BTC
CTB
EMPOWERING DEVELOPMENT

RAPPORT ANNUEL 2009

ASSNIP, VOLET BAS-CONGO, DISTRICT DE LUKAYA

RDC0708711
NN 3004381

La coopération belge au développement .be

Table des matières

1 Fiche projet Appui au Système de Santé aux Niveaux Intermédiaire et Périphérique (ASSNIP) - volet 3 Bas-Congo (district de la Lukaya) 4

2 Situation acteulle en bref 5

3 Bilan de la planification des activités 6

3.1 Aperçu des activités 6

3.2 Analyse de la planification des activités 11

4 Bilan des finances 12

4.1 Aperçu des dépenses par rapport au planning financier 12

4.2 Analyse du planning financier 16

5 Suivi des indicateurs 17

5.1 Objectif spécifique 17

5.2 Résultats 17

5.3 Évolution des indicateurs (graphique) 21

6 Appréciation des critères de suivi 25

6.1 Efficience 25

6.2 Efficacité 25

6.3 Durabilité 26

7 Mesures et recommandations 28

7.1 Synthèse des critères d'appréciation 28

7.2 Recommandations 29

8 Nouveau planning (année 2010) 31

8.1 Planning des activités de l'année 2010 31

8.2 Planning financier de l'année 2010 38

9 Conclusions 42

9.1 Activités et Finances 42

9.2 Critères de suivi 43

9.2.1 Efficience 43

9.2.2 Efficacité 43

9.2.3 Durabilité 44

9.3 Recommandations de la SMCL 44

10 Annexes 45

10.1 Passage du terme à 3 ans, réaménagement budgétaire et budgetisation phase II ... 45

10.2 Aperçu des marchés publics..... 45

1 FICHE PROJET APPUI AU SYSTEME DE SANTE AUX NIVEAUX INTERMEDIAIRE ET PERIPHERIQUE (ASSNIP) - VOLET 3 BAS-CONGO (DISTRICT DE LA LUKAYA)

DGD Numéro d'Intervention	3004381
Code navision CTB	RDC0708701
Partenaire locale	Ministère de la Santé
Durée Convention Spécifique	72 mois (dont 60 effectifs)
Date estimative démarrage du projet	1 avril 2008
Contribution partenaire	NA
Contribution belge	5.400.000 €
Secteur d'intervention	Santé - Santé de base – Soins et services de santé de base 12 220
Objectif global	L'état de santé de la population est amélioré dans les territoires d'intervention du programme
Objectif spécifique	Les soins de santé offerts aux populations des trois Zones de Santé ciblées (Kisantu, Ngidinga et Nselo) sont progressivement améliorés en qualité (soins globaux, continus, intégrés, efficaces, efficients, accessibles) par des processus d'amélioration progressive qui forment un modèle largement productible dans la RDC
Résultats	Résultat 1: Les Zones de Santé du district de La Lukaya sont encadrées par l'Equipe Cadre Provinciale du Bas-Congo Résultat 2: Dans les Zones de Santé ciblées les Equipes Cadres de Zones sont fonctionnelles Résultat 3: L'Hôpital Général de Référence de Kisantu est progressivement rationalisé Résultat 4: Les centres de santé de Kisantu sont progressivement rationalisés Résultat 5: L'Institut Technique Médical de Kisantu répond progressivement mieux aux besoins de formation de base et pour le personnel en place Résultat 6: Les structures de la zone sanitaire de Ngidinga sont progressivement rationalisées Résultat 7: Les structures de la zone sanitaire de Nselo sont progressivement rationalisées Résultat 8: Le niveau central est alimenté en informations pertinentes pour la planification du secteur résultant de recherches effectuées par le programme

2 SITUATION ACTUELLE EN BREF

En ce qui concerne l'ECZ et son rôle de leadership, l'ECZ est constituée et même si cette constitution pouvait être remaniée à moyen terme, elle a aujourd'hui un rôle réel dans la planification et la prise de décision.

Le 15 avril 2009, l'HGR de Kisantu a effectivement mis en œuvre les réformes suivantes :
1. Passage au paiement forfaitaire pour les patients hospitalisés.
2. Subside de la CTB sur ce forfait pour les patients référés des CS intégrés dans la ZS
3. Augmentation du coût de la consultation externe chez le médecin pour les patients non référés et gratuité de cette consultation pour les patients référés
4. Mise à la retraite de 41 personnes et réembauche de 10 personnes
5. Arrêt du système des ayants droit et inscription à la MUSAKIS de tout le personnel de l'HGRK et famille.

Ces réformes ont eu pour conséquence :
1. une augmentation de l'accessibilité de l'HGRK et une augmentation du taux d'occupation
2. une augmentation de la fréquentation des CS proches de l'HGRK, ce qui a pour effet une augmentation de la rémunération du personnel soignant qui y travaille et une meilleure motivation
3. une diminution des coûts récurrents de l'HGRK et une augmentation globale de la contribution du patient au recouvrement des coûts

Il faut noter que la qualité des données collectée s'est améliorée. De gros efforts restent encore à faire au niveau de l'administration et des finances. Le PDH de l'HGR de Kisantu est rédigé.
Au niveau des CS de la ZS de Kisantu, suite au dénombrement réalisé en juillet 2009, un nouveau CS intégré a été ouvert. Il s'agit d'un CS de démonstration dans lequel on a mis en place le Dossier médical familial qui est un outil de médecine globale et intégrée.
Deux autres CS proches de l'HGR bénéficient d'une supervision formative intensive par un médecin intégré dans l'ECZ. Les ordinogrammes sont maintenant appliqués dans tous les CS de la ZS de Kisantu et le CS de Ngeba a été réhabilité.
A l'ITMK, le nombre de nouveaux élèves est limité à 25 pour la deuxième année consécutive et les professeurs à temps plein sont maintenant au nombre de 5, avec 5 professeurs à temps partiel. Un nouvel équilibre est donc atteint et l'ITMK.
L'ITMK a également été réhabilité et un travail de gestion de l'érosion par les eaux de pluie vient d'être achevé.
Quant aux ZS de Nselo et Ngidinga, étant donné leur difficulté d'accès et la charge de travail à Kisantu, elles n'ont pas encore pu réellement bénéficier d'un appui technique et financier important. Le BCZ de Nselo a été réhabilité et les deux ZS reçoivent un appui au fonctionnement.

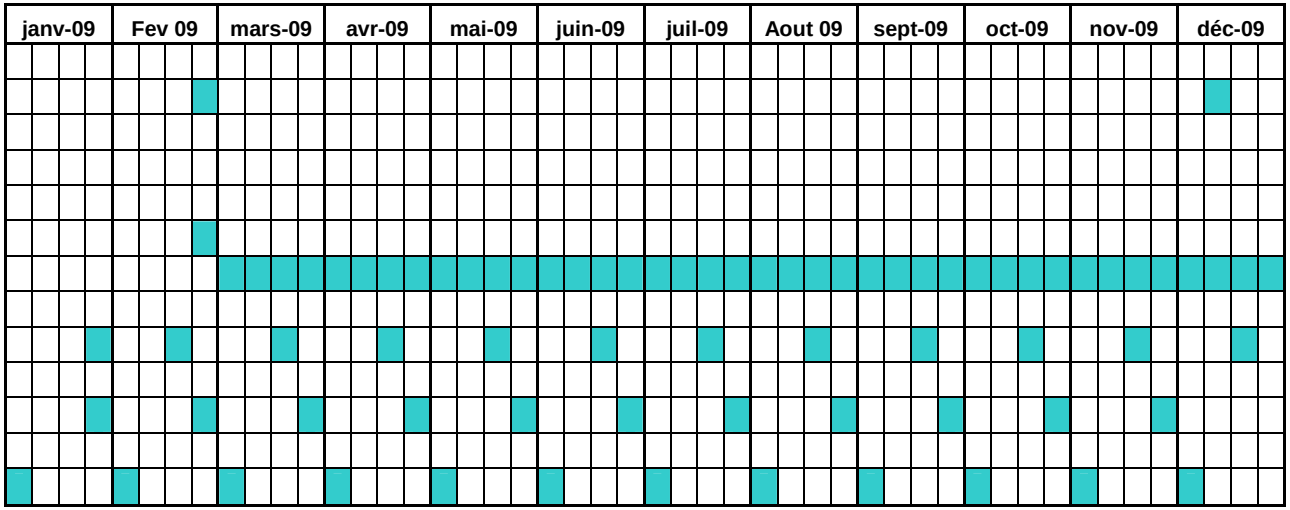
3 BILAN DE LA PLANIFICATION DES ACTIVITES

