

**CTB**

PROVINCE ORIENTALE



# RAPPORT FINAL

**PROJET D'APPUI AU SYSTÈME DE SANTE  
AUX NIVEAUX INTERMEDIAIRE ET  
PERIPHERIQUE (ASSNIP) DANS 3 ZONES DE  
SANTE DE LA VILLE DE KISANGANI : PHASE  
DE CONSOLIDATION DES ACQUIS**

**REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO**

**CODE DGCD : NN 3010 299**

**RDC 10 158 11**

## TABLE DES MATIÈRES

1. INFORMATIONS DE BASE SUR LA PRESTATION .....	3
2. APPRECIATION .....	5
3. RÉSUMÉ DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA PRESTATION .....	9
4. ANNEXES.....	24

DOCUMENT TYPE:	DOCUMENT TITLE :	DOCUMENT OWNER :	DATE OF APPLICATION :	VERSION :
Template	Final activity report	M. Van Parijs, M&E expert	16/12/2011	2.0

## 1. INFORMATIONS DE BASE SUR LA PRESTATION

Pays : République Démocratique du Congo

Secteur et sous –secteur CAD : 12110 – Politique de Santé

Institution nationale ou régionale chargée de l'exécution : Division Provinciale de la Santé, Province Orientale, MSP

Agences d'exécution : NA

Nbre d'experts en coopération internationale de la CTB : 1

Durée de la prestation (selon AS/CS) : 36 mois avec exécution de projet de 24 mois

Date de démarrage de la prestation :

Selon AS/CS : 7 Décembre 2011

Effective : 1 Avril 2012

Date de clôture de la prestation :

Selon AS/CS : 1 Avril 2014

Effective : 31 Décembre 2013

Modalités de gestion de la prestation : Régie

Budget total de la prestation : 3.468.000 €

Période couverte par le rapport : 1 Avril 2012 au 31 Décembre 2013

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

7. Formations	X	
8. Bailleurs de fonds		

## 2. 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
<b>PERTINENCE<sup>1</sup></b> (cf. PRIMA, §70, p.19)		
1. Quelle est la pertinence de la prestation par rapport aux priorités nationales de développement?		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		a) X b) X c) X
3. Les objectifs de la prestation étaient-ils toujours pertinents ?		1
4. La prestation a-t-elle répondu aux besoins des groupes cibles?		2

<sup>1</sup> 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 ».

5. En fonction de ses objectifs, la prestation s'est-elle appuyée sur les organes locaux d'exécution appropriés?		1
--	--	---

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

<sup>2</sup> 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, efficacité, respect des délais et qualité du personnel).

<sup>3</sup> voir annexe 1 pour plus de détails

7. Sur base du planning d'exécution, appréciez la rapidité d'exécution de la prestation. (respect des délais)		2
---	--	---

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		2

Le projet ASSNIP Kisangani est une phase de consolidation du projet précédent et avait une durée de 21 mois pour les activités (et 27 mois pour la finalisation des marchés publics de construction et réhabilitation).

Les projets ASSNIP ont été conçus avec une vision à large temps de 15 ans. Ensuite, après 4 ans, il a été décidé de terminer l'appui belge bilatéral au secteur santé en RDC. La phase de consolidation a été montée pour préparer la sortie de la CTB mais il est évident qu'un projet d'une durée relativement courte ne puisse pas résoudre tous les problèmes liés à consolider les approches novatrices encore dans leur phase de démarrage.

Les activités appuyées par le projet ASSNIP Kisangani consistaient uniquement des activités du Plan Annuel Opérationnel (PAO) des 3 zones de santé et de la DPS, et les PAOs sont les documents d'opérationnalisation des Plans de Développement Sanitaires issues de la Stratégie de Développement Sanitaire du DRC. Les planifications trimestrielles du projet ont toujours été élaborées avec la pleine participation des zones de santé et de la DPS. Ainsi l'alignement des activités du projet aux priorités nationales de développement étaient assuré.

Avec seulement 6% des dépenses du gouvernement consacrées au secteur santé (et u décaissement de moins de 50%), le système de santé en RDC demeure largement sous financé.

Un des domaines où le manque de financement se fait sentir le plus est la rémunération du staff médical dans les structures publiques. Un infirmier gagne environ de 15 USD





### 3. 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)**

Il n'y a pas eu de changements dans l'Objectif Spécifique ou les Résultats Intermédiaires.

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

Objectif spécifique : Le système de santé de la Tshopo est consolidé de manière durable à travers le renforcement de la DPS et des ZS de Makiso-Kisangani, Kabondo et Lubunga

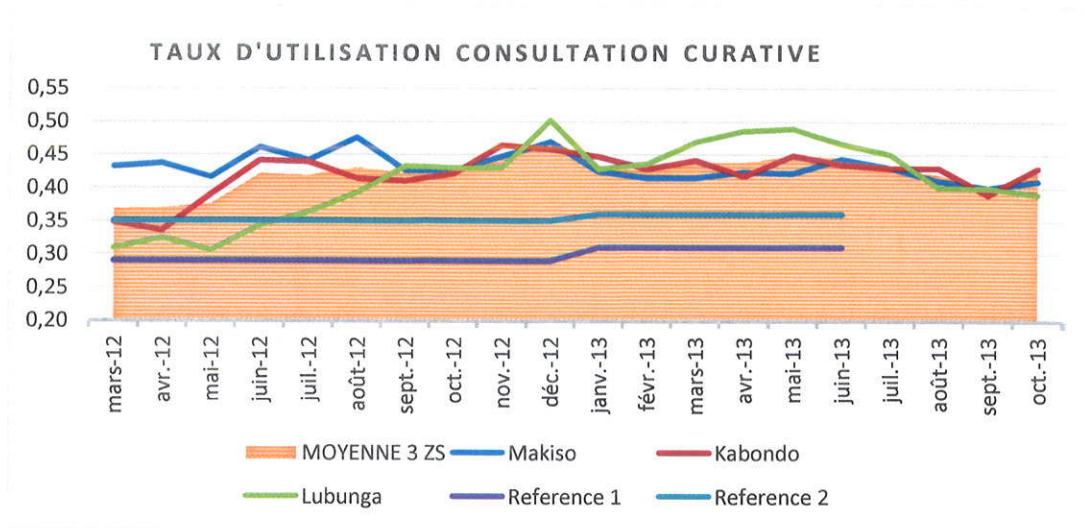
Les indicateurs retenus sont des indicateurs d'utilisation des 2 niveaux du système de santé de la zone de santé : Centre de Santé et Hôpital Général de Référence

1. Les taux d'utilisation des services curatifs et préventifs du 1er échelon (CS)

Comme illustré dans les tableaux suivants, les taux d'utilisation des centres de santé ont atteint un bon niveau pour le contexte de la ville de Kisangani. En comparant les indicateurs avec la ZS Tshopo (Référence 1, une ZS dans la ville de Kisangani sans appui globale) et la ZS de Mangobo (Référence 2, une ZS dans la ville de Kisangani avec un appui limité de la Coopération Coréenne) il est clair que la performance des 3 zones de santé appuyées par le projet ASSNIP Kisangani est supérieure.

