BTC CTB

RAPPORT FINAL

RDC0708711
ASSNIP - volet Bas-Congo, district de la Lukaya

INFORMATIONS DE BASE SUR LA PRESTATION.

Pays	: RDC
Secteur et sous –secteur CAD	: Santé
Institution nationale ou régionale chargée de l'exécution	: Ministère de la Santé Publique
Agences d'exécution	: STC
Nbre d'experts en coopération internationale de la CTB	: 1
Durée de la prestation (selon AS/CS)	: 4 ans
Date de démarrage de la prestation :	
Selon AS/CS	: Avril 2008
Effective	: Août 2008
Date de clôture de la prestation :	
Selon AS/CS	: Avril 2012
Effective	: Avril 2012
Modalités de gestion de la prestation	: Régie
Budget total de la prestation	: 5 400 000 Euros
Période couverte par le rapport :	: Août 2008- Novembre 2011

	Annexes	Oui	Non
1.	Résumé des résultats	X	
2.	Etat des recettes et dépenses de l'année sous revue	X	
3.	Taux de déboursement de la prestation	X	
4.	Personnel de la prestation	X	
5.	Sous-traitance et appels d'offres	X	
6.	Equipements		X
7.	Formations	X	
8.	Bailleurs de fonds		

BTC CTB

PREMIÈRE PARTIE : APPRECIATION

Appréciez la pertinence et la performance de la prestation en utilisant les appréciations suivantes :

1. - Très satisfaisant
2. - Satisfaisant
3. - Non satisfaisant, malgré certains éléments positifs
4. - Non satisfaisant
X. - Sans objet

Inscrivez vos réponses dans la colonne correspondant à votre rôle dans l'exécution de la prestation :

	Responsable national de l'exécution	Responsable CTB de l'exécution
PERTINENCE[1] (cf. PRIMA, §70, p.19)		
1. Quelle est la pertinence de la prestation par rapport aux priorités nationales de développement?	1	1
2. Quelle est la pertinence de la prestation par rapport à la politique belge de développement? Indiquez votre score par rapport aux trois thèmes ci-dessous : a) Genre b) Environnement c) Economie sociale	1 a) 3 b) 3 c) 2	1 a) 2 b) 3 c) 1
3. Les objectifs de la prestation étaient-ils toujours pertinents ?	1	1
4. La prestation a-t-elle répondu aux besoins des groupes cibles?	1	1
5. En fonction de ses objectifs, la prestation s'est-elle appuyée sur les organes locaux d'exécution appropriés?	1	1

[1] Selon le PRIMA, §70, p.19, il s'agit "d'apprécier si les choix des objectifs, les choix des groupes cibles et des organes locaux d'exécution restent pertinents et cohérents par rapport aux principes généraux relatifs à une aide efficace et efficiente, ainsi que par rapport à l'application des politiques et stratégies locales, régionales, internationales et belges de développement ».

BTC CTB

	Responsable national de l'exécution	Responsable CTB de l'exécution
PERFORMANCE[2] (PRIMA, §71, pp 19-20)		
1. Les résultats obtenus par la prestation ont-ils contribué à la réalisation de ses objectifs[3] ? (efficacité)	1	1
2. Appréciez la qualité des résultats intermédiaires (efficacité)	2	2
3. Les modalités de gestion de la prestation ont-elle été appropriées? (efficacité)	1	1
4. Les ressources de la prestation ont-elles été suffisantes sur le plan de (efficience) :	2	2
a. Ressources financières?	1	1
b. Ressources humaines ?	2	2
c. Matériel et équipements ?	2	2
5. Les ressources de la prestation ont-elles été utilisées efficacement et optimalisées pour obtenir les résultats attendus? (efficience)	1	1
6. La prestation a-t-elle été satisfaisante sur le plan coût-efficacité par rapport à des interventions similaires? (efficience)	1	1
7. Sur base du planning d'exécution, appréciez la rapidité d'exécution de la prestation. (respect des délais)	2	1

[2] Selon le PRIMA, §71, pp. 19-20, il convient « d'apprécier et de mesurer les performances convenues dans les phases de préparation selon les 4 critères et les indicateurs établis pendant la formulation. (Les 4 critères sont efficacité, efficience, respect des délais et qualité du personnel)

