



CTB



PROJET ASSNIP BAS-CONGO: PHASE DE CONSOLIDATION DES ACQUIS

CODE NAVISION : RDC 10 157 11



MARS 2013

ACRONYMES.....	4
1 APERÇU DE L'INTERVENTION (MAX. 2 PAGES).....	5
1.1 FICHE D'INTERVENTION	5
1.2 EXECUTION BUDGETAIRE.....	6
1.3 AUTOEVALUATION DE LA PERFORMANCE.....	6
1.3.1 <i>Pertinence</i>	6
1.3.2 <i>Efficacité</i>	7
1.3.3 <i>Efficiéce</i>	7
1.3.4 <i>Durabilité potentielle</i>	8
1.4 CONCLUSIONS	8
2 MONITORING DES RESULTATS.....	9
2.1 ÉVOLUTION DU CONTEXTE	9
2.1.1 <i>Contexte général</i>	9
2.1.2 <i>Contexte institutionnel</i>	9
2.1.3 <i>Contexte de gestion : modalités d'exécution</i>	10
2.1.4 <i>Contexte HARMO</i>	11
2.2 PERFORMANCE DE L'OUTCOME	11
2.2.1 <i>Progrès des indicateurs</i>	11
2.2.2 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	12
2.2.3 <i>Impact potentiel</i>	13
2.3 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 1	14
2.3.1 <i>Progrès des indicateurs</i>	14
2.3.2 <i>État d'avancement des principales activités</i>	14
2.3.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	15
2.4 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 2	16
2.4.1 <i>Progrès des indicateurs</i>	16
2.4.2 <i>État d'avancement des principales activités</i>	16
2.4.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	17
2.5 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 3	18
2.5.1 <i>Progrès des indicateurs</i>	18
2.5.2 <i>État d'avancement des principales activités</i>	19
2.5.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	19
2.6 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 4	21
2.6.1 <i>Progrès des indicateurs</i>	21
2.6.2 <i>Etat d'avancement des principales activités</i>	21
2.6.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	22
2.7 THEMES TRANSVERSAUX.....	23
2.7.1 <i>Genre</i>	23
2.7.2 <i>Environnement</i>	23
2.7.3 <i>Autre</i>	23
2.8 GESTION DES RISQUES	24
3 PILOTAGE ET APPRENTISSAGE.....	26
3.1 REORIENTATIONS STRATEGIQUES.....	26

3.2	RECOMMANDATIONS	27
3.3	ENSEIGNEMENTS TIRES.....	28
4	ANNEXES.....	29
4.1	CRITERES DE QUALITE	29
4.2	DECISIONS PRISES PAR LE COMITE DE PILOTAGE ET SUIVI.....	33
4.3	CADRE LOGIQUE MIS A JOUR	35
4.4	APERÇU DES MORE RESULTS	38
4.5	RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS (Y – M) ».....	39
4.6	RESSOURCES EN TERMES DE COMMUNICATION	41

Acronymes

ASSNIP	Appui au Système de Santé au Niveau Intermédiaire et Périphérique
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
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)
RH	Ressources Humaines
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
ZS	Zone de Santé

1 Aperçu de l'intervention (max. 2 pages)

1.1 Fiche d'intervention

Nom du projet	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
Code du projet	RDC 10 157 11
Emplacement	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
Budget	Total : 7.633.000€
Institution partenaire	Ministère de la Santé Publique
Date de la Convention de mise en œuvre	12 décembre 2011 (effective : avril 2012) – Décembre 2013
Durée (mois)	24 mois (effective 21 mois)
Groupes cibles	La DPS de Matadi et les populations des zones de santé appuyées
Impact¹	L'état de santé de la population est amélioré dans les zones d'intervention dans le cadre global de lutte contre la pauvreté
Outcome	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
Outputs	<p>Résultat 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.</p> <p>Résultat 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</p> <p>Résultat 3 : 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 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> <p>Résultat 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.</p>

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

1.2 Exécution budgétaire

	Budget	Dépenses		Solde	Taux de déboursement à la fin de l'année 2013
		Années précédentes 2012	Année couverte par le rapport (2013)		
Total	7 633 000	1569127,00	3 631 198	2 432 675	68%
Output 1	510 000	228519	260 775	20 706	96%
Output 2	367 574	131168	210 888	25 518	93%
Output 3	5 626 626	651320	2 769 075	2 206 231	61%
Output 4	150 800	25 815	17 125	107 860	28%
Reserve budgétaire	40 000	0	0	0	0%
Moyens généraux	978 000	532 305	373 335	72 360	93%

1.3 Autoévaluation de la performance

1.3.1 Pertinence

	Performance
Pertinence	A

L'intervention est cohérente avec la politique du pays pour secteur de santé. Il est également cohérent avec la politique belge en rapport avec la note stratégique santé qui met l'accent sur le renforcement du système de santé fondé sur les SSP, et avec les autres projets CTB dans la santé.

Le problème majeur vient de la faiblesse du niveau provincial et dans la sous-estimation de la résistance du secteur pour sa rationalisation. Si le Projet est cohérent et pertinent en rapport avec les politiques et stratégies nationales et si en même temps, il peine à produire les résultats attendus, cela signifie que ces politiques et stratégies se sont confrontées à un dysfonctionnement avancé dans le secteur.

Les zones de santé appuyées ont été identifiées comme des zones d'expérimentation de la Stratégie de renforcement du secteur (SRSS) de santé du MSP. Le Projet ASSNIP BC a été formulés en étroit alignement sur la stratégie sectorielle du MSP. La SRSS est le seul document stratégique élaboré par le MSP (sous le pilotage de la DEP) et approuvé par les principaux PTF. Il s'agit d'une approche basée sur l'offre en matière de santé même si elle ne propose aucune stratégie de financement des soins. L'expérience de la stratégie de financement basée sur la « demande » des soins dans un contexte où le mode de paiement est basé sur « la tarification forfaitaire » dans les zones de santé appuyées par le projet est une valeur ajoutée à la pertinence du Projet.

1.3.2 Efficacité

	Performance
Efficacité	B

Après la clôture des projets ASSNIP1&3, l'insuffisance de l'appui du niveau intermédiaire aux zones de santé a été notée comme faiblesse dans l'implémentation projet suite à l'absence d'une ECP fonctionnelle répondant aux normes de l'esprit de la SRSS. Une redynamisation de ce niveau au cours de phase de consolidation a été formulée comme une des priorités. La SRSS et son plan de mise en œuvre le PNDS ont en commun l'axe stratégique prioritaire « l'appui au développement des zones de santé » cœur de la réforme du niveau intermédiaire. Cet appui au développement des zones de santé retenues par le projet a été mise en œuvre au cours de la phase actuelle. Au démarrage de l'intervention l'appui du projet s'est attardé sur la réorganisation du niveau intermédiaire autour de 4 métiers au niveau provincial dont :

- Une DPS avec 6 bureaux exerçant les métiers:
 1. B1: Gestion des ressources
 2. B2: Appui aux zones de santé
 3. B3: Inspection et contrôle
 4. B4: Information sanitaire
 5. B5: Hygiène et Salubrité
 6. B6: Enseignement de la santé
- La déconcentration de quelques fonctions de la DPS : antenne de coordination non pris en compte dans le cadre de ce projet.