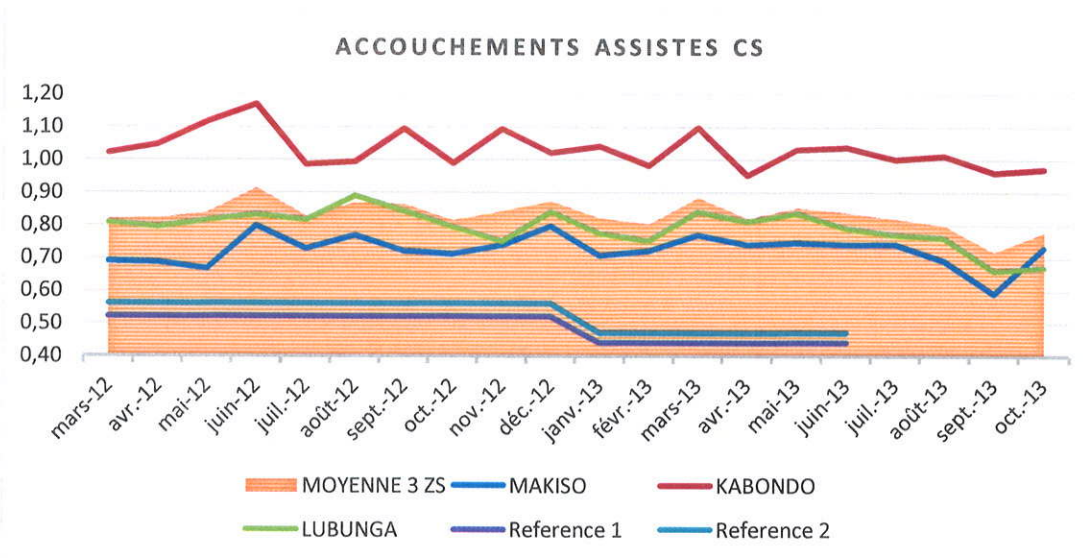
Le taux d'utilisation de la consultation curative dans les centres de santé appuyés se situe autour de 42%. Il faut prendre en compte que dans la ville de Kisangani les services publics sont confrontés à la compétition d'une multitude de structures privées. Pour élucider les facteurs pourquoi l'utilisation semble ne pas dépasser 45%, une enquête de satisfaction du malade a été réalisée mais il est trop tôt pour déjà en voir les résultats dans l'utilisation.

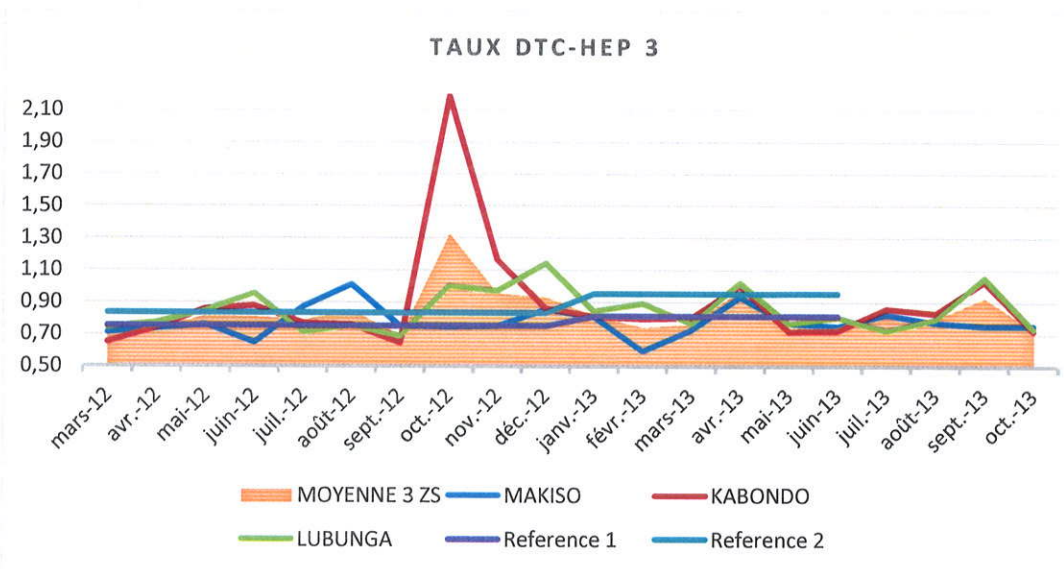
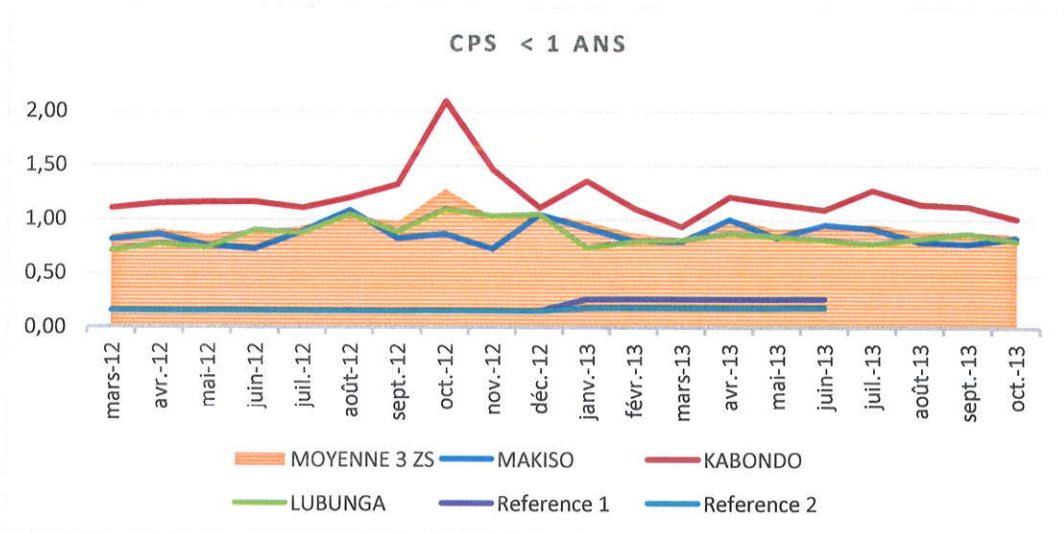
Bien que pendant l'année 2013 les subventions pour les centres de santé ont été diminuées progressivement, une chute importante du taux d'utilisation n'a pas été observée probablement parce que le montant à payer par le malade n'a pas changé. L'évolution de cet indicateur est à suivre maintenant que la DPS a augmenté sensiblement le montant du ticket à payer par le malade à partir de 2014.



Un même résultat de bonne performance peut être observé pour les indicateurs des services préventifs des Centres de Santé.

La vaccination ne dépend pas uniquement de l'appui global offert par le projet. Les vaccinations dans les 3 zones de santé appuyées ont souffert de ruptures de stocks de vaccins, seringues et pétrole pour les réfrigérateurs ce qui explique les résultats sous-optimal.





## 2. Les taux d'utilisation des services curatifs du 2ème échelon / service (HGR)

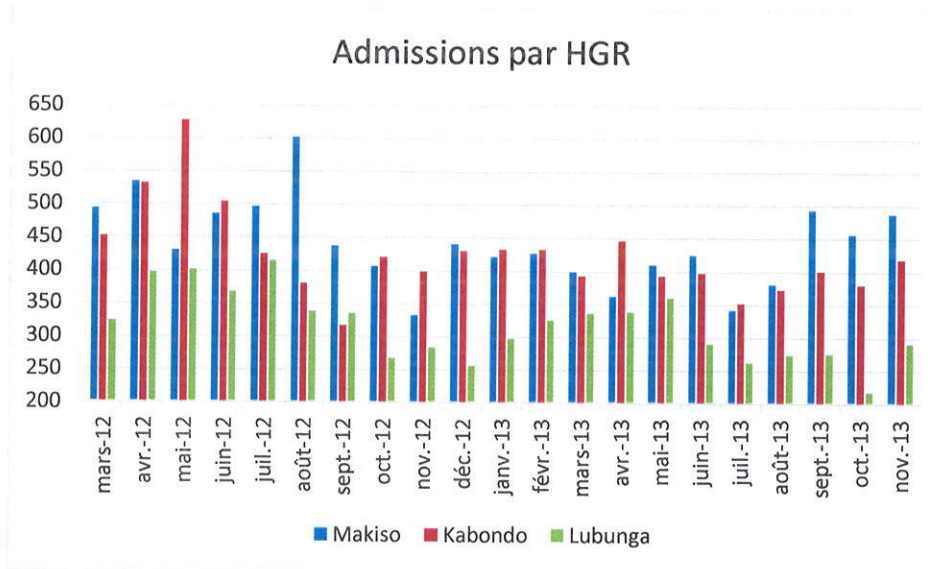
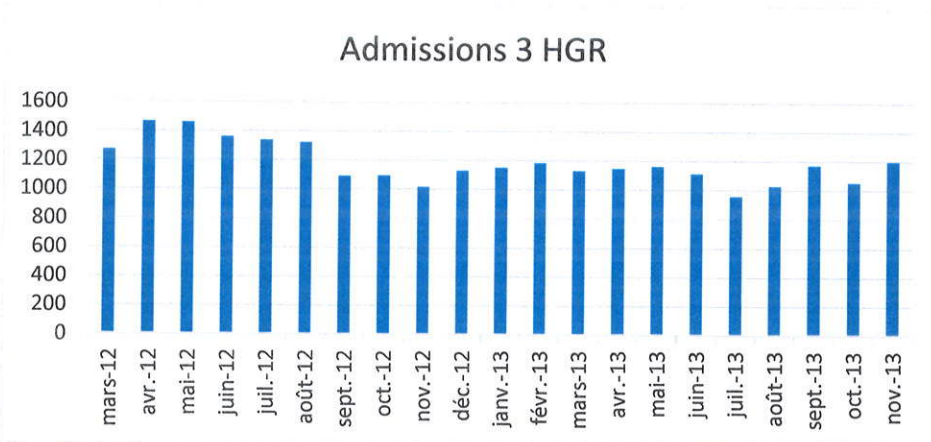
Les indicateurs pour les HGR sont plus difficiles à évaluer et doivent être analysés en combinaison avec la performance des centres de santé.

