opérationnels officiellement adoptés par le Conseil d'administration de la ZS</li> </ul>	<p>par l'IECP/DPS; Rapports annuels des ECZ PAO; rapports SNIS;</p>	<p>de critères objectifs)</p>
<p><b>R.3</b></p>	<p><b>Résultat Attendu N° 3</b> Dans les ZS appuyées l'HGR et un nombre limité de formations sanitaires de premier contact faisant partie de la carte sanitaire de la ZS, sont rationalisées par rapport l'accessibilité financière, à la qualité des soins et à la qualité de gestion. Ces formations sanitaires fonctionnent dans un système intégré conforme aux prescriptions de la SRSS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- TOM et DMS par service dans les HGR</li> <li>- Pourcentage de cas référé par les CS par rapport au nombre total de cas vus en consultation à l'HGR.</li> <li>- Pourcentage de cas en hospitalisation qui ont été référés par un centre de santé</li> <li>- Taux de létalité hospitalière globale et après 48 heures d'hospitalisation</li> <li>- montant moyen de la contribution du patient par type de forfait et le % des recettes que représente cette contribution.</li> <li>- % de patients envoyés en hospitalisation parmi les patients référés en consultation.</li> <li>- % de la population de chaque ZS adhérent à une mutuelle de santé.</li> <li>- Nombre et le pourcentage d'accouchements assistés par du personnel professionnel formé</li> </ul>	<p>Rapport SNIS; rapport de supervision des ECZ de l'IECP et de l'AT</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de remise en cause de la composition du personnel ; stabilité du personnel en place</li> <li>• Pas de siphonage de fonds de recettes de formations sanitaires vers l'administration hiérarchique (gestion transparente des fonds de la ZS et redistribution intégrale aux formations sanitaires) selon des critères objectifs</li> <li>• Offre de service locale adéquate en matière de travaux de réhabilitation/ construction</li> <li>• Le réseau FEDECAME/ CDR est fonctionnel</li> <li>• Il existe une négociation entre les ZS impliquées dans le projet et les représentants de l'Armée congolaise sur les modalités de remboursement des frais de soins prodigués gratuitement aux familles des hommes en uniformes</li> </ul>



<b>R-4</b>	<p><b>Résultat Attendu N° 4 :</b> L'apprentissage basé sur les évidences et expériences de terrain est assuré en vue de renforcer la politique de santé au niveau provincial et au niveau central</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le nombre de missions de supervision effectuées par le niveau central</li> <li>- Nombre d'études de coûts réels réalisées</li> <li>- Nombre d'études réalisées</li> <li>- Le nombre de sujets de réflexion faisant parti d'un dialogue politique sectoriel au niveau central auxquels le projet donne une contribution majeure.</li> </ul>	<p>Journaux internationaux de santé publique ; rapports centraux</p>	
------------	---	---	--	--

Avec l'appui du projet, plusieurs expériences de terrain ont été en expérimentation parmi lesquelles l'amélioration de la qualité des soins au niveau opérationnel par un accompagnement en cascade, l'amélioration de l'accès aux soins par la mise en place du système de tarification forfaitaire subsidié aux niveaux des hôpitaux de référence, le maintien du capital médicament par la décentralisation de la gestion aux services et le suivi rapproché par les ECZ et le métier gestion.

De ces expériences seules les expériences sur le maintien du capital médicament par la décentralisation de la gestion et le suivi et l'amélioration de l'accès aux soins par la mise en place du système de tarification forfaitaire (avec ou sans subsides) ont été capitalisées. Un livret reprenant décrivant ces expériences est disponible dans le centre de la documentation de la Direction d'étude et de planification du Ministère de santé Publique. Le risque d'abandonner les autres expériences porteuses par leur fragilité et le manque d'appropriation reste l'inquiétude du projet et du ministère de la santé. Les parties prenantes sont d'avis que l'accès aux soins s'est nettement amélioré depuis que le projet a appuyé la généralisation du forfait dans ses zones d'interventions néanmoins aucune disposition n'a été pris au niveau intermédiaire pour le suivi et la reproduction de ces expériences dans les autres zones de la province du Bas-Congo non appuyées par le projet. La multiplication des modes de paiement de soins dans la même province sanitaire telle que le financement basé sur les performances, l'approches kits familiaux avec un payement des soins basés sur des coupons et le carnet de santé de prise en charge pour les populations vulnérables (femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans), la tarification par acte décriés par le ministère de la santé risque d'annihiler les efforts consentis par l'intervention du projet.