Seul le métier appui aux zones de santé sur quatre a été défini comme priorité du projet pour améliorer l'accompagnement des équipes cadres de zone. Le métier gestion des ressources a été ajouté dans l'implémentation suite aux difficultés liées à la mauvaise gestion des médicaments dans les zones.

1.3.3 Efficience

	Performance
Efficience	A

Partant de la pyramide sanitaire du ministère de la santé, le projet a mis en place des équipes cadres des zones de santé et un effort dans la rationalisation des formations sanitaires en gestion, RH et prestations de soins au niveau périphérique. Avec la phase de consolidation des acquis le projet a amorcé la mise en place de l'ECP au niveau intermédiaire suivant l'esprit de la SRSS par la sélection basée sur le gradient des compétences. Une ébauche d'une équipe cadre provinciale du Bas-Congo, étape décisive pour la bonne implémentation du Projet par la sélection des encadreurs provinciaux polyvalents et des gestionnaires pour animer les métiers appui aux zones et gestion des ressources a été franchie afin booster l'accessibilité et la qualité des soins dans les zones d'intervention. De surcroît, un nouveau cadre organique pour faire avancer cette réforme a été signé vers la fin de l'intervention sans feuille de route de mise en œuvre ni abrogation de l'ancien cadre organique. Le MSP vient de lancer un avis de recrutement pour les chefs de division (DPS) des 26 nouvelles provinces et des chefs des bureaux pour concrétiser la réforme en cours.

1.3.4 Durabilité potentielle

	Performance
Durabilité potentielle	C

La SRSS est une approche d'une part exclusivement basée sur l'offre en matière de santé et d'autre part, ne propose aucune stratégie de financement des soins. L'expérience de la stratégie de financement basée sur la « demande » des soins en œuvre dans toutes les zones ASSNIP depuis 2008 (ASSNIP1&2) dans un contexte où le mode de paiement est basé sur « la tarification forfaitaire appuyées par le projet est une valeur ajoutée au système de paiement de soins au niveau du pays. Ce mode de paiement est adopté par les bénéficiaires au premier échelon sans aucun subside étant donné que ses fruits ont été palpés en termes de l'augmentation de la fréquentation et de l'utilisation des structures de soins. Par contre ce mode de financement sans subsides au niveau des hôpitaux est impossible.

Pour le niveau intermédiaire, le financement accordé par l'état pour le fonctionnement est faible et l'apport des PTF insuffisamment coordonné et souvent dirigé vers les programmes verticaux. Au regard de la faible contribution de l'Etat aux frais de fonctionnement et d'investissement du système de santé, il est irréaliste de s'attendre que les structures d'encadrement et les FOSA puissent maintenir un niveau adéquat de prestations de services.

1.4 Conclusions

<ul style="list-style-type: none"> Le projet ASSNIP.Bas-Congo phase de consolidation des acquis s'inscrit dans le cadre de la continuation des projets ASSNIP1&3 pour le niveau opérationnel.
<ul style="list-style-type: none"> 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.
<ul style="list-style-type: none"> Implémenté à la DPS du Bas-Congo et au niveau de cinq zones de santé, le projet appui la réforme de l'administration publique dans le secteur de la santé afin d'améliorer l'accès et la qualité des soins à la population des zones de santé de Kisantu, Boma, Lukula, Nselo et Ngidinga.
<ul style="list-style-type: none"> En alignement 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.
<ul style="list-style-type: none"> Le budget de la phase de consolidation des acquis était destiné à 55% aux investissements. Au 31/12/2013, le taux d'exécution budgétaire est de 68% soit 5.200.325,39€ utilisé sur 7.633.000€ prévus pour l'exécution des activités.

Fonctionnaire exécution nationale ² Dr Oscar MAVILA VILAKANA, <i>Médecin Inspecteur Provincial</i>	Fonctionnaire exécution CTB ³ Dr Edgar MUSUBAO TSONGO, <i>Assistant Technique National</i>
	

2 Monitoring des résultats⁴

2.1 Évolution du contexte

2.1.1 Contexte général

Le projet ASSNIP fait partie d'un appui de la coopération directe bilatérale entre le Gouvernement de la République Démocratique du Congo et le Royaume de Belgique. Initialement formulé pour une implémentation de 15 ans, le DTF de la phase de consolidation des acquis du projet ASSNIP BC s'es 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 amputée de 8 ans avec une « *période creuse* » qui a eu comme conséquence une fragilisation des acquis de la première phase et un désespoir auprès du bénéficiaire en rapport avec l'après projet.

Les grandes lignes du projet ASSNIP BC peuvent être présentées de la manière suivante :

Impact :

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans les zones d'intervention

Outcome :

Consolider le système de santé à travers le renforcement des Directions Provinciales de la Santé (DPS) et de Zones de Santé (ZS)

Outputs :

1. L'ECP est opérationnelle
2. Les ECZS sont opérationnelles
3. Dans les ZS identifiées, l'HGR et les CS fonctionnent dans le cadre d'un système intégré « rationalisé » par rapport à l'accessibilité financière, la qualité des soins et la qualité de la gestion.
4. L'apprentissage basé sur les évidences et expériences de terrain est assuré en vue de renforcer la politique de santé.

2.1.2 Contexte institutionnel

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, les DPS sont en train de vivre un double processus de transformation:

(*) D'une part, 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'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

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

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), mais non encore promulguée par la Présidence de la République. Pour ce résultat sur la réorganisation, l'organigramme ci-après d'une DPS avec quatre métiers a été accepté au niveau national et en implémentation au Bas-Congo:

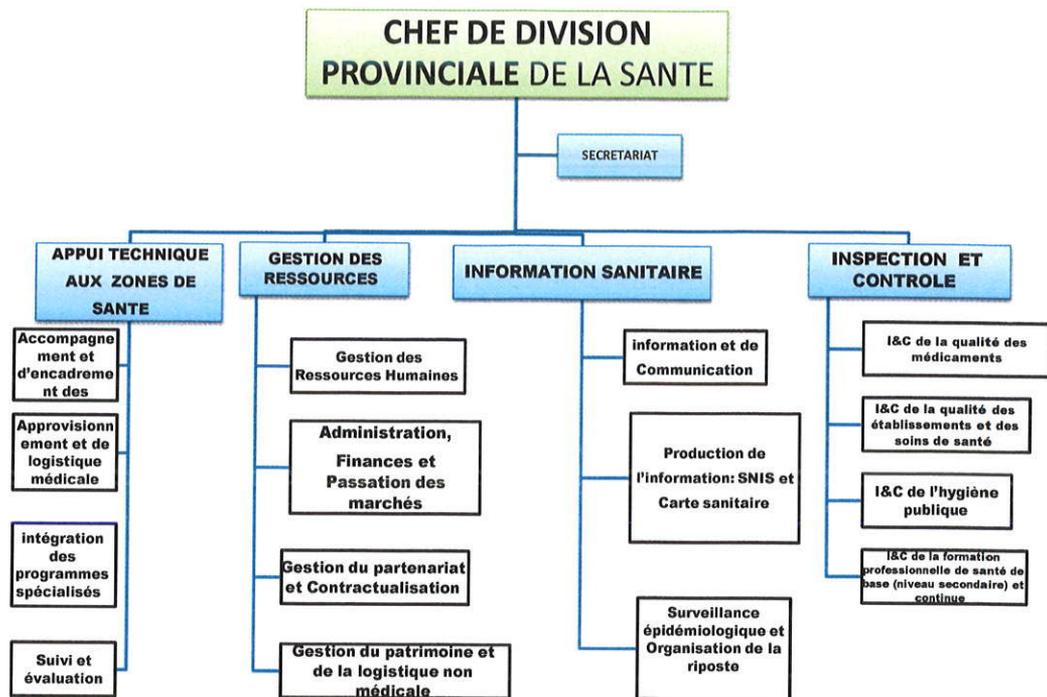


Figure 1

2.1.3 Contexte de gestion : modalités d'exécution

Le mode d'exécution du projet était 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.

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 élaborées leurs planifications opérationnelles avec budget.

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 pour assurer la supervision des formations sanitaires

(*) La généralisation de la tarification forfaitaire au niveau des 5 zones et des CS pour améliorer l'accès des patients aux soins, base du subventionnement à la demande du PMA et PCA. La Zone de Santé de Boma, en retard sur le reste des

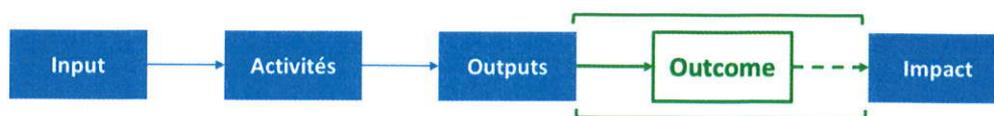
ZS, à cause de l'ingérence politique du système de la Zone pendant plus d'un an, ses CS ne sont pas rationalisés et n'appliquent pas par conséquent la tarification forfaitaire.

C'est difficile de prévoir la durabilité l'application de la tarification forfaitaire dans les Formations Sanitaires de deuxième échelon après l'interruption des subsides à fin décembre 2013.

2.1.4 Contexte HARMO

La majorité d'intervenants et PTF dans la province du Bas-Congo opèrent en parallèle du système de santé provincial, malgré la déclaration de Paris qui prône l'alignement au système national et les essais du projet à pousser le niveau intermédiaire à coordonner les appuis financiers des PTF à la stratégie sectorielle. Les intervenants continuent à opérer de façon spécifique avec un appui considérable mais partiel au système de Santé provinciale (chaque partenaire a son mandat, son budget, ses canevas et canaux de rapportage et impose sa propre procédure administrative et financière sans s'intégrer le système national) avec un risque permanent de double emploi. Une concertation entre partenaires et leur alignement au système de santé national pourraient résoudre tant de dysfonctionnements encore présents à la fin du projet ASSNIP BC.

2.2 Performance de l'outcome



2.2.1 Progrès des indicateurs

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						
Indicateurs	Valeur de la <i>baseline</i> 2011	Progrès année 2012	Progrès année 2013	Cible année 2013	Cible finale	Commentaires : Indicateurs 2013
Les taux d'utilisation des services curatifs et préventifs de premier échelon (CS) (moyenne)	42%	37%	44%	40%	>40%	K : 50% B : 39% L : 41% NS : 42% NG : 46%
Les taux d'utilisation des services curatifs au deuxième échelon par HGR (moyenne)	62%	64%	76%	80%	>80%	K : 95% B : 67% L : 81% NS : 64% NG : 72%

K :Kisantu, B :Boma, L :Lukula, NS :Nselo, NG : Ngidinga

2.2.2 Analyse des progrès réalisés

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 SRSS 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 réorganisation 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 contribue 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 seront 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^{er} échelon 44% en 2013 versus 42% en 2011 et taux d'occupation moyens des lits au 2^{ème} échelon 76% en 2013 versus 62% en 2011.
Cette amélioration dépend de deux éléments: la qualité des soins en amélioration progressive et le coût des soins abordables (tarification forfaitaire) appliqués 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 et consommables* de bonne qualité.

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

La réorganisation du niveau intermédiaire autour de quatre principaux métiers acceptés 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 est une réussite pour développer les zones de santé.

Difficultés qui se sont présentées se résument par : L'amorce non effective de la réforme au niveau central qui risque de freiner l'élan atteint au niveau intermédiaire de système de santé.

La décentralisation de l'administration sanitaire inachevée et sa mise en œuvre est trop lente. Le chevauchement entre deux cadres organiques en œuvre sans feuille de route de la mise en place effective de la nouvelle DPS. Non intégration des actions financées par les programmes verticaux dans le système de santé.

Faible utilisation des informations sanitaires par les ECZ pour la prise de décision
La plupart des HGR non rationalisé (RH, gestion), ce qui se répercute sur la qualité des soins qui est encore douteuse dans les structures de 1^{er} et 2^{ème} échelon

Par effet d'entraînement par 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 et le déclenchement du processus de sélections des chefs des nouvelles divisions provinciales de la santé.

2.2.3 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 contre la pauvreté. L'unité fonctionnelle d'un système de santé reste la zone de santé qui organise les soins en deux niveaux entre le centre de santé et l'hôpital.

Avec l'intervention du projet, un mode de paiement forfaitaire de soins aux niveaux des centres de santé a été instaurer 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 équipes des zones appuient les prestataires de soins pour améliorer la qualité de soins et elles mêmes sont appuyées par l'équipe d'encadreur de la province. Au niveau des hôpitaux, structures les plus chers de la zone suite au paquet qu'ils offrent le projet a mis un système de tarification préférentiels pour les patients et subsidient les soins.

Il demeure cependant la préoccupation d'améliorer le revenu de la population pour accéder aux soins. Pour cela, une approche programme au niveau des zones d'interventions 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.

Un système de santé « sous-financé » ne peut pas répondre en effet aux différents impératifs d'accessibilité financière aux soins pour les populations. La mise en place de prestations de qualité et d'un encadrement (coaching, suivi, évaluation) efficace nécessite que le système soit suffisamment financé. Il est encore complexe voir prématuré d'estimer l'impact de l'intervention sur l'état de santé de la population ciblée.