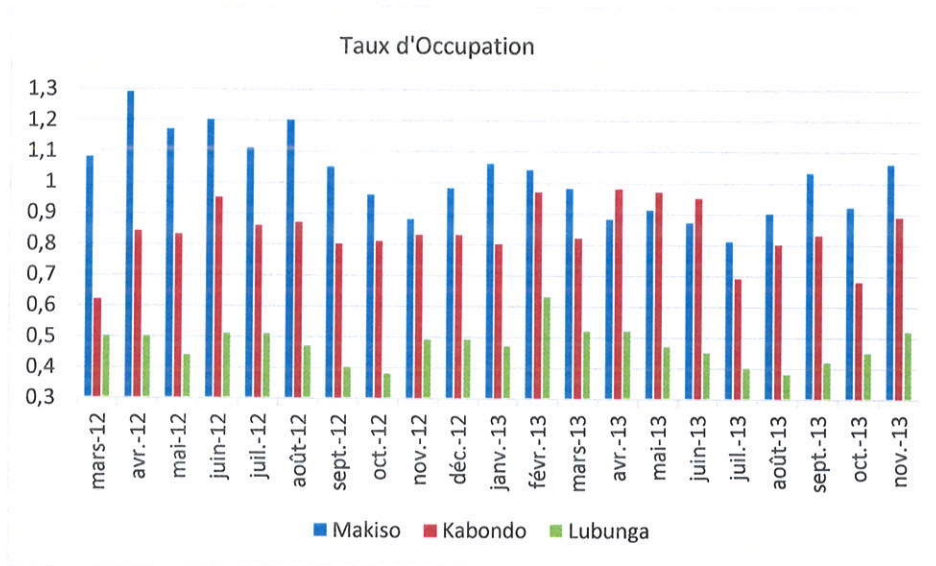
Le nombre d'admissions a connu une légère diminution pendant 2013 mais il manque l'information pour s'exprimer pour les raisons. Il est même possible que c'est dû à une meilleure capacité résolvative dans les centres de santé.

Tenant en compte la population des zones de santé, le taux d'admissions par 100 habitant n'est pas tellement différent entre les HGR que les premières graphiques suggèrent. (La ZS de Lubunga a moins d'habitants et, en plus, par sa localisation géographique l'HGR accueille peu de malades d'autres ZS)

La durée moyenne de séjour n'a pas changé significativement et reflète correctement la complexité des cas prise en charge dans les HGR respectifs.

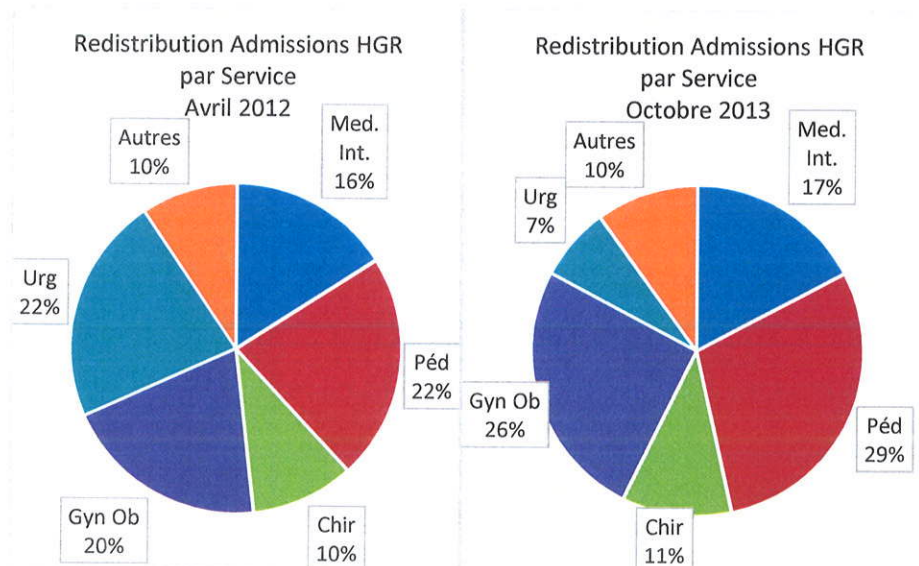
Il y a eu une distribution d'utilisation des services des HGR pendant la durée du projet en faveur des services de pédiatrie et gynécologie / obstétrique, précisément les services pour les populations les plus vulnérables.





### Durée moyenne de séjour

	2012	2013
Makiso	8,10	8,00
Kabondo	6,77	6,91
Lubunga	5,22	5,18



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

Résultat Intermédiaire 1 : L'ECP assure un appui de qualité aux ZS et est et placée dans les conditions optimales pour piloter la mise en œuvre du PPDS

Avec la mise en place de la nouvelle position d'Encadreur Provincial Polyvalent (EPP) selon les directives pour la réforme du niveau intermédiaire, le nombre de 'supervisions' dans les zone de santé a sensiblement augmenté (de 0.6 par ZS en 2012 à 4.33 en 2013, *Indicateur 1 : supervisions des ZS par l'ECP*). En plus, la qualité est fortement amélioré et est passé d'une 'supervision' vers un vrai accompagnement.

Ce constat est limité aux zones de santé appuyées par le projet ASSNIP. Bien que les autres zones de santé de la future province de la Tshopo, aire de responsabilité pour la nouvelle DPS Tshopo, ont été assignées un EPP aussi, le financement pour la descente au terrain manque.

Malgré les difficultés (coexistence de la DPS Province Orientale et la DPS Tshopo, les cadres sélectionnés de la DPS Tshopo cumulent avec leur position dans la DPS Province Orientale, incertitude sur les responsabilités à cause de manque d'arrêtés ministériels, etc.), la DPS de la Tshopo a commencé de mieux fonctionner depuis le début de 2013. Tous les réunions de l'ECP planifiées ont eu lieu (*Indicateur 2 : Nombre de réunions de l'ECP*). Le chiffre de 4 réunions par mois pour 2012 considère les réunions de l'ECP de la Province Orientale. A partir de 2013 une réunion spécifique pour la Tshopo a eu lieu 2 fois par mois ce qui reflète un démarrage de cette ECP, toujours en coexistence avec l'ECP de la Province Orientale, et une coordination des activités.

Une CPP a été organisé en 2013 avec appui de la CTB (*Indicateur 3 : Nombre de CPP*). Ces réunions sont toujours pour la totalité de la Province Orientale et donc à cause de la grandeur de la province une activité très couteuse en termes de déplacement et logement des participants. Le problème est le plus pénible pour les 2 futures provinces de Bas-Uele et Haut-Uele qui ne peuvent pas compter sur un partenaire externe.

7 EPP et 3 gestionnaires, y inclus le chef du métier gestion, ont été sélectionnés sur base d'un processus transparent pour évaluer leur compétences (présélection des candidatures, test écrit et interview) (*Indicateurs 4 : Membres de l'ECP effectivement sélectionnés sur base de leur compétences, tenant compte de l'aspect genre*).

