



Coopération Algéro-Belge  
Projet Intégré de Santé Publique  
dans la Wilaya de Tamanrasset  
ALG 04 009 11

LA  
DIRECTION  
DU  
PROGRAMME

## RAPPORT DE SUIVI-ÉVALUATION

2009

Février 2010

## Table des matières

	<b>Fiche projet</b> .....	<b>3</b>
<b>1</b>	<b>Situation actuelle en bref</b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Bilan de la planification des activités</b> .....	<b>6</b>
	2.1 <i>Aperçu des activités</i> .....	6
	2.2 <i>Analyse de la planification des activités</i> .....	14
<b>3</b>	<b>Bilan des finances</b> .....	<b>23</b>
	3.1 <i>Aperçu des dépenses (€)</i> .....	23
	3.2 <i>Aperçu des dépenses(€) rapportées aux prévisions budgétaires pour 2009/24</i>	
	3.3 <i>Planning financier 2010</i> .....	24
<b>4</b>	<b>Suivi des indicateurs</b> .....	<b>31</b>
	4.1 <i>Objectif spécifique</i> .....	31
	4.2 <i>Résultats</i> .....	32
	4.3 <i>Évolution des indicateurs</i> .....	400
<b>5</b>	<b>Appreciation des criteres de suivi</b> .....	<b>44</b>
	5.1 <i>Effcience</i> .....	444
	5.2 <i>Efficacité</i> .....	47
	5.3 <i>Durabilité</i> .....	51
<b>6</b>	<b>Mesures et recommandations</b> .....	<b>51</b>
	6.1 <i>Synthèse des critères d'appréciation</i> .....	51
	6.2 <i>Recommandations</i> .....	54
<b>7</b>	<b>Nouveau planning 2010</b> .....	<b>56</b>
	7.1 <i>Commentaires relatifs à la planification</i> .....	56
	7.2 <i>Analyse des risques</i> .....	57
	7.3 <i>Planning des activités de l'année 2010</i> .....	58
	7.4 <i>Planning financier</i> .....	62
<b>8</b>	<b>CONCLUSIONS</b> .....	<b>63</b>
	8.1 <i>Conclusion générale</i> .....	63
	8.2 <i>Avis du Comité de Pilotage sur les recommandations</i> .....	64
<b>9</b>	<b>MARCHES PUBLICS</b> .....	<b>65</b>
<b>10</b>	<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b> .....	<b>66</b>

## FICHE PROJET

### ALG 04 009 11 - Projet Intégré de Santé Publique dans la Wilaya de Tamanrasset

#### Données générales

Pays	<a href="#">ALGERIE</a>
Instance Partenaire	Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière
Bailleur	DGD : Direction Générale de la Coopération au Développement
Secteur	Santé

#### Chronologie et documents

Début	18/11/ 2006	Durée	48 mois	Fin estimée	31/10/2010 <sup>1</sup>
Début CS	05/10/ 2004	Durée CS	48 mois	Fin CS	31/10/2010 <sup>2</sup>

26/06/2006 Signature de la Convention de Mise en Oeuvre

28/06/2006 Notification de l'Echange de lettres

05/10/2004 Signature de la Convention Spécifique

08/01/2007 Rapport de démarrage du projet

**Description** Le Projet porte sur l'appui à apporter à la Direction de la Santé et de la Population basée à Tamanrasset qui elle-même vise au développement de l'état de santé des populations de la Wilaya de Tamanrasset.

**Objectif principal :** l'état de santé des populations de la Wilaya est amélioré

**Objectif spécifique :** contribuer à l'amélioration de la santé des populations dans les domaines suivants :

- la lutte contre la mortalité maternelle et périnatale
- la planification familiale
- la santé des adolescents et des jeunes
- la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le VIH Sida
- le renforcement des services de santé au travers de l'amélioration de l'offre

#### Finance

Budget Régie	1 107 000.00
Budget Cogestion	1 655 394.56
Budget Total	2 762 394.56

**Personnes** Dr Philippe Bivort, AT CTB, Co Responsable du Projet,

Dr Ahmed Zenati, Responsable du projet

<sup>1</sup> En cas de non prolongation du projet

<sup>2</sup> Susceptible d'être modifiée

## 1 SITUATION ACTUELLE EN BREF

### Quelles sont les principales évolutions dans le secteur/la région ?

Aucune modification importante n'est survenue durant l'année écoulée dans le secteur ni dans les zones d'intervention et ayant influencé le déroulement du projet. Il y a lieu toutefois de signaler qu'on ne parle plus de secteur, mais bien d'établissements publics hospitaliers (EPH) et d'établissements publics de santé de proximité (EPSP)

### Quels sont les principaux changements institutionnels ?

Le projet a pu s'intégrer dans le processus de réforme qui définit les modifications des tâches et responsabilités des différents niveaux de soins en Algérie.

Le Gouvernement avait en effet élaboré un programme de réformes ainsi qu'une stratégie sectorielle en prenant en compte les dernières analyses épidémiologiques (émergence des maladies non transmissibles) et les différents travaux concernant le financement du système de santé.

La nouvelle organisation et les axes stratégiques retenus comme prioritaires conditionnent le fonctionnement de la DSP et donc celui du projet.

Le MSPRH a ainsi identifié quatre volets prioritaires de la politique nationale de santé :

- l'amélioration de la couverture sanitaire (infrastructures, équipements et ressources humaines). Cela s'est remarqué par une augmentation du nombre de médecins généralistes et spécialistes au niveau des EPSP et EPH.
- l'amélioration de la qualité des soins dispensés (introduction des technologies spécialisées, renforcement de la formation professionnelle, accès aux médicaments essentiels)
- l'amélioration de la surveillance et de la situation épidémiologique de certaines pathologies ciblées (maîtrise des maladies infectieuses et prise en charge des maladies chroniques)
- le renforcement de la coordination avec d'autres secteurs

Cette politique s'est déjà concrétisée par différentes actions1 :

- La mise en place d'une nouvelle carte sanitaire
- Le processus de réforme de la gestion des hôpitaux spécialisés
- La mise en place d'une contractualisation des institutions de santé.
- Une planification d'investissements de nouvelles structures établie pour la période 2005-2009.
- La mise en place d'un cadre légal pour permettre la création d'hôpitaux privés et leur organisation (un décret est en cours de publication).
- La mise en place d'un environnement technologique pour renforcer le système d'information.

Parmi les chantiers prioritaires de la réforme figure la refonte de la carte sanitaire, avec la remise à niveau des plateaux techniques des structures périphériques et le déploiement d'infrastructures secondaires et tertiaires sur tout le pays.

### Des changements ou des évolutions surviennent-ils à l'échelon du Projet même ?

Il n'y a pas eu en 2009 de modification marquante relative à l'organigramme, ainsi qu'à la logistique du projet. Le responsable, le coresponsable, le responsable administratif et financier (RAF) ainsi que le chauffeur sont restés inchangés et en fonction tout au long de l'année. Un renfort partiel en matière d'une unité surajoutée (un médecin généraliste bien aguerri au terrain) est à mentionner. Le véhicule est fonctionnel et assuré. 4 comptes bancaires sont utilisés (deux à Alger et deux à Tamanrasset) soit 2 en régie et 2 en cogestion.

L'acteur principal de la coopération belge dans le secteur est la CTB qui intervient actuellement à travers les projets Tam1 et Tam2.

Grâce au suivi scientifique des deux projets assuré par l'Université Libre de Bruxelles, la Belgique est aussi représentée au niveau de l'enseignement supérieur et de la recherche.

3 CCL et 3 CTS ont été réalisés en date de :

10/03, 29/04 et 06/09 en ce qui concerne les CCL

17/02, 24/05 et 18/07 en ce qui concerne les CTS

Les connexions et communications ont été le plus souvent régulières, améliorant ainsi l'accessibilité en général.

Deux missions de guidance scientifique ont été réalisées, soit une en juin et une en décembre. Au cours de la mission de juin, un DTF fusionné Tam1 et Tam2 a été réalisé et présenté aux membres du CCL dans sa réunion du 06/09/09. Cela a fait suite à une des recommandations majeures de l'évaluation à mi parcours qui s'est déroulée entre le 23/02/2009 et le 14/03/2009. Par la suite, la décision de fusionner la comptabilité des deux projets n'a pas été retenue.

Les points marquants en matière d'avancées se placent dans :

**Résultat 1-** l'accès universel au traitement est amélioré. En effet, le nombre de nouveaux cas (incidence) sida dépisté au niveau du Centre de Dépistage Volontaire a augmenté (5, 20, 23 et 34 nouveaux cas respectivement en 2006, 2007, 2008 et 2009). Si il est reconnu que cette tendance précède communément une réduction de l'incidence lorsqu'une intervention efficace, en particulier le dépistage et la prise en charge, est initiée ou prend de l'ampleur, on peut dire que le projet a apporté sa contribution à un des objectifs du millénaire, à savoir « *arrêter la propagation du vih/sida et entamer sa réduction* ».

Quant au nombre de patients vivant avec le VIH suivis au niveau du CDR (Centre de Référence) et mis sous traitement ARV, il était en fin 2009 de 123<sup>3</sup>.

Parmi ces derniers, la répartition selon la date des NC entre 2006 et 2009 est respectivement de 9, 17, 20 et 24 patients.

Une autre tendance positive a caractérisé les derniers mois de l'année, à savoir le nombre de séropositifs détectés venant collecter leurs résultats, et surtout une amélioration de la référence CPN (Consultation prénatale) -CDV (Centre de dépistage volontaire), davantage fonctionnelle. L'acquisition tout en fin décembre de l'appareil charge virale donne encore un avantage supplémentaire en terme d'avancée liée au projet.

**Résultat 2 :** en regard de la mortalité périnatale en milieu assisté, elle continue sa descente entamée depuis plusieurs années, bien que l'ampleur de cette réduction semble perdre de la force ces deux dernières années avec une tendance qui s'aplatit.

Par contre, la mortalité maternelle en milieu assisté qui diminuait d'année en année jusqu'en 2006 a rebondi significativement depuis lors. Pour tenter d'enrayer cette tendance fortement négative, le projet a décidé d'initier des séances de focus group qui est une méthode qualitative de recueil d'informations.

Diverses acquisitions ont en outre émaillé l'année 2009 tels que l'apport d'échographes utiles pour les EPSP périphériques.

**Résultat 3 :** l'efficacité est marquée au regard des actions de supervision, monitoring et amélioration de qualité de l'information sanitaire, ainsi qu'en terme d'appui au renforcement des ressources humaines au travers de différentes formations et stages

---

<sup>3</sup> dont cinq femmes enceintes

## 2 BILAN DE LA PLANIFICATION DES ACTIVITES

2.1 Aperçu des activités	Commentaires
<b>RESULTAT 1 : Le programme national stratégique de lutte contre le sida et les maladies sexuellement transmissibles est concrétisé en un programme opérationnel régional pour la Wilaya de Tamanrasset</b>	
A1.1 <i>Recomposer et dynamiser le comité de Wilaya de lutte contre le sida</i>	Les initiatives dans ce sens ont montré la difficulté de mettre en place un processus de concertation multisectoriel au niveau de la DSP. Les facteurs sont multiples (absence d'ONG locales, difficulté que l'initiative provienne de la DSP, etc.) et il ne sera pas possible dans le cadre du projet d'aboutir un tel processus participatif. Cependant elle arrive à mobiliser différents secteurs dans le cadre de la semaine Sida et d'autres activités de sensibilisation. Elle est aussi en contact avec le Croissant Rouge Algérien pour une collaboration sur la prévention, ainsi qu'avec la maison de la culture.
A1.2 <i>Etablir une synthèse des données concernant le sida et les IST</i>	Le suivi des personnes séropositives et des patients s'est amélioré considérablement. Plusieurs facteurs expliquent cette évolution : l'arrivée d'un médecin infectiologue à l'EPH, les stages de formation des personnels en charge du service VIH/Sida de l'EPH, l'amélioration des capacités techniques de diagnostic, etc
A1.3 <i>Adopter un plan opérationnel de lutte contre le sida et les IST</i>	Même si le programme n'entre pas dans une stratégie plus globale et concertée de la lutte contre le VIH/Sida dans la Wilaya de Tamanrasset, il contribue pleinement à la mise en place des recommandations du Programme national de lutte contre le VIH/Sida (concernant le dépistage, la prise en charge)
A1.4 <i>Garantir la permanence des possibilités de dépistage à l'Hôpital de Tamanrasset</i>	Une chaîne Elisa est installée au niveau de l'hôpital. Au niveau du CDV, les tests rapides sont disponibles. L'accueil y est bon. Les sages femmes des PMI ont été formées à l'utilisation de ces derniers. Les ruptures de stock sont rares.
A1.5 <i>Mettre au point une stratégie claire de suivi de l'information</i>	Le bilan récapitulatif des activités de prise en charge thérapeutiques des personnes vivant avec le vih/sida est assuré au niveau du CDR de l'hôpital, conformément aux recommandations d'ONUSida. Les patients vivant avec le VIH suivis au CDR sans traitement ARV (séropositifs) sont identifiés
A1.6 <i>Réaliser des enquêtes de séro surveillance</i>	Réalisée en 2008 par le Prof. Fares d'Alger. Le rapport est disponible auprès du projet.
A1.7 <i>Réaliser une enquête transversale tous les 2 ans sur les comportements</i>	Une visite de quelques jours en novembre des professeurs Midoun et Chougrani d'Oran a eu lieu et le projet était sur le point de conclure avec ces experts. La méthodologie était prête et les enquêteurs prêts à être recrutés, mais au niveau du contrat, il n'y a pas eu d'arrangements formels. En effet, leur proposition atteignait environ 39000 euros auxquels il fallait rajouter les frais d'enquêteurs, superviseurs, agents de saisie des données etc. C'est ainsi qu'en faisant la sommation de tout, le total dépassant les 40000 Euros, il a été nécessaire d'établir un marché. Le projet a alors élaboré un cahier

	<p>de charges qui a été envoyé en date du 14 novembre 2009 à l'Ordonnateur et au Co Ordonnateur pour approbation. Cependant, les professeurs sus nommés ont informé le projet que s'il faut passer par une soumission, ils ne s'engageront plus et tout leur travail antérieur sera perdu.</p> <p>⚡ Le projet a d'autre part contacté la Directrice de l'INSP de manière à, comme recommandé au CCL du 060909, intégrer cette institution dans l'enquête comportementale. Le projet a fait parvenir à nouveau le 29 novembre 2009 la proposition de partenariat qui inclut, outre l'enquête, la suite de la proposition concernant le volet SIS. En attente de la suite.</p>
A1.8 <i>Réaliser une enquête sociologique sur les représentations</i>	Ce sujet a été évoqué lors de l'enquête socio-anthropologique menée en février 2009
A1.9 <i>Former trois psychologues à l'accompagnement psychosocial</i>	Les 3 psychologues restent encore à identifier. Antérieurement, la possibilité de stage à l'hôpital St Pierre de Bruxelles n'a pu être réalisée.
A.1.10 <i>Compléter l'équipement et le petit matériel de laboratoire</i>	L'appareil de charge virale a été réceptionné le 31/12/2009.
A.1.11 <i>Compléter la formation du personnel de laboratoire</i>	Un des 3 laborantins a bénéficié d'un stage en bactériologie à l'Institut Pasteur d'Alger.
A.1.12 <i>Garantir l'approvisionnement de l'hôpital en médicaments antirétroviraux</i>	Le projet est intervenu épisodiquement dans cet approvisionnement
A.1.13 <i>Garantir l'approvisionnement de l'hôpital en médicaments contre les IO</i>	De façon opérationnelle, si un cas se présente au niveau de l'hôpital, le médecin fait la prescription médicale et le projet fournit alors ces médicaments spécifiques après approvisionnement auprès de pharmacies privées de la place.
A.1.14 <i>Etablir et tenir à jour un fichier des personnes ressources</i>	Ce travail a été fait et le projet dispose de registres de différentes personnes ressources (formateurs, fournisseurs, autres intervenants, ...) qui sont mis à jour de façon continue.
A.1.15 <i>Réaliser des activités d'IEC pour différents publics</i>	Le projet sponsorise la journée mondiale de lutte contre le sida. Différentes actions de sensibilisation se font avec différents partenaires.
A.1.16 <i>Compléter la formation de 3 membres du staff de la DSP</i>	2 personnes ont été formées à Sidaction Liège dont la sage femme major de la maternité ainsi qu'un psychologue de la jeunesse et des sports (juin 2009)
A.1.17 <i>Former les personnes relais</i>	En lien direct avec le suivi de la formation ci-dessus.
A.1.18 <i>Conduire des programmes d'action de proximité</i>	En lien direct avec le suivi de la formation ci-dessus par les bénéficiaires des stages. Cependant, le projet a déjà renforcé plusieurs actions de proximité auprès de relais sociaux culturels à Tamanrasset.