2.3 Performance de l'output 1



2.3.1 Progrès des indicateurs

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.						
Indicateurs	Valeur de la <i>baseline</i> 2011	Progrès année 2012	Progrès année 2013	Cible année 2013	Cible finale	Commentaires
Nombre de supervisions réalisées dans les ZS par l'ECP avec rapport	112	60	42	52	52	Les supervisions concernent seulement les zones de santé appuyées
Nombre de réunions de l'ECP avec PV	12	12	11	12	12	
Nombre de CPP	2	2	1	2	2	
Nombre de réunions de groupes thématiques connexes avec PV	0	12	4	8	8	Sur 8 réunions attendues seulement 4 ont été organisées/Il s'agit des réunions des groupes thématiques appui et gestion seulement
Nombre de PAO officiellement adoptés par le CA de la ZS et de la DPS	6	6	6	6	6	5 PAO par les zones appuyées et 1 pour la DPS Bas-Congo

2.3.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités ⁵	État d'avancement :			
	A	B	C	D
Appui au fonctionnement / encadrement de	X			

⁵ A : Les activités sont en avance
 B : Les activités sont dans les délais
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

l'ECP pour favoriser l'opérationnalisation de la nouvelle DS				
Appui en Equipement y compris véhicules	X			

2.3.3 Analyse des progrès réalisés

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 l'hôpital provincial. Cette équipe mis en place devra piloter le plan provincial de développement de santé qui a au cœur les métiers appui aux zones de santé et la gestion des ressources.

L'ancien chef de l'inspection provinciale de la santé jouant le rôle du chef de la division coordonne des cadres sélectionnés (pour la future DPS) et les cadres non sélectionnés (pour l'ancienne IPS) ont formé l'ECP en attendant de mettre à terme progressivement le processus de sélection des animateurs.

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 et appui les équipes cadre de zone de santé avec les moyens du projet. Ces deux métiers ont un cadre de travail réhabilité et équipé par le projet. Pour le coaching des zones, le projet a doté les deux métiers en charroi automobile, équipements de bureau et supplée avec les frais de fonctionnement trimestriel.

Le PPDS étant la résultante des PDZS est mise en œuvre par une équipe mixte 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.

Les métiers devraient remplacés 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 la répartition des responsabilités et d'une feuille de route claire par le niveau central.

Des difficultés se sont présentées au cours de l'implémentation dont la coexistence entre l'ancien cadre (13 bureaux avec les coordinations des programmes) et le nouveau cadre organique (processus de mise en place des métiers.)

Le cumul de fonction des cadres sélectionnés ayant encore des responsabilités dans l'ancienne inspection provinciale de la santé a été source de confusion

La persistance d'une approche verticale des programmes spécialisés et leurs bailleurs de fonds au lieu d'une approche holistique.

Duplication et Juxtaposition des financements des bailleurs des fonds pour appuyer les activités des programmes verticaux dans le fonctionnement général de l'équipe cadre provincial.

Résultats (positifs ou négatifs) inattendus : Amorce par le ministère de la santé du processus de sélection des cadres pour le niveau intermédiaire à l'échelle nationale qui a mis fin à toute forma de résistance individuelle et institutionnelle.

2.4 Performance de l'output 2

2.4.1 Progrès des indicateurs

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.

Indicateurs	Valeur de la base 2011	Progrès année 2012	Progrès année 2013	Cible année 2013	Cible finale
Nombre de PAO officiellement adoptés par le CA de la ZS	5	5	5	5	5
Nombre de supervisions intégrées de CS réalisées dans chaque ZS avec rapport	506	420	670	828	828
Nombre de visites d'inspection contrôle effectuées par l'ECP/DPS	5	7	23	20	20
Le % de femmes dans les structures de gestion aux différents niveaux	12%	1%	15%	20%	20%
% des membres de l'ECZ qui font régulièrement des supervisions dans les CS	100%	80%	100%	100%	100%
L'intégration de la SR dans les plans d'actions l'attention aux aspects genre et environnement	46%	2,6%	ND	5%	5%
L'intégration du VIH, dans les plans d'actions	100%	100%	100%	100%	100%

2.4.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités ⁶	État d'avancement :			
	A	B	C	D
1 Appui au fonctionnement des ECZS (5 ZS) = primes encadreurs, fonctionnement ECZ, carburant supervision et autres	X			
2 Appui en équipement y compris véhicules	X			

⁶ A : Les activités sont en avance
 B : Les activités sont dans les délais
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

2.4.3 Analyse des progrès réalisés

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 rurale.

L'appui au fonctionnement des bureaux des zones par les consommables de bureau les moyens logistiques pour le charroi automobiles 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 les hôpitaux généraux des zones, activités principale des ECZ.

Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :

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 comme cadre de travail sont fonctionnelles avec un personnel permanent et motivé assurent la supervision des centres de santé de leur responsabilités.

Avec la généralisation de la tarification forfaitaire non subsidiée pour les centres de santé et subsidié pour les hôpitaux dans les zones appuyées a 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, un accent mis sur la qualité des soins pourra d'avantage contribué à travailler sur le plan de couverture des zones.

Les ECZ appuyées se sont approprié le mode de gestion des ressources mis en place avec l'appui du métier gestion qui sécurise la gestion des médicaments (Instruction opérationnelle) Des Logiciels de gestion ont été mis en place.

Disponibilité des médicaments (Fond de roulement) 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.

Difficultés qui se sont présentées :

- Influence politique de l'administration publique provinciale au niveau opérationnelle.
- Implication des parties prenantes dans la gestion des médicaments à l'HGR de Boma
- Juxtaposition des financements des bailleurs des fonds pour les programmes verticaux dans le fonctionnement général des zones de santé.
- Faible utilisation des informations sanitaires par les ECZ (notamment celles issues des bulletins SNIS) pour la prise des décisions.

Résultats (positifs ou négatifs) inattendus :

Amélioration de la gestion des médicaments dans la zone de santé de Boma en général et à de l'hôpital de Boma en particulier suite au suivi régulier de la gestion par le métier gestion et l'appui du projet.

2.5 Performance de l'output 3

2.5.1 Progrès des indicateurs

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.

Indicateurs	Valeur de la baseline 2011	Progrès année 2012	Progrès année 2013	Cible année 2013	Commentaires : Indicateurs 2013
Taux d'occupation Moyen par HGR	62%	63%	76%	80%	
Durée Moyenne de Séjour par HGR	9 jours	9 jours	8 jours	<10 jours	K : 8 j B : 8 j L : 8 j NS : 7 j NG : 7 j
Pourcentage de cas référé par les CS par rapport au nombre total de cas vus en consultation à l'HGR	43 %	65%	59%	>50%	
Pourcentage de cas en hospitalisation qu'ont été référés par un centre de santé	53%	69%	69%	>50%	K : 82% B : 19% L : 59% NS : 83% NG : 100%
Taux de létalité hospitalière globale	8%	6,5%	7%	<5%	K : 12% B : 11% L : 7% NS : 5% NG : 4%
Taux de létalité hospitalière après 48 heures d'hospitalisation	53%	30%	49%	<50%	
% de la population de chaque ZS adhérant à une mutuelle de santé.	<1%	2,5%	6%	>5%	Seule la zone de santé de Kisantu organise une mutuelle : 10.255 membres ont adhéré.
Nombre et le pourcentage d'accouchements assistés par du personnel professionnel formé	94%	88%	83%	>80%	

K : Kisantu, B : Boma, L : Lukula, NS : Nselo, NG : Ngidinga

2.5.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités ⁷	État d'avancement :			
	A	B	C	D
CSC, Travaux au niveau des 4 CS, Equipements CS +HGR (y compris suivi des travaux)			X	
Travaux/ Equipements HGR (y compris étude, suivi et équipement)	X			
Appui au fonctionnement des HGR y compris audit financier	X			
Appui au fonctionnement des CS y inclus appui aux CDR et renforcement capacités	X			
Appui Mutuelles			X	
Appui ITM		X		

2.5.3 Analyse des progrès réalisés

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 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 ordigrammes dans les centres de santé.