Un responsable médicaments compétent n'a pas pu être identifié.

L'appel de candidatures pour les métiers information sanitaire et inspection – contrôle n'est pas encore lancé (à cause d'un budget insuffisant (manque de fonds pour paiement d'une prime de motivation pour les sélectionnés)

Aucune femme n'a été sélectionnée. Les quelques femmes qui ont sollicité sont toutes éliminées sur base de leur résultat sur le test écrit.

Résultat Intermédiaire 2 : Les équipes cadres en place dans les ZS de Makiso K., Kabondo et Lubunga assurent l'encadrement des FOSA de 1er contact (CS) et de 1er 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

Les Equipes Cadres de Zone (ECZ) des 3 zones de santé appuyées ont été fournies avec tout le nécessaire pour exécuter leurs tâches comme prescrit par le Ministère. Bien que pour l'année 2012 aucun Plan Annuel Opérationnel (PAO) n'était disponible, chaque zone de santé disposait d'un PAO approuvé pour 2013, ainsi que pour 2014. (*Indicateur 1 : Nombre de PAO officiellement adoptés par le CA de la ZS*)

Chaque membre de l'ECZ fait des supervisions (*Indicateur 4 : % des membres de l'ECZ qui font régulièrement des supervisions dans les ZS*). Une moyenne de 20 supervisions par mois par zone de santé a été effectuée pendant 2012 et cette fréquence a été maintenue en 2013. (*Indicateur 2 : Nombre de supervisions intégrées de CS réalisées avec rapport*). La moyenne ne montre pas que les membres exclusivement attribués à l'ECZ (Médecin Chef de Zone, Infirmier Superviseur, Administrateur Gestionnaire de zone) font plus de supervisions que les membres qui ont aussi des responsabilités dans l'HGR (Médecin Directeur, Médecin de Staff, Directeur de Nursing)

On ne peut pas espérer qu'un projet de seulement 21 mois qui est en plus une phase de consolidation ait une influence sur le % des femmes dans les structures de gestion (*Indicateur 5*), ni sur l'intégration de la SSR / VIH, genre et environnement dans les plans d'action (*Indicateur 6*).

Les visites d'inspection contrôle de la DPS (*Indicateur 3*) sont incluses dans les descentes sur terrain ('supervision' dans résultat 1) par l'EPP puisque les membres du métier 'Inspection Contrôle' de la DPS Tshopo ne sont pas encore sélectionnés.

Résultat Intermédiaire 3 : Dans chacune des trois ZS, l'accès aux soins, la qualité des soins et la qualité de la gestion de l'HGR ainsi que des Centres de Santé retenus dans le plan de couverture sont rationalisés. Ces FOSA fonctionnent dans un système intégré conforme aux prescriptions de la SRSS

Six sur les 7 indicateurs retenus pour le résultat intermédiaire 3, sont des indicateurs de l'HGR et seulement 1 (taux d'accouchements assistés) reflète aussi les activités des CS.

En plus, les indicateurs de l'hôpital sont plus difficiles à évaluer sans une analyse plus détaillée. Par exemple : une diminution du taux d'admission pourrait être le résultat d'une meilleure capacité résolvative au niveau des Centres de Santé, la Durée Moyenne de Séjour est dépendante du case mix, etc.

Pour cela, il est mieux de référer à la question précédente pour une analyse des

atteintes au niveau opérationnel (indicateurs clés des Centres de Santé et HGR)

Résultat Intermédiaire 4 : L'apprentissage basé sur les évidences et expériences de terrain est assuré en vue de renforcer la politique de santé du MSP au niveau provincial et au niveau central

Les activités principales dans ce résultat intermédiaire étaient concentrées en 2013, vers la fin du projet. Ainsi, les sujets de réflexion faisant partie d'un dialogue politique sectoriel au niveau central auxquels le projet donne une contribution majeure (*Indicateur 4*) devra être évaluée dans le futur. Le projet ASSNIP Kisangani a appuyé la préparation de documents et la collecte d'information qui peuvent influencer la politique sectorielle au niveau provincial et national.

Avec appui du KIT, la documentation d'expérience sur 4 thèmes a été réalisée pour publication dans un livre : Tarification forfaitaire subsidiée, Système de référence – contre-référence, PTME en réseau et Participation communautaire.

Une étude de coûts réels (avec iHTP, le logiciel utilisé par le MSP) a été réalisée avec formation de 2 cadres de la DPS. (*Indicateur 2*)

Une enquête de satisfaction du malade au niveau du CS et HGR a également été réalisée en participation avec l'Université de Kisangani, mais une étude de capacité à payer (*Indicateur 3*) n'a pu être organisée à cause de manque de temps et de budget.

Il n'y a pas eu de missions de supervision effectuées par le niveau central (*Indicateur 1*).

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

Le projet ASSNIP Kisangani est une phase de consolidation de 21 mois. L'accent était sur la consolidation des acquis de la phase précédente et une réticence pour des nouvelles initiatives étaient conseillée dans le DTF à cause de la durée limitée du projet.

Ainsi, il n'y a pas eu d'évaluation à mi-parcours. Un suivi scientifique n'était pas prévu non plus.

Le suivi du bon déroulement du projet était limité aux rapports d'exécution et un rapport de résultats, ainsi que des réunions régulier de la SMCL.



## 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-elle tenté de les résoudre ?

Les projets ASSNIP, à leur origine conçus avec une vision à long terme pour une durée de 15 d'implication belge continue, ont vu leurs aspirations volatiliser par la communication de l'arrêt de l'appui belge bilatérale après seulement 4 ans d'implémentation. Le projet ASSNIP Kisangani, ayant une durée de seulement 21 mois, est nommé, sans aucun doute trop ambitieusement, une 'phase de consolidation des acquis.

Le projet précédent, ASSNIP Volet 2 de 2006 à début 2011, avait connu une démarche lente et les interventions importantes n'ont été mise en œuvre vers la fin du projet (par exemple la tarification forfaitaire a débuté seulement en 2010). Ensuite, de février à aout 2011 il y a eu une période sans aucun appui et depuis aout une 'phase de pont' a été conçu. Cette phase de pont a beaucoup souffert de l'arrivée tardive de l'ATN et ensuite de sa démission, résultant dans une gestion à distance depuis Kinshasa avec des conséquences évidentes. Ainsi, au début du projet ASSNIP Kisangani en Avril 2012, une période d'au moins 6 mois a été nécessaire pour dégager les problèmes de la phase de pont (retard dans paiement des subventions, non-envoi des factures par les structures, désordre dans la demande de financement pour les activités, etc.), pour que l'AT se familiarise avec la situation locale, et pour que les structures appuyées se familiarisent avec la présence d'un AT avec suivi et contrôle plus rapprochés. Le faible niveau d'activités est illustré dans le faible taux d'exécution pour l'année 2012.

La durée relativement courte du projet ASSNIP Kisangani n'a pas permis une consolidation complète des acquis mais des mesures ont été prise pendant la durée du projet et des précautions ont été prises pour la période après la clôture du projet pour mitiger au plus que possible l'arrêt de l'appui.

Pendant le projet l'élaboration des règles et procédures pour faciliter le bon fonctionnement des structures a été appuyée (tenue régulier de réunions avec rapport ; planification des supervisions et descentes sur terrain avec rapportage ; promptitude, complétude et exactitude des rapports SNIS, etc.

Aussi une attention particulière a été mise sur la gestion des ressources et le financement des soins (formation en gestion financière et des médicaments, atelier sur le capital médicament, installation et formation des logiciels comptabilité pour la DPS les 3 BCZS et 3 HGR, stage en mutuelles à Bruxelles, etc.) ainsi que sur la rationalisation des soins (utilisation des ordinogrammes, supervisions sur prescription rationnelle, mise en place d' un capital médicament pour les 38 CS appuyés)

Pour préparer les structures opérationnelles à l'arrêt des subventions, pendant l'année 2013 les subventions pour les Centres de Santé ont été diminuées progressivement.