3.1 Aperçu des activités

A Objectif spécifique : les soins de santé offerts aux

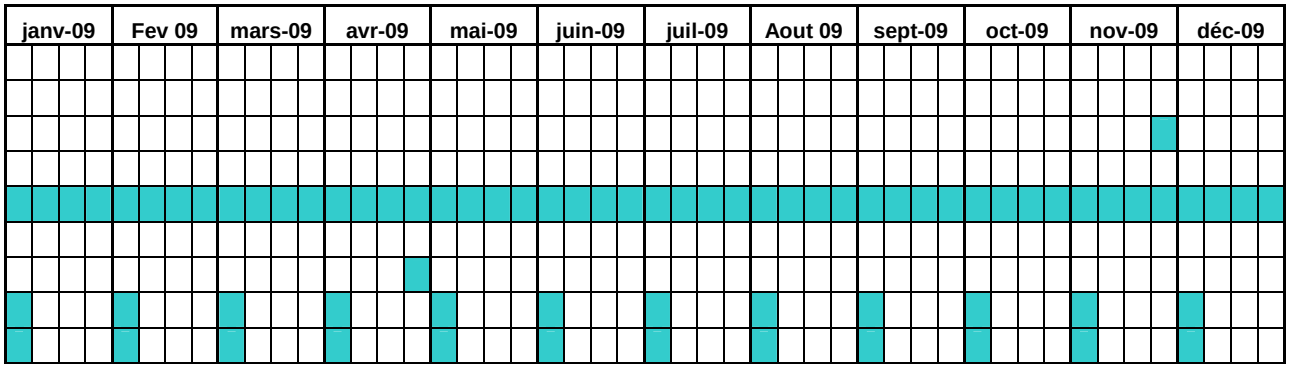
01 R1 : Les zones de santé du district de Lukaya sont

0101 Bureau pour le CT, comptable, ECP, secrétaire
Loyer et garantie (paiement trimestriel)
0102 Formulation d'un plan intégré de développement
0103 Supervision des ECZ + voiture de supervision
Achat du véhicule
Activités de supervision
0104 Réunions de coordination entre ZS
Ateliers et réunions de coordination
0105 Coordination intervenants dans le district
Ateliers et réunions de coordination
0106 Illustrer des démarches et outils pour fonctionnement ECD
0107 Appuyer le fonctionnement de l'équipe cadre provinciale

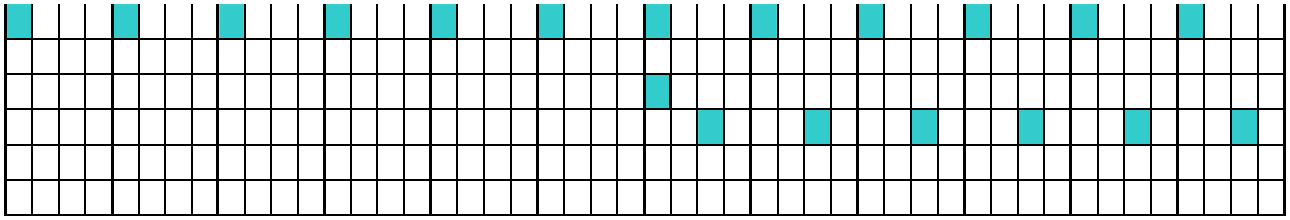


02 R2 : Dans les zones de santé ciblées, les équipes

0201 Formulation plans de développement ZS
Ateliers et réunions pour la formulation
0202 Supervision formative y compris analyse des observations et
Supervision des CS
Formation ECZ
Atelier AG et comptable 3ZS pour identification besoins formation
Appui à la supervision (perdiems et documents)
Outils de gestion (supports Nselo et Ngidinga)



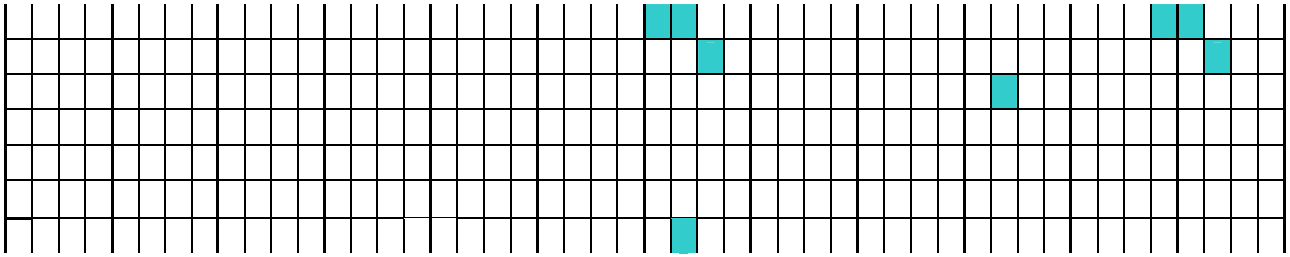
Fournitures de bureau
0203 Suivi initiatives sur plan organisationnel et plan offre des soins
Suivi des initiatives prises suite à la formation de base
Réunions et ateliers pour le suivi
0204 Appuyer initiatives intégration programmes verticaux
0205 Appuyer ECZ et HGR pour analyse indicateurs de performance



janv-09 | Fev 09 | mars-09 | avr-09 | mai-09 | juin-09 | juil-09 | Aout 09 | sept-09 | oct-09 | nov-09 | déc-09

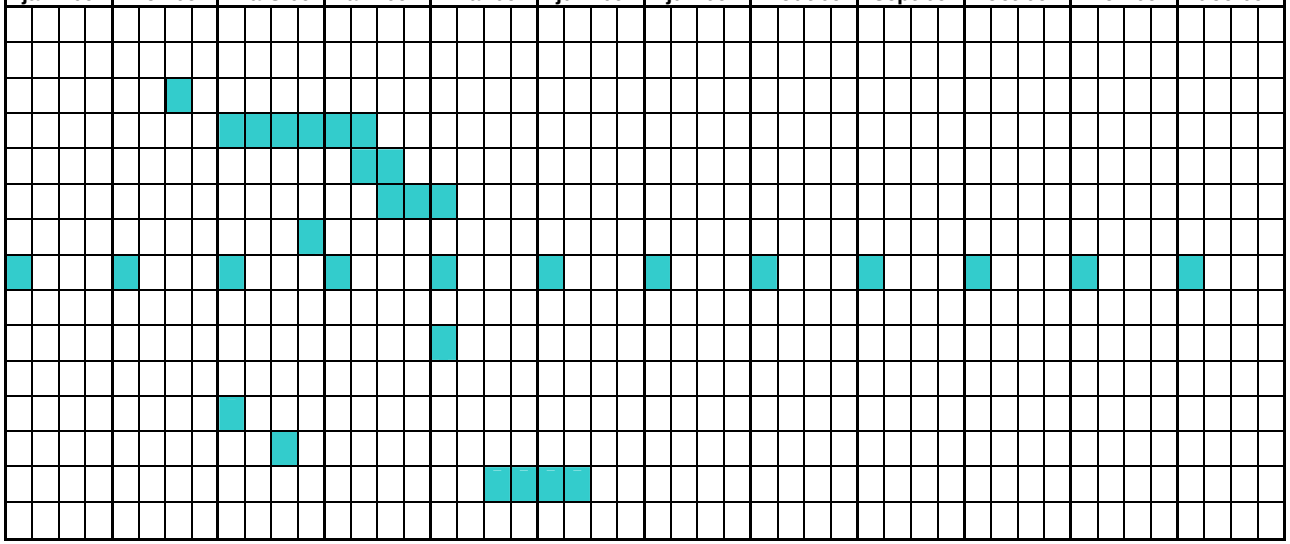
03 R3 l'hôpital général de référence de Kisantu est
0301 Plan directeur global HGR et annexes et appui réhabilitation et
Recrutement de l'équipe d'experts
Mission des experts sur le terrain
Ateliers et réunion pour l'élaboration du plan directeur
Elaboration du plan directeur global
Elaboration d'un CSC
Lancement de l'appel d'offre
Recrutement de l'entrepreneur
0302 Plan d'action annuels sur base du plan directeur
Réunions pour l'élaboration du plan d'action 2010
Elaboration du plan d'action 2010
0303 Nouvelle gestion du personnel avec mise à la retraite et
Réaffectation staff excédentaire
Mise à la retraite de certains membres du personnel
Cotisation Musakis membre personnel
Subside au forfait des hospitalisés
0304 Nouvelle gestion financière HGR (subvention au
Voyage d'étude équipe de direction
Nouvel équipement X ray
Subside au forfait des hospitalisés
Fonds de roulement pharmacie
Appui au fonctionnement
0305 Appuyer l'initiative de mutualisation
Analyse des données
0306 Développer standards prise en charge clinique avec

Réunions et ateliers pour le dvplmt des standards
Elaboration de protocoles de PEC clinique
Achat ambulance
0307 Renforcer gestion approvisionnement médicaments
0308 Organiser lieux de stage pour IMT, encadrement étudiants
0309 Appuyer réalisation nouvelle politique malades chroniques et
Ateliers de réflexion sur la PEC des maladies chroniques