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 ECZ et HGR appuyés. Une augmentation des référés dans les structures de soins justifient de l'amélioration du système de référence d'une part et d'une amélioration de la prise en charge.

La réhabilitation/construction des infrastructures de soins et dotation en équipements est en cours pour améliorer le PMA de certains centres de santé et le 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. Ces activités appuyées ont contribué à la rationalisation des formations sanitaires appuyées dans le cadre de l'intervention.

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 ou l'hôpital continue à être utilisé comme un centre de santé. Cette distorsion est due au retard qu'à pris la zone à rationaliser ses structures de 1^{er} et 2^{ème} échelon.
- La qualité des soins dans les structures est encore douteuse pour l'ensemble des zones de

⁷ A : Les activités sont en avance
 B : Les activités sont dans les délais
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

santé malgré les missions d'accompagnement, formation et outils décisionnels mis en place.

-Un court-circuit de la tarification forfaitaire a été aussi constaté dans les structures sanitaires. Certains actes ont été exclu dans le forfait à l'insu du projet par exemple l'imagerie médicale, la transfusion sanguine et les examens de laboratoire poussé.

-Interventions sélectives des partenaires de santé avec des appuis financiers importants sans soucis d'alignement à la politique nationale de santé et respect des engagements auprès des bénéficiaires

-Manque d'un fond d'équité prévu par le projet 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.

2.6 Performance de l'output 4

2.6.1 Progrès des indicateurs

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						
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Progrès 2012	Progrès 2013	Cible 2013	Cible finale	Commentaires
Le nombre de missions de supervision effectuées par le niveau central	4	5	2	4	4	Au moins une mission par trimestre
Nombre d'études de coûts réels réalisées	2	0	1	0	1	La DEP a conduit le costing de la DPS Bas-Congo
Nombre d'études réalisées sur la capacité à payer	0	0	0	0	0	Une étude est en cours dans la zone de santé de Boma pour amorcer la TF dans les CS.
Le nombre de sujets de réflexion faisant parti d'un dialogue politique sectoriel au niveau central auxquels le projet donne une contribution majeure	0	4	2	2	2	Le financement du Secteur L'intégration des programmes verticaux dans un système de santé avec l'appui du projet CTB/DLM

2.6.2 Etat d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :				Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)
	A	B	C	D	
Appui à la réflexion au niveau opérationnel		X			
Appui à la capitalisation au niveau intermédiaire et central		X			

2.6.3 Analyse des progrès réalisés

Le système de santé est en réorganisation après une période de dysfonctionnement. Avec la stratégie de renforcement du système de santé que le projet appui la mise en œuvre, des expériences sont développées sur terrain. Des leçons sont tirées des évidences porteuses pour la capitalisation et reproduction. Telle 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 décentralisé des médicaments dans les structures de soins (pour les zones de santé de Boma et Lukula).

Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :

Généralisation du mode de paiement forfaitaire dans l'ensemble des zones de santé avec comme 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 (positive ou négative):

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

Résultats inattendus: Subventionnement par la partie congolaise de 3 hôpitaux généraux de référence sur les cinq appuyés.

2.7 Thèmes transversaux

2.7.1 Genre

Le genre est moins pris en compte dans ce projet. Les postes de responsabilité sont rarement occupés par des femmes. Seulement 20% des femmes occupent des positions de responsabilité au niveau des ECZS. Aucune femme à ce jour ne fait partie de l'ECP en reforme. L'encadreur femme a été appelé pour d'autres responsabilités. Néanmoins, le genre a été suffisamment pris en compte dans l'investissement des hôpitaux et centres de santé. Des maternités équipées sont construits dans les hôpitaux et centres de santé destinés à la prise en charge de la femme enceinte pendant la grossesse et l'accouchement. Les matières « genre spécifique » concerne la santé maternelle sur laquelle les audits cliniques et des décès se font dans les hôpitaux.

2.7.2 Environnement

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. Les entreprises notifiées pour la réhabilitation et construction vont utiliser le matériel pour la protection de l'environnement. Dans la province la question de défense de l'environnement dépasse largement le secteur santé.

2.7.3 Autre

2.8 Gestion des risques

Identification du risque			Analyse du risque		Traitement du risque			Suivi du risque		
Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Date limite	Avancement	Statu
Lenteur du processus de la réforme du niveau intermédiaire par faiblesse de volonté politique	Au démarrage de la mise en œuvre	Politique	Elevée	Elevé	C	Sensibilisation des autorités politico-administratives au niveau provincial et national sur le bien fondé de la réforme du secteur.	MSP-PTF	Fin projet	Le gouvernement provincial est informé des enjeux de la réforme du niveau intermédiaire à travers son ministre de la santé et du plan au cours des SMCL	Jaune
						Implication la fonction publique dans le processus de réforme	MSP	Fin projet	La FP est à pieds d'œuvre dans le processus de réforme progressive du secteur et surtout pour la sélection des ressources humaines.	
						Implication d'autres partenaires œuvrant dans le secteur de la santé niveau provincial et national	MSP-CTB	Fin projet	Les PTF se réunissent autour du groupe inter bailleur santé pour l'aboutissement de la réforme sectorielle.	
Résistance institutionnelle et individuelle à la mise en place des différents métiers en remplacement des bureaux et la sélection des cadres pour les différents métiers	Au démarrage de la mise en œuvre	Administrative et Sociale	Moyenne	Elevé	C	Sensibilisation des acteurs au niveau intermédiaire et périphérique, implication du MIP et ministère provincial en charge de la santé	MIP et Chef de projet	Fin projet	Des séances de sensibilisation interne au sein de l'IMP par le MIP accompagné du chef de projet, du ministère de la fonction publique national sur l'objectif de la réforme du secteur	
						Implication la fonction publique dans le			Afin de dissiper la crainte de perte du travail	

3 Pilotage et apprentissage

3.1 Réorientations stratégiques

En général

L'état de santé se modifie de manière positive si tous les secteurs faisant partie du développement intégral de l'homme sont appuyés dans les mêmes zones géographiques « approche programme » avec une vision d'intervention commune entre le gouvernement et les bailleurs à long terme afin de produire des transformations souhaitées avec des ressources financières et des compétences adéquates.

En particulier :

Au niveau de la RDC

L'appui à une réforme de décentralisation de l'administration publique pour le secteur santé demande une détermination et une vision politique avec une feuille de route claire et réaliste pour toute la pyramide sanitaire (niveau central, intermédiaire et périphérique). Le niveau central étant en déphasage sur la réforme par rapport au niveau intermédiaire, les acquis restent fragiles.