Pareillement, un effort a été fait pour mettre à disposition de la DPS et des ZS des informations qui peuvent être utilisé pour continuer le processus de rationalisation des

structures de santé et amélioration du système de santé : enquête de satisfaction du malade dans les CS et HGR, étude de coûts réels, etc.

Le deuxième problème primordial se situait dans les marchés publics.

Bien que le projet ASSNIP Kisangani est une phase de consolidation de courte durée, un grand nombre de marchés publics de réhabilitation /construction et d'équipement était inclus dans le DTF. Il aurait été beaucoup mieux si ces marchés publics auraient été exécutée dans la première phase du projet qui non seulement était de durée plus longue mais on peut aussi se demander comment des démarches de qualité peuvent être commencé et comment les acquis peuvent être consolidés si le plateau technique nécessaire n'est pas en place.

En plus, le lancement et l'exécution des marchés publics ont connus un retard considérable. L'ingénieur / architecte recruté pour ASSNIP Kisangani et ASSNIP Bas Congo a démissionné en Décembre 2012. Il n'a pas été remplacé mais sa charge de travail est transférée à un architecte CTB en place qui avait déjà les mains pleines avec ses propres responsabilités. A mentionner aussi que certains marchés publics ont du être lancés une deuxième fois pour manque d'offres acceptables et échec de la compagnie attributaire de se conformer aux demandes contractuelles, ce qui a encore augmenté le retard.

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

Bien que le projet ASSNIP Kisangani a appuyé la mise en marche de la réforme du niveau intermédiaire, les cadres de seulement 2 des 4 métiers ont pu être sélectionnés à cause de manque de budget. La construction du bâtiment administratif de la DPS Tshopo, un lieu de travail spécifique pendant que la structure parallèle de la DPS Province Orientale fonctionne toujours, a connu un retard considérable ce qui a compliqué la démarche des activités pour la DPS Tshopo.

Un résultat important non atteint, mais qui n'était pas mentionné explicitement dans le DTF, est la qualité de soins. Le seul indicateur retenu sur la qualité de soins (mortalité hospitalière) donne une indication du travail énorme encore à faire dans ce domaine. Une mise en place d'équipement et matériel dans les services opérationnels et la finalisation des réhabilitations et constructions pendant la première phase du projet aura déjà pu préparer le terrain mieux. Une subvention basé uniquement sur la production des services n'a aucun effet sur la qualité des soins et peut même avoir des effets pervers. Un projet pilote pour l'amélioration de la qualité a été commencé pendant le projet mais après réaffectation du responsable de qualité de soins de la DPS, ce projet pilote est resté sans énergie et n'a pas pu continuer.

**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.**

Impact

Il est notoirement difficile d'évaluer l'impact pour une intervention en santé à la fin du projet. Néanmoins, pendant la durée du projet ASSNIP Kisangani, un nombre substantif d'actes médicaux a été subventionné (voir tableau). Les structures opérationnelles des zones de santé appuyées par le projet sont beaucoup plus performantes que dans les zones de santé non appuyées comme démontré sous 3.2. Surtout en ce qui concerne les activités hospitalières on peut conclure qu'une grande partie de la population serait exclue de ces services sans subventions

Activité	Moyenne par mois	Total pour durée projet
Consultation curative CS	13.172	276.608
Consultation Pré-Scolaire 1 CS	1.123	23.589
DTC-Hep 3 CS	948	19.899
Accouchements assistés CS + HGR	1.188	24.939
Admissions HGR	1.183	24.843

Durabilité institutionnelle

Sans donner une garantie absolue, plusieurs initiatives appuyées par le projet porte une grande possibilité de continuer après l'arrêt du projet ASSNIP Kisangani.

En alignement avec les directives nationales, un appui a été donné à la réforme du niveau intermédiaire avec un début de la mise en place de la DPS Tshopo. Malheureusement ce processus n'a pas pu être mené jusqu'au bout et le responsable et 2 des 4 métiers doivent encore être sélectionnés pour atteindre une DPS réformée complète. La mise en place des Encadreur Provinciaux Polyvalents avec leur approche de coaching et leur vision horizontale a été appréciée par tous les acteurs et puisque les bénéfices ont pu être observés par tous les niveaux, une haute possibilité de la continuation de cette nouvelle approche existe. Les investissements (construction bâtiment administratif pour la DPS Tshopo, matériel roulant et informatique, formation) dans ce domaine peuvent être considérés comme des acquis durables à condition que la maintenance soit assuré.

La tarification forfaitaire est bien établie dans les 38 centres de santé et 3 HGR et autant la DPS, BCZS et structures opérationnelles que la population en a pu voir les bénéfices. L'expérience de l'introduction de la tarification forfaitaire subsidié sur l'accessibilité financière et l'utilisation et l'effet de ce mode de financement avec une meilleure utilisation sur la performance des autres domaines de performance du système de santé (participation communautaire, programmes verticaux et référence – contreréférence) a été documenté. Il est à espérer que dans le futur la tarification forfaitaire sera introduite

comme mode de financement préféré dans les autres zones de santé de la Tshopo, même dans le reste du pays.

La mise en place d'un capital médicament (à recouvrir à 100%) est une autre initiative qui a été bien acceptée par toutes les parties prenantes. Malgré la courte durée du projet, une préparation longue et intensive (formations, élaboration de procédures, mise en place des outils, signature de contrats avec la CAMEKIS) a précédé l'introduction de cet initiative pour assurer un impact maximale. A cause de ces activités préliminaires, le capital médicament n'a pu être effectué vers la fin du projet mais l'impression existe que tous les acteurs sont convaincu de son importance et un succès est probable.

Autre aspects du projet dont la durabilité est (presque) garanti sont les investissements :

- construction et réhabilitation des CS, extension /réhabilitation dans les HGR, construction bâtiment administratif pour la zone de santé de Lubunga, construction bâtiment administratif pour la DPS Tshopo
- dotation de matériel roulant (DPS et CS), matériel informatique (DPS, ZS et HGR), équipement pour les HGR et CS
- formations, stages et bourses

L'information détaillé sur ces investissements se trouve ailleurs dans ce rapport.

### Durabilité financière

Contraire aux structures opérationnelles, les structures de coordination, les ECZ et la DPS, n'ont pas de revenus propres. Ils ne sont pas soutenus financièrement par le gouvernement national, ni provincial, pour leur fonctionnement quotidien. Les quelques financements qu'ils reçoivent de ces sources sont réservés pour des activités financières. En conséquence, ces structures de coordination sont dépendent de l'appui d'un partenaire technique, dans ce cas le projet ASSNIP, pour le financement de même les nécessités basiques de fonctionnement quotidien (supervisions, frais de déplacement et restauration pour tenue de réunions, matériel et équipement bureautique, matériel informatique, matériel roulant, maintenance, etc.)

L'appui du projet ASSNIP Kisangani au fonctionnement (donc sans les investissements) des structures opérationnelles, autant CS que HGR, se situe entre 40 et 50% des recettes totales. L'opinion globale est ces subventions ont facilité considérablement l'accessibilité et utilisation des services de santé. En vue de cette contribution relative assez haute, la remarque la plus fréquente est que sans un appui externe une barrière financière exclura la majorité de la population de la ville de Kisangani des soins de santé, surtout dans les HGR.

Toutefois, en analysant les chiffres absolus, il semble que des alternatives existent pour assurer la continuation de la performance actuelle des services de santé en augmentant le niveau de solidarité des habitants de la ville de Kisangani. Avec les subventions à 100%, le montant total de subventions pour les 38 centres de santé et les 3 HGR des 3 zones de santé appuyées se situe autour de 52.000 Euros par mois, soit 624.000 Euros par an. Ce montant, dépensé pour une population totale de 461.350 habitants dans les 3

zones de santé, signifie un montant de 0,11 Euro par personne par mois, soit 1,35 Euro par personne par an. La création d'une mutuelle avec une adhérence assez haute pourrait donc assurer la disponibilité d'une disponibilité de finances sans exclure une grande partie de la population. Pour information, le tableau suivant indique les contributions en fonction du pourcentage des adhérents.