A.1.19 <i>Concevoir des films</i>	Cette activité est menée directement par le personnel du projet et fait suite à la journée de sensibilisation avec la DJS et à des échanges avec la Maison de la culture. Le projet a acquis une caméra et devrait démarrer le tournage de films.
A.1.20 <i>Créer deux centres de documentation pour le grand public (2009)</i>	Deux centres de documentation existent déjà en dehors du projet (au niveau de la DJS et de la Maison de la culture). Le projet confirme le manque de pertinence et d'utilité de cette activité au regard des initiatives existantes.
A.1.21 <i>Collaborer avec une ONG pour mettre en place un programme pour les migrants</i>	Aucune activité nouvelle n'a eu lieu
A.1.22 <i>Collaborer avec une ONG pour mettre en place un programme pour les prostituées</i>	Aucune activité nouvelle n'a eu lieu
A.1.23 <i>Sensibiliser le personnel clé du secteur de la santé</i>	Aucune activité nouvelle n'a eu lieu
A.1.24 <i>Entreprendre un plaidoyer auprès des responsables officiels</i>	Aucune activité nouvelle n'a eu lieu
A.1.25 <i>Rendre l'information sur le sida et les préservatifs disponibles sur les sites ciblés</i>	Le projet n'a pas acheté de préservatifs car les stocks sont nettement suffisants actuellement (approvisionnement par le Global Fond). Le projet a acquis 6 distributeurs de préservatifs mais le montage n'a pas encore été fait. Un technicien devrait venir assurer leur installation.
A.1.26 <i>Généraliser l'approche syndromique dans le traitement des IST</i>	Aucune activité nouvelle n'a eu lieu
A.1.27 <i>Rendre gratuit le traitement syndromique des IST chez les praticiens privés</i>	Les actions font suite à celle entamées en 2008
A.1.28 <i>Sensibiliser les femmes enceintes à l'utilité du dépistage</i>	Le test de dépistage se fait systématiquement auprès des femmes enceintes qui consultent chez un médecin privé ou qui se rendent au CDV. Ce dernier renvoie ensuite les résultats au médecin



	prescripteur. Depuis l'approvisionnement en tests rapides et la reprise de la chaîne Elisa, la fréquence de dépistage chez la femme enceinte est en forte augmentation.
A.1.29 <i>Former les médecins à la proposition du dépistage et à l'annonce du diagnostic</i>	Cette formation a pu être menée en décembre 2008 suite à la visite de deux experts nationaux du CRASC d'Oran. Cette formation s'est tenue par modules dont un était consacré à ce sujet.
A.1.30 <i>Rendre disponibles les ARV prévus dans les stratégies thérapeutiques</i>	Le budget ne prévoit pas l'achat des ARV. Ce traitement est disponible au niveau de CDR.
A.1.31 <i>Rendre gratuit l'allaitement artificiel pour les mères porteuses du virus</i>	Niveau de réalisation : 100 %, pas de rupture constatée, même si le nombre précis de femmes concernées est toujours incertain au début du trimestre
A.1.32 <i>Créer un support de recueil de données pour la surveillance de la TME</i>	Le travail sur ce support a été fourni à l'occasion de la formation sus dite.
<b>RESULTAT 2 : L'offre de soins maternelle et infantile, la santé de la reproduction et la santé des jeunes est améliorée en 5 domaines à Tamanrasset : contraception, suivi de grossesse, accouchement surveillé, les soins au nouveau – né, le suivi de la croissance de l'enfant de moins de cinq ans.</b>	
A2.1 <i>Réaliser une étude socio anthropologique</i>	Enquête entièrement réalisée en février et restituée en juin 2009.
A2.2 <i>Elaborer un guide de la CPN</i>	Un guide CPN a été élaboré au niveau national en 2003. Il reste la référence pour les structures sanitaires. Le projet a donc assuré son impression et sa diffusion. L'activité s'est achevée en 2008 et reprise épisodiquement.
A2.3 <i>Recycler les médecins et les sages femmes</i>	Une première formation s'est faite pour 30 personnes à Tamanrasset (Prof. Cherifi d'Alger). Une autre formation de ce type doit concerner celle en échographie suite à une forte demande. Elle n'a cependant pas pu se faire dans les délais, faute de disponibilité des formateurs agréés.
A2.4 <i>Rendre disponibles les médicaments de prophylaxie</i>	Le projet fait des commandes régulières auprès de grossistes des médicaments prophylactiques (fer et acide folique) et les stocks sont distribués auprès de tous les EPSP.
A2.5 <i>Elaborer un guide de bonne pratique en obstétrique et néonatalogie</i>	C'est le guide du Ministère qui a été imprimé et distribué. Le projet assure la duplication et la diffusion de ce guide (à la demande et de façon continue).

A2.6 <i>Recycler le personnel</i>	
A2.7 <i>Compléter la formation des médecins en obstétrique</i>	Aucune activité nouvelle n'a eu lieu
A2.8 <i>Compléter l'équipement des structures de santé</i>	Les 4 échographes qui ont fait l'objet de diverses discussions en 2008 sont finalement parvenus.
A2.9. <i>Compléter l'équipement du service de maternité à Tamanrasset</i>	L'identification des besoins se fera lorsque le bâtiment existera (il n'est actuellement pas encore conçu).
A2.10. <i>Accentuer le travail en commun avec les praticiens privés</i>	Aucune activité nouvelle n'a eu lieu
A2.11 <i>Sensibiliser les femmes à l'allaitement immédiat, exclusif et de longue durée</i>	Le projet a réalisé des planches d'IEC. Environ 7.500 affiches ont été éditées. Quelques séances de sensibilisation menées par la DSP au travers de la radio locale.
A2.12. <i>Compléter l'équipement de néonatalogie</i>	Aucune activité nouvelle n'a eu lieu
A2.13. <i>Recycler les deux pédiatres en néonatalogie</i>	Deux pédiatres ont été formés : un en février et l'autre à Marseille en septembre-octobre 2009
A2.14. <i>Superviser la réanimation néonatale</i>	La prise en charge néonatale a été nettement améliorée au sein de l'hôpital entre autres par : la réorganisation du service, l'examen systématique de chaque nouveau-né par le généraliste, la disposition d'une pharmacie au sein du service, etc. Une note de service de la DSP a été faite pour assurer la continuité dans la prise en charge conjointe (obstétricien et pédiatre) de la mère et de l'enfant à la naissance (avec un examen systématique de chaque enfant par le pédiatre).
A2.15. <i>Introduire un programme de suivi de l'enfant de moins de 5 ans</i>	Des contacts ont été pris avec le MSPRH et deux personnes de la prévention (Dr Lakri et Mme Sebbane) Les dates de la formation ont été arrêtées définitivement pour janvier 2010 (réalisée)
A2.16. <i>Former les sage femmes, les médecins et les infirmiers à la PCIME</i>	Pour janvier 2010 à la suite de quoi un registre séparé pour consultation spéciale pour enfants sera installé dans les polycliniques.
A2.17. <i>Fournir une supplémentation gratuite en vitamine A</i>	Les supplémentations gratuites en vitamine A ne font partie d'aucune stratégie du MSPRH. Le budget est affecté ailleurs. Activité non pertinente.

A2.18. <i>Aménager un centre de réhabilitation nutritionnelle à l'hôpital</i>	Réalisé au niveau de l'hôpital. Consultation menée localement.
A2.19. <i>Former les deux pédiatres et deux infirmiers à la réhabilitation nutritionnelle</i>	Aucune activité nouvelle n'a eu lieu
A2.20. <i>Former les médecins et quelques sage femmes à la pose du DIU</i>	Le projet a contribué à l'approvisionnement des structures en DIU au niveau de Tamanrasset ville surtout. Quelques sages-femmes ont été formées.
A2.21. <i>Former les médecins et quelques sage femmes à la contraception injectable</i>	Cette méthode est toujours peu acceptée tant par les personnels de santé que par les femmes.
A2.22. <i>Fournir l'équipement nécessaire à la planification familiale</i>	Les pilules et les DIU sont disponibles.pas de manière constante toutefois.
A2.23. <i>Vulgariser un guide de planification familiale</i>	C'est le guide national qui a été imprimé et distribué aux participants de la formation sur la CPN (pour les sages femmes et les médecins généralistes).
A2.24. <i>Sensibiliser les femmes et les jeunes au PF</i>	Doit encore être réalisé et mieux analysé.
A2.25. <i>Introduire un programme de dépistage du cancer du col utérin</i>	une réunion avec les gynécologues de l'hôpital a eu lieu à propos de la prise en charge des cas dépistés positifs lors d'un frottis cervico-vaginal. La recommandation a été la suivante : que les gynécologues reçoivent un apprentissage tant théorique que pratique sur la colposcopie. La partie pratique pourra avoir lieu sous l'égide du Dr. Madani expérimentée sur la question. ♂ certaines EPSP (mais pas toutes) réalisent l'activité du FCV (entre autres à Abalessa et Tazrouk).
A2.26. <i>Prendre l'initiative d'évaluer les actions de santé des jeunes</i>	Aucune activité nouvelle n'a eu lieu
<b>RESULTAT 3 Le système de santé à Tamanrasset est renforcé</b>	
A3.1 <i>Mettre en place un système d'évaluation permanente des performances sanitaires</i>	Le projet a mené différentes activités dans le cadre du renforcement du SIS : élaboration des supports de la polyclinique et de la salle de soins, formation de l'ensemble des personnels de 3 EPSP, intégration au sein des services de la DSP et dans la supervision, diffusion des supports, etc. Le projet a proposé un partenariat auprès de l'INSP afin de renforcer les acquis et de potentialiser l'action. Aucune réponse n'a pu être obtenue malgré plusieurs tentatives.

A3.2 <i>Evaluer les performances des tournées médicales</i>	Les tournées médicales se font suivant une programmation précise et la dernière page du canevas SIS reprend leurs données. La DSP collecte ces informations.
A3.3 <i>Diversifier la gamme de services offerts par les tournées médicales</i>	Les véhicules sont parvenus au sein de l'antenne du projet en décembre. La procédure a été très complexe ; les numéros de châssis attribués aux ambulances sont disponibles. L'arrivée de celles-ci est programmée pour juin 2010.
A3.4 <i>Renouveler les éléments défectueux de la chaîne de froid</i>	Cette activité est pleinement réalisée : le projet a acheté des frigos et chaque EPSP dispose actuellement de sa chaîne de froid pour effectuer les tournées médicales.
A3.5 <i>Contribuer au renouvellement du parc des ambulances (pour 2009)</i>	Voir A3.3
A3.6 <i>Contribuer au financement des évacuations</i>	Cette activité fonctionne bien : chaque EPSP fait un état précis des évacuations sanitaires et le projet leur rembourse les frais de transport (via des bons d'essence).
A3.7 <i>Couvrir en système de phonie le réseau des infrastructures sanitaires</i>	Des téléphones satellitaires (Thuraya) ont été distribués au nombre de 6.
A3.8 <i>Réorganiser les gardes à l'hôpital</i>	Un travail a déjà été fait dans ce sens mais résultats inconstants
A3.9 <i>Créer des pharmacies d'urgence à l'hôpital</i>	La mise en place de pharmacies au niveau du bloc opératoire, de la pédiatrie, des urgences et de la maternité est effective. Les services disposent d'une armoire avec ces produits (répertoriés sur une liste par service et notifiés sur un registre pour justifier les sorties). Le système semble bien fonctionner.
A3.10 <i>Définir une liste de médicaments essentiels par niveau de soins</i>	Aucune activité nouvelle n'a eu lieu
A3.11 <i>Former les médecins à la gestion d'un stock de médicaments</i>	Aucune activité nouvelle n'a eu lieu
A3.12 <i>Compléter l'équipement des laboratoires des centres de santé</i>	Aucune activité nouvelle n'a eu lieu
A3.13 <i>Instaurer une supervision intégrée des structures sanitaires par la DSP</i>	Cette activité mérite d'être encore renforcée. Des canevas de supervision ont été élaborés et les supervisions devraient se faire conjointement par le projet et la DSP. Cependant la DSP supervise peu les EPSP et le rythme général des supervisions s'est amélioré au cours du dernier trimestre.
A3.14 <i>Elargir les possibilités offertes par le jumelage avec les hôpitaux d'Alger</i>	Cette activité n'est pas appropriée. En substitution a été initiée une intéressante activité liée à la gestion du tri des déchets hospitaliers (thème transversal régulièrement recommandé). Une formation a eu lieu en octobre et des sachets et boîtes (safe disposal boxes) ont été répartis dans les services de l'EPH.
A3.15 <i>Améliorer l'organisation des colloques quotidiens, visites et réunions de staff</i>	Cette activité n'est pas effective.
A3.16 <i>Etudier systématiquement les cas de décès</i>	Une analyse quantitative de chaque cas de décès maternels a eu lieu et présentée au personnel obstétrical de l'EPH. Une recherche qualitative doit se faire sur base de focus group.

A3.17 <i>Créer et faire fonctionner des cercles de qualité</i>	Activité non pertinente
A3.18 <i>Créer une instance de dialogue avec la population</i>	Effacement total de la participation communautaire malgré diverses approches surtout lors des supervisions.
A3.19 <i>Améliorer l'hygiène et les précautions universelles en milieu hospitalier</i>	Voir A3.14
A3.20 <i>Améliorer la maintenance</i>	Cela passe par la formation d'un personnel de maintenance. Cependant le formateur n'a toujours pas été identifié.
A3.21 <i>Augmenter l'accès à l'information de l'hôpital et des centres de santé</i>	Chaque EPSP a son matériel informatique mais ils ne sont pas encore connectés, sauf Abalessa. Le projet a fourni différents matériels (PC, imprimantes, etc.) à la DSP et à l'hôpital. Un nouvel état des besoins devrait être fait surtout dans le cadre du renforcement du SIS (à la DSP et dans les EPSP).
A3.22 <i>Identifier le personnel et les services par des plaques signalétiques</i>	la procédure de paiement des plaques signalétiques de l'hôpital est en cours, mais le travail est achevé. Toutes les plaques sont installées avec le financement du projet.
<b>RESULTAT 4 La DSP de Tamanrasset est renforcée</b>	
A4.1 <i>Renforcer l'équipement de la DSP</i>	Une photocopieuse de haute capacité a été acquise par la DSP dans ce cadre. La cellule du projet en dispose d'une également
A.4.2 <i>Former en Europe 2 cadres de la DSP en gestion de systèmes de santé</i>	Aucune activité nouvelle n'a eu lieu, si ce n'est un stage d'été pour une personne à l'ULB (7 semaines)
<b>MOYENS GENERAUX La gestion de l'intervention est assurée</b>	
<i>Fournir une assistance technique</i>	Effectif depuis décembre 2006
<i>Couvrir les frais de fonctionnement du véhicule de l'AT</i>	Le projet dispose d'un véhicule.
<i>Engager et payer le personnel du projet</i>	En continu
<i>Couvrir les frais généraux du projet</i>	En continu
<i>Couvrir les frais de réunion du CCL</i>	4. CCL ont été réalisés en date de : 10/03, 29/04 et 06/09
<i>Couvrir les frais de réunion du CTS</i>	3 CTS ont été réalisés en date de : 17/02, 24/05 et 18/07
<i>Participer à des réunions internationales</i>	

Réaliser une mission de suivi par le siège de la CTB	Un mi term review a eu lieu en février-mars
Réaliser une mission d'évaluation externe finale	En fin de projet
Assurer un suivi scientifique	Deux missions programmées ont été effectives en juin et décembre.

## 2.2 Analyse de la planification des activités

2009		
Résultats / activités	Planifié	réalisé / écarts / raisons / incidence sur les résultats
<b>R1 : Le programme national stratégique de lutte contre le sida et les maladies sexuellement transmissibles est concrétisé en un programme opérationnel régional pour la Wilaya de Tamanrasset</b>		
A1.1 <i>Recomposer et dynamiser le comité de Wilaya de lutte contre le sida</i>	juillet à décembre	Les initiatives dans ce sens prises jusqu'ici ont montré la difficulté de mettre en place un processus de concertation multisectorielle au niveau de la DSP. Les facteurs sont multiples (absence d'ONG locale, difficulté que l'initiative provienne de la DSP, etc) et il ne sera pas possible dans le cadre du projet d'aboutir a un tel processus participatif
A1.2 <i>Etablir une synthèse des données concernant le sida et les IST</i>	Janvier à décembre	Planification respectée
A1.3 <i>Adopter un plan opérationnel de lutte contre le sida et les IST</i>	Janvier à décembre	Même si le programme n'entre pas dans une stratégie plus globale et concertée de la lutte contre le VIH/Sida dans la Wilaya de Tamanrasset, il contribue pleinement à la mise en place des recommandations du Programme national de lutte contre le VIH/Sida (concernant le dépistage, la prise en charge)
A1.4 <i>Garantir la permanence des possibilités de dépistage à l'Hôpital de Tamanrasset</i>	Mars à décembre	Planification respectée

A1.5 <i>Mettre au point une stratégie claire de suivi de l'information</i>	En continu	Les recommandations d'ONUSida en la matière sont suivies au niveau du CDR
A1.6 <i>Réaliser des enquêtes de séro surveillance</i>		Non planifiée
A1.7 <i>Réaliser une enquête transversale tous les 2 ans sur les comportements</i>	Dernier trimestre	Une visite de quelques jours en novembre des professeurs EHU d'Oran a eu lieu et le projet était sur le point de conclure avec ces experts. La méthodologie était prête et les enquêteurs prêts à être recrutés, mais au niveau du contrat, il n'y a pas eu d'arrangements formels. □□Le projet a d'autre part et à la même période contacté la Directrice de l'INSP de manière à, comme recommandé au CCL du 060909, intégrer cette institution dans l'enquête comportementale. Le projet a fait parvenir à nouveau le 29 novembre 2009 la proposition de partenariat qui inclut, outre l'enquête, la suite de la proposition concernant le volet SIS. En attente de la suite.
A1.8 <i>Réaliser une enquête sociologique sur les représentations</i>	Non programmé en 2008	Repris dans l'enquête socio-anthropologique cfr.A2.1
A1.9 <i>Former trois psychologues à l'accompagnement psychosocial</i>	Juin Juillet	Non réalisé. Un psychologue a toutefois pu être formé à Sidaction Liège cfr.A1.17
A.1.10 <i>Compléter l'équipement et le petit matériel de laboratoire</i>	Septembre	L'appareil charge virale a finalement été fourni en fin décembre.
A.1.11 <i>Compléter la formation du personnel de laboratoire</i>	Avril-Mai-Juin	Non réalisé suite à de nombreuses contraintes liées à la difficulté de trouver des terrains de stage et sites de logements
A.1.12 <i>Garantir l'approvisionnement de l'hôpital en médicaments antirétroviraux</i>	En continu	Planification respectée (hors projet)
A.1.13 <i>Garantir l'approvisionnement de</i>	En continu	Planification respectée

<i>l'hôpital en médicaments contre les IO</i>		
A.1.14 <i>Etablir et tenir à jour un fichier des personnes ressources</i>	<b>En continu</b>	<b>Planification respectée</b>
A.1.15 <i>Réaliser des activités d'IEC pour différents publics</i>	<b>En continu</b>	<b>Planification respectée</b> .
A.1.16 <i>Compléter la formation de 3 membres du staff de la DSP</i>	<b>Juin Juillet</b>	<b>Planification respectée. Deux personnes ont été formées à Liège soit une sage femme et un psychologue</b>
A.1.17 <i>Former les personnes relais</i>	<b>Août Décembre</b>	<b>Planification respectée. Fait suite à A1.16</b>
A.1.18 <i>Conduire des programmes d'action de proximité</i>	<b>Non programmé en 2009</b>	
A.1.19 <i>Concevoir des films</i>	<b>En continu</b>	<b>Planification respectée</b>
A.1.20 <i>Créer deux centres de documentation pour le grand public</i>	<b>Non programmé en 2009</b>	<b>Il faut revoir la pertinence et l'utilité de cette activité au regard des initiatives existantes.</b>
A.1.21 <i>Collaborer avec une ONG pour mettre en place un programme pour les migrants</i>	<b>En continu</b>	<b>Difficile à mener. Population très volatile.</b>
A.1.22 <i>Collaborer avec une ONG pour mettre en place un programme pour les prostituées</i>	<b>En continu</b>	<b>Contacts difficiles à réaliser avec ce Public cible un peu particulier si ce n'est par l'intermédiaire du CDV qui réalise un très bon travail de proximité. Contacts pris dans le cadre des préparatifs de l'enquête A1.7</b>
A.1.23 <i>Sensibiliser le personnel clé du secteur de la santé</i>	<b>Septembre</b>	<b>Non réalisé en particulier (sauf via le CDR et CDV très concernés par cette tâche). La lutte contre la stigmatisation est suivie à chaque occasion.</b>
A.1.24 <i>Entreprendre un plaidoyer auprès des responsables officiels</i>		