La mise en œuvre d'une réforme du niveau intermédiaire nécessite une volonté politique et l'implication de l'exécutif provincial. La décentralisation de l'administration devrait précéder la réforme sectorielle. La finalisation des aspects particuliers concernant les aspects d'inspection de la santé [relation entre Inspection Provinciale de la Santé (décentralisée) et Inspection générale de la santé (déconcentrée)], une rationalisation des ressources humaines et – sans ambiguïté et en fin le mode de financement pour les entités décentralisées.

Pour se faire, il s'agira notamment d'augmenter progressivement le budget de l'Etat destiné aux niveaux décentralisés (afin d'alimenter les DPS et les ZS pour leur fonctionnement) tout en assurant les paiements des salaires de tous les employés de l'Etat. En pratique, c'est également un glissement du niveau central au niveau intermédiaire qu'il faudra mettre en place.

Au niveau du projet ASSNIP BC

La décentralisation sectorielle est un enjeu crucial pour la mise en place du système de santé intermédiaire et périphérique.

Au total, c'est une véritable vision globale macroéconomique des besoins en financement du secteur, partagée par l'Etat et ses partenaires qui apparaît fondamentale (le rôle de la Commission de Financement travaille sur cette thématique avec l'appui des bailleurs est essentiel).

De manière concomitante, la coopération bilatérale doit poursuivre l'appui à la réforme des DPS, soutenir les mécanismes financiers nécessaires appuyant cette orientation et envisager dès maintenant des appuis financiers décentralisés pour soutenir de manière pragmatique « une approche programme ».

Le Ministère de la Santé, avec l'appui de ses partenaires, doit définir clairement quelle est la stratégie de financement la plus adéquate en RDC notamment pour le système intermédiaire et périphérique, dans le cadre de la décentralisation qui se met maintenant en place.

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, p. ex.</i>
Un système de santé « sous-financé » ne peut répondre aux différents impératifs d'accessibilité financière aux soins pour les populations, de mise en place de prestations médico-techniques de qualité, tout en bénéficiant d'un encadrement (coaching, suivi, évaluation) efficace.	1.3	MSP et CTB	Q1 2014
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 CTB	
Poursuivre la réforme du niveau intermédiaire du secteur de santé au Bas-Congo. La mise en place de la réforme de la DPS est sur la bonne voie mais nécessite une volonté politique affirmée, la finalisation des directives du métier inspection contrôle et son articulation avec les structures déconcentrées (IGS – IPS), la rationalisation effective des ressources humaines pléthorique au niveau intermédiaire et mise en place d'un mécanisme de financement décentralisé permettant d'articuler les différents flux financiers futurs, qu'ils soient nationaux, provinciaux ou provenant des partenaires.	2.3	MSP et CTB	
Poursuivre le travail de la réforme en intégrant davantage le financement des programmes verticaux « spécialisés » dans le système de santé.	2.3 et 2.4	DLM/MSP et CTB	

3.3 Enseignements tirés

Enseignements tirés	Public cible
<p>Description de l'enseignement tiré.</p>	<p>Le public potentiellement intéressé par l'enseignement tiré (projet, représentation, département du siège de la CTB, département du partenaire...).</p>
<p>L'introduction de la tarification forfaitaire au premier et deuxième échelon a permis d'augmenter l'accessibilité financière, la fréquentation des services et la rationalisation des soins. La tarification forfaitaire « subsidiée » au deuxième échelon ne pas une bonne stratégie de sortie, puisqu'elle nécessite que l'état congolais ou un autre partenaire prenne le relais de la subvention conséquente pour appuyer le fonctionnement des hôpitaux.</p>	<p>MSP et projet CTB</p>
<p>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 des bureaux. L'encadrement des Equipe cadre au niveau des Bureaux de ZS par le métier appui améliore sensiblement l'accès et la qualité des soins. Par contre, peu d'avancées ont été enregistrées (processus encore trop complexes et délai d'implémentation court) pour rendre les relations entre DPS et Ministère Provincial de la Santé plus efficaces et/ou pour arriver à un « alignement financier » des partenaires au niveau provincial.</p>	<p>Département du siège de la CTB, Représentation de la CTB</p>
<p>La décentralisation de la gestion 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.</p>	<p>MSP et projet CTB</p>

4 Annexes

4.1 Critères de qualité

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

2. EFFICIENCE DE LA MISE EN ŒUVRE JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel les ressources de l'intervention (fonds, expertise, temps, etc.) ont été converties en résultats de façon économe.					
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins deux 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A; Deux fois un 'B', pas de 'C' ni de 'D' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i>					
Évaluation de l'EFFICIENCE : note totale		A	B	C	D
2.1 Dans quelle mesure les inputs (finances, RH, biens & équipements) sont-ils					

correctement gérés ?	
	A Tous les inputs sont disponibles à temps et dans les limites budgétaires.
x	B La plupart des inputs sont disponibles dans des délais raisonnables et ne nécessitent pas d'ajustements budgétaires considérables. Une certaine marge d'amélioration est cependant possible.
	C La disponibilité et l'utilisation des inputs posent des problèmes qui doivent être résolus, sans quoi les résultats pourraient courir certains risques.
	D La disponibilité et la gestion des inputs comportent de sérieuses lacunes qui menacent l'atteinte des résultats. Des changements considérables sont nécessaires.
2.2 Dans quelle mesure la mise en œuvre des activités est-elle correctement gérée ?	
x	A Les activités sont mises en œuvre dans les délais.
	B La plupart des activités sont dans les délais. Certaines sont retardées, mais cela n'a pas d'incidence sur la fourniture des outputs.
	C Les activités sont retardées. Des mesures correctives sont nécessaires pour permettre la fourniture sans trop de retard.
	D Les activités ont pris un sérieux retard. Des outputs ne pourront être fournis que moyennant des changements majeurs dans la planification.
2.3 Dans quelle mesure les outputs sont-ils correctement atteints ?	
	A Tous les outputs ont été et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps et de bonne qualité, ce qui contribuera aux outcomes planifiés.
x	B Les outputs sont et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps, mais une certaine marge d'amélioration est possible en termes de qualité, de couverture et de timing.
	C Certains outputs ne s(er)ont pas livrés à temps ou de bonne qualité. Des ajustements sont nécessaires.
	D La qualité et la livraison des outputs comportent et comporteront plus que vraisemblablement de sérieuses lacunes. Des ajustements considérables sont nécessaires pour garantir au minimum que les outputs clés seront livrés à temps.