Adhérence	Contribution mensuelle par personne en euros	Contribution annuelle par personne en euros
100%	0,11	1,35
75%	0,15	1,80
50%	0,22	2,70
25%	0,44	5,40
10%	1,10	13,5

Cette mutuelle sera idéalement pour la totalité de la ville de Kisangani et non seulement pour les 3 zones de santé appuyées. Des discussions avec le gouvernement provincial dans ce sens sont en cours sous initiative du MCZ de Makiso – Kisangani qui a bénéficié d'une bourse du projet pour un stage en mutuelles à COOPAMI.

Les chiffres sont approximatifs. Il est même possible que les chiffres soient revues à la baisse parce que :

- Des 2 zones de santé non-appuyées de Kisangani seulement Mangobo possède d'un petit hôpital avec faible capacité résolutive et une grande partie de la population de ces 2 zones de santé se fait soigner dans les HGR de Makiso ou Kabondo.
- L'étude de couts réels effectuée vers la fin de 2013 donne des indications que les couts réels des soins de santé sont plus bas que le montant estimé dans la première phase du projet (prescription rationnelle, prise en compte des autres sources de financement comme médicaments fournis gratuitement par les programmes verticaux et paiement de salaires / primes de risques par le gouvernement, etc.)

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

La prestation semble être perçue positivement par les parties concernées.

Les niveaux de coordination (DPS et ECZ) ont été fourni avec tout le nécessaire pour effectuer leurs tâches comme il faut, y inclus une motivation financière.

Le staff des services opérationnelles ont connu une meilleure utilisation de leur service, résultant d'une augmentation des recettes propres, et ont reçu les subventions. L'équipement des structures a été complété et le staff a bénéficié d'un grand nombre de formations et stages.

La population a beaucoup apprécié l'appui pour faciliter l'accessibilité financière aux soins de santé.

Un point de mécontentement est la régie comme mode de fonctionnement du projet.

La décision de terminer l'appui belge bilatéral soudainement après une communication d'engagement pour 15 ans n'a pas été appréciée non plus.

**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 ?**

Un audit externe du projet a été réalisé par Mazars mais des fautes ou erreurs graves n'ont pas été observées.

Il n'y a pas eu de suivi-évaluation à mi-parcours à cause de la durée relativement courte du projet.

Il n'y a pas eu un monitoring en dehors du suivi continu par le staff du projet et le staff d'appui à Kinshasa. Des problèmes majeurs n'ont pas été identifiés.

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

Le gouvernement congolais devra montrer son dévouement pour le bien-être de la population en augmentant l'allocation de leur budget pour le secteur santé à 15% de leurs dépenses totales. Le gouvernement provincial devra suivre le même exemple et en plus aligner leur dépense aux plans de développement existants au lieu de monter des projets parallèles.

Cette augmentation du budget, accompagnée avec un plan de ressources humaines à long terme, pourrait alléger le problème de faible rémunération du staff médical et la distribution inéquitable du personnel.

Il est urgent que le fonctionnement quotidien des structures de coordination soit financé de sources publiques. L'importance d'un bon leadership sous forme d'une équipe cadre de zone est illustrée dans la zone d'intervention du projet où un certain niveau de performance des structures opérationnelles semble être uniforme pour une entière zone de santé.

La tarification forfaitaire a montré sa valeur par la prévisibilité des dépenses pour les utilisateurs et l'introduction d'une solidarité entre les utilisateurs des services. Le montant du ticket modérateur doit être suivi régulièrement pour éviter de surcharger le malade et de limiter l'accès financier pour la population.

L'application de la tarification forfaitaire offre l'opportunité d'élargir le niveau de solidarité par la création d'une mutuelle pour la ville de Kisangani. L'existence d'un tarif fixe facilite les discussions et la détermination des contributions des membres, tout en évitant une faillite soudaine à cause de dépenses imprévues.

Un domaine extrêmement important qui n'était pas suffisamment inclus dans le projet est la qualité de soins. Un programme cohérent d'amélioration de la qualité devrait être mise en place aussi vite que possible. Une mutuelle, tiers payant et représentant de la population, pourrait avoir une influence positive sur l'amélioration de la qualité de soins.



## 7. Conclusions

Le but du projet ASSNIP Kisangani était de consolider les acquis de la phase précédente en clôturant de manière accélérée l'appui bilatéral belge au secteur santé de la RDC. La durée courte de 21 mois n'est évidemment pas suffisant pour terminer toutes les initiatives complètement mais néanmoins un effort a été fait pour préparer le système de santé de la ville de Kisangani de maintenir une bonne performance à partir de 2014.

Pendant le projet des activités ont été appuyés pour une rationalisation des soins de santé et une amélioration de la gestion des finances et médicaments. La responsabilisation des acteurs a augmentée avec le projet dans un rôle de facilitateur.

En préparation de la suite après le projet, la DPS, ECZ et prestataires ont été fourni d'information qui peut être utilisée pour une continuation de l'amélioration de la performance du système de santé : documentation de l'expérience sur 4 thèmes, étude de couts réels et enquête de satisfaction du malade.

Un grand nombre d'investissements ont eu lieu qui devront garantir un appui au système de santé, y inclus les structures de coordination : constructions et réhabilitations, matériel roulant, matériel informatique et formations / stages / bourses.

Responsable national de l'exécution	Responsable CTB de l'exécution
<p><i>N. Alain</i> <i>17/07</i></p> 	

## 4. ANNEXES

<b>Annexes</b>
<b>Annexe 1</b> Résumé des résultats
<b>Annexe 2</b> Etat des recettes et dépenses
<b>Annexe 3</b> Taux de déboursement de la prestation
<b>Annexe 4</b> Personnel de la prestation
<b>Annexe 5</b> Sous traitances
<b>Annexe 6</b> Equipements
<b>Annexe 7</b> Formations
<b>Annexe 8</b> Bailleurs de fonds



ANNEXE 1. Résumé des résultats et des activités (en fonction du cadre logique)

Objectif Spécifique	Indicateurs (prévus ou réalisés)	Etat de réalisation		
		2012	2013	
<p>OS : Le système de santé est consolidé de manière durable via le renforcement de la DPS de la Tshopo et des ZS de Makiso – Kisangani, Kabondo et Lubunga</p>	<p>1. Taux d'utilisation des services curatifs et préventifs de 1<sup>er</sup> échelon (CS) dans les ZS ciblées (Makiso- K, Kabondo et Lubunga)</p>	TU Consultation curative	41%	43%
		No. Cas référés par mois	298	325
		TU CPN1	80%	88%
		TAA (CS)	82%	81%
		TU CPS1 <1 ans	95%	92%
		Taux BCG	91%	89%
		Taux DTC-Hep3	83%	81%
		Taux VAR	62%	67%
		Total	273	242
		Médecine interne	51	41
	2. Taux d'utilisation des services curatifs de première référence par service (pédiatrie, médecine interne,			

	maternité, chirurgie) dans les HGR des ZS ciblées : nombre d'admissions par 100.00 habitants			Pédiatrie	73	74
				Matern / Gynéco	62	79
				Chirurgie	31	25

Résultats Intermédiaires	Indicateurs (prévus ou réalisés)	Etat de réalisation	
<p>RI. 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>	1. Nombre de supervisions réalisées par ZS par l'ECP selon les normes fixées par le MSP	0.66	4.33
	2. Nombre de réunions de l'ECP	4	2
	3. Nombre de CPP annuels et de réunions thématiques connexes	0	1
	4. Nombres de membres de l'ECP effectivement sélectionné sur base de leurs compétences, tenant compte de l'aspect genre	10	10
<p>RI. 2. Les ECZ en place dans les ZS de Makiso – Kisangani, Kabondo et Lubunga assurent l'encadrement</p>	1. Nombre de PAO officiellement adoptés par le CA de la ZS	1	1
	2. Nombre de supervisions		