A.1.25 <i>Rendre l'information sur le sida et les préservatifs disponibles sur les sites ciblés</i>	AVRIL	Quelques difficultés liées au montage de l'appareil de distributeur de préservatif.
A.1.26 <i>Généraliser l'approche syndromique dans le traitement des IST</i>	1 <sup>er</sup> . Trimestre	Planification respectée
A.1.27 <i>Rendre gratuit le traitement syndromique des IST chez les praticiens privés</i>	Octobre	Planification respectée.
A.1.28 <i>Sensibiliser les femmes enceintes à l'utilité du dépistage</i>	En continu	Planification respectée. Plusieurs nouveaux cas ont été dépistés dans le cadre de la PTME
A.1.29 <i>Former les médecins à la proposition du dépistage et à l'annonce du diagnostic</i>	2008	Planification respectée. Formation réalisée en 2008.
A.1.30 <i>Rendre disponibles les ARV prévus dans les stratégies thérapeutiques</i>	En continu	Planification respectée. Le projet n'est pas concerné par cette activité.
A.1.31 <i>Rendre gratuit l'allaitement artificiel pour les mères porteuses du virus</i>	En continu	Planification respectée

**RESULTAT 2 : L'offre de soins maternelle et infantile, la santé de la reproduction et la santé des jeunes est améliorée en 5 domaines à Tamanrasset : contraception, suivi de grossesse, accouchement surveillé, les soins au nouveau – né, le suivi de la croissance de l'enfant de moins de cinq ans.**

A2.1 <i>Réaliser une étude socio anthropologique</i>	Janvier Février	Planification respectée
A2.2 <i>Elaborer un guide de la CPN</i>	En continu	Planification respectée
A2.3 <i>Recycler les médecins et les sages femmes</i>	En continu	Planification respectée. Se fait au travers d'initiatives locales (gynécologues de l'EPH)
A2.4 <i>Rendre disponibles les médicaments</i>	Mai	Le complément en Fe Folate a été distribué aux EPSP

<i>de prophylaxie</i>		
A2.5 <i>Elaborer un guide de bonne pratique en obstétrique et néonatalogie</i>	<b>En continu</b>	<b>Planification respectée</b>
A2.6 <i>Recycler le personnel</i>		
A2.7 <i>Compléter la formation des médecins en obstétrique</i>	<b>Mai</b>	<b>Une première formation s'est faite en 2008 (Prof. Cherifi d'Alger). Une autre formation de ce type aurait dû concerner celle en échographie suite à une forte demande. Elle n'a cependant pas pu se faire dans les délais, faute de disponibilité des formateurs agréés et suite à l'arrivée tardive des échographes.</b>
A2.8 <i>Compléter l'équipement des structures de santé.</i>	<b>Mai</b>	<b>Matériel fourni très tardivement (novembre) suite à la complexité du marché</b>
A2.9. <i>Compléter l'équipement du service de maternité à Tamanrasset</i>	<b>Programmé en 2009</b>	<b>Non réalisé. Après achèvement de la nouvelle maternité.</b>
A2.10. <i>Accentuer le travail en commun avec les praticiens privés</i>	<b>De Mai ensuite en continu</b>	<b>Planification respectée</b>
A2.11 <i>Sensibiliser les femmes à l'allaitement immédiat, exclusif et de longue durée Mener une enquête sur les comportements liés à l'allaitement maternel.</i>	<b>En continu</b>	<b>Planification respectée</b>
A2.12. <i>Compléter l'équipement de néonatalogie</i>		<b>Le projet n'était plus concerné suite à l'acquisition de nouveaux appareils sur fonds du ministère de la santé</b>
A2.13. <i>Recycler les deux pédiatres en néonatalogie</i>	<b>Septembre - Décembre</b>	<b>Deux pédiatres formés à Marseille et Paris</b>
A2.14. <i>Superviser la réanimation</i>	<b>Décembre</b>	<b>Planification respectée. Réunion de mise au point du</b>

<i>néonatale</i>		service réalisée.
A2.15. <i>Introduire un programme de suivi de l'enfant de moins de 5 ans</i>	Novembre	Suite à l'enquête menée en 2008, l'équipe d'experts s'était engagée à fournir les résultats. N'a pas eu lieu suite à l'invalidité
A2.16. <i>Former les sage femmes, les médecins et les infirmiers à la PCIME</i>	Novembre	Activité de formation programmée (et réalisée en janvier 2010)
A2.17. <i>Fournir une supplémentation gratuite en vitamine A</i>		Cette supplémentation ne fait partie d'aucune stratégie du MSPRH.
A2.18. <i>Aménager un centre de réhabilitation nutritionnelle à l'hôpital</i>	Octobre - Décembre	Planification respectée
A2.19. <i>Former les deux pédiatres et deux infirmiers à la réhabilitation nutritionnelle</i>		Activité non programmée.
A2.20. <i>Former les médecins et quelques sages femmes à la pose du DIU</i>	En continu	Des DIU ont été rendu disponibles dans les EPSP. Les sage femmes de Tamanrasset et certaines en périphérie les utilisent couramment.
A2.21. <i>Former les médecins et quelques sages femmes à la contraception injectable</i>		Ne répond ni à une demande ni à un besoin
A2.22. <i>Fournir l'équipement nécessaire à la planification familiale</i>	En continu	Des oestro progestatifs ont été rendu disponibles dans toutes les EPSP
A2.23. <i>Vulgariser un guide de planification familiale</i>	En continu	Guide élaboré au niveau national et distribué. Planification respectée
A2.24. <i>Sensibiliser les femmes et les jeunes au PF</i>		Doit encore être réalisé et mieux analysé
A2.25. <i>Introduire un programme de</i>	Juin Décembre	Une sensibilisation auprès des prestataires a été réalisée

dépistage du cancer du col utérin		en 2008. La prise en charge des cas + cause toujours problème, par absence de compétence en matière de colposcopie (formation en cours)
A2.26. Prendre l'initiative d'évaluer les actions de santé des jeunes	Non programmé en 2008	Sera incluse dans les enquêtes de comportement cfr. A1.7
<b>RESULTAT 3 Le système de santé à Tamanrasset est renforcé</b>		
A3.1 Mettre en place un système d'évaluation permanente des performances sanitaires	En continu	Planification respectée
A3.2 Evaluer les performances des tournées médicales	En continu	Planification respectée
A3.3 Diversifier la gamme de services offerts par les tournées médicales	Septembre	Les véhicules sont parvenus en décembre et paiement en octobre
A3.4 Renouveler les éléments défectueux de la chaîne de froid		Activité réalisée dès 2007
A3.5 Contribuer au renouvellement du parc des ambulances (pour 2009)	Septembre-Décembre	Un cahier de charge a été émis et validé. Choix de l'attributaire réalisé. Projet de contrat signé. Les numéros de série sont en attente (pour mi mars 2010).
A3.6 Contribuer au financement des évacuations	En continu	Planification respectée
A3.7 Couvrir en système de téléphonie le réseau des infrastructures sanitaires	En continu	Activité en partie réalisée. Les thurayas (téléphones satellitaires) ont été remis auprès des structures enclavées. La continuation de l'utilisation est assurée par le projet grâce aux cartes de recharge fournies.
A3.8 Réorganiser les gardes à l'hôpital	En continu	Activités fluctuantes.
A3.9 Créer les pharmacies d'urgence à l'hôpital	En continu	Inspections menées au niveau de l'hôpital : armoire en place dans les principaux services. Planification respectée.

A3.10 <i>Définir une liste de médicaments essentiels par niveau de soins</i>	Janvier	Planification respectée. Déjà réalisé antérieurement.
A3.11 <i>Former les médecins à la gestion d'un stock de médicaments</i>	Juin	Planification respectée. Déjà réalisé antérieurement
A3.12 <i>Compéter l'équipement des laboratoires des centres de santé</i>		Activité non réalisée hormis un état de besoin établi par l'infirmier formé voir A1.1.11
A3.13 <i>Instaurer une supervision intégrée des structures sanitaires par la DSP</i>	En continu	Sorties réalisées surtout en début et fin d'année (Q1et Q4)
A3.14 <i>Elargir les possibilités offertes par le jumelage avec les hôpitaux d'Alger</i>	Octobre	Activité peu pertinente. Cette ligne a été utilisée plutôt à l'activité d'hygiène hospitalière (gestion de tri des déchets) par l'expert du projet Kouba
A3.15 <i>Améliorer l'organisation des colloques quotidiens, visites et réunions de staff</i>	Avril	Certaines initiatives sont en cours et se font via le Conseil Médical Planification ± respectée
A3.16 <i>Etudier systématiquement les cas de décès</i>	Décembre	Planification respectée. Les deux types de décès que sont les maternels et pédiatriques ont fait l'objet d'une analyse systématique. Une analyse qualitative des décès maternels doit être envisagée (méthode des focus group)
A3.17 <i>Créer et faire fonctionner des cercles de qualité</i>		Activité non réalisée, car nécessite des précisions
A3.18 <i>Créer une instance de dialogue avec la population</i>	En continu	Participation communautaire totalement absente.
A3.19 <i>Améliorer l'hygiène et les précautions universelles en milieu hospitalier</i>	En continu.	Cfr. A3.14
A3.20 <i>Améliorer la maintenance</i>		Retards très importants, car le candidat à la formation n'est pas trouvé

A3.21 <i>Augmenter l'accès à l'information de l'hôpital et des centres de santé</i>	Juin	Tous les bureaux de l'hôpital et de la DSP sont équipés d'ordinateurs connectés. Planification respectée, mais avec retard
A3.22 <i>Identifier le personnel et les services par des plaques signalétiques</i>	Juin	Les plaques ont été installées au niveau de l'hôpital. Planification respectée.
<b>Résultat 4 : La DSP de Tamanrasset est renforcée</b>		
A4.1 <i>Renforcer l'équipement de la DSP</i>	Mai	Planification respectée
A4.2 <i>Former en Europe 2 cadres de la DSP en gestion de systèmes de santé</i>	Avril	Planification non respectée. Le candidat désigné n'a pas pu partir en stage d'un an.
<b>Résultat 5 : Moyens généraux : la gestion du projet est assurée</b>		
A5.1 <i>Fournir une assistance technique</i>	En continu	Planification respectée
A5.2 <i>Couvrir les frais de fonctionnement du véhicule de l'AT</i>	En continu	Planification respectée
A5.3 <i>Payer le personnel du projet</i>	En continu	Planification respectée
A5.4 <i>Couvrir les frais généraux du projet</i>	En continu	Planification respectée
A5.5 <i>Couvrir les frais de réunion du CCL</i>	Mars-Avril- Septembre	Planification respectée
A5.6 <i>Couvrir les frais de réunion du CTS</i>	Février - Mai- Juillet	Planification respectée
A5.7 <i>Participer à des réunions internationales</i>		Non réalisé
A5.8 <i>Réaliser une mission de suivi par le siège de la CTB</i>	Février- Mars	L'évaluation à mi parcours a eu lieu. Planification respectée.
A5.9 <i>Réaliser une mission d'évaluation</i>		

<i>externe finale</i>		
A5.10 Assurer un suivi scientifique	Juin -Décembre	Planification respectée

### 3 BILAN DES FINANCES

#### 3.1 Aperçu des dépenses (€)

Résultat	Budget Global	Montant dépensé en 2007	Montant dépensé en 2008	Montant dépensé en 2009	Total des dépenses	% de dépense
RESULTAT 1 : Le programme national stratégique de lutte contre le sida et les maladies sexuellement transmissibles	572 594.56	6 680,58	66 738.41	134 222.30	207 641.30	36.26%
RESULTAT2 : L'offre de soins maternelle et infantile, la santé de la reproduction et la santé des jeunes est améliorée en 5 domaines à Tamanrasset :	399 910,00	10 357,29	34 391.06	148 436.02	193184.37	48.30%
RESULTAT3 Le système de santé à Tamanrasset est renforcé	721 490,00	10 385,07	6 569,49	202 837.05	219 791.61	30.46%
RESULTAT 4 La DSP de Tamanrasset est renforcée	46 000	9 971,51	-	-	9 971.51	21.67%
VOLET Z : MOYENS GENERAUX	1 022 400	236 925,95	184 507.32	259 522.01	680 955.28	66.60%
<b>Total</b>	<b>2 762 394,56</b>	<b>274 320,40</b>	<b>292 206.29</b>	<b>745 017.38</b>	<b>1 311 544.07</b>	<b>47.48%</b>

#### Récapitulatif par mode de financement

Mode de financement	Budget	Dépenses pour 2007	Dépenses pour 2008	Dépenses pour 2009	Balance
REGIE	1 107 000.00	219 256,14	171 877.37	224 346.68	272 263.67

COGESTION	1 655 394.56	55 064,26	120 328,91	520 670.71	959 330.68
Total	2 762 394.56	274 320,40	292 206.29	745 017.38	1 231 594.35

### 3.2 Aperçu des dépenses(€) rapportées aux prévisions budgétaires pour 2009

Lignes budgétaires	Budget	Forecast planning2009	Total dépensé 2009	%Exécution
<b>A Projet intégré de santé publique dans la Wilaya de Tamanrasset</b>	<b>1 739 994,56</b>	<b>589 900.00</b>	<b>485 495,37</b>	<b>92.30%</b>
01 Résultat 1 : Le programme national stratégique de lutte contre le sida et les maladies sexuellement transmissibles est concrétisé en un programme opérationnel régional pour la Wilaya de Tamanrasset	572 594,56	159 900.00	134 222,30	83.94%
02 Résultat 2 : L'offre de soins de santé maternelle et infantile, de santé de la reproduction et de santé des jeunes est améliorée en 5 domaines à Tamanrasset	399 910,00	164 200.00	148 436,02	90.39%
03 Résultat 3 : Le service de santé est renforcé	721 490,00	266 100.00	202 837,05	76.22%
04 Résultat 4 : La DSP est renforcée	46 000,00	-	-	-
<b>Z Moyens généraux</b>	<b>1 022 400,00</b>	<b>269 200.00</b>	<b>259 522,01</b>	<b>96.40%</b>
01 General Means	1 022 400,00	269 200.00	259 522,01	96.40%
Total REGIE	1 107 000,00	245 100.00	224 346,68	91.53%
Total COGESTION	1 655 394,56	614 000.00	520 670,71	84.79%
Total Général	2 762 394,56	859 100.00	745 017.38	86.72%

### 3.3 Planning financier 2010



**Projet Intégré de Santé Publique dans la Wilaya de Tamanrasset Coopération Technique Belge**

Lignes budgétaires	Mode	Budget	Q1-2010	Q2-2010	Q3-2010	Q4-2010	Total 2010
<b>A Projet intégré de santé publique dans la Wilaya de Tamanrasset</b>		<b>1 739 994,56</b>	<b>325 840,00</b>	<b>102 250,00</b>	<b>156 950,00</b>	<b>340 380,00</b>	<b>925 420,00</b>
<b>01 Résultat 1 : Le programme national stratégique de lutte contre le sida et les maladies sexuellement transmissibles et concrétisé en un programme opérationnel régional pour la Wilaya de Tamanrasset</b>		<b>502 594,56</b>	<b>75 670,00</b>	<b>42 630,00</b>	<b>71 830,00</b>	<b>74 630,00</b>	<b>264 760,00</b>
01 Recomposer et dynamiser le comité de Wilaya de lutte contre le sida	COGEST	-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
02 Etablir une synthèse des données concernant le sida et les IST	COGEST	-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
03 Adopter un plan opérationnel de lutte contre le sida et les IST	COGEST	2 000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
04 Garantir la permanence des possibilités de dépistage à l'hôpital de Tamanrasset	COGEST	139 000,00	49 700,00	5 000,00	5 000,00	37 000,00	96 700,00
05 Mettre au point une stratégie claire de suivi de l'information	COGEST	-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
06 Réaliser des enquêtes de sérosurveillance	COGEST	66 550,00	0,00	10 000,00	13 000,00	10 700,00	33 700,00
07 Réaliser une enquête transversale tous les deux ans sur les comportements	COGEST	33 200,00	5 200,00	0,00	0,00	0,00	5 200,00
08 Réaliser une enquête sociologique sur les représentations (forfaits basé sur BL7)	COGEST	30 000,00	0,00	10 000,00	8 000,00	0,00	18 000,00
09 Former trois psychologues à l'accompagnement psychosocial (3mois)	REGIE	45 720,00	0,00	0,00	25 000,00	0,00	25 000,00
10 Compléter l'équipement et le petit matériel du laboratoire	COGEST	27 300,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
11 Compléter la formation du personnel de laboratoire	COGEST	5 550,00	0,00	4 950,00	0,00	0,00	4 950,00
12 Garantir l'approvisionnement de l'hôpital en médicaments antirétroviraux	COGEST	-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
13 Garantir l'approvisionnement de l'hôpital en méd. Contre les infections opportunistes	COGEST	3 390,00	1 940,00	0,00	0,00	0,00	1 940,00
14 Etablir et tenir à jour un fichier des personnes ressources	COGEST	-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
15 Réaliser des activités d' IEC pour différents publics	COGEST	15 000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

**Projet Intégré de Santé Publique dans la Wilaya de Tamanrasset Coopération Technique Belge**

16 Compléter la formation de 3 membres du staff de la DSP – stage en Europe (1 mois)	REGIE	18 900,00	0,00	7 010,00	10 000,00	0,00	17 010,00
<b>Lignes budgétaires</b>	<b>Mode</b>	<b>Budget</b>	<b>Q1-2010</b>	<b>Q2-2010</b>	<b>Q3-2010</b>	<b>Q4-2010</b>	<b>Total 2010</b>
17 Former les personnes relais ( 3 groupes x 12 personnes x 8 jours x 3000 DA)	COGEST	8 640,00	0,00	0,00	0,00	7 720,00	7 720,00
18 Conduire des programmes d'action de proximité	COGEST	10 400,00	0,00	0,00	0,00	10 010,00	10 010,00
19 Réaliser des films d'information et de sensibilisation	COGEST	7 500,00	0,00	0,00	2 500,00	0,00	2 500,00
20 Créer deux centres de documentation pour le grand public	COGEST	3 000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
21 Collaborer avec une ONG pour mettre en place un programme pour les migrants	COGEST	3 000,00	0,00	670,00	0,00	0,00	670,00
22 Collaborer avec une ONG pour mettre en place un programme pour les prostituées	COGEST	3 000,00	1 000,00	1 000,00	1 000,00	0,00	3 000,00
<del>23 Sensibiliser le personnel clé du secteur de la santé</del>	COGEST	—	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
24 Entreprendre un plaidoyer auprès des responsables officiels	COGEST	-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
25 Rendre l'information sur le sida et le préservatif disponibles dans des sites ciblés	COGEST	19 500,00	12 000,00	0,00	3 330,00	0,00	15 330,00
26 Généraliser l'approche syndromique dans le traitement des IST	COGEST	-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
27 Rendre gratuit le traitement syndromique des IST chez les praticiens privés	COGEST	2 500,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
28 Sensibiliser les femmes enceintes à l'utilité du dépistage (dépliants)	COGEST	1 500,00	1 500,00	0,00	0,00	0,00	1 500,00
29 Former les médecins à la proposition du dépistage et à l'annonce du diagnostic	COGEST	17 000,00	0,00	0,00	0,00	7 200,00	7 200,00
30 Rendre disponibles les ARV prévus par les stratégies thérapeutiques	COGEST	-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
31 Rendre gratuit l'allaitement artificiel pour les mères porteuses du virus du sida	COGEST	32 000,00	4 000,00	4 000,00	4 000,00	2 000,00	14 000,00
<del>32 Créer un support de recueil de données pour la surveillance de la TME</del>	COGEST	—	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
33 Sensibiliser le personnel clé du secteur de la santé	COGEST	1 944,56	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