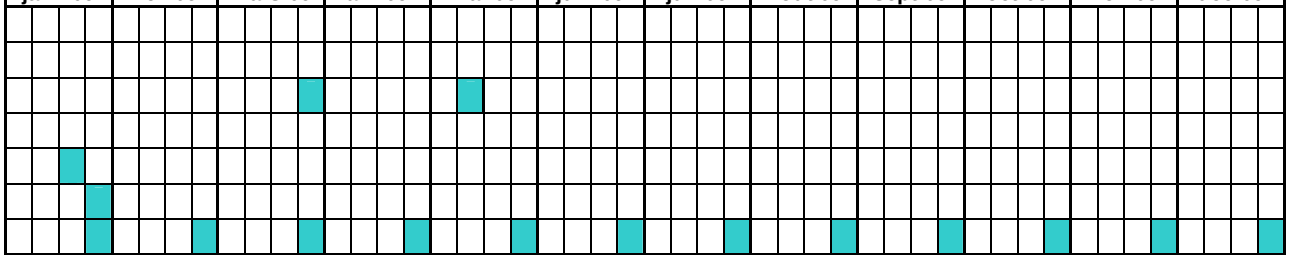
janv-09 | Fev 09 | mars-09 | avr-09 | mai-09 | juin-09 | juil-09 | Aout 09 | sept-09 | oct-09 | nov-09 | déc-09

04 R4 Les centres et postes de santé de Kisantu sont
0401 Développer carte de couverture ZS y compris rationalisation
Atelier de planification
Recensement de la population
Analyse des données du recensement
Elaboration carte de couverture ZS
Equipement IT
Primes membres ECZ
0402 Introduire PMA de qualité dans CS (+ fourniture équipement)
Formation du personnel soignant utilisation ordinogramme
0403 Appuyer réhabilitation infrastructures prioritaires
Lancement appel d'offre Ngeba
Selection entrepreneur Ngeba
Réalisation des travaux Ngeba
0404 Appuyer intégration programmes verticaux et prise en charge

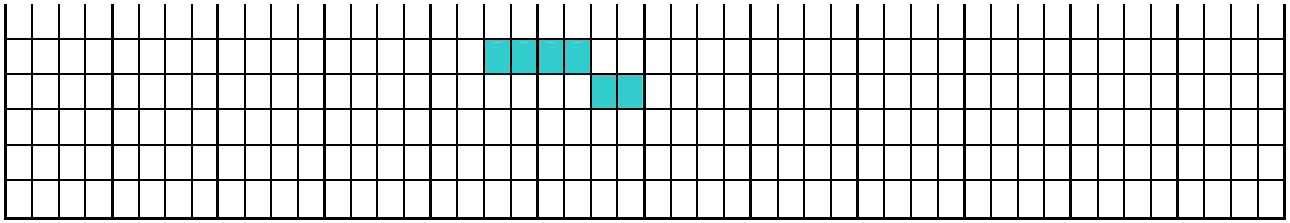


janv-09 | Fev 09 | mars-09 | avr-09 | mai-09 | juin-09 | juil-09 | Aout 09 | sept-09 | oct-09 | nov-09 | déc-09

05 R5 L'Institut Technique Médical de Kisantu répond
0501 Appuyer réhabilitation et réfection bâtiment existant
Expertise
0502 Appuyer rationalisation ressources humaines
réorganisation des horaires des professeurs à temps plein
Financement professeurs temps plein 2008
Financement des professeurs à temps plein

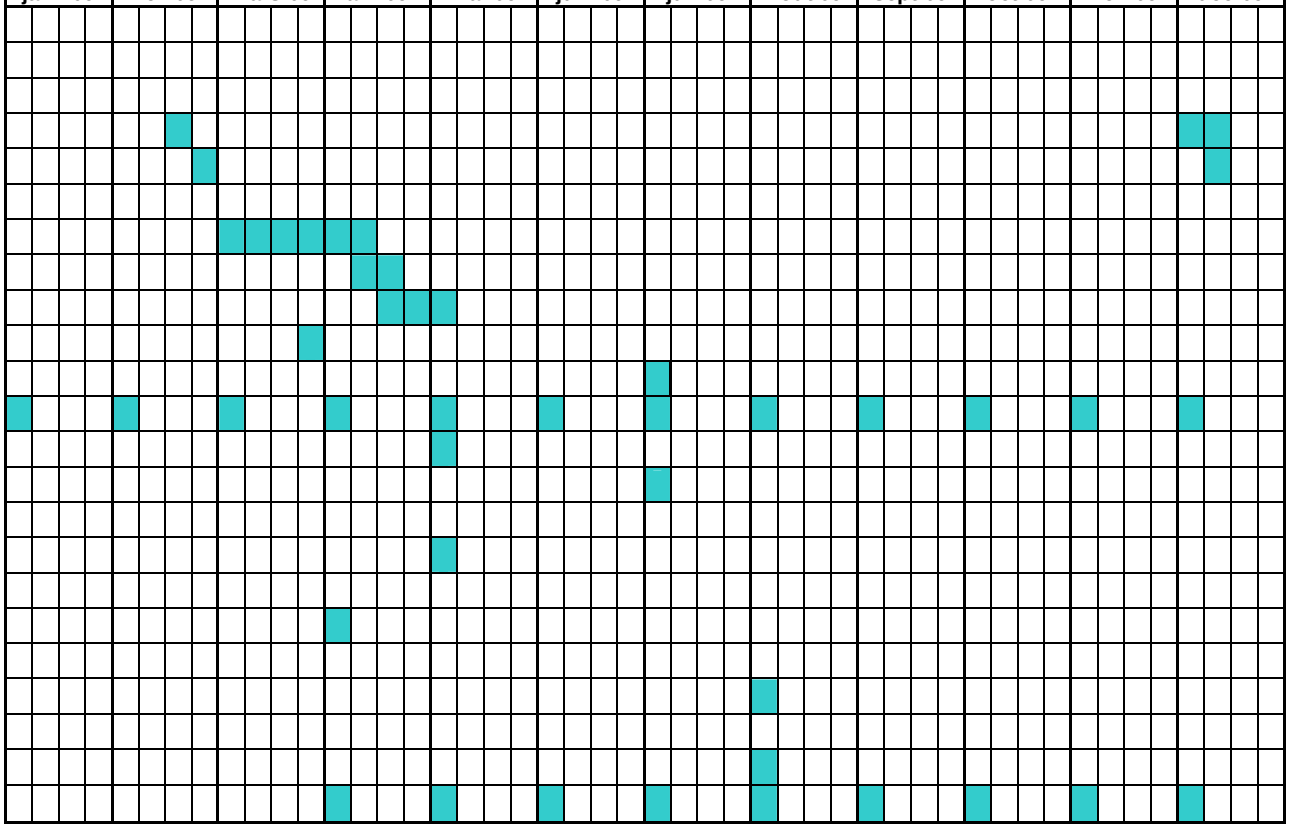


0503 Fournir complément d'équipement pour ITM
Prospection
Achat équipement
0504 Appuyer formation initiale, complémentaire + recyclage
0505 Appuyer stratégie rationalisation nombre d'élèves (subvention
0506 Financer les stages



janv-09 | Fev 09 | mars-09 | avr-09 | mai-09 | juin-09 | juil-09 | Aout 09 | sept-09 | oct-09 | nov-09 | déc-09

06 R6 Les structures de Ngidinga sont progressivement
0601 Plan directeur global HGR
0602 Plans d'action annuels sur base du plan développement
Réunions pour l'élaboration du plan d'action 2009
Elaboration du plan d'action 2009
0603 Plan de couverture sanitaire y compris rationalisation RH
Recensement de la population
Analyse des données du recensement
Elaboration carte de couverture ZS
Equipement IT
Equipement en panneaux solaires
Primes membres ECZ
Formation de gestionnaires de stock R/ dans CS
Dotation d'un stock de médicaments dans chaque CS
0604 Appuyer fonctionnement HGR sous condition de rationalisation
Analyse des données RH et comparaison avec celles de la ZS
0605 Appuyer réhabilitation infrastructures et équipement
Inventaire des besoins et élaboration d'un agenda
0606 Achat de véhicules
Achat des véhicules
0607 Fonctionnement des véhicules
Formation des chauffeurs
Appui au fonctionnement des véhicules



janv-09 | Fev 09 | mars-09 | avr-09 | mai-09 | juin-09 | juil-09 | Aout 09 | sept-09 | oct-09 | nov-09 | déc-09

07 R7 : Les structures de la zone sanitaire de Nselo sont

0701 Plan directeur global HGR

0702 Plans d'action annuels sur base du plan de développement

- Réunions pour l'élaboration du plan d'action 2009
- Elaboration du plan d'action 2009

0703 Plan de couverture sanitaire y compris rationalisation RH

- Recensement de la population
- Analyse des données du recensement
- Elaboration carte de couverture ZS
- Equipement IT
- Equipement en panneaux solaires
- Prime membre ECZ
- Formation de gestionnaires de stock R/ dans CS
- Dotation d'un stock de médicaments dans chaque CS