[3] voir annexe 1 pour plus de détails

BTC CTB

Indiquez votre appréciation globale de la prestation *en utilisant les appréciations suivantes*:

1 - Très satisfaisant
2 - Satisfaisant
3 - Non satisfaisant, malgré certains éléments positifs
4 - Non satisfaisant
X - Sans objet

	Responsable national de l'exécution	Responsable CTB de l'exécution
Appréciation globale de la prestation	1	1

Expliquez les raisons de votre appréciation qui peut dépasser le cadre strict des critères de pertinence et de performance ci-dessus et être différente de l'appréciation donnée pour ceux-ci
(1 page max)

Le projet a répondu aux besoins exprimés de la population et a permis d'augmenter l'accès aux soins de qualité dans les trois zones de santé appuyées par le projet et a permis d'amorcer un processus de rationalisation du système de santé et de l'utilisation des ressources disponibles.

Malgré qu'il n'ait pas pu universaliser l'accès aux soins de santé et qu'il existe toujours une fraction de la population qui continue à ne pas avoir accès aux soins de santé en raison des contraintes budgétaires et des contraintes de pérennisation ainsi que des problèmes d'accessibilité géographique, le programme a favorisé particulièrement les populations démunies, les femmes et les enfants en apportant un appui plus prononcé à ces catégories de patients.

Le projet était initialement prévu pour une durée de 5 ans mais l'amélioration de l'accès aux soins de qualité est un processus qui a été amorcé dès la seconde année et qui continue encore aujourd'hui. Les résultats attendus sont donc, en grande majorité, atteints et l'exécution budgétaire conséquente a été à l'origine de la réduction du terme du projet à 4 ans.

Si l'efficience du projet reste satisfaisante, nous restons néanmoins convaincus que les procédures administratives de la CTB ont retardé l'exécution de certains marchés dont les zones de santé auraient pu bénéficier plus tôt. Et si tel avait été le cas, les progrès auraient pu être encore plus importants.

En outre, les ressources humaines de la prestation ont permis l'obtention des résultats attendus mais au prix parfois de l'épuisement de celles-ci. Le travail réalisé est considérable et a demandé une implication permanente des acteurs de terrain qui allait parfois bien au-delà des dispositions contractuelles. Par ailleurs, l'appui au niveau provincial faisant l'objet du résultat 1 a été quelque peu le maillon faible du projet dans la mesure où les ressources humaines de la prestation n'ont pas permis une proximité suffisante avec les acteurs du niveau intermédiaire. Dans ce sens, le projet était trop ambitieux. Les changements profonds qui ont été opérés au niveau des 3 zones de santé appuyées par le projet ont demandé un accompagnement de proximité quasi permanent et il aurait fallu, pour avoir le même impact au niveau intermédiaire, un accompagnement similaire.

BTC CTB

Responsable national de l'exécution	Responsable CTB de l'exécution
Dr jacques KIMFUTA MAKENGO **Ce 19/11/2011**	

DEUXIÈME PARTIE : RÉSUMÉ DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA PRESTATION.

1. **Si nécessaire, décrivez l'objectif Spécifique et les Résultats Intermédiaires de la prestation, tels que mentionnés dans le document de projet ainsi que les changements opérés (quand, comment et pourquoi)**

Objectif Spécifique : Les soins de santé offerts aux populations de zones de santé sélectionnées sont progressivement améliorés en qualité (soins globaux, continus, intégrés, efficaces, efficients, accessibles) par des processus d'amélioration progressive

Résultats :

A 01 Résultat 1: Les zones de santé du district de Lukaya sont encadrées par l'équipe cadre provinciale du Bas-Congo
A 02 Résultat 2: Dans les zones de santé ciblées les équipes cadres de zones sont fonctionnelles
A 03 Résultat 3: L'hôpital général de référence de Kisantu est progressivement rationalisé
A 04 Résultat 4: Les centres et les postes de santé de Kisantu sont progressivement rationalisés
A 05 Résultat 5: L'institut Technique Médical de Kisantu répond progressivement mieux aux besoins de formation de base complémentaire et continue
A 06 Résultat 6: Les structures de la ZS de Ngidinga sont progressivement rationalisées
A 07 Résultat 7: Les structures de la zone sanitaire de Nselo sont progressivement rationalisées
A 08 Résultat 8: Le niveau central est alimenté en informations pertinentes pour la planification du secteur résultant de recherches effectuées par le programme

2. **Dans quelle mesure l'objectif spécifique de la prestation a-t-il été atteint, en fonction des indicateurs retenus ?**

Voir annexe 1 pour l'évolution des indicateurs.