**Projet Intégré de Santé Publique dans la Wilaya de Tamanrasset Coopération Technique Belge**

<b>Lignes budgétaires</b>	<b>Mode</b>	<b>Budget</b>	<b>Q1-2010</b>	<b>Q2-2010</b>	<b>Q3-2010</b>	<b>Q4-2010</b>	<b>Total 2010</b>
34 Créer un support de recueil de données pour la surveillance de la PTME	COGEST	6 000,00	330,00	0,00	0,00	0,00	330,00
<b>02 Résultat 2 : L'offre de soins de santé maternelle et infantile, de santé de la reproduction et de santé des jeunes est améliorée en 5 domaines à Tamanrasset</b>							
		<b>399 910,00</b>	<b>14 970,00</b>	<b>39 620,00</b>	<b>72 620,00</b>	<b>48 350,00</b>	<b>175 560,00</b>
01 Réaliser une étude socio-anthropologique	COGEST	15 000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
02 Elaborer un guide de la CPN	COGEST	1 550,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
03 Recycler le personnel	COGEST	4 500,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
04 Rendre disponibles les vaccins et médicaments de prophylaxie	COGEST	80 000,00	4 000,00	4 070,00	0,00	0,00	8 070,00
05 Elaborer un guide de bonnes pratiques en obstétrique en néonatalogie	COGEST	1 550,00	0,00	1 550,00	0,00	0,00	1 550,00
06 Recycler le personnel	COGEST	3 600,00	1 140,00	0,00	0,00	0,00	1 140,00
07 Compléter la formation des médecins en obstétrique	COGEST	54 800,00	0,00	15 000,00	10 000,00	21 290,00	46 290,00
08 Compléter l'équipement des structures de santé	COGEST	84 800,00	0,00	0,00	0,00	27 060,00	27 060,00
09 Construire le nouveau service maternité à Tamanrasset (220 m <sup>2</sup> x 22.000 DA)	COGEST	48 400,00	0,00	0,00	48 400,00	0,00	48 400,00
10 Accentuer le travail en commun avec les praticiens privés	COGEST	-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
11 Sensibiliser les femmes à l'allaitement immédiat, exclusif de longue durée	COGEST	3 000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
12 Compléter l'équipement de néonatalogie	COGEST	-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
13 Recycler les deux pédiatres en néonatalogie (3mois)	REGIE	30 480,00	5 280,00	2 000,00	0,00	0,00	7 280,00
14 Superviser la réanimation néonatale	COGEST	-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
15 Introduire un programme de suivi de l'enfant de moins de 5 ans ( 47 kits X 2.000 euro)	COGEST	-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
16 Former les sages-femmes, les infirmiers et les médecins à la PCIME	COGEST	3 600,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
17 Fournir une supplémentation gratuite en Vitamine A	COGEST	6 000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
18 Créer un Centre de réhabilitation nutritionnelle à l'hôpital de Tamanrasset	COGEST	12 000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

**Projet Intégré de Santé Publique dans la Wilaya de Tamanrasset Coopération Technique Belge**

19 Former les 2 pédiatres et 2 infirmiers à la réhabilitation nutritionnelle (2mois)	REGIE	43 080,00	0,00	14 000,00	14 220,00	0,00	28 220,00
<b>Lignes budgétaires</b>	<b>Mode</b>	<b>Budget</b>	<b>Q1-2010</b>	<b>Q2-2010</b>	<b>Q3-2010</b>	<b>Q4-2010</b>	<b>Total 2010</b>
20 Former les médecins et quelques sages femmes à la pose du DIU	COGEST	-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
21 Former les médecins et les sages femmes à la contraception injectable	COGEST	-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
22 Fournir l'équipement nécessaire à la planification familiale (forfait 750 euro X 40)	COGEST	3 000,00	3 000,00	0,00	0,00	0,00	3 000,00
23 Vulgariser un guide de planification familiale	COGEST	1 550,00	1 550,00	0,00	0,00	0,00	1 550,00
24 Sensibiliser les femmes et les jeunes à la planification familiale	COGEST	3 000,00	0,00	3 000,00	0,00	0,00	3 000,00
25 Introduire un programme de dépistage du cancer du col utérin	COGEST	-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
26 Prendre l'initiative d'évaluer les actions de santé des jeunes	COGEST	-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>03 Résultat 3 : Le service de santé est renforcé</b>		<b>791 490,00</b>	<b>235 200,00</b>	<b>20 000,00</b>	<b>3 500,00</b>	<b>208 400,00</b>	<b>467 100,00</b>
01 Mettre en place un système d'évaluation permanente des performances sanitaires	COGEST	4 780,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
02 Evaluer les performances des tournées médicales	COGEST	100 000,00	0,00	0,00	0,00	28 400,00	28 400,00
03 Diversifier la gamme de services offerts par les tournées médicales	COGEST	180 000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
04 Renouveler les éléments défectueux de la chaîne de froid (6 X2500)	COGEST	5 000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
05 Contribuer au renouvellement du parc des ambulances (5 X 4.800.00 DA)	COGEST	240 000,00	228 000,00	12 000,00	0,00	0,00	240 000,00
06 Contribuer au financement des évacuations	COGEST	8 000,00	0,00	4 640,00	0,00	0,00	4 640,00
07 Couvrir en système de phonie le réseau des infrastructures sanitaires	COGEST	184 000,00	0,00	0,00	0,00	180 000,00	180 000,00
08 Réorganiser les gardes à l'hôpital	COGEST	-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
09 Créer des pharmacies d'urgence à l'hôpital	COGEST	-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10 Définir une liste de médicaments essentiels par niveau de soins	COGEST	-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
11 Former les médecins à la gestion d'un stock de	COGEST	-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

**Projet Intégré de Santé Publique dans la Wilaya de Tamanrasset Coopération Technique Belge**

		Mode	Budget	Q1-2010	Q2-2010	Q3-2010	Q4-2010	Total 2010
médicaments								
12 Compléter l'équipement des laboratoires des centres de santé	COGEST		18 200,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Lignes budgétaires</b>		<b>Mode</b>	<b>Budget</b>	<b>Q1-2010</b>	<b>Q2-2010</b>	<b>Q3-2010</b>	<b>Q4-2010</b>	<b>Total 2010</b>
13 Instaurer une supervision intégrée des structures sanitaires par la DSP	COGEST		-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
14 Elargir les possibilités offertes par le jumelage avec les hôpitaux d'Alger	COGEST		7 560,00	0,00	3 360,00	0,00	0,00	3 360,00
15 Améliorer l'organisation ds colloques quotidiens, des visites et réunions de staff	COGEST		-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
16 Etudier systématiquement les cas de décès	COGEST		-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
17 Créer et faire fonctionner des cercles de qualité	COGEST		8 500,00	0,00	0,00	3 500,00	0,00	3 500,00
18 Créer une instance de dialogue avec la population	COGEST		-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
19 Améliorer l'hygiène et les précautions universelles en milieu hospitalier	COGEST		-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
20 Améliorer la maintenance (1 bourse pour études en France)	REGIE		18 000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
21 Augmenter l'accès à l'information de l'hôpital et des centres de santé	COGEST		6 950,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
22 Identifier personnel et services	COGEST		10 500,00	7 200,00	0,00	0,00	0,00	7 200,00
<b>04 Résultat 4 : La DSP est renforcée</b>			<b>46 000,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>9 000,00</b>	<b>9 000,00</b>	<b>18 000,00</b>
01 Renforcer l'équipement de la DSP (ordinateur + imprimante + Photocopieuse industrielle)	COGEST		10 000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
02 Former en Europe deux cadres de la DSP en gestion des systèmes de santé	REGIE		36 000,00	0,00	0,00	9 000,00	9 000,00	18 000,00
<b>Z Moyens généraux</b>			<b>1 022 400,00</b>	<b>54 000,00</b>	<b>58 180,00</b>	<b>44 400,00</b>	<b>32 760,00</b>	<b>189 340,00</b>
<b>01 General Means</b>			<b>1 022 400,00</b>	<b>54 000,00</b>	<b>58 180,00</b>	<b>44 400,00</b>	<b>32 760,00</b>	<b>189 340,00</b>
01 Fournir une assistance technique (48 hommes-mois X 12.500 euro)	REGIE		644 995,00	50 000,00	37 000,00	33 000,00	32 760,00	152 760,00
02 Couvrir les frais de fonctionnement du véhicule de l'AT	REGIE		9 900,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
03 Engager et payer le personnel de projet	COGEST		45 600,00	4 000,00	4 000,00	4 400,00	0,00	12 400,00
04 Couvrir les frais généraux de projet (4000 euro par an)	COGEST		21 300,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
05 Couvrir les frais de réunion du CCL	COGEST		11 060,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

**Projet Intégré de Santé Publique dans la Wilaya de Tamanrasset Coopération Technique Belge**

06 Couvrir les frais de réunion du Comité technique de suivi	COGEST	17 120,00	0,00	2 180,00	0,00	0,00	2 180,00
07 Participer à des réunions internationales	COGEST	12 500,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Lignes budgétaires</b>	<b>Mode</b>	<b>Budget</b>	<b>Q1-2010</b>	<b>Q2-2010</b>	<b>Q3-2010</b>	<b>Q4-2010</b>	<b>Total 2010</b>
08 Réaliser une mission de suivi par le siège de la BTC	REGIE	15 000,00	0,00	0,00	7 000,00	0,00	7 000,00
09 Réaliser une mission d'évaluation externe finale	REGIE	39 125,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10 Assurer un suivi scientifique	REGIE	205 800,00	0,00	15 000,00	0,00	0,00	15 000,00
11 Solde formulation	REGIE	-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Total REGIE</b>		<b>1 107 000,00</b>	<b>55 280</b>	<b>75 010</b>	<b>98 220</b>	<b>41 760</b>	<b>221 270</b>
<b>Total COGESTION</b>		<b>1 655 394,56</b>	<b>324 560</b>	<b>85 420</b>	<b>103130</b>	<b>331 380</b>	<b>844 490</b>
<b>Total Général</b>		<b>2 762 394,56</b>	<b>379 840</b>	<b>160 430</b>	<b>201 350</b>	<b>373 140</b>	<b>1 114 760</b>

## 4 SUIVI DES INDICATEURS

### 4.1 Objectif spécifique

« La santé de la population du secteur sanitaire de Tamanrasset est améliorée en ce qui concerne :i) les infections sexuellement transmissibles et le VIH/sida ; ii) la santé de la mère et de l'enfant, y compris l'enfant de moins de 5 ans, les adolescents et les jeunes. »

	indicateurs de départ 31 12 2007	Indicateur à T 31/12/08	Indicateur à T 31/12/09
Incidence du sida			
- dans la population générale	Nd	Nd	Nd
- dans les diverses populations surveillées	39 cas <sup>4</sup> / 174.563 <sup>5</sup> = 0,223 pour mille habitants	96 cas <sup>6</sup> / 178 927 = 0,536 pour 1000 habitants	96 cas <sup>7</sup> / 191 513 <sup>8</sup> = 0,501 pour 1000 habitants
Incidence des IST			
- syphilis	115 cas / 174.563 = 0,658 pour 1000 habitants	114 cas / 178 927 = 0,637 pour 1000 habitants	85 cas / 191 513 = 0,44 pour 1000 habitants
- hépatite B	183 cas / 174.563 = 1,048 pour 1000 habitants	260 cas / 178 927 = 1,45 pour 1000 habitants	74 cas / 191 513 = 0,386 pour 1000 habitants
- hépatite C	19 cas / 174.563 = 0,108 pour 1000 habitants	19 cas / 178 927 = 0,106 pour 1000 habitants	05 cas / 191 513 = 0,026 pour 1000 habitants
Mortalité maternelle Hospitalière	Nombre de naissances vivantes : - maternité EPH : 2353  6 décès à la maternité, soit un taux de MM de 255 pour 100.000 naissances vivantes	Nombre de naissances vivantes : - maternité EPH : 2414  14 décès à la maternité, soit un taux de MM de 580 pour 100.000 naissances vivantes.	Nombre de naissances vivantes : - maternité EPH : 2947  9 décès à la maternité, soit un taux de MM de 305,39 /100.000 naissances vivantes <sup>9</sup>

<sup>4</sup> Données de la DSP

<sup>5</sup> Données du MSPRH ( Tx accroissement de 2,5%)

<sup>6</sup> Données CTS + CDV

<sup>7</sup> 65 au CTS et 31 au CDV

<sup>8</sup> Source :MSPRH

Mortalité infantile			
Taux			
Générale (APC)	<b>29,22</b> / 1000 NV	<b>36,47</b> / 1000 NV	<b>31,78</b> / 1000 NV
Hospitalière	<b>16,85</b> / 1000 NV	<b>16,36</b> / 1000 NV	<b>18,02</b> / 1000 NV
Données Hospitalières			
-Mortalité néonatale totale	<b>16,34</b> pour 1000 naissances vivantes	<b>16,06</b> pour 1000 naissances Vivantes	<b>17,75</b> pour 1000 naissances vivantes
- Mortalité périnatale <sup>10</sup>	<b>39,84</b> / 1000 NV	<b>45,99</b> / 1000 NV	<b>51,05</b> / 1000 NV
- Mort né (nombre)	90	121	148
-Prématuré	56	75	103
- Vivants bien portants	3070	3423	3829
- décès 0-28 jours	57	55	68
Nouvelles acceptantes (contraception)	?	1606	1582
Nombre de contraceptantes lième visite		2864	3307

## 4.2 Résultats

<sup>9</sup> TMM total wilaya 339,51 / 100.000

<sup>10</sup> Rapport nombre de morts nés + nombre décès de 0-6 jours / NV + morts nés



	Indicateur Objectivement Vérifiable	T <sub>31 12 2006</sub>	T <sub>31/12/08</sub>	T <sub>31/12/2009</sub>
<b>Résultat 1 : Le programme national stratégique de lutte contre le sida et les maladies sexuellement transmissibles est concrétisé en un programme opérationnel régional pour la Wilaya de Tamanrasset</b>				
A1.1 <i>Recomposer et dynamiser le comité de Wilaya de lutte contre le sida</i>	Nombre de réunions du comité de wilaya de lutte contre le sida	Aucune	Aucune	Aucune
A1.2 <i>Etablir une synthèse des données concernant le sida et les IST</i>	Synthèse des données sida disponible au niveau du CDR, CTS et CDV	Non	Oui	Oui
		Non	Oui	Oui
A1.3 <i>Adopter un plan opérationnel de lutte contre le sida et les IST</i>		Non	Oui, mais	Oui, mais
A1.4 <i>Garantir la permanence des possibilités de dépistage à l'Hôpital de Tamanrasset</i>	Les tests sont disponibles au niveau de l'hôpital sous forme de tests rapides. La chaîne Elisa est également disponible. Idem au niveau du CDV	6251 tests réalisés	4458 tests réalisés (+1896 au CDV). Y rajouter les tests au cours de l'enquête SSS	2949 tests réalisés au CDV
A1.5 <i>Mettre au point une stratégie claire de suivi de l'information</i>	Existence d'une fiche de notification d'évaluation mensuelle remplie mensuellement par le CDV et le CDR	Absente	Présente	Présente
A1.6 <i>Réaliser des enquêtes de séro surveillance</i>	Nombre d'enquêtes de séro surveillance	Aucune	Enquête achevée	Non programmée
A1.7 <i>Réaliser une enquête transversale</i>	Nombre d'enquêtes de comportement	Aucune	Aucune	Aucune <sup>11</sup>

<sup>11</sup> Voir remarque en page 6

<i>tous les 2 ans sur les comportements</i>				
<i>A1.8 Réaliser une enquête sociologique sur les représentations</i>	Enquête sociologique réalisée	Non	Non	Non
<i>A1.9 Former trois psychologues à l'accompagnement psychosocial</i>	Nombre d'activités de suivi psychosocial de malades du sida	Non	Oui	Oui
<i>A.1.10 Compléter l'équipement et le petit matériel de laboratoire</i>	Nombre de mesures de la charge virale et du taux de CD4/CD8 faites au laboratoire de l'hôpital	Aucune	Aucune	Présente <sup>12</sup>
<i>A.1.12 Garantir l'approvisionnement de l'hôpital en médicaments antirétroviraux</i>	Nombre de jours de rupture de stock des ARV	0	0	0
	Evolution du nombre de cas mis en traitement	5	23	123
<i>A.1.13 Garantir l'approvisionnement de l'hôpital en médicaments contre les IO</i>	Nombre de jours de rupture de stock des médicaments contre les infections opportunistes	0	0	0 <sup>13</sup>
<i>A.1.14 Etablir et tenir à jour un fichier des personnes ressources</i>	Fichier des personnes ressources disponible	Absent	Présent	Présent
<i>A.1.15 Réaliser des activités d'IEC pour différents publics</i>		0 <sup>14</sup>	5	15
<i>A.1.17 Nombre de personnes relais formées</i>	Principalement des imams et morchidats (animatrices religieuses)		45	45
<i>A.1.27 Nombre de patients mis en</i>				55

<sup>12</sup> Appareillage présent en décembre

<sup>13</sup> Le projet répond à la demande

<sup>14</sup> HORMIS QUELQUES SEANCES D'ANIMATION A LA RADIO LOCALE

<i>traitement contre les IST auprès des médecins privés</i>				
<i>A.1.28 Evolution des activités du dépistage auprès des femmes enceintes</i>	L'activité a débuté au niveau du CDV en 2008. Elle reste cependant difficile à mettre en œuvre, dans la mesure où les lieux où s'établit le bilan sont dispersés dans la ville de Tamanrasset.	Nd	271 testées dont 3 + (confirmé par le LNR)	8+ (confirmé par le LNR)
<i>A.1.29 Nombre de personnes formées à la proposition du dépistage et à l'annonce du D</i>			35	35
<i>A.1.32 Nombre de structures disposant du recueil de données PTME</i>	Chaque PMI (4) de Tamanrasset et chaque EPSP de la périphérie. Le modèle a été présenté et expliqué.	?	11	11

**Résultat 2 : L'offre de soins de santé maternelle et infantile, de santé de la reproduction et de santé des jeunes est améliorée en 5 domaines dans le secteur de Tamanrasset : la contraception, le suivi de la grossesse, l'accouchement surveillé, les soins au nouveau né, le suivi de la santé et de la croissance de l'enfant de moins de cinq ans.**