0704 Appuyer fonctionnement HGR sous condition de rationalisation

- Analyse des données RH et comparaison avec celles de la ZS

0705 Appuyer réhabilitation infrastructures et équipement

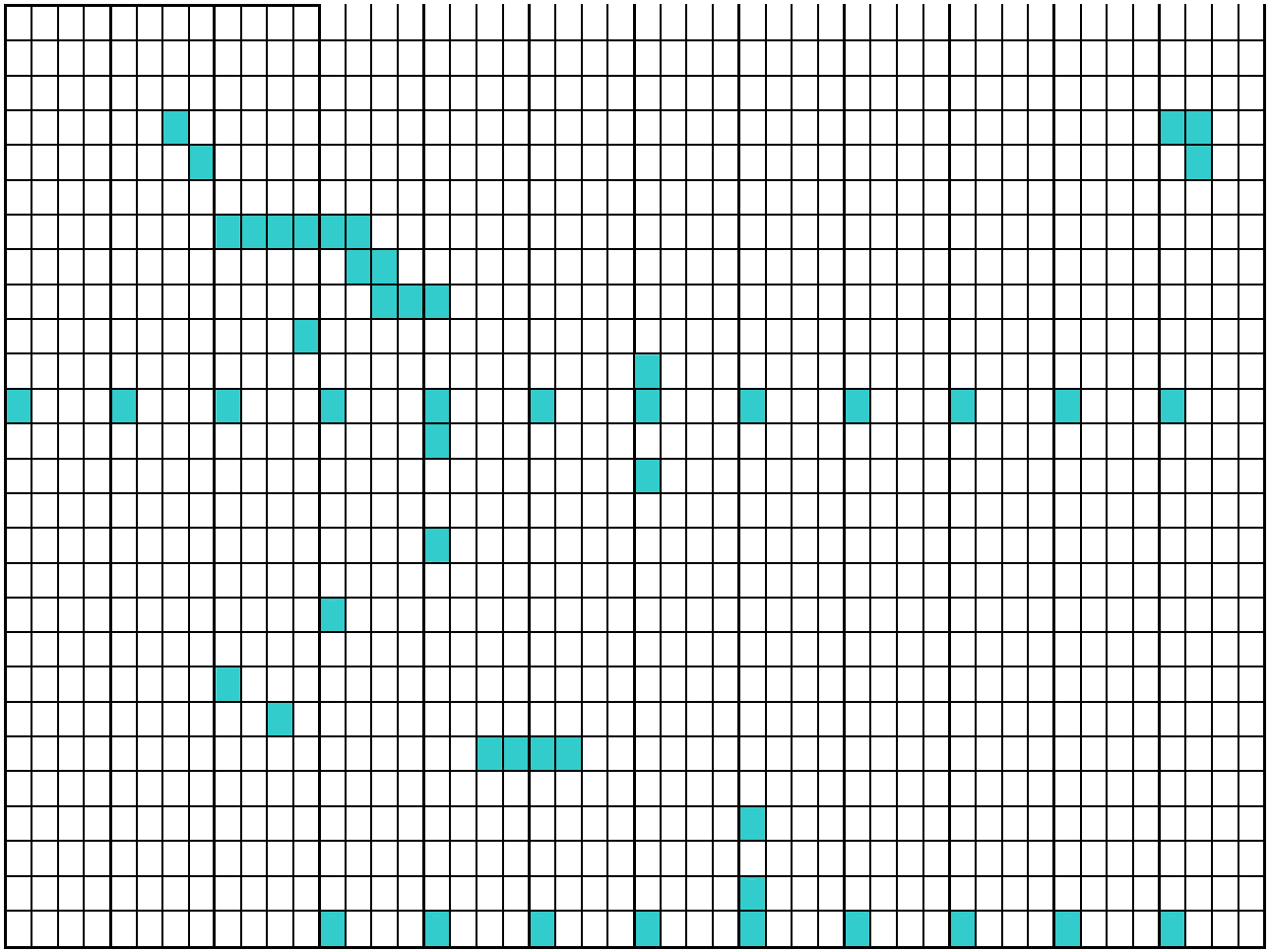
- Inventaire des besoins et élaboration d'un agenda
- Elaboration CSC BCZ
- Lancement appel d'offre BCZ
- Selection entrepreneur BCZ
- Réalisation des travaux BCZ

0706 Achat de véhicules

- Achat des véhicules

0707 Fonctionnement des véhicules

- Formation des chauffeurs
- Appui au fonctionnement des véhicules



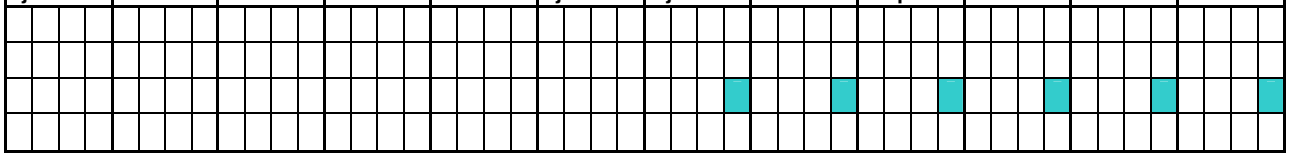
janv-09	Fev 09	mars-09	avr-09	mai-09	juin-09	juil-09	Aout 09	sept-09	oct-09	nov-09	déc-09

08 R8 : Le niveau central est alimenté en informations

0801 Appuyer conception recherches opérationnelles et recherches

0802 Appuyer et financer recherches-actions, recherches

0803 Participer à rétro-information au niveau central (participation



3.2 Analyse de la planification des activités

Dans l'ensemble, les activités prévues ont été réalisées.

L'HGR de Kisantu a entamé un processus de réforme important et profond. Et outre les mesures prises au niveau des CS de la ZS de Kisantu proches de l'HGR (supervisions intensives, mise en place du Dossier Médical Familial, mesures de rationalisation du personnel de santé et de l'utilisation des ressources…) ceux-ci se sont trouvés immédiatement entraîné dans ce processus qui concerne en fait tout le système de santé.

Le Plan Directeur Hospitalier de Kisantu a été réalisé et a permis à tous les acteurs d'avoir une vision claire de ce que vers quoi l'HGR de Kisantu devrait s'orienter en terme de mandat, d'offre de soins de santé et de plan architectural.

Certaines activités non planifiées ont également pu être réalisées telle que la réorganisation du laboratoire de l'HGR par le biais d'une consultance internationale ainsi que l'appui de l'HGR en médicaments essentiels et génériques et le démarrage d'un centre de santé de démonstration dans la ZS de Kisantu avec mise en place du Dossier Médical Familial.

En outre, suite à la visite de l'équipe d'experts venus élaborer le plan directeur de l'HGR de Kisantu, et afin de suivre leurs recommandations les plus urgentes, un travail de gestion de l'érosion des eaux de pluies a été réalisé autour de l'ITMK et la réfection de tout le système électrique de l'HGR de Kisantu est en cours.

Ces deux activités n'étaient pas prévues en début d'année 2009.

D'autres activités n'ont pas pu être réalisées et la plupart ne sont que reportées à l'année 2010. Il s'agit de l'équipement en panneaux solaires pour les HGR de Nselo et Ngidinga dont le montant excède largement le budget prévu à cet effet et dont le financement devra être négocié en SMCL. Il s'agit également d'un voyage d'étude pour l'équipe de direction de l'HGR de kisantu et de l'équipement en radiologie numérique de cet hôpital qui seront réalisés probablement en 2010. Enfin, il s'agit de l'appui au fonctionnement de l'ECP en raison de la non sélection de ces membres conformément à ce qui est décrit dans le DTF.

4 BILAN DES FINANCES

4.1 Aperçu des dépenses par rapport au planning financier

	Budget total du Projet	Budget Planification 2009	Dépenses 2009	Taux d'exécution sur 2009
A Objectif spécifique: Les soins de santé offerts aux populations de zones de santé sélectionnées sont progressivement améliorés en qualité (soins globaux, continus, intégrés, efficaces, efficients, accessibles) par des processus d'amélioration progressiv	**4.042.000,00**	**939.827,54**	**913702,38**	**97,22%**
01 Résultat 1: Les zones de santé du district de Lukaya sont encadrées par l'équipe cadre provinciale du Bas-Congo	**183.000,00**	**59.149,00**	**48190,32**	**81,47%**
01 Bureau pour le CT, RAF, ECP, secrétaire	50.000,00	9.149,00	9074,97	99,19%
02 Formulation d'un plan intégré de développement	1.000,00	0,00	0	
03 Supervision des ECZ + voiture de supervision	77.000,00	39.000,00	34726,74	89,04%
04 Réunions de coordination entre ZS	25.000,00	5.000,00	3572,91	71,46
05 Coordination intervenants dans district	0,00	0,00	0	
06 Illustrer des démarches et outils pour fonctionnement ECD	0,00	0,00	0	
07 Fonctionnement ECP	30.000,00	6.000,00	815,70	13,60%
02 Résultat 2: Dans les zones de santé ciblées les équipes cadres de zones sont fonctionelles	**69.000,00**	**23.900,00**	**10221,91**	**42,77%**
01 Formulation plans de développement ZS	2.000,00	900,00	0	
02 Supervision formative y compris analyse des observations et prises de décision	37.000,00	14.500,00	10221,91	70,50%
03 Suivi initiatives sur plan organisationnel et plan offre des soins	30.000,00	8.500,00	0	
04 Appuyer initiatives intégration programmes verticaux	0,00	0,00	0	
05 Appuyer ECZ et HGR pour analyse indicateurs de performance dans ZS et envisager solutions	0,00	0,00	0	
03 Résultat 3: L'hôpital général de référence de Kisantu est progressivement rationalisé	**1.821.000,00**	**481.300,00**	**505537,72**	**105,04**