L'évolution des indicateurs de la zone de santé de Kisantu montre clairement une augmentation de la fréquentation des structures de premier échelon et une augmentation des admissions à l'hôpital général de référence. On observe également une augmentation drastique des taux de patients référés à l'HGR ce qui montre une utilisation plus rationnelle des échelons du système.

Ceci montre une amélioration de l'accès aux soins de santé et les mesures prises ont également amélioré l'efficacité, l'efficience (meilleurs soins à moindre coût) ainsi que la continuité des soins (le paiement à l'épisode permet au patient de revenir se faire soigner sans payer de supplément).

BTC CTB

3. **Dans quelle mesure les résultats intermédiaires de la prestation ont-ils été atteints, en fonction des indicateurs retenus ?**

L'augmentation de la fréquentation du premier échelon a pour conséquence une augmentation des recettes des Centres de santé ce qui permet également une amélioration de la rémunération du personnel qui y travaille sans appui financier direct du bailleur. Le premier échelon est donc autonome grâce à l'abaissement de la barrière financière en cas de recours au second échelon conditionnée à l'utilisation du premier échelon (sauf cas urgents). La rationalisation des structures de santé est donc un processus en marche et des progrès importants ont été faits également en termes de ressources humaines afin que le personnel de la zone de santé corresponde à la charge de travail à tous les échelons du système.

Un travail de rationalisation a également été fait à l'IIMK.

Et les mesures prises n'ont pu l'être que parce que l'équipe cadre de la zone de santé de Kisantu est fonctionnelle.

En ce qui concerne les résultats attendus pour les zones de santé de Nselo et de Ngidinga, le processus n'a été amorcé qu'après obtention des résultats de Kisantu et dans les deux cas, il s'agit d'un processus qui nécessite beaucoup de négociations et de préliminaires. Le projet a commencé en 2008 mais les activités n'ont réellement pris cours à Kisantu qu'après de long mois de préparation, soit en 2009. Il a fallu au moins un an de recul pour savoir si la route choisie menait aux résultats attendus et ce n'est donc qu'en 2010 que les négociations et la phase de préparation ont commencé avec les zones de santé de Nselo et de Ngidinga et en 2011 que des mesures similaires ont été prises.

Le niveau central est régulièrement alimenté en informations remontant de l'expérience de terrain du projet. La preuve en est que l'expérience de Kisantu a été reprise comme exemple dans la deuxième version de la SRSS.

Quant au niveau provincial, les résultats attendus n'ont pas pu être atteint en raison surtout des résistances au changement. Les résultats obtenus au niveau périphérique ont un haut potentiel de « contamination » des zones adjacentes et des autres zones de santé de la province mais n'auront jamais l'envergure qu'ils pourraient avoir si le niveau provincial ne se les approprie pas.

La phase de consolidation des acquis aura donc un rôle capital à jouer à ce niveau

4. **Décrivez le système de suivi-évaluation qui a été mis en place lors de la mise en oeuvre de la prestation.**

Un système de suivi des indicateurs mensuel a été progressivement mis en place et est fonctionnel depuis deux ans pour la zone de Kisantu. Dans le but de faciliter le travail de compilation et d'analyse des données, un système d'informatisation des données sanitaires a été mis en place. Ce système

permet également d'améliorer le suivi du patient dans la mesure où il est facile pour le médecin de retrouver l'historique du patient.

Le système de suivi mensuel des indicateurs est encore en cours de finalisation pour les deux autres zones appuyées par le projet. Par ailleurs, le projet a fait l'objet de backstopping du siège au moins deux fois par an pendant les 3 premières années du projet. Le backstopping a été remplacé par un suivi scientifique la 4ème année

Enfin, une évaluation à mi parcours (consultants externes) a eu lieu au terme de la deuxième année et une évaluation par la partie congolaise a eu lieu en mai 2011

TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES ET ANALYSES.

1. Quels sont les problèmes et questions majeurs qui ont influencé l'exécution de la prestation et comment la prestation a-t-il tenté de les résoudre ?