<p>des formations sanitaires de 1<sup>er</sup> contact (CS) et de 1<sup>er</sup> 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>intégrées de CS réalisées dans chaque ZS avec rapport</p> <p>3. Nombre de visites d'inspection contrôle effectuées par l'ECP / DPS</p> <p>4. % des membres de l'ECZ qui font régulièrement des supervisions dans les ZS</p> <p>5. % des femmes dans les structures de gestion aux différents niveaux</p> <p>6. L'intégration de la SSR / VIH, genre et environnement dans les plans d'actions opérationnels officiellement adoptés par le Conseil d'Administration de la ZS</p>	<p>20.7</p> <p>NA</p> <p>100%</p> <p>28%</p> <p>ND</p>	<p>20</p> <p>NA</p> <p>100%</p> <p>28%</p> <p>ND</p>
<p>Ri. 3. Dans chacune des trois ZS, l'accès aux soins, la qualité des soins et de la gestion de l'HGR ainsi que des CS retenus dans le plan de couverture sont rationalisés. Ces FOSA fonctionnent dans un système intégré conforme aux prescriptions de la SRSS</p>	<p>1. TOM et DMS par service dans les HGR</p> <p>2. Pourcentage de cas référé par les Cs par rapport au nombre total de cas vus en consultation à l'HGR</p> <p>3. Pourcentage de cas en hospitalisation qui ont été référés par un CS</p>	<p>TOM 80.3%</p> <p>DMS : 6.66 jrs</p> <p>MK : 15%</p> <p>Kab : 19%</p> <p>Lub : 43%</p> <p>MK : 19%</p> <p>Kab : 23%</p> <p>Lub : 51%</p>	<p>TOM 75.3%</p> <p>DMS : 6.66 jrs</p> <p>MK : 12%</p> <p>Kab : 10%</p> <p>Lub : 10%</p> <p>MK : 17%</p> <p>Kab : 20%</p> <p>Lub : 13%</p>

	<p>4. Taux de létalité hospitalière globale et après 48 heures d'hospitalisation</p>	<p>Globale MK : 6% Kab : 9% Lub : 5% Après 48 h MK : 3% Kab : 4% Lub : 2%</p>	<p>Globale MK : 6% Kab : 8% Lub : 3% Après 48 h MK : 3% Kab : 4% Lub : 2%</p>	
<p>RI. 4. L'apprentissage basé sur les évidences et expériences de terrain est assuré en vue de renforcer la politique de santé du MSP au niveau provincial et au niveau central</p>	<p>1. Le nombre de missions de supervision effectuées par le niveau central 2. Nombre d'études de couts réalisées 3. Nombre d'études sur la capacité à payer réalisées 4. Le nombre de sujets de réflexion faisant partie d'un</p>	<p>82%</p>	<p>81%</p>	
		<p>5. Montant moyen de la contribution du patient par type de forfait et le % des recettes que représente cette contribution 6. % de patients envoyés en hospitalisation parmi les patients référés en consultation 7. Nombre et le pourcentage d'accouchements assistés par du personnel professionnel formé</p>	<p>ND</p>	<p>ND</p>
		<p>0</p>	<p>0</p>	<p>0</p>
		<p>0</p>	<p>1</p>	<p>1</p>
		<p>0</p>	<p>0</p>	<p>0</p>
			<p>Difficile à</p>	

	dialogue politique sectoriel au niveau central auxquels le projet donne une contribution majeure	0	évaluer
Activités planifiées	Etat de réalisation des activités (avec commentaires et remarques)		
<b>RI.1. L'ECP assure un appui de qualité aux ZS et est placée dans les conditions optimales pour piloter la mise en œuvre du PPDS</b>			
<p>Activité 1 : Appuyer la mise en place de la DPS Tshopo</p> <p>Activité 2 Appuyer le développement, la mise en œuvre et l'évaluation des plans de développement des différentes structures de la Tshopo</p>	<p>La mise en marche de la réforme du niveau intermédiaire a été appuyée. Les cadres de 2 des 4 métiers prévus ont été sélectionnés et ont été fournis avec du matériel roulant et informatique ainsi qu'un nouveau bâtiment administratif pour la DPS de la Tshopo.</p> <p>Les cadres sélectionnés ont été fournis avec tout le nécessaire pour effectuer leur tâches comme il faut, y inclus une motivation financière. L'appui à la DPS n'a concerné quasi uniquement leurs activités dans les 3 zones de santé appuyées par le projet.</p>		
<b>RI.2. Les ECZ en place dans les ZS de Makiso – Kisangani, Kabondo et Lubunga assurent l'encadrement des formations sanitaires de 1<sup>er</sup> contact (CS) et de 1<sup>er</sup> niveau de référence (HGR) conformément aux directions données par la SRSS en permettant la poursuite de l'expérimentation de la mise en œuvre de cette stratégie</b>			

<p><b>Activité 1 : Appuyer le développement, la mise en œuvre et l'évaluation des plans de développement dans les 3 ZS appuyées dans la Tshopo</b></p>	<p>Les équipes cadres de zone de Makiso – Kisangani, Kabondo et Lubunga ont été fourni avec tout le nécessaire pour effectuer leur tâches comme il faut, y inclus une motivation financière.</p>
<p><b>Activité 2 : Assurer la réhabilitation des infrastructures prioritaires</b></p>	<p>Un bâtiment administratif pour l'ECZ de Lubunga sera construit.</p>
<p><b>RI.3. Dans chacune des trois ZS, l'accès aux soins, la qualité des soins et de la gestion de l'HGR ainsi que des CS retenus dans le plan de couverture sont rationalisés. Ces FOSA fonctionnent dans un système intégré conforme aux prescriptions de la SRSS</b></p>	

<p><b>Activité 1 : Renforcer la couverture du 1<sup>er</sup> échelon</b></p> <p><b>Activité 2 : Assurer la mise à niveau du plateau technique dans les 4 UF des 3 HGR</b></p> <p><b>Activité 3 : Contribuer au fonctionnement des FOSA</b></p> <p><b>Activité 4 : Appuyer la rationalisation et la qualité de l'offre</b></p>	<p>Dotation d'équipement pour les CS des 3 ZS Construction CS Mokela (Makiso – Kisangani) Réhabilitation CS Banduku (Makiso – Kisangani), CS St Camille et CS Ya Biso (Kabondo), CS St André et CS Osio 16 (Lubunga)</p> <p>Dotation équipement pour les 3 HGR Travaux d'extension / réhabilitation : construction bâtiment de soins continus et réhabilitation service de radiologie (Makiso – K), construction bâtiment d'urgences et réhabilitation service de soins continus (Kabondo), construction consultation externe, réorganisation 'bloc technique', installation panneaux solaires et système de captation d'eau (Lubunga)</p> <p>Subventions pour 238 Cd et 3 HGR Mise en place d'un capital médicament pour 38 CS</p> <p>Formations, stages et bourses Monitoring amélioré dans les 3 ZS Initiation projet pilote sur amélioration de la qualité (arrêté après réaffectation du responsable du projet pilote)</p>
<p><b>RI.4. L'apprentissage basé sur les évidences et expériences de terrain est assuré en vue de renforcer la politique de santé du MSP au niveau provincial et au niveau central</b></p>	

<p><b>Activité 1 : Appuyer la réflexion au niveau opérationnel</b></p> <p><b>Activité 2 : Appuyer la capitalisation au niveau intermédiaire et central</b></p>	<p>Enquête de satisfaction du malade</p> <p>Etude de couts réels</p> <p>Documentation des expériences</p> <p>Participation à différents réunions et rencontres</p> <p>Voyages d'étude</p>
--	---



**ANNEXE 2: ETAT DES DEPENSES**

Code Budget	Description des postes budgétaires	Code Tâche	Code Secteur	COUT TOTAL CONTRIBUTION BELGE	DEPENSES CUMULEES
<b>VOLET A : introduire le titre du volet A</b>					
<b>Résultat 1 : introduire le titre du résultat 1 du volet A</b>					
A/R1/code NF/indice					
A/R1/code NF/indice					
A/R1/code NF/indice					
	<b>Sous-total Résultat 1-Volet A</b>				
<b>Résultat 2 : introduire le titre du résultat 2 du volet A</b>					
A/R2/code NF/indice					
A/R2/code NF/indice					
A/R2/code NF/indice					
	<b>Sous-total Résultat 2-Volet A</b>				
<b>Résultat 3 : introduire le titre du résultat 3 du volet A</b>					
A/R3/code NF/indice					
A/R3/code NF/indice					
A/R3/code NF/indice					
	<b>Sous-total Résultat 1-Volet A</b>				
	<b>Sous-total Volet A</b>				
<b>VOLET B : introduire le titre du volet B</b>					
<b>Résultat 1 : introduire le titre du résultat 1 du volet B</b>					
B/R1/code NF/indice					
B/R1/code NF/indice					
B/R1/code NF/indice					