01 Plan directeur global HGR et annexes et appui réhabilitation et construction	330.000,00	47.000,00	56204,00	119,58%
02 Plan d'action annuels sur base du plan directeur	6.000,00	300,00	0	
03 Nouvelle gestion du personnel avec mise à la retraite et rationalisation des effectifs	660.000,00	247.000,00	212662,89	86,10%
04 Nouvelle gestion financière HGR (subvention au fonctionnement)	750.000,00	145.000,00	192889,79	133,03%
05 Appuyer l'initiative de mutualisation	0,00	0,00	0	
06 Développer standards prise en charge cliniques avec rationalisation prescription + ambulance	70.000,00	40.000,00	43781,04	109,45%
07 Renforcer gestion approvisionnement médicaments	0,00	0,00	0	
08 Organiser lieux de stage pour IMT, encadrement étudiants et développement stratégies restriction nombre de stagiaires	0,00	0,00	0	
09 Appuyer réalisation nouvelle politique malades chroniques et handicapés	5.000,00	2.000,00	0	
04 Résultat 4: Les centres et les postes de santé de Kisantu sont progressivement raitonalisés	**545.000,00**	**39.200,00**	**72184,68**	**184,14%**
01 Développer carte de couverture ZS y compris rationalisation personnel	420.000,00	11.700,00	17546,40	159,51%
02 Introduire PMA de qualité dans CS (+ fourniture équipement)	100.000,00	2.500,00	31880,08	1275,20%
03 Appuyer réhabilitation infrastructures prioritaires	25.000,00	25.000,00	22758,20	91,03%
04 Appuyer intégration programmes verticaux et prise en charge des malades chroniques dans PMA	0,00	0,00	0	
05 Résultat 5: L'institut Technique Médical de Kisantu répond progressivement mieux aux besoins de formation de base complémentaire et continue	**195.750,00**	**63.250,00**	**72684,06**	**114,92%**
01 Appuyer réhabilitation et réfection bâtiment existant	20.000,00	12.000,00	25776,31	214,80%
02 Appuyer rationalisation ressources humaines	80.500,00	25.000,00	32060,02	128,24%
03 Fournir complément d'équipement pour ITM	20.000,00	10.000,00	13895,74	138,96%
04 Appuyer formation initiale, complémentaire + recyclage personnel infirmier en technique d'accouchement	10.000,00	0,00	811,03	
05 Appuyer stratégie rationalisation nombre d'élèves (subvention fonctionnement)	55.250,00	16.250,00	140,96	0,87%
06 Financer les stages	10.000,00	0,00	0	
06 Résultat 6: Les structures de la zone sanitaire de Ngidinga sont progressivement rationalisées	**621.000,00**	**118.764,27**	**68919,37**	**58,03%**
01 Plan directeur global HGR	15.000,00	0,00	0	

02 Plans d'action annuels sur base du plan développement sanitaire ZS	6.000,00	1.800,00	342,80	19,04%
03 Plan de couverture sanitaire y compris rationalisation des RH ZS	375.000,00	49.700,00	17414,37	35,04%
04 Appuyer fonctionnement HGR sous condition de rationalisation du personnel et baisse des tarifs	40.000,00	0,00	1282,51	
05 Appuyer réhabilitation infrastructures et équipement	60.000,00	0,00	1853,40	
06 Achat des véhicules de la Zs	65.000,00	59.264,27	32005,13	54,00%
07 Fonctionnement des véhicules et formation des chauffeurs	60.000,00	8.000,00	16021,16	200,26%
07 Résultat 7: Les structures de la zone sanitaire de Nselo sont progressivement rationalisées	**536.000,00**	**144.264,27**	**132149,75**	**91,60%**
01 Plan directeur global HGR	15.000,00	0,00	0	
02 Plans d'action annuels sur base du plan développement sanitaire ZS	6.000,00	1.800,00	365,56	20,31%
03 Plan de couverture sanitaire y compris rationalisation des RH ZS	305.000,00	50.200,00	17290,50	34,44%
04 Appuyer fonctionnement HGR sous condition de rationalisation du personnel et baisse des tarifs	20.000,00	0,00	4142,26	
05 Appuyer réhabilitation infrastructures et équipement	65.000,00	25.000,00	26602,39	106,41%
06 Achat et fonctionnement des véhicules de la Zs	65.000,00	59.264,27	66010,24	111,38%
07 Fonctionnement des véhicules et formation des chauffeurs	60.000,00	8.000,00	17738,80	221,74%
08 Résultat 8: Le niveau central est alimenté en informations pertinentes pour la planification du secteur résultant de recherches effectuées par le programme	**71.250,00**	**10.000,00**	**3814,57**	**38,15%**
01 Appuyer conception recherches opérationelles et recherches-action	0,00	0,00	0	
02 Appuyer et financer recherches-action, recherches opérationnelles, monitorage et analyse données	64.770,00	10.000,00	0	
03 Participer à retro-information au niveau central (participation aux ateliers/réunions)	6.480,00	0,00	3814,57	
X Réserve budgétaire en régie (max 5% du total des activités)	**13.500,00**	**0,00**	**0**	
01 Réserve budgétaire	**13.500,00**	**0,00**	**0**	
01 Réserve budgétaire REGIE	13.500,00	0,00	0	
Z Moyens généraux	**1.344.500,00**	**205.719,80**	**240877,62**	**117,09%**
01 Frais de personnel	**880.000,00**	**170.660,40**	**221145,86**	**129,58%**
01 Assistant technique	720.000,00	135.000,00	169295,98	125,40%
02 Staff administratif et logistique du projet	80.000,00	26.660,40	31364,59	117,64%
03 Ressources financières et procurement (PFMT)	80.000,00	9.000,00	20485,29	227,61%
02 Investissements	**44.500,00**	**-13.915,65**	**-13709,01**	**98,52%**

01 Véhicules Toyota 4x4	27.000,00	-14.015,65	-13994,40	99,85%
02 Equipement IT et coffre fort	17.500,00	100,00	285,39	285,39%
03 Frais de fonctionnement	**220.000,00**	**29.381,89**	**26483,96**	**90,14%**
01 Expertises ponctuelles	65.000,00	0,00	707,45	
02 Autres frais de fonctionnement	80.000,00	21.172,39	22887,56	108,10
03 Fonctionnement voiture AT	75.000,00	8.209,50	2888,95	35,19%
04 Suivi et Evaluation	**200.000,00**	**19.593,16**	**6956,81**	**35,51%**
01 Suivi scientifique	130.000,00	9.593,16	6956,81	72,52%
02 Audit locale	20.000,00	10.000,00	0	0
03 Evaluation finale	50.000,00	0,00	0	
TOTAL GENERAL	**5.400.000,00**	**1.145.547,34**	**1154580,00**	**100,79%**

4.2 Analyse du planning financier

Conformément à l'analyse de la planification financière, on observe que certaines activités (notamment résultat 1) n'ont pas pu être réalisées et donc financées. Par contre, d'autres opportunités telles qu'un appui plus prononcé au niveau de l'HGR et des CS de Kisantu se sont présentées.

Mais la totalité du budget prévu pour l'année 2009 a été dépensé.

Les dépenses qui n'ont pas pu être réalisées concernent les résultats 1, 2, 6 et 8.

Pour les résultats 1 et 8, il s'agit essentiellement d'activités au niveau de l'ECP et de l'appui aux ECZ par cette ECP. La sélection des membres de l'ECP n'ayant toujours pas eu lieu et les supervisions du niveau provincial étant inexistantes au niveau des trois ZS du projet.

En ce qui concerne le résultat 2, les activités planifiées ont en fait été réalisées mais ont été financées sur d'autres lignes budgétaires plus appropriées, telles que celles de chaque ZS.

Enfin, un appui à l'HGR avait été prévu à l'HGR de Ngidinga mais le timing n'a pas permis d'exécuter et de financer ces activités à temps. Il y a d'abord tout un travail préalable à faire, notamment en terme de gestion des ressources au sens large du terme pour qu'un appui financier soit envisageable.

Par contre, l'HGR et les structures de soins de santé de premier échelon dans la zone de santé de Kisantu ont permis d'avancer plus qu'il n'était planifié et des opportunités d'activité non planifiées initialement se sont présentées.

Le budget prévu pour les activités non exécutées citées plus haut a été utilisé à cet effet, ce qui explique qu'à la fin 2009, la totalité du budget planifié avait été dépensé.

5 SUIVI DES INDICATEURS

5.1 Objectif spécifique

Il faut noter que les indicateurs proposés ici sont ceux dont diposent la zone de santé et l'HGRK. La liste de ces indicateurs n'est pas exhaustive et d'autres indicateurs peuvent être ajoutés au fur et à mesure que le projet avance. Pour Nselo et Ngidinga, étant donné que les activités réalisées sont trop restreintes que pour pouvoir avoir un impact sur le système de santé et les soins qui y sont offerts, il est encore trop tôt pour y faire le monitoring des indicateurs.