<i>Introduction des moyens contraceptifs dans les caravanes sanitaires et sorties médicales</i>	Non	Oui (orale seulement)	Oui (orale seulement)
<i>Introduction de la contraception dans les campagnes IEC et dans les maternités</i>	Non	Non	Non
<i>Proportion des salles de soins où la contraception est accessible sous toutes ses formes</i>	0	0 <sup>15</sup>	2
<i>Couverture du secteur sanitaire en consultation prénatale</i>	1576 / 4751 = 33,17 %	Nombre CPN captées = 3149 Couverture ; 61,27 %	Nombre CPN captées = 4025 Couverture : 84% <sup>16</sup>

<sup>15</sup> La plupart des PMI dispose de moyens contraceptifs, mais jamais sous toutes ses formes simultanément

<sup>16</sup> Basé sur un TBN de 2,5%

**Projet Intégré de Santé Publique dans la Wilaya de Tamanrasset Coopération Technique Belge**

<i>Nombre de grossesses à risque dépistées au niveau des PMI</i>	88	242	474
<i>Nombre de grossesses à risque correctement prises en charge</i>	nd	127	335
<i>Nombre de femmes enceintes ayant subi un test vih/sida</i>			1.632
<i>Proportion d'accouchements en milieu surveillé</i>	73,6 %	97,05 % (Tam) et 67,80 % (Secteur)	98 % (Tam) et 68,5 % (Secteur)
<i>Nombre et proportion des SS où existent des activités régulières de suivi de la croissance et de la santé de l'enfant</i>	0	Tam ? EPSP périphér :815	Tam <sup>17</sup> ? EPSP périphér :1015
<i>Couverture du secteur sanitaire en consultation des enfants de moins de cinq ans</i>	0	0	?
<i>Nombre de sages femmes recyclées (PTME)</i>	0	4	4
<i>Nombre de médecins généralistes recyclés à Tamanrasset en gynéco obstétrique</i>	0	0	0 <sup>18</sup>
<i>Utilisation de la ventouse obstétricale</i>	non	Non	Non
<i>Nombre de dispositifs intra-utérins (1<sup>ère</sup> pose)</i>	?	76	95
<i>Nombre de contraceptions injectables</i>		9	10
<i>Nombre de contraceptifs oraux (1<sup>ère</sup> prise)</i>		981	1293
<i>Existence d'une plate forme de concertation de concertation concernant la santé des jeunes</i>	non	Non	Non
	2007	2008	2009
<i>Nombre d'accouchement dans la wilaya de Tamanrasset</i>	3169	3505	3962
<i>Taux d'accouchement en milieu assisté(%)</i>	68,59	72,69	76,79
<i>Nombre d'accouchements eutociques</i>	2892	3192	3628

<sup>17</sup> La formation en PCIME a eu lieu en janvier 2010

<sup>18</sup> La formation a eu lieu en 2007

<i>Proportion accouchement eutocique / nombre d'accouchement (%)</i>	91,25	91,06	91,56
<i>Nombre de césarienne au niveau de la wilaya de Tamanrasset</i>	277	313	334
<i>Proportion de césarienne sur nombre total d'accouchement(%)</i>	8,74	8,93	8,42
<i>Proportion de césarienne rapporté au nombre de GHR prises en charge (%)</i>	81,9	74,5	37,7
<i>Nombre de frottis du col réalisé</i>	-	383	480
<b>RESULTAT 3 Le système de santé à Tamanrasset est renforcé</b>			
<i>Existence d'un tableau de bord de suivi des performances du système de santé</i>	Absent	Présent	Présent
<i>Evaluation faite des performances du système de santé</i>	Réalisée	Réalisée	Réalisée
<i>Nombre de malades examinés en tournée mobile</i>	6328	5903	5192
<i>Nombre total de tournées médicales</i>	172	116	121
<i>A raison d'un coût moyen d'une tournée médicale de 1000 Dinars, coût global pour l'année</i>	1.722.000	1.116.000	1.210.000
<i>Coût par malade (DA)</i>	272, 12	189	233
<i>Evolution de l'offre de contraception et du suivi de l'enfant de moins de 5 ans dans les tournées médicales</i>	0	Contraception orale existe, mais données imprécises	Uniquement la contraception orale
<i>Fonctionnalité des différentes chaînes de froid (%)</i>	0	100	100
<i>Fonctionnalité des ambulances (%)</i>	50	100	100
<i>Fonctionnalité du réseau de phonie (%)</i>	30	90	90
<i>Evolution des évacuations par lieu et par motif</i>	Absente	Présente	Présente
<i>Evaluation annuelle du système de garde à l'hôpital</i>	Présente	?	Présente
<i>Existence d'une pharmacie d'urgence en salle d'accouchement, en néonatalogie et au service des urgences</i>	Absente	Présente	Présente

<i>Existence d'une liste de médicaments essentiels par niveau de soins</i>	Absente	Présente	Présente
<i>Proportion des médecins des SS et des sous secteurs formés à la gestion des médicaments (%)</i>	0	EPSP (toutes)	EPSP
<i>Proportion des laboratoires des polycliniques pouvant effectuer les 7 tests minimaux prévus (%)</i>	0	1 polyclinique	1
<i>Fréquence des supervisions intégrées par an et par structure sanitaire</i>	0	3	7
<i>Nombre d'activités réalisées en jumelage avec les hôpitaux d'Alger</i>	0	0	0
<i>Fréquence des colloques, des visites et des réunions de staff par service à l'hôpital de Tamanrasset (%)</i>	30	?	80
<i>Proportion des cas de décès maternels et infantiles intra hospitaliers ayant donné lieu à une analyse (%)</i>	0	100	100
<i>Nombre de problèmes abordés /résolus par les cercles de qualité</i>	0	0	0
<i>Nombre de réunions de dialogue avec la population</i>	0	0	0
<i>Nombre de mesures d'hygiène prises par la direction de l'hôpital</i>	0	2	Programme en place
<i>Formation du personnel de la maintenance (réalisée ou non)</i>	non	Non	Non
<i>Proportion des SS reliées à Internet (%)</i>	0	0	1
<i>Plaques signalétiques au niveau de l'hôpital de Tamanrasset</i>	Absentes	Présentes	Présentes
<b>RESULTAT 4 La DSP de Tamanrasset est renforcée</b>			
<i>Rééquipement de la DSP effectuée</i>	non	Oui	Oui
<i>Formation en santé publique du personnel cadre effectuée</i>	non	non	Non
<b>MOYENS GENERAUX</b>			

**Projet Intégré de Santé Publique dans la Wilaya de Tamanrasset Coopération Technique Belge**

<i>Assistance technique en place (nombre de mois)</i>	1	12	12
<i>Personnel du projet en place (nombre de mois) et payé mensuellement</i>	0	12	12
<i>Comptabilité mensuelle réalisée (nombre de mois)</i>	1	12	12
<i>Nombre de réunions internationales avec participation du DSP de Tamanrasset</i>	0	0	0
<i>Guidance scientifique assurée (nombre de mission)</i>	0	2	2

## 4.3 Évolution des indicateurs

### Indicateurs du résultat 1 :

Points forts :

- Qualité des données

Depuis 2009, sont recensées au *niveau du CDR de l'EPH*, les données suivantes

#### A) Patients vivant avec le vih suivis dans le cdr et mis sous traitement arv

Les 123 malades enregistrés au 31/12/2009 sont répartis selon les critères suivants :

- ❖ Répartition des PVIH sous ARV selon l'âge et le sexe
- ❖ Répartition des femmes enceintes PVIH sous ARV selon l'âge
- ❖ Répartition des PVIH sous ARV selon la nationalité
- ❖ Répartition des PVIH sous ARV selon le lieu de résidence
- ❖ Répartition des PVIH sous ARV selon le type de population vulnérable
- ❖ Répartition des PVIH sous ARV selon le stade clinique actuel
- ❖ Répartition des PVIH sous ARV selon la date (année) du diagnostic
- ❖ Répartition des PVIH sous ARV selon la ligne du schéma thérapeutique
- ❖ Répartition des PVIH sous ARV selon l'année du début du traitement ARV
- ❖ Répartition des PVIH sous ARV sous traitement antituberculeux selon l'âge
- ❖ Enfants séropositifs au VIH

#### b) Patients vivants avec le VIH suivis dans le CDR sans traitement ARV

Les 109 patients séro positifs enregistrés au 31/12/2009 sont suivis dans le CDR selon les critères suivants

- ❖ Répartition des PVIH sans ARV selon l'âge et le sexe
- ❖ Répartition des PVIH sans ARV selon la nationalité
- ❖ Répartition des PVIH sans ARV selon le lieu de résidence
- ❖ Répartition des PVIH sans ARV selon le type de population vulnérable
- ❖ Répartition des PVIH sans ARV selon le stade clinique actuel
- ❖ Répartition des PVIH sans ARV selon la date (année) du diagnostic

La qualité des données a également été constatée *au niveau du CDV* et cela grâce à la mise à disposition de réactifs par le projet.

- ❖ Transmission mensuelle des activités produites
  - ❖ Contrôle de tout cas positif ou douteux par le LNR
  - ❖ Recherche de tout cas perdu de vue
- 
- Nombre en augmentation de patients sida dépistés au niveau du CDV (5, 20,23 et 34 entre 2006 et 2009) et du dépistage des femmes enceintes porteuses du virus grâce au



programme PTME. Le nombre de test pour 2009 était de 1632 alors qu'en 2008 il n'était que de 284.<sup>19</sup>

- Implication des médecins privés
- Implication des sage femmes dans la sensibilisation au dépistage auprès des femmes enceintes
- Le suivi thérapeutique des dépistés HBV et HCV pourra se dérouler au niveau de l'EPH grâce à la technologie nouvellement apportée, en partie par le projet. La possibilité de quantifier la charge virale pour le suivi du traitement de ces patients est dorénavant possible, car l'acquisition de kits appropriés est réaliste.
- Le site du CDV a été modifié en 2009 mais même si la confidentialité n'est pas encore totalement respectée, sa position nouvelle au sein des quartiers « sensibles » améliore l'accessibilité. La formation sur l'hygiène hospitalière a aussi permis un traitement des aiguilles usées.
- Développement (depuis tout fin 2009 et surtout au début 2010) d'un laboratoire adéquat répondant au niveau 2 biosécurité impliquant une location suffisamment séparée du reste du laboratoire<sup>20</sup> de l'appareil charge virale. Celui-ci est en outre divisé en deux chambres l'une pour la séparation du plasma et l'autre pour le test PCR. Le congélateur à -80° n'est cependant pas encore acquis<sup>21</sup>
- L'amélioration de la prise en charge s'est aussi remarquée par l'acquisition d'un appareil CD4/CD8<sup>22</sup> permettant un meilleur aperçu de l'état immunitaire du patient. Cet appareil est fonctionnel et l'interprétation est assurée par l'hématologue de l'hôpital
- Une des recommandations émises lors du mi term review a, en partie, trouvé une solution : il s'agit de l'observance des patients sous ARV. Même s'il est vrai que les visites à domicile ne sont pas encore effectives, les PVIH habitant la commune de Tamanrasset, qui sont de loin les plus nombreux, sont à quasi 100% de respect du traitement. Il n'en est par contre pas de même si l'on considère les patients habitant en zone éloignée ou si il s'agit d'étrangers.

*Points faibles :*

- Enquête comportementale pas encore faite malgré les rencontres ayant eu lieu en mai et novembre avec deux professeurs de l'université d'Oran. Ces derniers étaient prêts à conclure avec le projet. La méthodologie était prête et les enquêteurs prêts à être recrutés, mais au niveau du contrat, il n'y a pas eu d'arrangements formels. En effet, leur proposition atteignait environ 39000 euros auxquels il fallait rajouter les frais d'enquêteurs, superviseurs, agents de saisie des données etc. C'est ainsi qu'en faisant la sommation de tout, le total dépassant les 40000 Euros, il a été nécessaire d'établir un marché. Le projet

---

<sup>19</sup> L'activité de dépistage a commencé effectivement au 1<sup>er</sup> octobre 2008

<sup>20</sup> Pour ce faire, d'importants travaux d'aménagement au niveau du labo ont été nécessaires

<sup>21</sup> Certaines versions disent que les réactifs peuvent en attendant être conservés à une température de 2 à 8°C

<sup>22</sup> Fourni sur fonds de la DSP

a alors élaboré un cahier de charges qui a été envoyé en date du 14 novembre 2009 à l'Ordonnateur et au Co Ordonnateur pour approbation. Cependant, les professeurs sus nommés ont informé le projet que s'il faut passer par une soumission, ils ne s'engageront plus et tout leur travail antérieur sera perdu.

Le projet a d'autre part contacté suite à la recommandation du CCL du 060909 la Directrice de l'INSP de manière à, intégrer cette institution dans l'enquête comportementale. Le projet a fait parvenir à nouveau le 29 novembre 2009 la proposition de partenariat qui inclut, outre l'enquête, la suite de la proposition concernant le volet SIS. En attente de la suite.

- Le projet a lancé une consultation relative à l'acquisition de distributeurs de préservatifs. Elle a abouti à l'obtention d'un appareil qui s'est révélé caduque par la suite en raison d'un système de captage de pièces inadéquat. Il fallait des jetons spéciaux non disponibles. Le problème sera résolu au cours du premier trimestre 2010<sup>23</sup>.
- La distribution de préservatifs dans des lieux divers (hôtel, bar ...) est toujours considérée très péjorativement par le contexte religieux
- Les connaissances des infirmiers et du psychologue au niveau du CDV restent encore insuffisantes. Il se révèle ardu de leur fournir une amélioration de leurs compétences en matière de conselling par exemple.
- Concernant le laboratoire, la difficulté majeure, en terme de ressources humaines, est la rétention sur place de personnes ayant les compétences requises en technique.

## **Indicateurs du résultat 2 :**

### **Points forts :**

- Introduction des moyens contraceptifs dans les caravanes sanitaires et sorties médicales
- adhésion de plus en plus marquée au programme de dépistage du cancer du col utérin
- mise en place du programme PCIME avec implantation future de la fiche PCIME
- sont en progression régulière depuis 2007 :

- ✚ Le taux d'accouchement en milieu assisté calculé sur base du nombre d'accouchement en milieu assisté rapporté au nombre de naissances vivantes
- ✚ Le nombre de grossesses à haut risque prises en charge dans les maternités de référence est en progression régulière depuis 2007<sup>24</sup>
- ✚ La couverture en consultation prénatale
- ✚ La couverture en espacement des naissances principalement pour 2009 une adhésion améliorée auprès du service
- ✚ Nombre de grossesses à risque dépistées
- ✚ Nombre de frottis du col réalisés en vue du dépistage du cancer

- maîtrise des données du programme PTME <sup>25</sup>
- le nombre de décès maternels (14vs 9) entre 2008 et 2009 rapporté au nombre de GHR dépistées au niveau des PMI (242 vs 474) soit 5,7 % vs 1,9 montre une progression, même si évidemment il y a lieu de tempérer cet indicateur particulièrement sensible.

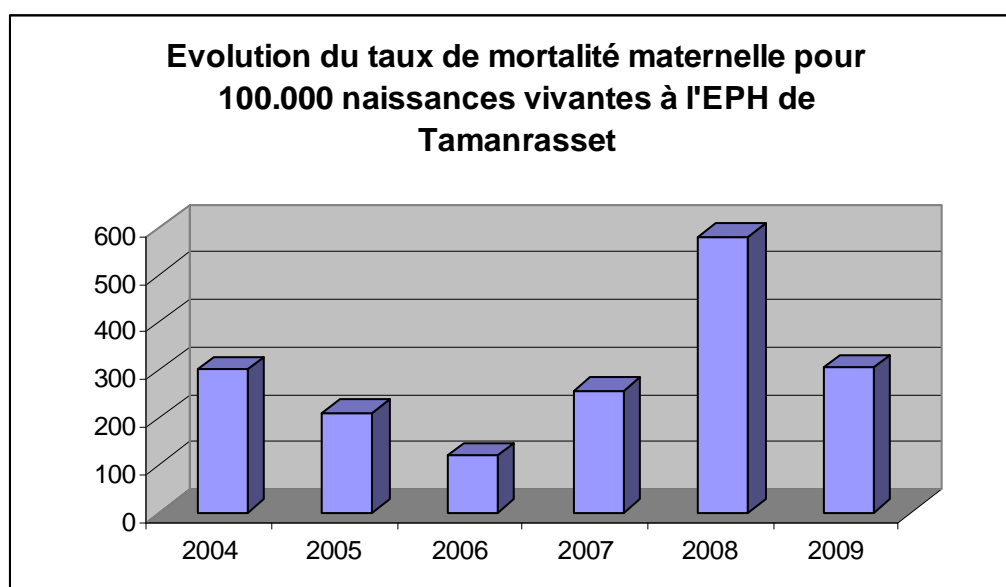
<sup>23</sup> Le fournisseur s'est engagé en ce sens

<sup>24</sup> Reste encore à parfaire la définition précise d'une GHR

<sup>25</sup> La « couverture » de la PTME est de 40,5 % soit 1632 femmes testées sur un total de 4025 CPN

### Points faibles :

- Proportion de césarienne rapporté au nombre de GHR prises en charge en baisse depuis 2007
- Implication communautaire des femmes enceintes effacée
- Faible qualité de la consultation prénatale
- prise en charge toujours problématique des cas + au dépistage de cancer du col<sup>26</sup>
- ratio mauvais de mortalité maternelle
- le suivi des GHR dépistées, en raison peut-être de la pauvreté croissante, reste un problème majeur. Il s'agit là d'une raison possible de l'augmentation du nombre de morts nés.
- dégradation remarquée du taux de mortalité périnatale en milieu assisté
- détérioration du taux de mortalité néonatale totale et du taux de mortalité périnatale



Cette problématique de la mortalité maternelle à l'EPH de Tamanrasset, bien documentée par la DSP sur le plan épidémiologique, mérite aussi une attention particulière du projet.

Il s'agit de la priorité (liée au Résultats 2) d'ici la fin du projet. Il est convenu de :

1. De bien analyser les données épidémiologiques en notre possession ;
2. De bien analyser par une approche qualitative des croyances et représentations des personnels de santé et des bénéficiaires par rapport à cette problématique.
2. De mieux comprendre les facteurs et déterminants de cette mortalité maternelle à l'EPH de Tamanrasset ;
3. De bien superviser dans les EPSP le relevé des indicateurs liés à la santé maternelle et infantile (intégré au démarrage de la PCIME dans ces structures) ;
4. D'envisager une formation spécifique sur la problématique de la mortalité maternelle à Tamanrasset dans le cadre d'un apprentissage par problèmes ;
5. De continuer les formations spécifiques des sages-femmes et des personnels de santé.

### Indicateurs du résultat 3 :

- ✓ Le bilan d'activité annuel existe sous forme du canevas SIS intégré développé par le projet. Cependant, la commune de Tamanrasset, qui représente la moitié de la population de la wilaya, refuse encore sa coopération faute de directive. Par ailleurs, ce tableau de bord

<sup>26</sup> Seule alternative actuellement : évacuation vers des hôpitaux du nord

commence à être encore utilisé comme outil de planification par la DSP ou les EPSP autonomes.