<b>Sous-total Résultat 1-Volet B</b>			
<b>Résultat 2 : introduire le titre du résultat 2 du volet B</b>			
B/R2/code NF/indice			
B/R2/code NF/indice			
B/R2/code NF/indice			
<b>Sous-total Résultat 2-Volet B</b>			
<b>Sous-total Volet B</b>			
<b>GRAND TOTAL</b>			

**ANNEXE 3 : Taux de déboursement de la prestation**

Source de financement	Budget cumulé	Dépenses réelles cumulées	Taux de déboursement cumulé	Commentaires et remarques
<p>Contribution belge directe</p> <p>Contribution Etat partenaire</p> <p>Contribution Fonds de contrepartie</p> <p>Autres</p>				

#### ANNEXE 4 : Personnel de la prestation

Type de personnel (titre, nom et genre)	Durée de recrutement (date début et fin)	Commentaires (délais de recrutement, pertinence de la fonction ou du profil...)
1. Personnel national mis à disposition par le Pays Partenaire		
2. Personnel d'appui recruté localement		
Emmanuel Balanga, comptable (M)	01/03/2012 – 30/06/2014	
Béatrice Nzuzi, secrétaire – caissière (F)	01/04/2012 – 30/06/2014	
Alois Ekili, Chauffeur (M)	01/03/2012 – 30/06/2014	
Winy Utosa, nettoyeuse (F)	01/03/2012 – 30/06/2014	
3. Personnel d'encadrement recruté localement		
4. Personnel International (hors CTB)		
5. Expert en Coopération Internationale (CTB)	06/02/2012 – 31/12/2013	
Tony De Groot, AT (M)		

#### ANNEXE 5 : Sous-traitance et appels d'offres (une fiche par sous-traitance)

Mode de passation du marché :

Date de l'appel d'offres :

Date de début du contrat de sous-traitance :

Nom du sous-contractant (ou firme) :

Objet du contrat

Coût du contrat

Durée du contrat :

Résultats produits :

Commentaires :

## ANNEXE 6

## : Liste des Equipements acquis par la prestation

Type d'équipement	Coût		Date de livraison		Remarques
	prévu	réel	prévue	réelle	
Laptop DELL		341		13/04/2012	DPS
Router Wifi		117		12/05/2012	Bureau projet
Router Wifi		59		11/07/2012	Bureau projet
Laptop DELL + acc		377		12/07/2012	Bureau projet
Laptop Toshiba		711		16/06/2012	DPS
7 Laptop DELL		2390		08/11/2012	DPS
2 Desktop DELL		510		08/11/2012	DPS
Laptop DELL		341		31/12/2012	Bureau projet
Router Wifi		149		19/02/2013	Bureau projet
Photocopieuse HP		675		04/02/2013	Bureau projet
4 Imprimantes HP		1922		23/03/2013	DPS
Laptop Acer		828		19/03/2013	Boursier MSP
Kit Internet		346		02/04/2013	ZS Lubunga
Router Wifi		114		22/04/2013	Bureau projet
2 Router Wifi		283		04/05/2013	Bureau projet
12 Desktop DELL		6353		04/10/2013	3 ZS + 3 HGR
Logiciel TOMPRO		25298		17/06/2013	DPS + 3 ZS
Logiciels SAGE comp		9746		18/11/2013	3 HGR
Chaise bureau		110		23/05/2012	Bureau projet
Générateur 3 KVA		266		30/05/2012	Bureau projet
Frigo 155L		243		22/08/2012	Bureau projet
Appareil photo Canon		153		18/09/2012	Bureau projet
2 Stabilisateurs		70		28/11/2012	Bureau projet
Générateur 4.5 KVA		1664		25/01/2013	Bureau projet
6 Chaises		137		29/04/2013	Bureau projet
Table étagère		46		16/04/2013	Bureau projet
2 Chaises de bureau		228		29/04/2013	Bureau projet
2 Split 12.000 BTU		1117		22/05/2013	DPS
3 Téléphones		150		15/02/2013	Bureau projet
Téléphone		100		16/12/2013	Bureau projet
Toyota Landcruiser		39715		23/04/2012	DPS
6 Motos 125cc		12228		29/01/2013	DPS

--	--	--	--	--	--

### Annexe 7. Formations

Type de formation	Pays, Institution, Durée	Nom ou Nombre de personnes formées	Dates de la formation	Sujet ,contenu et niveau
<b>Stage</b>	RDC, HGR St Joseph Kinshasa, 3 mois	Médecin HGR Kabondo	2013	Urgences et soins intensifs
	RDC, Clinique Kinoise Kinshasa, 2 mois	Médecin HGR Lubunga	2013	Echographie
	RDC, HGR Mama Yemo Kinshasa, 2 mois	Infirmier HGR Makiso – Kisangani	2013	Hygiène hospitalière
	RDC, HGR St Joseph Kinshasa, 3 semaines	Infirmière HGR Kabindo	2013	Soins néonataux
	RDC, Clinique Ngaliema Kinshasa, 2 mois	Infirmier HGR Lubunga	2013	Urgences et soins intensifs
	RDC, Panzi + Kinshasa, 9 mois	MD HGR Makiso – Kisangani	2012 + 2013	Reparation fistules vésico-vaginales
	Belgique, COOPAMI, 3 semaines	Cadre DPS	Juillet 2013	Mutuelles
<b>Bourse</b>	RDC, Université de Kinshasa, 1 an	MD HGR Lubunga	2012 – 2013	Maitrise en Santé Publique
	RDC, Université de Lubumbashi, 1 an	Cadre DPS	2013	Maitrise en Santé Publique



<b>Workshop</b>	Burkina Faso, 3 semaines	Cadre DPS	Novembre 2012	Evaluation
	RDC, DEP, 7 jours	15 cadres DPS	Juillet 2013	Formation initiale cadres DPS
	RDC, Tomate, 14 jours	15 gestionnaires DPS et ZS	Mai 2013	Utilisation logiciel TOMPRO
	RDC, DPS, 21 jours	20 cadres ECZ et DPS	Avril 2013	Management en Soins de Santé Primaires
	RDC, DPS, 5 jours	40 Infirmiers CS et HGR	Juin 2013	Utilisation ordinogrammes
	RDC, DPS, 10 jours	40 infirmiers CS	Aout 2013	Gestion des finances et des médicaments
	RDC, DPS, 5 jours	40 infirmiers CS et HGR	Avril 2013	SONU et partogramme
	RDC, DPS, 5 jours	60 prestataires et représentants population	Juin 2013	Initiation qualité des soins
	RDC, DPS, 7 jours	30 techniciens de laboratoire	Octobre 2013	Laboratoire
	RDC, SNAME, 10 jours	15 pharmaciens et préposé pharmacie	Janvier 2014	Utilisation logiciel CHANNEL
	RDC, Consultant, 10 jours	12 gestionnaires HGR et ECZ	Janvier 2014	Utilisation logiciel SAGE comptabilité
<b>Autres</b>				

## ANNEXE 8. Interventions des Bailleurs de fonds

Interventions d'autres bailleurs de fonds sur le même projet ou dans des projets contribuant à un même objectif spécifique.

<b>1.1.1.1.1 Bailleurs de fonds intervenant dans le même projet</b>				
Bailleurs de fonds	Nom de l'intervention	Budget	Principaux objectifs	Commentaires
<b>Bailleurs de fonds contribuant à un même objectif spécifique</b>				
Bailleurs de fonds	Nom de l'intervention	Budget	Principaux objectifs	Commentaires