5.2 Résultats

Indicateurs R1	2008	2009
Nombre de supervisions des ECZ par l'ECP	0	0
Nombre de réunions de coordination entre ZS	0 / mois	1 / 2mois

Indicateurs R2	2008	2009
Taux d'exécution des supervisions des CS par ECZ Kisantu	83%	85,5%
Nombre de membres de l'ECZ impliqués dans les supervisions des CS de Kisantu	3/7	3/7
Taux d'exécution des supervisions des CS par ECZ Ndiginga	90%	91%
Nombre de membres de l'ECZ impliqués dans les supervisions des CS de Ndiginga	6/6	6/6
Taux d'exécution des supervisions des CS par ECZ de Nselo	56%	59%
Nombre de membres de l'ECZ impliqués dans les supervisions des CS de Nselo	6/6	6/6

Indicateurs R3	2008	2009
Nombre de personnes médicales travailla l'HGR de Kisantu	104	**72**
Nombre de personnes non médicales	93	**62**

travaillant A l'HGR de Kisantu		
Nombre de personnes effectivement parties à la retraite	0	41
Nombre d'affiliés à la MUSAKIS	2800	**8365**
Taux d'utilisation des médicaments génériques A l'HGR	30%	NA
Proportion des patients hospitalisés affiliés à la MUSAKIS	4%	ND
Taux d'occupation des lits	40%	54,45
Durée moyenne de séjour en hospitalisation (hors orthopédie et hors maternité)	8j	8j
Nombre d'interventions chirurgicales	1633	**2369**
Nombre de décès	324	434
Taux d'hospitalisations référées	4,36%	**30,37%**
Taux de consultations externes référées	6,74%	**33,33%**
Taux de référence en maternité	14, 24%	17,70%
Proportion des patients hors zone en hospitalisation	25,65%	21,93%
Proportion des patients hors zone en consultation	28%	23%
Nombre de CPN	91	109
Taux de recouvrement	45%	**94,82%**

Indicateurs R4	2008	2009
Taux d'utilisation AS Nkandu	9%	**61%**
Taux d'utilisation de AS de Kintanu I	27%	33%
Taux d'utilisation de AS Kintanu II	32%	42%
Taux d'utilisation de AS de Kikonka	28%	36%
Taux d'utilisation de AS de Ngeba	47%	51%
Taux d'utilisation de AS de Kavwaya	46%	37%
Taux d'utilisation de AS de Lemfu	27%	47%
Taux d'utilisation de AS de Kipasa	30%	32%
Taux d'utilisation de AS de Kimuisi	42%	53%

Taux d'utilisation de AS de Kilenda	24%	45%
Taux d'utilisation de AS de Yimbi	46%	30%
Taux d'utilisation de AS de Kivuangi	29%	38%
Taux d'utilisation de AS de Kipako	47%	57%
Taux d'utilisation de AS de Kinkoko	35%	51%
Taux d'utilisation des CS ZS Kisantu	42,3%	49,2%
Taux de référence de AS vers HGR	4,71%	5%
Taux de CPN dans les CS intégrés de la ZS	20,10%	20,60%
Taux de mortalité maternelle dans les CS intégrés dans la ZS	180/100000	279/100000

Indicateurs R5	2008	2009
Nombre d'élèves en première année	24	25
Nombre de professeurs à temps plein	5	5
Nombre de professeurs à temps partiel	11	5

Indicateurs R6	2008	2009
Taux d'utilisation des CS de Ngidinga	41%	42%
Taux d'occupation des lits de l'HGR de Ndiginga	32%	38%
Taux d'utilisation des MEG à l'HGR	100%	100%
Durée moyenne de séjour en hospitalisation HGR	7	7
Nombre de personnes médicales travaillant à l'HGR	21	23
Nombre de personnes non médicales travaillant à l'HGR	9	9
Taux de référence des CS vers HGR	0,22%	0,21%
Nombre d'interventions chirurgicales à l'HGR	137	109
Nombre de décès à l'HGR	49	64
Proportion de patients référés en hospitalisation HGR Ngidinga	10%	9%
Proportion de patients référés en consultation externe HGR	ND	ND
Proportion de patients hospitalisés HZ	1%	1,5%

Proportion de patients en consultation externe HZ	ND	ND
Taux de recouvrement	41%	21%

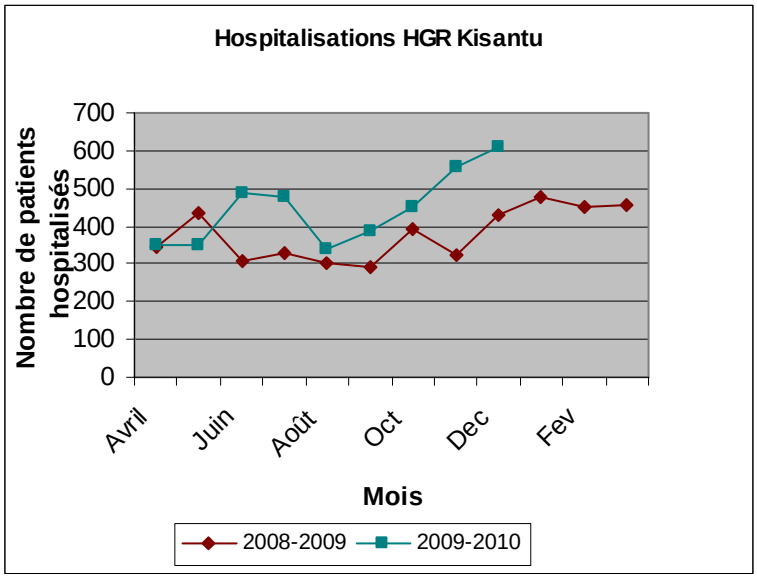
Indicateurs R7	2008	2009
Taux d'utilisation des CS de Nselo	42%	43%
Taux d'occupation des lits de l'HGR de Nselo	23%	28,7%
Taux d'utilisation des MEG à l'HGR	99ù	99%
Durée moyenne de séjour en hospitalisation HGR	5j	5j
Nombre de personnes médicales travaillant à l'HGR	16	18
Nombre de personnes non médicales travaillant à l'HGR	12	12
Taux de référence des CS vers HGR	2%	1,4%
Nombre d'interventions chirurgicales à l'HGR	223	222
Nombre de décès à l'HGR	32	37
Proportion de patients référés en hospitalisation HGR Nselo	10,8%	9,8%
Proportion de patients référés en consultation externe HGR	6,2	6%
Proportion de patients hospitalisés HZ	3%	2%
Proportion de patients en consultation externe HZ	3,6%	3,4%
Taux de recouvrement	39,35%	31,6%

Indicateurs R8	2008	2009
Nombre de SMCL effectivement réalisées	1	1

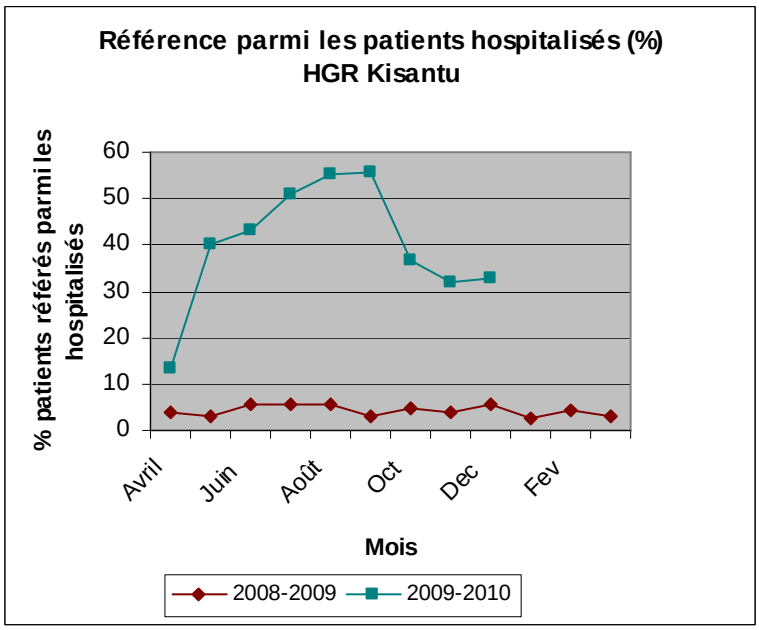
5.3 Évolution des indicateurs (graphique)

L'évolution des indicateurs a été suivie de façon détaillée dans la ZS de Kisantu. Voici les graphiques les plus intéressants concernant l'impact des mesures prises sur l'accessibilité des soins et sur la viabilité des structures :