Les problèmes majeurs sont liés au niveau de dégradation et de dérégulation du système sanitaire en RDC. Le phénomène de marchandisation des soins de santé (c'est-à-dire, la prescription de soins de santé répondant au profit du prestataire plutôt qu'à un réel besoin du patient) ayant atteint des proportions sans précédents dans les Etats Fragiles, les patients qui ne peuvent pas payer les soins ne sont pas soignés et ceux qui le peuvent reçoivent souvent des soins dont ils n'ont pas besoin.

Ainsi, on fait face à un système de santé où le secteur à orientation publique est vide et non fonctionnel (pas de médicaments disponible, absentéisme du personnel soignant .) car l'immense majorité des patients n'a pas les moyens de s'offrir des soins de santé et où le système privé profite de l'ignorance du patient et de l'échec du public pour répondre à la demande irrationnelle et dispenser des soins parfois plus dommageables que profitables pour le patient.

Le projet a donc, après de nombreux mois d'analyse, de réflexion et de négociation, cherché à prendre des mesures qui donneraient au secteur public un nouveau départ notamment en abaissant la barrière financière pour le patient au moyen de la mise en place d'une tarification forfaitaire par échelon et par service pour l'hôpital subsidiée conditionnellement (sous condition de l'utilisation de l'échelon le plus adéquat du système). En outre, ces mesures de régulation de la tarification ont été accompagnées de nombreuses autres mesures, visant entre autres à rationaliser l'utilisation des ressources humaines, financières et matérielles et en régulant la prescription de médicaments

IL faut noter ici qu'un problème important et conséquent au succès du projet réside dans les menaces dont ont fait l'objet plusieurs acteurs principaux dont l'ATI. La revitalisation du système public a eu pour corollaire la fermeture de certains centres privés lucratifs où les soins étaient de qualité douteuse et les intérêts financiers de ces centres remontaient parfois à très haut niveau

2. Quelles sont les causes des écarts par rapport aux résultats attendus ?

Pour le retard accumulé au niveau du résultat 1 (niveau provincial), le fait que l'équipe en place pendant les 2 premières années du projet était non opérationnelle et n'a pas manifesté d'intérêt pour le projet explique que rien n'ait pu être fait avant 2010. Une nouvelle équipe a été mise en place en 2010

BTC CTB

mais la sélection de ses membres telle que prévue par le ministère n'a toujours pas eu lieu, ce qui occasionne de nombreux dysfonctionnements.

L'atteinte tardive des résultats concernant les zones de santé de Nselo et de Ngidinga où l'on commence à voir seulement maintenant une augmentation de la fréquentation de l'hôpital et du premier échelon est due au fait qu'il a fallu de nombreux mois de préparation avant de pouvoir commencer les activités de la recherche action à Kisantu et qu'il a fallu attendre d'avoir suffisamment de recul pour savoir s'il était opportun d'entamer un processus similaire dans les deux autres zones appuyées par le projet. Processus commençant par une phase de préparation, à l'instar de Kisantu qui a nécessité également plusieurs mois.

3. **Quelles leçons peut-on tirer de l'expérience de la prestation? Faites une réponse détaillée sur les plans de l'impact et de la durabilité des résultats.**

Avant de faire la synthèse des leçons apprises et de tirer des conclusions de l'expérience menée dans le cadre du projet ASSNIP, volet 3, il y a lieu de mentionner que si de tels résultats ont pu être obtenus, c'est aussi parce que le contexte bénéficiait d'éléments favorables dès le début du projets, tels que :

- La motivation et l'implication des acteurs (ECZ, Evêque, prestataires)
- Tarif forfaitaire existant aux CS mais mal appliqué
- Existence d'une petite initiative de mutuelle

De façon générale, les leçons apprises sont les suivantes :