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

		réalisation de l'outcome.
	D	L'intervention n'atteindra pas son outcome, à moins que d'importantes mesures fondamentales soient prises.
3.2 Les activités et les outputs sont-ils adaptés (le cas échéant) dans l'optique de réaliser l'outcome ?		
	A	L'intervention réussit à adapter ses stratégies/activités et outputs en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. Les risques et hypothèses sont gérés de manière proactive.
x	B	L'intervention réussit relativement bien à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. La gestion des risques est relativement passive.
	C	L'intervention n'est pas totalement parvenue à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes de façon appropriée ou dans les temps. La gestion des risques a été plutôt statique. Une modification importante des stratégies s'avère nécessaire pour garantir à l'intervention la réalisation de son outcome.
	D	L'intervention n'est pas parvenue à réagir à l'évolution des circonstances externes ; la gestion des risques a été insuffisante. Des changements considérables sont nécessaires pour réaliser l'outcome.

4. DURABILITÉ POTENTIELLE : le degré de probabilité de préserver et reproduire les bénéfices d'une intervention sur le long terme (au-delà de la période de mise en œuvre de l'intervention).

Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins 3 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A; Maximum 2 'C', pas de 'D' = B ; Au moins 3 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D

Évaluation de la DURABILITÉ POTENTIELLE : note totale	A	B	C	D

4.1 Durabilité financière/économique ?

	A	La durabilité financière/économique est potentiellement très bonne : les frais liés aux services et à la maintenance sont couverts ou raisonnables ; les facteurs externes n'auront aucune incidence sur celle-ci.
	B	La durabilité financière/économique sera vraisemblablement bonne, mais des problèmes peuvent survenir en raison notamment de l'évolution de facteurs économiques externes.
x	C	Les problèmes doivent être traités en ce qui concerne la durabilité financière soit en termes de frais institutionnels ou liés aux groupes cibles, ou encore d'évolution du contexte économique.
	D	La durabilité financière/économique est très discutable, à moins que n'interviennent des changements majeurs.

4.2 Quel est le degré d'appropriation de l'intervention par les groupes cibles et persistera-t-il au terme de l'assistance externe ?

	A	Le Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes sont fortement impliqués à tous les stades de la mise en œuvre et s'engagent à continuer à produire et utiliser des résultats.
	B	La mise en œuvre se base en grande partie sur le Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes impliqués eux aussi, dans une certaine mesure, dans le processus décisionnel. La probabilité d'atteindre la durabilité est bonne,

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

4.2 Décisions prises par le Comité de pilotage et suivi

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	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	Q2 2013	Avant la	PV	MSP	Préparation des	MSP	Perm	Le cadre	

sélection pour la réorganisation de la DPS Bas-Congo		fin du projet	SMCL du 26/06/2013		projets d'arrêtés		avant	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 exécution et en préparation.	Q2 2013	Avant la fin du projet	PV SMCL du 26/06/2013	Projet ASSNIP BC	Contacteur l'architecte de la CTB	CTB	Avant la fin du projet	Tous les MP ont été lancés, à part pour 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	Déce mbre 2013	Suit à l'insuffisance des moyens l'HGR Boma n'a pas été retenu dans le cadre de ce projet	

4.3 Cadre logique mis à jour

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses
OG	<p>Objectif général : 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"> Le contexte politico-militaire demeure stable et ne provoque aucun changement de nature à induire une interruption de la coopération Une actualisation des conventions entre l'état congolais et le secteur confessionnel. La situation socio-économique s'améliore et entraîne une amélioration du pouvoir d'achat de la population Un engagement significatif de l'Etat dans le financement de la santé
OS	<p>Objectif spécifique : 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"> Taux d'utilisation des services curatifs et préventifs de premier échelon (CS) dans les ZS ciblées Taux d'utilisation des services curatifs de première référence par service (pédiatrie, médecine interne, maternité, chirurgie) dans les HGR des ZS ciblées 	<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"> Le processus de réforme du secteur de la santé se poursuit Le processus de réforme de la fonction publique se poursuit 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" ...) Pas d'affectation non justifiée de personnel dans les formations sanitaires Les modalités de poursuite de l'appui aux administrations et structures de soins appuyés par le projet sont identifiées par l'Etat
RI	<p>Résultat Attendu N° 1 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"> Nombre de supervisions réalisées par ZS par l'ECP avec rapport ; Nombre de réunions de l'ECP avec PV Nombre de CPP annuels et de réunions thématiques connexes avec PV nombre de membres de l'ECP 	<p>Rapport de l'ECD; visites d'inspection contrôle par le niveau central (D5 DEP); Rapports des ECZs; rapports de l'AI</p>	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place du cadre organisationnel de la Division Provinciale de La Santé en 4 métiers. Présence d'un plan de développement consolidé et validé par le Conseil d'Administration Les différents partenaires au niveau provincial et local

	<p>Résultat Attendu N° 2. Les équipes cadres en place dans les ZS de Lukula et Boma de Kisanu, N° Selo et Ngridinga 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>effectivement sélectionné sur base de leurs compétences, tenant compte de l'aspect genre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de PAO officiellement adoptés par le CA de la ZS - Nombre de supervisions intégrées de CS réalisées dans chaque ZS avec rapport. - Nombre de visites d'inspection contrôle effectuées par l'ECP/DPS. - % des membres de l'ECZ qui font régulièrement des supervisions dans les CS; - Le % de femmes dans les structures de gestion aux différents niveaux ; - 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 	<p>Visites d'inspection contrôle par l'ECP/DPS;</p> <p>Rapports annuels des ECZ PAO; rapports SNIS;</p>	<p>intègrent leurs activités dans le Plan Provincial de Développement Sanitaire dans une logique horizontale s'orientant vers un SWAP provincial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recrutement indépendant du personnel de l'ECP (en fonction de critères objectifs)
<p>R 3</p>	<p>Résultat Attendu N° 3 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"> - TOM et DMS par service dans les HGR - Pourcentage de cas référé par les CS par rapport au nombre total de cas vus en consultation à l'HGR. - Pourcentage de cas en hospitalisation qui ont été référés par un centre de santé - Taux de létalité hospitalière globale et après 48 heures d'hospitalisation - montant moyen de la contribution du patient par type de forfait et le % des recettes que représente cette contribution. - % de patients envoyés en hospitalisation parmi les patients référés en consultation. - % de la population de chaque ZS 	<p>Rapport SNIS;</p> <p>rapport de supervision des ECZ de l'ECP et de l'AT</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de remise en cause de la composition du personnel ; stabilité du personnel en place • 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 • Offre de service locale adéquate en matière de travaux de réhabilitation/ construction • Le réseau FEDECAME/ CDR est fonctionnel • 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

R-4	<p>Résultat Attendu N° 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</p>	adhérant à une mutuelle de santé. - Nombre et le pourcentage d'accouchements assistés par du personnel professionnel formé - Le nombre de missions de supervision effectuées par le niveau central - Nombre d'études de coûts réels réalisées - Nombre d'études réalisées - Le nombre de sujets de réflexion faisant parti d'un dialogue politique sectoriel au niveau central auxquels le projet donne une contribution majeure.	Journaux internationaux de santé publique ; rapports centraux	
-----	--	--	---	--