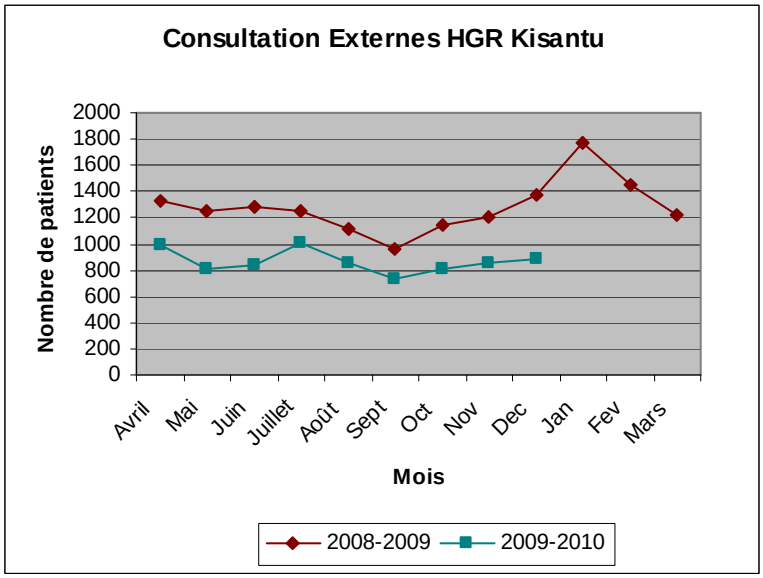
Graphique 1 : Evolution du nombre d'hospitalisation HGR Kisantu



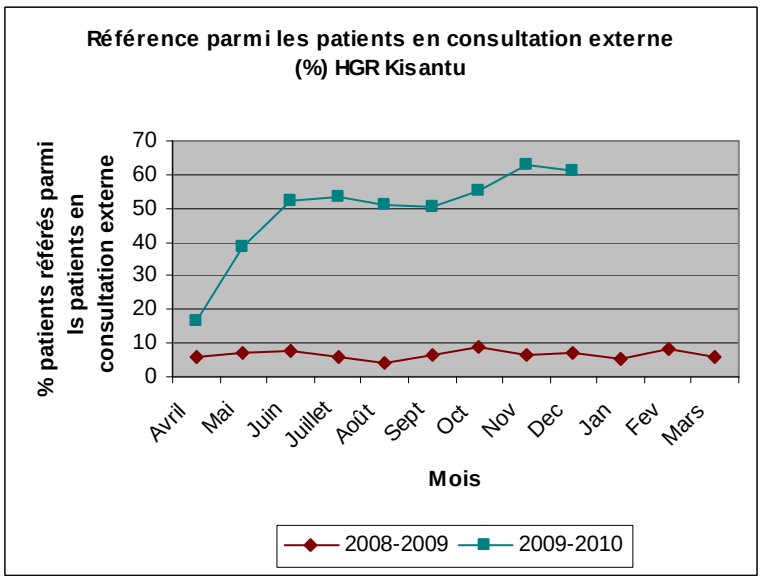
Graphique 2 : Evolution du taux de référence parmi les patients hospitalisés HGR Kisantu



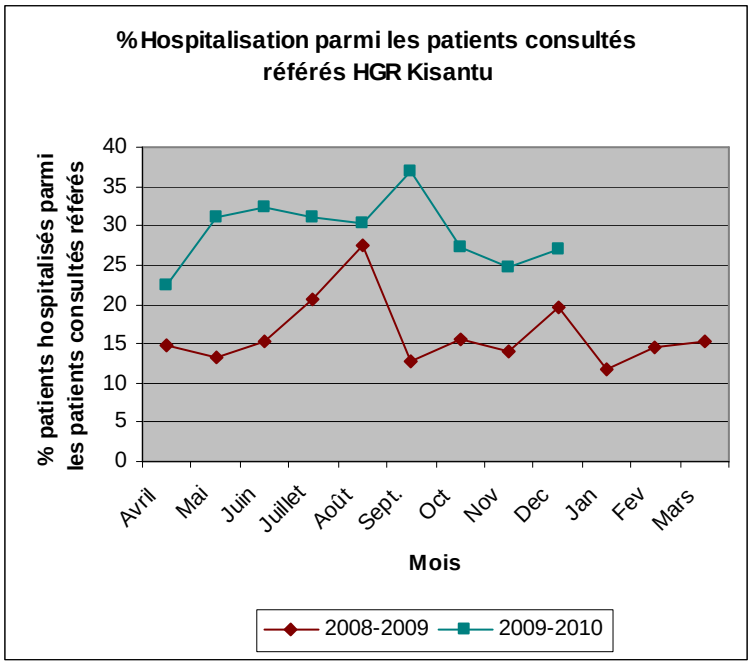
Graphique 3 : Evolution du nombre de patients en consultation externe HGR Kisantu



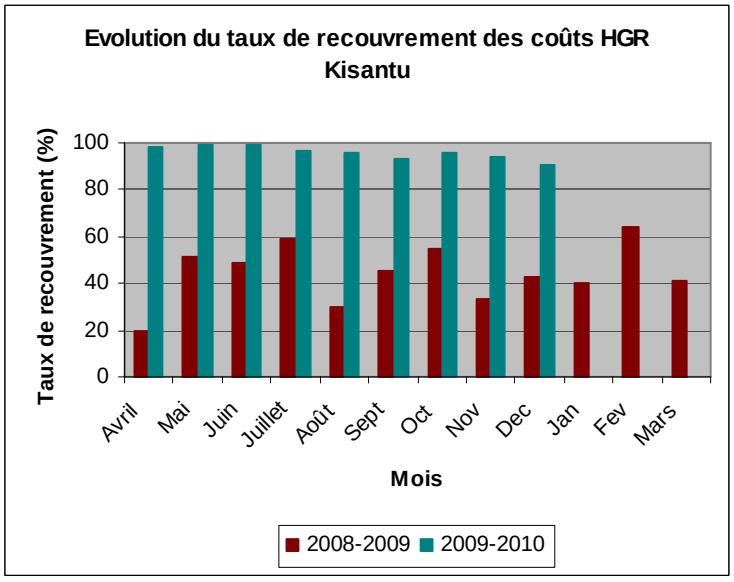
Graphique 4 Evolution de la référence parmi les patients en consultation externe HGR Kisantu



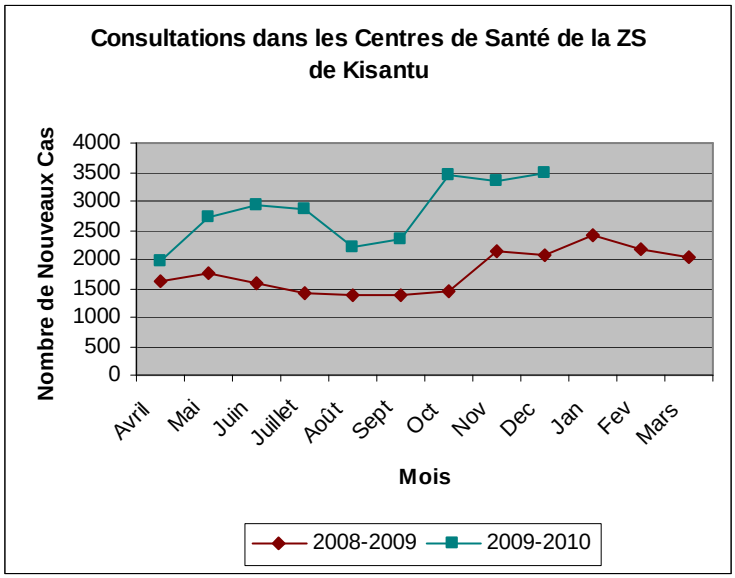
Graphique 5 : Evolution du taux d'hospitalisation parmi les patients référés en consultation externe HGR Kisantu



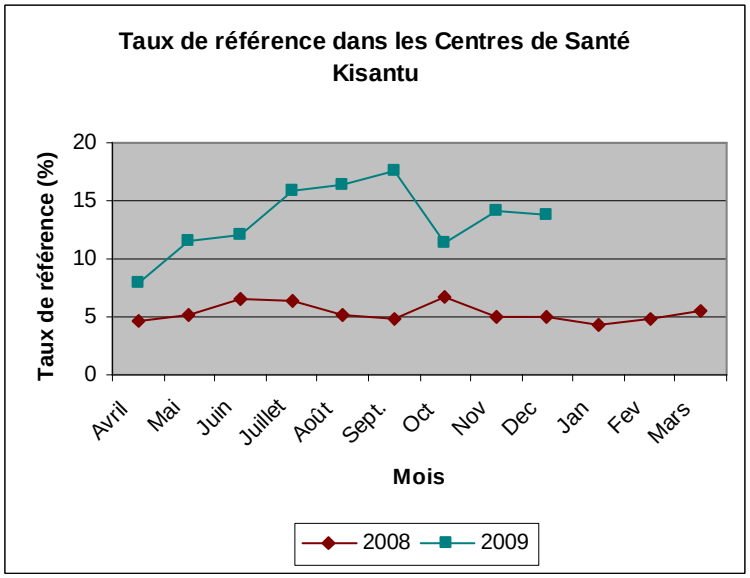
Graphique 6 : Evolution du taux de recouvrement des coûts HGR Kisantu



Graphique 7 : Evolution du nombre de consultations dans les CS de la ZS de Kisantu



Graphique 8 : Evolution de la référence vers l'HGR dans les CS de la ZS de Kisantu



6 APPRECIATION DES CRITERES DE SUIVI

6.1 Efficience

Les procédures de marché public ont pour conséquence théorique une efficience considérable. Cependant, on voit que ce n'est pas toujours le cas. Si c'est souvent le soumissionnaire le moins cher qui remporte le marché, le produit final de ce marché n'est pas toujours satisfaisant et ne répond pas toujours au meilleur rapport qualité/prix.