- La tarification forfaitaire augmente l'accès aux soins de santé par un mécanisme de solidarité entre les patients, par sa prévisibilité et sa transparence
- Elle instaure un processus de régulation qui permet de :
  - Eviter les dépenses catastrophiques des ménages
  - Améliorer l'équité du système par un partage du risque entre les malades
  - Développer les systèmes de pré-paiement et les mutuelles de santé
  - Protéger les patients des abus et des rémunérations directes
- La tarification forfaitaire a ses limites et ne permet cependant pas une couverture universelle. Elle ne règle pas tous les problèmes liés à l'accessibilité financière et il demeure un certain pourcentage de la population qui continue à ne pas avoir accès aux services de santé
- La tarification forfaitaire permet une rationalisation progressive de l'utilisation des ressources (RH, prescription…)
- Afin d'optimaliser la rationalisation de la prescription, celle-ci doit être conforme à des protocoles diagnostiques et thérapeutiques adéquats pour chaque niveau
- A cet effet, il est essentiel d'impliquer tous les acteurs dans le processus et de ne pas négliger l'importance de la communication avec toutes les parties prenantes. Il y a lieu d'accompagner

la régulation de la tarification par une sensibilisation massive de la population, du personnel soignant et des gestionnaires du système

- La tarification forfaitaire couplée à la suppression de la rémunération directe doit être accompagnée de mesures compensatoires pour le personnel soignant Il est essentiel d' assurer des salaires décents à tous les prestataires des soins
- Le premier échelon peut fonctionner de façon autonome si la barrière financière du second échelon est abaissée de façon significative
- Pour rendre le second échelon accessible, il faut le subsidier et ce, de façon préférentielle afin d'inciter les patients à utiliser l'échelon le plus adéquat
- L'application d'un subside conditionnel (cas référés) permet une rationalisation du système (utilisation de l'échelon le plus adéquat)
- Une initiative de mutuelle ne peut survivre sans rationalisation de l'utilisation des ressources et sans régulation de la tarification
- Il existe un conflit d'intérêt majeur pour les agents de l'état qui possèdent ou gèrent des structures privées en raison de la concurrence croissante que représente le système public
- Il faut adapter les tarifs et les subsides aux coûts réels et au pouvoir d'achat de la population

En ce qui concerne la pérennité et la durabilité des résultats, il est important de garder en tête que la tarification forfaitaire n'est pas une fin en soi Elle ne permet pas un partage du risque équitable mais s'en rapproche Elle peut être une porte d'entrée pour la rationalisation du système sanitaire et de l'utilisation de ses ressources, condition indispensable pour la réussite d'une mutuelle à grande échelle (partage du risque équitable).

4. Selon vous, comment la prestation a-t-elle été perçue par les groupes cibles ?

Une enquête sur la perception des changements introduits par les différentes parties prenantes a eu lieu et l'analyse des résultats est en cours.

De ce qui ressort à ce stade, on peut dire que patients, prestataires et gestionnaires du système de santé s'accordent à dire que l'accès aux soins de qualité a été nettement amélioré dans les zones de santé appuyées par le projet. Grande est d'ailleurs la crainte de ce qui se passera après le départ de la CTB et de retomber au point de départ où les centres de santé étaient désertés par les patients et par le personnel soignant et où l'hopital était vide et en faillite Les gestionnaires du système de santé ont conscience que la solution à long terme repose sur les systèmes de prépaiement mais qu'il faudra de nombreuses années avant que les initiatives de mutuelles ne prennent une place significative au sein du système En attendant, il faut subsidier le système et l'Etat congolais ne sera pas en mesure de le faire à court ou moyen terme. Il faut donc un bailleur qui permette de maintenir le système proposé en attendant que les mutuelles puissent se développer.

Par contre, le personnel soignant manifeste une certaine déception de n'avoir pu bénéficier de primes importantes telles que celles offertes dans le cadre des programmes d'autres bailleurs. Le projet a fait le choix de financer les soins de santé via un subside aux structures de santé afin que celles-ci assument la responsabilité de la rémunération du personnel soignant. Le projet a ainsi voulu éviter de

se substituer à la direction d'un hôpital ou d'une zone de santé, de détourner la loyauté du personnel à leur égard et d'amoindrir leur autorité. L'argent disponible a donc majoritairement bénéficié au patient avant de bénéficier au personnel soignant même si celui-ci a vu son salaire mensuel augmenter de façon substantielle.

Le personnel soignant reconnaît cette augmentation mais exprime en général son souhait d'augmenter encore sa rémunération.