- ✓ La santé de proximité étant au cœur des nouvelles EPSP, les caravanes de santé organisées par la DSP ont été abolies en 2008, et seules les EPSP organisent encore des tournées médicales, qui recrutent à cette fin des spécialistes selon les besoins. En 2007, le nombre de tournées a augmenté de 12% en comparaison avec 2006, et le nombre de malades vues par tournée de 1%. En 2008, le nombre de tournées a diminué de 40% en comparaison avec 2007, mais avec une augmentation du nombre de malades vu par tournée de 37%. En 2009, le nombre de tournées a à nouveau légèrement augmenté.
- ✓ Le taux de couverture curative, c'est-à-dire le nombre de contacts sanitaires par habitant par an, n'a pas été calculé par absence de données de recensement. Les populations éparses sont en effet encore relativement nombreuses, malgré une tentative de sédentarisation de la population.
- ✓ Un programme d'hygiène hospitalière a été mis en place en 2009 et la gestion du tri par couleur de sachets des déchets hospitaliers est effective. Les « safe disposal boxes » sont disponibles par service à l'EPH mais pas encore dans les EPSP. Une formation sur les précautions universelles (PCT)<sup>27</sup> a en outre été assurée.
- ✓ Les véhicules sont disponibles au niveau des EPSP mais les ambulances ne seront attribuées qu'en 2010.
- ✓ Les plaques de service à l'EPH ont été confectionnées et placées.
- ✓ Les indicateurs de 100% relatifs à la chaîne de froid, aux ambulances et au réseau de phonie (appareils satellitaires) mentionnent en effet davantage la disponibilité que la fonctionnalité, mais les informations recueillies au travers des SIS laissent voir que la fonctionnalité est dans l'ensemble tout à fait satisfaisante.

## 5. APPRECIATION DES CRITERES DE SUIVI

### 5.1 Efficience

#### **Respect du timing pour les résultats**

#### **Les activités sont-elles exécutées à temps ?**

L'analyse activité par activité confirme que le projet a pratiquement réalisé l'ensemble des activités initialement décrites dans le DTF. Cependant, il persiste un manque de cohérence entre toutes les activités qui sont souvent initiées de façon isolée. Dans le travail de « fusion » des projets de juin 2009 rédigé dans le cadre de la guidance scientifique, il a été analysé et proposé plusieurs stratégies qui intègrent les activités des DTF initiaux mais qui leur donnent une véritable dimension de santé publique. Il s'agissait entre autres de la mise en place d'une stratégie concertée des acteurs du secteur Sida pour la Wilaya, du renforcement de la supervision, du renforcement des ressources humaines en santé, du renforcement du SIS, etc.

Le résultat 2 reste toujours celui où des activités de formation (puis de suivi sur le terrain) est nécessaire. La problématique de la mortalité maternelle à l'EPH de Tamanrasset, bien

---

<sup>27</sup> Piquant, coupant, tranchant

documentée par la DSP sur le plan épidémiologique, mérite aussi une attention particulière du projet.

Le résultat 3 est un résultat partiellement atteint tant dans ses aspects de renforcement de la DSP que directement sur les activités spécifiques visées comme prioritaires (éléments du renforcement du SIS qui doivent encore être renforcés)

Les activités transversales :

- femmes, enfants et PVVIH = cibles
- affectation des femmes aux postes stratégiques,
- gestion des déchets hospitaliers

ont en outre été prises en compte dans la structure générale du projet

#### L'atteinte des résultats est-elle compromise par un éventuel retard ?

Dans la mesure où une bonne partie des activités, et par delà des résultats, est déjà réalisée, cette question est moins à l'ordre du jour que les années précédentes.

#### Moyens engagés dans l'exécution des activités

Les moyens peuvent-ils être affectés de manière plus optimale ?

**La gestion des ressources humaines forme un défi majeur.** L'appropriation des activités, en raison surtout d'une grande instabilité, par le personnel de santé nécessite beaucoup de temps et de patience. La fin de l'année 2009 montre cependant des signes encourageants à cet égard.

A part l'AT, l'assistant administratif et financier, et le chauffeur, le projet est principalement exécuté par le personnel du MSPRH, dont les cadres supérieurs viennent souvent du Nord dans le cadre de leur service civil d'un an (moins 50 jours de congé). En plus, certains s'attendaient à ce que le projet paie des primes d'incitation et/ou utilise des tarifs CTB pour divers frais, comme les per diem. La stricte application de la réglementation algérienne a donc déçu certaines attentes, compromettant la motivation de quelques uns. Les distances et le faible réseautage externe ne facilitent pas non plus l'implication des institutions du Nord ou de l'étranger dans les activités ponctuelles comme la formation et les études.

Ces contraintes aident à expliquer les délais dans l'exécution de certaines activités.

#### **La gestion des ressources financières a été marquée par deux faits majeurs :**

- 1) le montant dépensé en 2009 est équivalent à 1,5 X la totalité des dépenses réalisées depuis fin 2006 qui correspond au début du projet
- 2) la planification financière est de plus en plus réaliste et se rapproche pour un mieux du chiffre réel dépensé

#### Quelle est la qualité des activités ?

La qualité des activités doit être améliorée. L'analyse des indicateurs montre encore des

faiblesses.

Une meilleure appropriation par le personnel permettrait bien entendu de l'améliorer. C'est ce qui constitue le défi restant.

L'effacement de la participation communautaire représente une contrainte majeure.

Le modèle organisationnel du projet est-il jugé positif ?

Le personnel consacré au projet à savoir l'AT, le responsable technique et le chauffeur est totalement consacré à la mise en œuvre du projet. Son dévouement à cette cause ne laisse planer aucun doute.

En revanche, l'intégration de l'antenne au sein des instances de la DSP n'est pas encore parfaite. Les réunions de staff devraient être plus répandues.

Les EPSP périphériques font régulièrement constat de l'effet induit positif du projet. En particulier, les supervisions apportent un plus en terme à la fois technique et psychologique.

Les activités peuvent-elles être exécutées de manière plus optimale ?

Oui. Il est même nécessaire qu'il en soit ainsi.

Le manque de stabilité du personnel médical, principalement des spécialistes, reste une contrainte majeure. Des mises à niveau régulières de présentation du projet ainsi que des ses objectifs, résultats intermédiaires et activités sont indispensables mais ne suffisent pas à elles seules pour assurer l'efficacité d'ensemble. La cogestion reste toujours difficile et l'intégration du projet n'est pas encore effective. Le manque d'initiative de la part du partenaire reste une réalité.

Taux de réalisation des indicateurs des résultats

Quel est le taux de réalisation des indicateurs des résultats ?

Sur un plan financier, les 75% des dépenses totales ont été réalisées en 2009.

Sur un plan technique,

- résultat 1, il atteint 80 % environ.
- résultat 2 plus de 50 %
- résultat 3 80 % ;
- résultat 4 reste, quant à lui, très faible, car aucune formation à l'étranger n'a pu être menée.

Les activités contribuent-elles à la réalisation des résultats planifiés ?

Oui

L'efficacité du projet peut-elle être améliorée et, si oui, comment ?

1°) *Sur le plan administratif et financier*, les points faibles qu'étaient auparavant :

- le manque de communication avec l'Ordo et Co Ordo<sup>28</sup>
- l'approvisionnement des comptes
- la gestion des ressources humaines : contrats, respect des obligations légales
- le paiement tardif des fournisseurs
- l'exonération de la TVA, impôts retenus à la source, calcul de la paie conformément aux dispositions sociales et fiscales applicables (primes, heures supplémentaires, gestion des congés)

se sont sensiblement améliorées en 2009

Par contre, il reste toujours à améliorer les aspects suivants :

---

<sup>28</sup> Grace à une meilleure disponibilité de ces personnes

- donner davantage d'autonomie financière à la cellule du projet en faisant passer le plafond à 8000 €
- donner la possibilité à la cellule d'organiser des CTS « extraordinaires »
- le système bancaire en Algérie qui « souffre » d'une certaine lenteur

2 °) *Sur le plan technique*, Il s'agit d'améliorer les points faibles que sont :

- faible mobilisation des acteurs qui ont de l'expérience dans les actions de sensibilisation et de formation des relais tels que, par exemple, les responsables religieux, responsables de la culture, de la jeunesse et sports<sup>29</sup>
- la non réalisation de l'enquête de comportement
- la non formalisation du SIS ainsi que la non informatisation
- la non réalisation de quelques formations devant être menées (notamment en Belgique)
- la perte de cohésion et d'implication de différents acteurs
- le manque de rapportage et de synthèse des activités menées (l'information existe, mais de manière dispersée dans les PV des réunions, des rapports spécifiques d'activités ponctuelles tels que rapports de stage, de formation etc...)
- le faible niveau de qualité des soins en général. (accueil médiocre des malades dans les services publics, droits des malades, prescriptions médicales trop chargées, non respect par le pharmacien de l'ordonnance (plus soucieux en effet d'« écouler » son stock de médicaments que de répondre au souci du malade), absence du principe de référence contre référence, absence de suivi en consultation des enfants sains de 0-5 ans etc....)
- la faible pro activité et esprit d'initiative qui caractérise un grand nombre d'acteurs de terrain

Solutions proposées

- mener à la fois l'enquête et la stratégie de renforcement du SIS dans le cadre d'un partenariat institutionnel afin que les résultats soient mieux appropriés par le niveau central et d'autres institutions médicales de santé publique algériennes. Cet appui permettra aussi de convaincre les « plus récalcitrants » et de montrer la pertinence à terme d'un tel renforcement.
- améliorer l'environnement de travail de l'équipe de projet au sein de la DSP notamment à l'occasion d'un déménagement des locaux dans une annexe plus grande de la DSP.
- assurer une meilleure documentation des activités
- motiver le personnel de la DSP par la mise en place d'un environnement informatique

## 5.2 Efficacité

### Taux de réalisation des indicateurs de l'objectif spécifique

#### Quelle est la réalisation des indicateurs de l'objectif spécifique ?

Certains indicateurs sont en bonne voie ; d'autres connaissent une évolution tout à fait mitigée.

- Indicateurs d'objectif spécifique liés au résultat 1 : le dépistage et la prise en charge des cas d'IST ont connu une très bonne évolution : le projet participe localement à la réalisation des objectifs du millénaire qui consiste à « Arrêter la propagation du VH/SIDA et entamer sa réduction ». La sensibilisation est aussi améliorée grâce à la diffusion de messages et dépliants. La distribution de préservatifs reste toujours difficile. Il n'en reste pas moins un problème prioritaire car s'agissant d'une épidémie concentrée, la prise de conscience par une majeure partie de la population n'est pas encore une réalité. La multiplication du nombre de tests réalisés et

---

<sup>29</sup> La « marge de manœuvre » de ces personnes reste fragile en raison des contraintes imposées par leurs tutelles

notamment ceux adressés auprès des femmes enceintes permettra de déterminer avec précision la prévalence de la maladie au sein de la population générale considérée comme « peu touchée ». La recherche d'autres IST est aussi à la hauteur, même si la prise en charge des cas d'hépatite aura tout à gagner à ce qu'elle puisse avoir lieu localement. L'acquisition toute récente de par le projet va contribuer à obtenir cette mesure.

Indicateurs d'objectif spécifique liés au résultat 2 : la lutte contre la mortalité maternelle constitue la priorité d'ici la fin du projet.

Le nombre de décès maternels est passé de 14 à 9 entre 2008 et 2009. Comme déjà dit plus haut, le nombre de décès maternels (14vs 9) entre 2008 et 2009 rapporté au nombre de GHR dépistées au niveau des PMI (242 vs 474) soit 5,7 % vs 1,9 montre une progression, même si évidemment il y a lieu de tempérer la portée de cet indicateur particulièrement sensible.

Même si d' autre part, le nombre de GHR dépistées est en hausse grâce à un meilleur travail et une plus grande prise de conscience du fait par les sage femmes des PMI et maternité, la difficulté demeure en terme de suivi. En effet, la référence auprès des médecins privés qui leur est proposée se heurte très souvent à une barrière financière tenace.

Le nombre de nouvelles acceptantes du programme de planning familial voit une progression favorable et ce qui a marqué l'année 2009 à ce sujet c'est l'adhésion plus marquée : 3307 vs 2864 entre 2009 et 2008 se sont présentées pour une seconde visite.

Les résultats contribuent-ils à l'objectif spécifique ?

oui

L'efficacité du projet peut-elle être améliorée et, si oui, comment ?

Pour mieux comprendre l'ensemble des déterminants et les facteurs influençant la mortalité maternelle, il est intéressant de compléter l'analyse par une approche qualitative des croyances et représentations des personnels de santé et des bénéficiaires par rapport à cette problématique. Il est ainsi proposé de mener des entretiens semi-dirigés / focus groupes sur cette problématique de la mortalité maternelle à l'EPH de Tamanrasset.

Dans le cadre du projet, il s'agirait avant tout d'une démarche en terme d'analyse des perceptions et des connaissances par rapport à la problématique à Tamanrasset de la mortalité maternelle et les facteurs influençant. Le résultat serait intégré à un travail ultérieur de programmation d'activités (par la méthode PIPO par exemple) à mettre en oeuvre. Cette démarche conjointe est utile dans la recherche de pistes concrètes de solutions de façon concertée.

Autres facteurs ayant une incidence sur l'objectif spécifique

Les facteurs externes influencent-ils l'objectif spécifique ?

Facteurs externes négatifs :

Tout comme en 2008, tous les facteurs cités ci dessous liés à la qualité des soins sont à revoir.

Les problèmes rencontrés sont très nombreux ; on peut citer sans ordre :

- le mauvais accueil des malades
- la course à la privatisation plus « rentable » financièrement
- le faible taux de supervision des structures tant par les EPSP que par la DSP
- les prescriptions médicales trop chargées
- le faible intérêt porté par le pharmacien auprès de l'ordonnance médicale, plus soucieux de pouvoir « écouler » ses produits que du bon suivi de la prescription
- l'instabilité du personnel médical (surtout les spécialistes) ; le service de maternité est resté plusieurs mois sans gynécologue



- l'absence de référence – contre référence
- une participation communautaire non effective.

De plus, comme déjà dit :

- Mauvaise répartition du personnel qualifié & instabilité
- Peu de pro activité
- Faible plateau technique au niveau des structures périphériques –salles de soins surtout- et peu de prérogatives y accordées.

Facteurs externes positifs (liés aux efforts consentis par l'Etat Algérien) :

- Possibilité d'accès aux soins gratuits, même pour les plus démunis
- Prise en compte des thèmes transversaux :
  - femmes, enfants et PVVIH = cibles
  - affectation des femmes aux postes stratégiques,
  - gestion des déchets hospitaliers
- Programme spécial de développement des régions du sud (depuis 23/10/2006)
- Décentralisation budgétaire garantie avec rationalité présente à tous les niveaux
- PEC totale des malades chroniques avec cartes disponibles
- Bonne fluidité du système de couverture sociale (carte magnétique)
- Bonne disponibilité des MEG et vaccins
- Suivi de tous les élèves (6-18) dans le cadre de la santé scolaire
- Bonnes mobilisations aux campagnes de rattrapage de vaccination

Y a-t-il des effets secondaires positifs ou négatifs ?

Voici ce qui apparait comme points forts et points faibles à mentionner dans la dynamique du projet

## **Points forts**

1. Objectif spécifique et résultats intermédiaires toujours cohérents dans le contexte actuel
2. Apport du projet en terme de renforcement des acquisitions jusqu'au niveau des structures les plus éloignées
3. Appui à divers modes de renforcement des compétences : niveau local, national et étranger
4. Revitalisation remarquable du CDV (entre 250 et 300 tests par mois dont plus de la moitié adressé aux femmes enceintes) ;34 NC dépistés
5. Appui à un système adapté de recueil des données sanitaires et utilisation de cet outil dans la planification/évaluation et monitoring des activités
6. Appui à la recherche
7. Amélioration de plusieurs indicateurs sanitaires
8. Appui à diverses activités de la PMI (sensibilisation à la CPN, CpoN et aux accouchements assistés)

9. Appui remarqué aux activités du CDR : PEC des cas de PVIH (Algériens et étrangers)
10. Prise en compte des thèmes transversaux Respect de l'environnement Aspect genre

## Points faibles

1. Très peu de coordination et de concertation sur le terrain avec d'autres intervenants et autres directions, y compris le secteur privé
2. Faible appropriation de certaines initiatives issues du projet et effacement total de la participation communautaire
3. Certains aspects institutionnels n'ont pas été pris en compte lors de l'identification du projet
4. Le taux de mortalité maternelle reste inquiétant
5. Faiblesse des associations
6. Durée des interventions (4 ans) courte pour prétendre porter les différentes expériences/initiatives développées à un niveau de maturité suffisant pour leur viabilisation
7. Volume de travail important lié à la gestion et l'administration du projet limitant l'investissement de l'AT dans les activités techniques

### Satisfaction des groupes cibles quant aux résultats

Quelle est la nature des groupes cibles concernés ?

.Personnel de la DSP, des EPSP et population générale principalement celles en regard des résultats 1 et 2.

L'appropriation des activités, en raison surtout d'une grande instabilité, par le personnel de santé nécessite beaucoup de temps et de patience. La fin de l'année 2009 montre cependant des signes encourageants à cet égard : formations réalisées et appréciées par les bénéficiaires (surtout celles réalisées en Belgique qui tous soulignent l'excellent accueil et la qualité du service offerts, dès leur retour), rencontres et visites de supervision des structures éloignées qui se sentent ainsi moins « délaissées ».

L'instauration de grilles de performance aurait probablement un impact positif en terme de gestion des ressources humaines.

La satisfaction des patients reste difficile à appréhender.

Les groupes cibles ont-ils accès aux résultats produits ?

Oui

Se servent-ils de ces résultats ?

Peu

Le projet répond-il à leurs problèmes et priorités ?

L'antenne du projet essaie de répondre aux problèmes et priorités selon ses possibilités et sa disponibilité.

## 5.3 Durabilité

Les éléments suivants entrent en ligne de compte lors de l'évaluation de la durabilité :

Les processus de développement lancés par le projet

Des processus de développement ont-ils été entamés dans l'un des domaines suivants ? (politique, culturel, social, économique, technique, organisationnel ou au niveau du cadre institutionnel) ?

Le projet a-t-il été intégré à des institutions locales ?

Existe-t-il un plan d'intégration du projet à l'instance partenaire ?

Seul l'aspect technique peut recevoir une réponse positive selon moi

En effet, le projet est totalement intégré dans les structures de la DSP et opère avec le personnel de la DSP, des EPSP et des EPH. Les formations auront un effet durable sur les capacités humaines en terme de renforcement des compétences. L'appropriation du projet reste cependant disparate dans certains domaines comme le SIS intégré proposé par le projet. Certaines EPSP, principalement celles œuvrant en périphérie, ont particulièrement apprécié les avantages que cela leur apporte.

Relativement aux autres domaines, le facteur de risque majeur est constitué par une véritable résistance au changement de la part des populations autochtones. La présence des personnels de santé issue de la partie nord du pays est vécue comme une véritable intrusion.