4.4 Aperçu des MoRe Results

Résultats ou indicateurs du cadre logique modifiés au cours des 12 derniers mois ?	Aucun
Rapport <i>baseline</i> enregistré dans PIT ?	
Planning de la MTR	jj/mm/aaaa
Planning de l'évaluation finale	28/11/2013 au 02/12/2013
Missions de backstopping depuis le 01/01/2012	Non prévu

4.5 Rapport « Budget versus Actuels (y - m) »

Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of RDC1015711

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

Budget Version : **C03**

Currency : **EUR**

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

Year to month : **31/12/2013**

Status	Fin Mode	Amount	2013				Total	Total Exp	Balance	% Exec
			Q1	Q2	Q3	Q4				
A. Ouvreir arconaire :		6.656.000,00	1.032.834,11	735.030,89	1.026.211,59	846.293,61	4.294.685,29	2.360.314,71	68%	
01 R1: l'IECP est fonctionnelle		510.000,00	229.672,27	89.490,31	61.696,37	43.971,41	269.621,22	489.293,49	36%	
01 Appui au fonctionnement/	REGIE	425.000,00	136.694,62	89.490,31	61.657,33	45.817,71	260.982,51	399.877,13	94%	
02 Appui en réhabilitation et	REGIE	85.000,00	90.777,65	455,97	29,04	-1.846,30	89.416,36	-4.416,36	105%	
02 R2: Les équipes cadres en		367.574,00	130.696,68	48.063,39	77.261,29	37.207,06	211.369,78	342.056,46	33%	
01 Appui au fonctionnement	REGIE	357.574,00	124.648,86	48.063,39	69.711,29	37.207,06	203.819,78	328.468,64	92%	
02 Appui en réhabilitation et	REGIE	10.000,00	6.037,82	7.500,00	7.500,00	7.500,00	7.500,00	13.587,82	136%	
03 R3 Dans les deux ZS de		5.626.626,00	646.360,40	592.036,57	882.412,26	758.286,19	2.774.034,56	3.420.394,35	61%	
01 Travaux/ Equipements CS	REGIE	672.344,00	770,23	367.457,80	694.917,43	540.480,76	2.024.997,58	2.338.024,48	64%	
02 travaux / Equipements HGR	REGIE	3.492.064,00	213.026,91	402.141,59	190.381,87	153.758,36	658.739,73	1.069.319,39	84%	
03 Appui au fonctionnement	REGIE	1.279.592,00	410.579,66	130.523,32	194.076,17	153.758,36	658.739,73	1.069.319,39	84%	
04 Appui au fonctionnement	REGIE	65.091,00	960,02	542,82	489,36	803,48	4.571,67	5.713,34	11%	
05 Appui Mutuelles	REGIE	50.340,00	1.141,77	1.064,59	2.663,50	5.357,91	26.807,83	46.089,64	70%	
06 Appui ITM	REGIE	66.264,00	19.081,81	7.276,26	6.623,60	6.829,15	17.125,63	42.840,39	28%	
04 R4 Durant le projet des		150.800,00	25.814,76	24,20	5.420,61	2.359,35	7.892,02	28.259,26	25%	
01 Appui à la réflexion au	REGIE	112.800,00	20.367,24	24,20	5.420,61	2.359,35	7.892,02	28.259,26	25%	
02 Appui à la capitalisation nx	REGIE	38.000,00	5.447,52	2.643,81	6.599,00	9.233,61	14.691,13	23.319,67	39%	
X. RESERVE BUDGETAIRE		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7%	
REGIE		7.633.000,00	1.564.838,79	708.877,23	1.088.366,02	981.348,81	3.635.486,61	5.200.325,39	68,00	
COGEST		7.633.000,00	1.564.838,79	708.877,23	1.088.366,02	981.348,81	3.635.486,61	5.200.325,39	68,00	
TOTAL		15.266.000,00	3.129.677,58	1.417.754,46	2.176.732,04	1.962.697,62	7.270.973,22	10.400.650,78	68,00	



Budget vs Actuals - Year to Month - By Quarter of RDC1015711 - Revision on 14/01/2014

Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of RDC1015711

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

Budget Version : **C03**
 Currency : **EUR**

Year to month : 31/12/2013

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

Status	Fin. Mode	Account	2013				Total	Total.Eur.	Balance	% Cons.	
			Q1	Q2	Q3	Q4					
51	RES/008	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	7%		
01	RES/008	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	7%		
2											
51	RES/008	971,899,29	933,334,39	54,292,22	121,383,66	93,354,44	135,053,06	373,333,42	965,948,16	72,589,96	97%
01	RES/008	734,899,29	697,887,63	36,194,72	94,991,20	68,318,98	108,978,91	293,283,61	887,872,94	48,132,08	94%
02	RES/008	666,899,29	276,532,59	47,818,63	51,738,29	58,191,85	82,627,89	278,582,94	492,403,42	107,544,58	82%
03	RES/008	134,899,29	131,894,96	-17,430,99	43,143,91	-9,305,67	49,356,63	63,127,87	195,432,32	-81,422,32	148%
04	RES/008	184,899,29	124,872,29	23,948,94	26,382,47	16,828,46	22,180,92	89,022,48	213,894,77	-19,894,77	118%
01	RES/008	73,899,29	61,822,96	9,694,42	16,382,24	3,187,18	4,489,68	22,144,49	84,687,35	-18,887,35	123%
02	RES/008	121,899,29	63,149,43	14,254,22	16,886,22	12,771,29	17,872,26	60,877,99	134,807,42	-3,027,42	103%
03	RES/008	64,899,29	34,899,29	34,899,29	34,899,29	34,899,29	34,899,29	34,899,29	34,899,29	34,899,29	87%
01	RES/008	64,899,29	34,899,29	34,899,29	34,899,29	34,899,29	34,899,29	34,899,29	34,899,29	34,899,29	87%
59	RES/008	0.00	0.00	116,96	116,96	116,96	116,96	116,96	116,96	-116,96	9%
60	RES/008	0.00	0.00	116,96	116,96	116,96	116,96	116,96	116,96	-116,96	7%
REGIE		7,822,890,00	1,594,828,79	781,877,29	896,394,35	1,828,890,82	997,348,91	3,835,489,91	5,268,375,39	2,432,874,91	88,99
COGEST											
TOTAL		7,822,890,00	1,594,828,79	781,877,29	896,394,35	1,828,890,82	997,348,91	3,835,489,91	5,268,375,39	2,432,874,91	88,99



Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of RDC1015711 - Period: 31/12/2013

Page: 2

4.6 Ressources en termes de communication

Résultats	Matériels disponibles	Observation
R1	Rapport de consultance sur le processus de mise en place des métiers au niveau de la DPS	
	Rapport d'étude de costing de la nouvelle DPS du Bas-Congo	Rapport non encore validé
R4	Amélioration de l'accessibilité et la qualité des soins dans les zones appuyées par la mise en place d'une équipe d'encadrement provinciale	Thème pour la capitalisation en cours d'élaboration
	Gestion rationnelle des médicaments l'HGR de Boma porte d'entrée pour l'amélioration de l'accès et la qualité des soins	Thème pour la capitalisation en cours d'élaboration