IL est intéressant de constater que l'équipe de suivi scientifique du projet a proposé d'étendre l'enquête aux prestataires du privé lucratif car l'interview de certains d'entre eux a montré que l'intervention de la CTB est perçue pour eux comme la cause de leur faillite, ce qui, dans un contexte aussi dérégulé que la RDC est plutôt une bonne chose.

5. Quels ont été les résultats du suivi-évaluation ou du monitoring et des éventuels audits et contrôles? Comment les recommandations de ceux-ci ont-elles été prises en compte ?

Les recommandations de l'audit financier de l'HGR de Kisantu (qui a lui seul, bénéficiait de près de la moitié du budget des activités) sont en train d'être suivies avec l'aide d'une consultance externe dont les rapports devraient aider les autres hôpitaux généraux de référence de la province (ou du pays) dans la même situation.

L'évaluation à mi parcours (2010) et l'évaluation par la partie congolaise (2011) ont également formulé quelques recommandations, notamment par rapport à un appui financier pour former préférentiellement des infirmiers provenant de zones ou d'aires de santé plus enclavées moyennant engagement de revenir y travailler après obtention du diplôme. Ces recommandations ont été suivies.

6. Quelles recommandations faites-vous pour la consolidation et l'appropriation de l'après-projet (les politiques à suivre ou à mettre en oeuvre, les ressources nationales nécessaires, la responsabilisation des groupes cible, la manière d'appliquer les recommandations...)?

- Accompagner le processus de sélection des membres de l'équipe cadre provinciale, condition sine qua non pour que les résultats obtenus à Kisantu puissent servir à l'ensemble de la province et que des actions telles que la mise en place d'une tarification forfaitaire subsidiée conditionnellement, l'utilisation de protocoles hospitaliers, l'informatisation du système de données sanitaires, la réalisation de plans directeurs hospitaliers à l'échelle de la province, etc... puissent être reproduites et adaptées à chaque contexte.
- Donner priorité à l'amélioration de la gestion hospitalière en prenant les mesures nécessaires au suivi des recommandations formulées suite aux audits financiers de 3 hôpitaux dans la province
- Refuser la complaisance quant à l'outre-passement des fonctions des praticiens et la pratique d'une médecine lucrative
- Revenir aux engagements initialement prévus. Si l'on souhaite obtenir des résultats prévus sur 15 ans initialement, il faut respecter le délai d'engagement.
- Accompagner techniquement et financièrement la mise en place de mutuelles de santé, solution à long terme pour l'universalisation de l'accès aux soins de qualité.

7. Conclusions

BTC CTB

En conclusion, on peut dire que le projet a atteint la majorité des résultats attendus et le budget sera exécuté en conséquence en avril 2012.

Mais les résultats obtenus ne sont donc qu'une étape, une amélioration de la situation pré-existante et nécessitent davantage d'efforts pour universaliser l'accès aux soins de qualité Mais ils ont un haut potentiel de « contamination » vers d'autres ZS sous condition de volonté politique de capitalisation. En effet, leur reconnaissance et leur appropriation par le niveau intermédiaire et le niveau central est indispensable et ceci doit s'accompagner d'une amélioration de la régulation du système de santé (PMA, Conditions d'ouverture de structures et d'affectation du personnel)

La phase de consolidation des acquis qui fusionnera ASSNIP 1 et 3 en un volet ASSNIP Bas Congo permettra d'augmenter les chances de pérennisation du système mis en place mais il ne faut pas perdre de vue que l'objectif à long terme devrait être de supprimer les paiements directs au profit d'un système de pré-paiement (mutuelles). Aucun système de santé équitable et à orientation publique ne peut fonctionner sans un partage du risque entre malades et non malades et entre riches et pauvres.

Ceci ne peut se faire que progressivement et aboutir au terme de nombreuses années. Il serait donc illusoire de croire que le processus entamé initialement pour une durée de 15 ans sera terminé fin 2013. La décision des coopérations congolaise et belge de désengager la partie belge du volet Santé à la fin du Programme Indicatif de Coopération 2010-2013 hypothèque la pérennisation des résultats obtenus et oblige les différents volets ASSNIP à intensifier les efforts déployés. Il est d'ailleurs fort souhaitable que la Belgique revienne dans le secteur santé en RDC au-delà de cette échéance.

Responsable national de l'exécution	Responsable CTB de l'exécution
Dr jacques KIMFUTA MAKENGO **Ce 19/11/2011**	