Sans demande formulée, un plan d'intégration du projet adressé à l'instance partenaire paraît extrêmement difficile.

Enfin, la croissance constante ces dernières années du budget de fonctionnement et d'investissement de la DSP, laisse à supposer que la DSP pourra prendre la relève budgétaire du projet, sauf détérioration économique grave.

## 6. MESURES ET RECOMMANDATIONS

### 6.1 Synthèse des critères d'appréciation

**Efficiences**

A- Les activités sont-elles exécutées à temps ?

R1 : enquête de comportement à réaliser. Formations, sensibilisation, performances du CDV, CDR, acquisition labo et PTME bien engagées.

R2 : recherche qualitative sur les causes de mortalité maternelle à réaliser. Enquête socio-anthropologiques, formations à l'étranger et locales, acquisition de matériel, PCIME et planning familial bien engagées

R3 : formation d'un personnel en maintenance à réaliser. SIS, acquisition de véhicules et ambulances, plaques signalétiques, équipement en matériel informatique, évaluation des performances, supervision et hygiène hospitalière bien engagées.

B- L'atteinte des résultats est-elle compromise par un éventuel retard ?

Normalement, les résultats devraient être, mais une prolongation sera nécessaire

C- Les moyens peuvent-ils être affectés de manière plus optimale ?

OUI

Les moyens humains peuvent être affectés de manière plus optimale.

La réponse doit être envisagée à deux niveaux : personnel de la DSP, personnel des EPSP

D- Quelle est la qualité des activités ?

La qualité des données et du rapportage se sont améliorées ; la qualité des soins reste à être améliorée ce qui permettra sensiblement l'amélioration des indicateurs de l'objectif spécifique.

E- Le modèle organisationnel du projet est-il jugé positif ?

Il est bon.

F- Les activités peuvent-elles être exécutées de manière plus optimale ?

Oui. Il est même nécessaire qu'il en soit ainsi.

G- Quel est le taux de réalisation des indicateurs des résultats ?

Sur un plan financier, les 75% des dépenses totales ont été réalisées en 2009.

Sur un plan technique,

- résultat 1, il atteint 80 % environ.
- résultat 2 plus de 50 %
- résultat 3 80 % ;
- résultat 4 reste, quant à lui, très faible, car aucune formation à l'étranger n'a pu être menée.

H- Les activités contribuent-elles à la réalisation des résultats planifiés ?

oui

I- L'efficacité du projet peut-elle être améliorée et, si oui, comment ?

1°) Sur le plan administratif et financier, en

- donnant davantage d'autonomie financière à la cellule du projet en faisant passer le plafond à 8000 €

- donnant la possibilité à la cellule d'organiser des CTS « extraordinaires »

- tenant compte que le système bancaire en Algérie « souffre » d'une certaine lenteur

2°) Sur le plan technique,

Il s'agit d'améliorer les points faibles que sont :

- faible mobilisation des acteurs qui ont de l'expérience dans les actions de sensibilisation et de formation des relais tels que, par exemple, les responsables religieux, responsables de la culture, de la jeunesse et sports<sup>30</sup>
- la non réalisation de l'enquête de comportement
- la non formalisation du SIS ainsi que la non informatisation
- la non réalisation de quelques formations devant être menées (notamment en Belgique)
- la perte de cohésion et d'implication de différents acteurs
- le manque de rapportage et de synthèse des activités menées (l'information existe, mais de manière dispersée dans les PV des réunions, des rapports spécifiques d'activités ponctuelles tels que rapports de stage, de formation etc...)
- le faible niveau de qualité des soins en général. (accueil médiocre des malades dans les services publics, droits des malades, prescriptions médicales trop chargées, non respect par le pharmacien de l'ordonnance (plus soucieux en effet d'« écouler » son stock de médicaments que de répondre au souci du malade), absence du principe de référence contre référence, absence de suivi en consultation des enfants sains de 0-5 ans etc....)
- la faible pro activité et esprit d'initiative qui caractérise un grand nombre d'acteurs de terrain

### Effacité

Quelle est la réalisation des indicateurs de l'objectif spécifique ?

Variable.

Les résultats contribuent-ils à l'objectif spécifique ?

oui

L'efficacité du projet peut-elle être améliorée et, si oui, comment ?

En réalisant l'enquête de comportement, l'espoir d'assurer une meilleure cohérence entre toutes les activités qui sont souvent initiées de façon isolée est grand.

D'autre part, pour mieux comprendre l'ensemble des déterminants et les facteurs influençant la mortalité maternelle, il est intéressant de compléter l'analyse par une approche qualitative des croyances et représentations des personnels de santé et des bénéficiaires par rapport à cette problématique.

En accélérant le processus d'acquisition des ambulances ainsi que de la mise en œuvre de la gestion du tri des déchets hospitaliers, on contribuera grandement à la visibilité du projet.

Les facteurs externes influencent-ils l'objectif spécifique ?

Ils ont décrits plus haut : cfr. Pages 48 et 49

Y a-t-il des effets secondaires positifs ou négatifs ?

Ils ont décrits plus haut : cfr. Pages 49 et 50

Quelle est la nature des groupes cibles concernés ?

---

<sup>30</sup> La « marge de manœuvre » de ces personnes reste fragile en raison des contraintes imposées par leurs tutelles

Les groupes cibles représentés principalement par le personnel des différents niveaux constatent les effets induits par le projet.

Les groupes cibles ont-ils accès aux résultats produits ?

Oui

Se servent-ils de ces résultats ?

Peu

Le projet répond-il à leurs problèmes et priorités ?

L'antenne du projet essaie de répondre aux problèmes et priorités selon ses possibilités et sa disponibilité.

### **Durabilité**

Des processus de développement ont-ils été entamés dans l'un des domaines suivants ? (politique, culturel, social, économique, technique, organisationnel ou au niveau du cadre institutionnel) ?

Le projet a-t-il été intégré à des institutions locales ?

Existe-t-il un plan d'intégration du projet à l'instance partenaire ?

Très peu de résultats ont été obtenus sur ces différents plans. Les résistances au changement demeurent énormes. Tout un contexte à la fois religieux et culturel n'ouvre guère de perspective favorable. L'ouverture au développement ne parait se produire dans un avenir proche.

## **6.2 Recommandations**

### **1. Prolonger la date de clôture du projet**

La priorité actuelle est de prolonger le projet et de signer un avenant à la Convention spécifique au plus vite (sans modification budgétaire). Ce point devrait être abordé au prochain CCL afin de fixer la durée de la prolongation (6 mois ou un an ?).

### **2. Prolonger le contrat de l'AT et du personnel du projet**

Comme déjà discuté ci-dessus, une prolongation du projet est liée à la prolongation du contrat de l'AT du projet. De plus, il est impensable d'imaginer le plein fonctionnement du projet à In Salah sans le soutien de l'antenne de Tamanrasset et spécifiquement de l'AT. Le travail sur le DTF fusionné avait montré la possibilité budgétaire de prolonger le contrat de l'AT de 6 à 12 mois.

### **3. Renforcer les stratégies liées à la santé maternelle et infantile**

L'ensemble des activités menées dans le cadre du 2ème résultat du projet doit se faire en plus grande cohérence et s'intégrer dans la stratégie de la DSP dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle. La formation PCIME par exemple doit mieux être appropriée par la DPS, etc. Un travail de recherche-action au sein de la DPS est en cours afin de mieux comprendre les facteurs de cette mortalité maternelle. Il sera suivi d'actions ciblées sur tels ou tels facteurs tant au niveau de l'EPH que des EPSP.

### **4. Renforcer les stratégies liées au SIS**

C'est dans ce cadre qu'il a été proposé d'initier une convention avec l'INSP pour valider et renforcer la stratégie du SIS dans la Wilaya de Tamanrasset et assurer un appui technique dans le cadre des enquêtes socio-comportementales. Ce dernier aspect pourrait être ajouté dans le cadre de ce partenariat si l'équipe d'Oran ne peut assurer elle-même l'enquête comme initialement prévu.

L'intérêt de ce type de convention de partenariat institutionnel (et non lié directement à des individus) est la pérennisation à terme des renforcements ou des changements proposés. Si les initiatives menées actuellement dans le cadre du SIS restent exclusivement des initiatives du projet ou de polycliniques, elles n'entraîneront à terme aucun changement et avec le risque qu'elles soient remises en question tant par les acteurs que par les niveaux intermédiaire et central dès la fin de l'intervention. De plus, ces initiatives doivent se faire en adéquation aux recommandations du Ministère et des institutions qui sont compétentes pour ces matières spécifiques.

## 7. NOUVEAU PLANNING 2010

### 7.1 Commentaires relatifs à la planification

#### **Résultat 1 :**

Ce résultat reste un objectif prioritaire du projet et des moyens conséquents ont été apportés (investissements, formations, ...etc.).

Cependant, il n'entre pas dans une stratégie plus globale et concertée de la lutte contre le VIH SIDA dans la Wilaya de Tamanrasset, mais contribue pleinement à la mise en place des recommandations du programme national de lutte contre le VIH SIDA (concernant le dépistage, la prise en charge des patients et la surveillance épidémiologique entre autres). Une enquête comportementale doit être menée en 2010 dès la validation du cahier de charge élaboré par l'équipe du projet assurée par la représentation et par l'Ordonnateur du Projet. L'avis du juriste agréé sera déterminant.

#### **Résultat 2 :**

Ce résultat reste un objectif prioritaire du projet et l'appui se passe tant au niveau de BelgiqueEPH que des EPSP.

Les formations prévues des sages femmes et des personnels de santé (PCIME, Echographie, FCV...etc) indiquent l'importance donnée à la lutte contre la mortalité maternelle et infantile. Ces deux dernières, et principalement la mortalité maternelle continuent de préoccuper les responsables. Ainsi, pour 2009, le ratio est de 306 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes, quoique en très légère amélioration par rapport à 2008, reste mauvais.

La problématique de la mortalité maternelle à l'EPH de Tamanrasset, bien documentée par la DSP sur le plan épidémiologique, mérite une attention particulière du projet.

Sur base d'une recommandation émise par la guidance scientifique, il est proposé de mener des entretiens semi-dirigés / focus groupes sur la problématique de la mortalité maternelle.

Le résultat sera ensuite intégré à un travail ultérieur de programmation d'activité (par la méthode PIPO par exemple) à mettre en œuvre. Cette démarche est utile dans la recherche de pistes concrètes de solution de façon concertée.

#### **Résultat 3 :**



L'intensité des visites de supervision et la mise en œuvre du SIS dans toutes les structures permettent un appui plus structuré aux polycliniques de la périphérie.

L'informatisation du SIS grâce à l'appui attendu de l'INSP au travers d'un partenariat proposé déjà en 2008 devrait permettre d'accroître davantage les résultats obtenus dans ce domaine.

Une attention soutenue d'autre part sera réservée à une activité transversale importante qu'est la résolution du problème de la gestion des déchets hospitaliers (EPH Tamanrasset). Pour ce faire, un expert a été désigné sur base d'un appel d'offre de service réalisé en 2009. Outre la formation nécessaire, il aura à évaluer l'état et la qualité des moyens de tri mis en place, à analyser le circuit actuel d'évacuation des déchets depuis leurs sources de production jusqu'au lieu final de leur traitement. L'évaluation quantitative et qualitative des déchets produits, ainsi que l'étude de dimensionnement de l'incinérateur constituent elles aussi des priorités.

#### **Résultat 4 :**

Il reste toujours à identifier quelle personne de l'antenne de Tamanrasset va bénéficier de la bourse langue durée pour le master en santé publique.

## 7.2 Analyse des risques

1. Très peu de coordination et de concertation sur le terrain avec d'autres intervenants et autres directions, y compris le secteur privé
2. Faible appropriation de certaines initiatives issues du projet et effacement total de la participation communautaire
3. Certains aspects institutionnels n'ont pas été pris en compte lors de l'identification du projet
4. Le taux de mortalité maternelle reste inquiétant
5. Faiblesse des associations
6. Durée des interventions (4 ans) courte pour prétendre porter les différentes expériences/initiatives développées à un niveau de maturité suffisant pour leur viabilisation
7. Volume de travail important lié à la gestion et l'administration du projet limitant l'investissement de l'AT dans les activités techniques

## AUTRES RISQUES

1. Grande instabilité des RH
2. Disparité dans la ventilation budgétaire par rapport aux diverses structures sanitaires
3. Cogestion difficile
4. Grilles de performances actuellement non réalisables

## 7.3 Planning des activités de l'année 2010

Plannification annuelle des activités pour 2010 projet Tam1		JANVIER	FEBVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUN	JUILLET	AOÛT	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	Décembre	Remarques - difficultés points d'attention
<b>RESULTAT 1 : Le programme national stratégique de lutte contre le sida et les maladies sexuellement transmissibles</b>														
AR1/BL1	<i>Recomposer et dynamiser le comité de Wilaya de lutte contre le sida</i>													Les initiatives dans ce sens prises jusque ici ont montré la difficulté de mettre en place un processus de concertation multisectorielle au niveau de la DSP. Les facteurs sont multiples (absence d'ONG locale, difficulté que l'initiative provienne de la DSP, ...etc) et il ne sera pas possible dans le cadre du projet d'aboutir à un tel processus participatif dans le cadre du programme de prévention SIDA
	<i>Etablir une synthèse des données concernant le sida et les IST</i>													Le suivi des personnes séro positives et des patients s'est amélioré suite à l'arrivée d'un médecin infectiologue à l'EPH, suite aux stages de formation déjà réalisés et à l'amélioration des capacités techniques de diagnostic
AR1/BL2	<i>Demander l'envoi mensuel d'un support sur les nouveaux cas anonymes du sida</i>													
AR1/BL3	<i>Adopter un plan opérationnel de lutte contre le sida et les IST</i>													
AR1/BL4	<i>Garantir la permanence des possibilités de dépistage à l'Hôpital de Tamanrasset</i>													Tests rapides disponibles auprès des structures
AR1/BL5	<i>Mettre au point une stratégie claire de suivi de l'information</i>													Supports disponibles et utilisés
AR1/BL6	<i>Réaliser des enquêtes de séro surveillance</i>													Réalisée en 2008
AR1/BL7	<i>Réaliser une enquête transversale tous les 2 ans sur les comportements</i>													Une équipe de l'université d'Oran a déjà été identifiée. Elle possède une expertise en la matière et a déjà réalisé le travail préparatoire de l'enquête ( questionnaire, protocole, etc)
AR1/BL8	<i>Réaliser une enquête sociologique sur les représentations</i>													
AR1/BL9	<i>Former trois psychologues à l'accompagnement psychosocial</i>													
	<i>Compléter l'équipement et le petit matériel de laboratoire</i>													L'appareil de charge virale, une fois installé, devrait améliorer qualitativement la prise en charge et le suivi des patients
AR1/BL10	<i>BC Stock de départ de réactifs</i>													
AR1/BL11	<i>Compléter la formation du personnel de laboratoire</i>													Contacts pris avec l'Institut Pasteur d'Alger
AR1/BL12	<i>Garantir l'approvisionnement de l'hôpital en médicaments antirétroviraux</i>													Assuré par le Ministère de la Santé
AR1/BL13	<i>Garantir l'approvisionnement de l'hôpital en médicaments contre les IO</i>													Le projet répond à la demande exprimée
AR1/BL14	<i>Etablir et tenir à jour un fichier des personnes ressources ( en continu )</i>													
	<i>Réaliser des activités d'IEC pour différents publics</i>													Un programme de soutien des activités de lutte contre le sida a été élaboré.
	<i>Réaliser des films / reportages</i>													
AR1/BL15	<i>Appuyer quelques ONG et autres intervenants dans leurs actions menées dans le cadre de la lutte ( Affaires Religieuses, ICHRAKA, DJS, Université)</i>													
AR1/BL16	<i>Compléter la formation de 3 membres du staff de la DSP</i>													Trois membres ont été déjà formés , trois peuvent à leur tour bénéficier de la formation
	<i>Former les personnes relais</i>													
	<i>Réaliser sur terrain (sous secteurs) auprès des jeunes des actions de sensibilisation</i>													La coordination intersectorielle est difficile
AR1/BL17	<i>Réaliser des films de sensibilisation et d'information</i>													
	<i>Concevoir des films</i>													Cette activité progresse. Les films de sensibilisation sont conçus par le personnel du projet et donc sans aucun cout
AR1/BL20	<i>Créer deux centres de documentation pour le grand public ( 2008)</i>													

Plannification annuelle des activités pour 2010 projet Tam1		JANVIER	FEVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOÛT	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	Décembre	Remarques - difficultés points d'attention
	<i>Collaborer avec une ONG pour mettre en place un programme pour les migrants</i> Collaborer avec le coissant rouge													Absence d'ONG locale, difficulté que l'initiative provienne de la DSP: Il ne sera pas possible dans le cadre du projet d'aboutir à un tel processus participatif dans le cadre du programme de prévention SIDA
A/R1/BL21	Assurer un suivi de l'activité													
A/R1/BL22	<i>Collaborer avec une ONG pour mettre en place un programme pour les prostituées</i>													Appui du CDV déjà acquis, à renforcer
A/R1/BL23	<i>Sensibiliser le personnel clé du secteur de la santé</i>													
A/R1/BL24	<i>Entreprendre un plaidoyer auprès des responsables officiels</i>													
	<i>Rendre l'information sur le sida et les préservatifs disponibles sur les sites ciblés</i>													
A/R1/BL25	Acquisition des distributeurs de préservatifs													Suite à la non conformité du matériel acquis en 2009, le fournisseur s'engage à livrer un matériel adéquat. L'achat des préservatifs n'est plus nécessaire, vu l'appui du Global Fund
A/R1/BL26	<i>Généraliser l'approche syndromique dans le traitement des IST</i>													Formation réalisée en 2007
A/R1/BL27	<i>Rendre gratuit le traitement syndromique des IST chez les praticiens privés</i> <i>Sensibiliser les femmes enceintes à l'utilité du dépistage</i>													Visites programmées auprès des médecins privés pour renforcer leur adhésion à cette activité
A/R1/BL28	Renforcer l'activité déjà en cours en disponibilisant des tests rapides													
A/R1/BL29	<i>Former les médecins à la proposition du dépistage et à l'annonce du diagnostic</i>													Réalisé en 2007
A/R1/BL30	<i>Rendre disponibles les ARV prévus dans les stratégies thérapeutiques</i> <i>Rendre gratuit l'allaitement artificiel pour les mères porteuses du virus</i>													Mené par le Ministère
A/R1/BL31	Renforcer l'activité déjà en cours en disponibilisant le lait													
	<i>Créer un support de recueil de données pour la surveillance de la PTME</i> Renforcer l'implication du CDR dans le dépistage sur base de l'information transmise par la sage femme													Support d'information en place au niveau de la maternité.
A/R1/BL32														A renforcer au niveau des PMI
<b>RESULTAT2: L'offre de soins maternelle et infantile, la santé de la reproduction et la santé des jeunes est améliorée en 5 domaines à Tamanrasset : contraception, suivi de grossesse, accouchement surveillé, les soins au nouveau-né, le suivi de la croissance de l'enfant de moins de cinq ans.</b>														
A/R2/BL1	<i>Réaliser une étude socio anthropologique</i>													Achevée en 2009
A/R2/BL2	<i>Elaborer un guide de la CPN</i>													Entièrement achevée
A/R2/BL3	<i>Recycler les médecins et les sage femmes</i>													Budget épuisé
A/R2/BL4	<i>Rendre disponibles les médicaments de prophylaxie</i>													Disponibiliser les Médicaments : Fe-Ac. folique
A/R2/BL5	<i>Elaborer un guide de bonne pratique en obstétrique et néonatalogie</i>													Entièrement achevée
A/R2/BL6	<i>Recycler le personnel</i> <i>Compléter la formation des médecins en obstétrique</i> Réaliser des focus group pour recherche qualitative des causes de mortalité maternelle Réaliser une étude sur les cas de mortalité maternelle													Afin de mieux comprendre les facteurs et déterminants de la MM Menée auprès de tous les décès hospitaliers de 2009
	<i>Mener une formation spécifique sur la problématique de la mortalité maternelle</i> Mener une formation en échographie pour les sages femmes et médecins de la périphérie													Dans le cadre d'un apprentissage par problème en association avec la guidance scientifique
A/R2/BL7														
A/R2/BL8	<i>Compléter l'équipement des structures de santé</i>													Marché -acquisition de 4 échographes-réalisé en 2009
A/R2/BL9	<i>Compléter l'équipement du service de maternité à Tamanrasset</i>													( après achèvement de la nouvelle maternité)
	<i>Accentuer le travail en commun avec les praticiens privés</i> Assurer la distribution des carnets de santé Assurer la distribution des médicaments de prophylaxie													Visites programmées auprès des médecins privés pour renforcer leur adhésion à cette activité
A/R2/BL10														

Planification annuelle des activités pour 2010 projet Tam1		JANVIER	FEBVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUN	JUILLET	AOÛT	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	Décembre	Remarques - difficultés points d'attention
A/R2/BL11	Sensibiliser les femmes à l'allaitement immédiat, exclusif et de longue durée													Entamée en 2009
A/R2/BL12	Compléter l'équipement de néonatalogie													
A/R2/BL13	Recycler les deux pédiatres en néonatalogie Former un pédiatre à l'hôpital DEBRE à Paris Superviser la réanimation néonatale													Formation de 3 mois
A/R2/BL14	Assister les nouveaux nés au cours des césariennes													Intensification de l'examen de chaque nouveau né par le pédiatre exigée par la direction du projet.
A/R2/BL15	Introduire un programme de suivi de l'enfant de moins de 5 ans													Activité achevée en fin 2009;suivi au cours des supervisions
A/R2/BL16	Former les sage femmes, les médecins et les infirmiers à la PCIME													
A/R2/BL17	Fournir une supplémentation gratuite en vitamine A													Non inclus dans le programme du ministère
A/R2/BL18	Aménager un centre de réhabilitation nutritionnelle à l'hôpital													Réalisé en 2009
A/R2/BL19	Former les deux pédiatres et deux infirmiers à la réhabilitation nutritionnelle													2 pédiatres et un infirmier déjà formés; 2 personnes encore à former
A/R2/BL20	Former les médecins et quelques sage femmes à la pose du DIU													
A/R2/BL21	Former les médecins et quelques sage femmes à la contraception injectable													Guides disponibles en 2008-2009
A/R2/BL22	Fournir l'équipement nécessaire à la planification familiale													Une nouvelle consultation est prévue
A/R2/BL23	Vulgariser un guide de planification familiale													Guides et contraception orale disponibles en 2009
A/R2/BL24	Sensibiliser les femmes et les jeunes au PF Introduire un programme de dépistage du cancer du col utérin Formation des sages femmes au FCV ( déjà réalisé )													Recyclage conseillé
A/R2/BL25	Suivi de l'activité ( dépistage et lecture de plus de 300 lames par mois) Renforcer l'activité de prise en charge des cas dépistés positifs													Les données statistiques récentes nous informent sur la bonne tenue de cette activité.
A/R2/BL26	Prendre l'initiative d'évaluer les actions de santé des jeunes													Formation de 2 gynécologues à la colposcopie
<b>RESULTAT3</b>	<b>Le système de santé à Tamanrasset est renforcé</b>													
	Mettre en place un système d'évaluation permanente des performances sanitaires Former le personnel au canevas SIS													Le support SIS est disponible partout à Tamanrasset et dans deux EPSP. La formation y a été menée.
	Informatiser jusqu'au niveau de la polyclinique													Par l'équipe du Projet
	Assurer la supervision du SIS													En collaboration avec l'INSP
A/R3/BL1	Renforcer le SIS de l'EPH													Par l'équipe du Projet
A/R3/BL2	Evaluer les performances des tournées médicales													Par le médecin inspecteur de l'EPH
A/R3/BL3	Diversifier la gamme de services offerts par les tournées médicales													Lors des supervision
A/R3/BL4	Renouveler les éléments défectueux de la chaîne de froid													Réalisé en 2009
A/R3/BL5	Contribuer au renouvellement du parc des ambulances													Réalisé en 2007
A/R3/BL6	Contribuer au financement des évacuations													Marché signé, livraison prévue pour avril 2010
A/R3/BL7	Couvrir en système de phonie le réseau des infrastructures sanitaires													Répondre aux état de besoins des EPSP et EPH
A/R3/BL8	Réorganiser les gardes à l'hôpital													
A/R3/BL9	Créer les pharmacies d'urgence à l'hôpital													Nettement améliorée grâce au renfort des ressources
A/R3/BL10	Définir une liste de médicaments essentiels par niveau de soins Former les médecins à la gestion d'un stock de médicaments Diffuser la réglementation ministérielle auprès des sous secteurs													Ces pharmacies existent, mais doivent être mieux gérées
A/R3/BL11	Mener les formations													
A/R3/BL12	Compéter l'équipement des laboratoires des centres de santé													
A/R3/BL13	Instaurer une supervision intégrée des structures sanitaires par la DSP													Se fait régulièrement
A/R3/BL14	Elargir les possibilités offertes par le jumelage avec les hôpitaux d'Alger													Voir A/R3/BL19
A/R3/BL15	Améliorer l'organisation des colloques quotidiens, visites et réunions de staff													page 3 sur 4

Planification annuelle des activités pour 2010 projet Tam1		JANVIER	FEVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	Décembre	Remarques - difficultés points d'attention
A/R3/BL16	Etablir un certificat pour chaque décès													
A/R3/BL17	Créer et faire fonctionner des cercles de qualité													
A/R3/BL18	Créer une instance de dialogue avec la population													
	Améliorer l'hygiène et les précautions universelles en milieu hospitalier													
	Former le personnel sur le tri des déchets													Réalisé en 2009
	Dignostic sur la situation actuelle en matière de tri au niveau des services													Renforcer les acquis liés à la formation du tri des déchets hospitaliers et le suivi, observation de l'activité; financé par A/R3/BL14
	Evaluation quantitative et qualitative des déchets produits													
A/R3/BL19	Etude du dimensionnement du futur incinérateur de l'EPH													
A/R3/BL20	Améliorer la maintenance													
A/R3/BL21	Augmenter l'accès à l'information de l'hôpital et des centres de santé													Réalisé en 2008-2009
A/R3/BL22	Identifier le personnel et les services par des plaques signalétiques													Travaux achevés, en attente du paiement
<b>RESULTAT 4 La DSP de Tamanrasset est renforcée</b>														
A/R4/BL1	Renforcer l'équipement de la DSP													Réalisé en 2007
	Former en Europe 2 cadres de la DSP en gestion de systèmes de santé													Contacts pris avec l'ULB et l'Institut de médecine tropicale d'Anvers
	Rechercher les écoles de SP en Belgique													
A/R4/BL2	Mener les formations													
<b>VOLET Z : MOYENS GENERAUX</b>														
A/RZ/BL1	Fournir une assistance technique													Prolongation attendue en 2011. Proposition budgétaire à présenter au prochain CCL (disponible sur A/RZ/BL10)
A/RZ/BL2	Couvrir les frais de fonctionnement du véhicule de l'AT													
A/RZ/BL3	Payer le personnel du projet													
A/RZ/BL4	Couvrir les frais généraux du projet													
A/RZ/BL5	Couvrir les frais de réunion du CCL													
A/RZ/BL7														Rallonge budgétaire prévue sur A/R3/BL2 à présenter au prochain CCL
A/RZ/BL6	Couvrir les frais de réunion du CTS													
A/RZ/BL10	Assurer un suivi scientifique													voir A/RZ/BL1

## 7.4 Planning financier

Voir pages 24 à 30

## 8. CONCLUSIONS

### 8.1 CONCLUSION GENERALE

#### **A-Avantages comparatifs de la coopération belge – secteur de la santé**

En Algérie, l'intervention de la Coopération Belge dans le secteur santé est relativement neuve. Un très long délai entre l'identification du projet « Tam1 » et sa mise en œuvre (deux ans et demie) a, de plus, contribué au ralentissement, notamment au début de l'intervention, des actions programmées à mener. Plusieurs changements s'étaient en effet introduits entretemps, notamment dans le domaine de la réglementation.

Il est ainsi apparu que plusieurs actions pertinentes mentionnées dans le DTF se sont vues heurter à des contraintes règlementaires, non ou peu identifiées au départ.

Il semble justifier qu'à l'avenir, une meilleure concertation en ce qui concerne les textes règlementaires bien documentés soit établie afin de pouvoir rendre plus fluide la mise en œuvre des activités.

La question de la participation du personnel national se pose également. Certains s'attendaient à ce que le projet paie des primes d'incitation et/ou utilise des tarifs CTB pour divers frais, comme les per diem. La stricte application de la réglementation algérienne a donc déçu certaines attentes, compromettant la motivation de quelques uns.

Là encore, une meilleure « étoffe » au départ aurait permis de lever certaines équivoques et d'accélérer la phase de démarrage, notamment de « Tam2 ». Les distances et le faible réseautage externe ne facilitent pas non plus l'implication des institutions du Nord ou de l'étranger dans les activités ponctuelles comme la formation et les études.

Il est donc raisonnable de mentionner que la durée des projets-au départ 4 ans- soit revue à la hausse, car beaucoup d'actions programmées, une fois les difficultés levées, se réalisent dans la transparence réciproque.

Enfin, si on continue dans le secteur de la santé il faudrait une meilleure implication de la partie algérienne au quotidien. Pour le moment ils sont trop absents dans l'exécution des activités. Il faudrait oser entamer la discussion sur les grilles de performances (pour augmenter la motivation et la stabilité du personnel).

La Belgique dispose d'une expertise de haut niveau reconnue sur le plan international qui rassure largement le partenaire qui semble tout à fait prêt à réitérer sa confiance. Cela contribue à fournir une certaine sérénité dans le travail.

Les synergies avec les programmes bourses sont importantes et ont déjà permis la formation de quelques cadres de santé en Belgique.

Enfin, il y a lieu d'alléger davantage les tâches administratives et financières des interventions par les Assistants Techniques des interventions

## **B- Implication du projet pour cette année 2010**

En ce qui regarde le projet proprement dit, les défis de l'an 2010 se portent sur quatre points :

1°) la réalisation de l'enquête comportementale : ce devrait être chose faite dès que le juriste aura validé le cahier de charge envoyé en novembre 2009. Il sera ainsi possible de réaliser un appel d'offre de service. Il est important de faire remarquer que les mois d'été sont peu propices à ce type d'activité, car nécessite une mobilisation de moyens humains difficile à obtenir en période de congé

2°) la mise en œuvre du programme PCIME. L'équipe d'experts est venue à Tamanrasset au début janvier 2010 et la mise en place de la fiche PCIME à distribuer dans les polycliniques devrait avoir lieu en mars 2010. Dès réalisation, la morbidité et la mortalité liées à la tranche d'âge de 0-5 ans sera mieux maîtrisée.

3°) la lutte contre la mortalité maternelle qui reste un indicateur important à corriger

4°) l'intensification de la gestion du tri des déchets hospitaliers entrant dans le cadre global de l'hygiène hospitalière.

## **8.2 Avis du Comité de Pilotage sur les recommandations**

### **8.2.1 Recommandations relatives au planning des activités**

### **8.2.2. Recommandations relatives au planning financier**

### **8.2.3. Recommandations relatives au Cadre logique**

### **8.2.4. Autres recommandations**



## 9. MARCHES PUBLICS

### Registre des marchés

Tam 1									
Numéro d'ordre	Intitulé du CSC	Type de marché	Droit applicable	Budget prévu (€)	Ligne budgétaire	Date de soumission du CSC à la commission des marchés	date de validation du CSC	Date d'envoi ou de publication	Date et heure de clôture
ALG/057	Deux missions d'expertise pour une guidance scientifique (contrat1+ avenant)	Services	Régie	25750	ARZBL10	28/12/2006	15/01/2007	22/01/2007	20/03/2007
ALG/075	Voiture projet Toyota Land Cruiser	Fourniture	Régie	35000	ARZBL2			21/11/2006	03/12/2006
ALG/094	Achat de 4 échographes	Fourniture	Cogestion	84800	AR2BL8	10/09/2007	06/11/2007	12/11/2007	04/02/2008
ALG/095	Achat d'un appareil charge virale	Fourniture	Cogestion	27300	AR1BL10	20/03/2008	15/04/2008	20/06/2008	19/07/2008
ALG/102	Contrat cadre relatif à une guidance et suivi scientifique continu aux deux projets:(ALG0400911) et (ALG0601711)	Services	Régie	58600	ARZBL10			25/08/2008	12/09/2008
ALG/111	Achat de 4 échographes	Fourniture	Cogestion	84800	AR2BL8	10/09/2007	06/11/2007	10/09/2008	09/10/2008
ALG/113	Achat de 4 échographes	Fourniture	Cogestion	84400	AR2BL8	10/09/2007	06/11/2007	20/11/2008	10/12/2008
?	Achat de contraceptifs oraux	Fourniture	Cogestion	80000	AR2BL4	Consultation		02/06/2008	01/09/2008
?	Acquisition de moyens de communication VSAT	Fourniture	Cogestion	184000	AR3BL7	Consultation		15/09/2008	18/10/2008
	Acquisition de 6 ambulances et 6 véhicules 4x4	Fourniture	Cogestion	180000+ 240000	AR3BL3+ AR3BL5	02/02/2009	25/02/2009	07/03/2009	12/05/2009

date de l'attribution provisoire	Le cocontractant	Date de passation et signature du contrat	date et montant du 1er paiement	date et montant du 2ème paiement	Date et montant de la 3ème tranche	Restant à payer	Montant final du marché passé (€)	Montant final de la facture (unité monétaire)	Montant final de la facture (équivalent en €)	Date de clôture du contrat
20/03/2007	Dr Yves Coopiters	06/06/07					25 750 €	25 750 €	25 750 €	30/06/2008
01/02/2007	Toyota Algérie	01/02/2007					24 602 €	24 602 €	24 602 €	15/08/2007
25/01/2009	IMD LABORATOIRE	18/07/09	déc-09				95 000 €	950000dzd		
15/09/2008	Dr Yves Coopiters	15/09/08					56 500 €			
14/04/2009	aures materiel medical	18/07/09	déc-09				60 000 €	5982906 dzd		
30/09/2008	BAL MEDICAL	18/10/08					36 660 €	3700000 dzd	36 660 €	20/10/2008
18/10/2008	ALGERIE TELECOM	03/05/09					50 000 €	4984200 dzd		
20/06/2009	NISSAN ALGERIE	20/07/09	oct-09				40 980 €	18180000	181000	

date de l'attribution provisoire	Le cocontractant	Date de passation et signature du contrat	date et montant du 1er paiement	date et montant du 2ème paiement	Date et montant de la 3ème tranche	Restant à payer	Montant final du marché passé (€)	Montant final de la facture (unité monétaire)	Montant final de la facture (équivalent en €)	Date de clôture du contrat
20/03/2007	Dr Yves Coopiters	06/06/07					25 750 €	25 750 €	25 750 €	30/06/2008
01/02/2007	Toyota Algérie	01/02/2007					24 602 €	24 602 €	24 602 €	15/08/2007
25/01/2009	IMD LABORATOIRE	18/07/09	déc-09				95 000 €	950000dzd		
15/09/2008	Dr Yves Coopiters	15/09/08					56 500 €			
14/04/2009	aures materiel medical	18/07/09	déc-09				60 000 €	5982906 dzd		
30/09/2008	BAL MEDICAL	18/10/08					36 660 €	3700000 dzd	36 660 €	20/10/2008
18/10/2008	ALGERIE TELECOM	03/05/09					50 000 €	4984200 dzd		
20/06/2009	NISSAN ALGERIE	20/07/09	oct-09				40 980 €	18180000	181000	

## 10. LISTE DES ABREVIATIONS

ARV	ANTIRETROVIRAUX
AT	ASSISTANT TECHNIQUE
BC	BON COMMANDE
CCL	COMITE DE CONCERTATION LOCALE
CDR	CENTRE DE REFERENCE ou HOPITAL DE JOUR
CDV	CENTRE DE DEPISTAGE VOLONTAIRE
CHU	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
CPN	CONSULTATION PRE NATALE
CTB	COOPERATION TECHNIQUE BELGE
CTS	COMITE TECHNIQUE DE SUIVI
CS	CONVENTION SPECIFIQUE
DIU	DISPOSITIF INTRA UTERIN,STERILET
DJS	DIRECTION DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
DSP	DIRECTION DE LA SANTE ET DE LA POPULATION
DTF	DOSSIER TECHNIQUE ET FINANCIER
EHU	ETABLISSEMENT HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
EPH	ETABLISSEMENT PUBLIC HOSPITALIER
EPSP	ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE DE PROXIMITE
FIT	FINANCIAL INFORMATION TOOL
IEC	INFORMATION EDUCATION COMMUNICATION
INSP	INSTITUT NATIONAL DE SANTE PUBLIQUE
IO	INFECTIIONS OPPORTUNISTES
IPA	INSTITUT PASTEUR D'ALGER
IST	INFECTIIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES
MORCHIDAT	DIGNITAIRE RELIGIEUSE FEMININE
MSPRH	MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA REFORME HOSPITALIERE
NC	NOUVEAU CAS
Nd	NON DISPONIBLE
ONG	ORGANISATION NON GOUVERNEMENTALE
PA	PLAN D'ACTION
PCIME	PROGRAMME DE PRISE EN CHARGE INTEGREE DES MALADIES DE L'ENFANT
PF	PLANNING FAMILIAL
PMI	PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE
PTME	PROTECTION DE LA TRANSMISSION DE LA MERE A L'ENFANT
PVIH	PERSONNE VIVANT AVEC LE VIH
Q	TRIMESTRE (DE L'ANGLAIS QUARTER)
RAF	RESPONSABLE ADMINISTRATIF ET FINANCIER
SIS	SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE
TME	TRANSMISSION DE LA MERE A L'ENFANT
ULB	UNIVERSITE LBRE DE BRUXELLES