IL est extrêmement difficile, dans un contexte tel que celui du Congo où la pression et l'organisation de la société civile font défaut et où l'inflation déstabilise en permanence les marchés, de garantir la qualité des travaux ou des services fournis, à fortiori leur efficience…

Dans le cas particulier d'ASSNIP 3, si l'on compare les résultats obtenus aux sommes dépensées, on voit que pour un appui financier relativement modeste, notamment au niveau de l'HGR et des CS de la ZS de Kisantu, et qui se veut, en principe dégressif au fur et à mesure de l'obtention de ces résultats, on a pu, en un temps relativement court augmenter de façon importante l'accessibilité aux soins et la viabilité des structures.

Quant aux résultats 6 et 7, ils concernent des ZS beaucoup plus difficiles d'accès. L'on peut imaginer que même si l'on y augmente dans les années à venir l'appui technique et financier, l'état des routes qui y mènent, leur enclavement et l'absence d'infrastructure de base (eau, électricité, etc…) y rendront l'obtention de résultats comparables à ceux de Kisantu beaucoup moins efficiente. Ceci notamment en raison des coûts liés aux difficultés d'accès.

Si l'on se penche plus précisément sur l'efficience des structures, le résultat est beaucoup plus clair. Les réformes entamées dans la ZS de Kisantu ont diminué les dépenses notamment en ressources humaines. Le départ d'un quart du personnel de l'hôpital a permis un début marqué de rationalisation des ressources humaines et la barrière financière mise aux consultations non référées des CS de la ZS a diminué la charge de travail au niveau des consultations, ce qui a permis une réorientation du personnel soignant vers les services d'hospitalisation et a ainsi rendu ces services beaucoup plus efficients.

6.2 Efficacité

Il est encore tôt pour pouvoir exprimer clairement le degré d'efficacité du projet dans la mesure où l'on commence seulement à voir l'impact visible et sensible des réformes instaurées dans la ZS de Kisantu.

Mais l'on peut déjà prévoir que si l'on obtient une certaine efficacité pour les résultats 3, 4 et 5, il en sera probablement autrement pour les ZS de Nselo et Ngidinga (R 6 et 7)qui sont, comme précisé plus haut, beaucoup plus difficiles d'accès.

Il sera donc difficile pour le projet d'y travailler de façon consistante, d'autant plus que la charge de travail dans la ZS de Kisantu ne laisse que peu d'espace et de temps pour une assistance technique plus prononcée au niveau des autres ZS du projet. Par contre, il est

tout à fait possible d'essayer d'y mettre en œuvre ce qui a déjà donné des résultats dans la ZS de Kisantu.

En ce qui concerne les résultats impliquant le niveau provincial, l'appui de la province aux ZS étant quasi inexistant au cours de l'année 2009, les résultats liés à l'ECP risquent aussi de ne pas être atteints s'il n'y a pas de changement. Le projet peut difficilement appuyer la province tant que l'ECP n'est pas constituée conformément aux accords repris dans le DTF du projet.

Il existe aussi des besoins non couverts par le projet qui, s'ils sont pris en compte et assouvis, pourraient augmenter l'efficacité du projet. En effet, il est quasiment illusoire de vouloir apporter un appui technique à un système de santé où le personnel soignant n'a pas un minimum de conditions de travail. Or, il existe bon nombre de structures de santé insalubres et qui pourtant fonctionnent comme elles le peuvent mais où la qualité est hypothéquée par l'état des bâtiments et par le manque d'eau ou d'énergie.

Certaines de ces structures ont déjà amélioré de façon sensible leur gestion, leur fonctionnement, la qualité des soins offerts et ont entamé un processus de rationalisation de l'utilisation des ressources mais auront du mal à aller plus en avant si un appui en termes de réhabilitation ne leur est pas fourni.

Un investissement en réhabilitation des structures délabrées ou devenues inadéquates dans les 3 ZS et un appui aux extensions éventuelles de CS très fréquentés dans la ZS de Kisantu suite aux réformes qui y ont été mises en œuvre augmenteraient très certainement l'efficacité des services de santé et l'efficacité de l'appui que le projet ASSNIP 3 peut apporter au système.

Il s'agit ici principalement de l'HGR de Kisantu, de l'HGR de Nselo et de plusieurs CS dans les trois ZS qui soit sont dans un état avancé de délabrement, soit n'offrent plus l'espace adéquat aux patients qui ont été réorientés vers le premier échelon par les réformes faites à Kisantu.

A un niveau plus large qui touche d'autres secteurs, il faut noter qu'il existe bon nombre de facteurs externes qui influenceront l'objectif spécifique tels que l'état des routes, qui empêche la population de se rendre dans les structures de santé et surtout à l'HGRK en cas de référence. L'état des routes est aussi une des raisons pour lesquelles la population n'arrive pas à écouler sa production vivrière, ce qui a de graves conséquences sur son pouvoir d'achat et sa capacité à payer les soins de santé.

6.3 Durabilité

Afin que les premiers résultats obtenus s'inscrivent dans le long terme et que l'action entreprise soit durable, il est essentiel de laisser suffisamment de temps aux acteurs de terrain pour stabiliser une situation en pleine évolution et pour s'approprier la nouvelle situation et la faire perdurer.

La réorientation des patients vers les CS en première instance à Kisantu a permis une augmentation des recettes dans ces structures et une amélioration de leur viabilité.

Parallèlement, la diminution de charge de travail en consultation dans l'HGR de Kisantu a causé une diminution des besoins en RH, ce qui a engendré une diminution des dépenses de l'HGR.

En se rapprochant de ce que le patient peut ou veut payer et en lui permettant de prévoir les coûts de son hospitalisation par le tarif forfaitaire, on voit que même si chaque patient paie un peu moins au total, les dépenses du patients sont à présent (presque) toutes comptabilisées au niveau de l'administration hospitalière et non plus dans les poches du personnel. On voit également que le nombre de patients hospitalisés a augmenter au point d'améliorer les recettes de l'hôpital, même si chaque patient paiera au final un peu moins que ce qu'il payait avant.

Il faut également signaler que les acteurs de terrain, surtout à Kisantu où l'appui de la CTB est le plus intense, s'approprient, progressivement le projet dans son ensemble. La planification se fait aujourd'hui de façon conjointe, ainsi que le suivi du budget de façon globale.

Tous ces éléments plaident en faveur de la durabilité du projet et des activités qui ont été menées.

Cependant, le DTF du projet prévoyait un appui sur un terme de 15 ans.

Les récentes décisions liées au PIC 2010-2013 mènent à un retrait de la CTB du secteur santé. C'est donc avec inquiétude que les acteurs du terrain ont accueilli cette décision car les réformes entreprises l'ont été dans une perspective d'appui dégressif sur une durée de 15 ans alors que cette durée est aujourd'hui réduite à 5 ans.

7 MESURES ET RECOMMANDATIONS

7.1 Synthèse des critères d'appréciation

Sur l'année 2009, le taux d'exécution du projet par rapport à sa planification est de 101%. Le projet a donc pu absorber la totalité de tout ce qu'il avait planifié.

Dans l'ensemble, les résultats obtenus dans la ZS de Kisantu moins de 18 mois après le démarrage du projet sont plutôt encourageants. On a pu augmenter de façon importante l'accessibilité des soins et la viabilité et de l'efficience des structures en un temps relativement court.

Ceci via une meilleure répartition de la charge de travail entre les structures de santé du système et une rationalisation de l'utilisation des ressources humaines, financières, matérielles, etc…

Mais il existe plusieurs facteurs qui mettent en péril ces résultats et qui doivent être pris en compte si l'on veut que les étincelles obtenues à Kisantu donnent naissance à un feu durable.

Tout d'abord, le retrait de la Belgique du secteur santé dès la fin 2013 modifie la donne en ce qui concerne la vision à long terme des projets ASSNIP puisqu'ils étaient initialement prévus sur 15 ans, selon leurs DTF.

Les réformes mises en œuvre l'ont été dans une perspective d'un appui en plusieurs phases et le changement de perspective quant à la durée de l'appui pourrait ne pas donner suffisamment de temps aux projets pour consolider leurs acquis.

Il ya donc lieu de réfléchir déjà aujourd'hui à la phase suivant celle-ci et à son financement.

Deuxièmement, aucun budget n'est actuellement disponible pour répondre aux besoins en réhabilitation des structures de santé en état de délabrement avancé, ni aux besoins exprimés dans le plan directeur de l'HGR de Kisantu, ni à ceux des CS qui ont vu leur fréquentation doubler ou tripler suite à la réorientation des patients vers les structures de premier échelon par le biais des réformes.

Ceci rend extrêmement difficile le travail du personnel soignant dans certaines structures et conditionne en bonne partie la qualité actuelle des soins

Enfin, des obstacles tels que l'affectation de ressources humaines ou l'ouverture de nouvelles structures par des autorités hiérarchiquement supérieures au niveau de la ZS rendent parfois très difficile la rationalisation des structures et de l'offre de soins. Tant que l'appui du niveau provincial et national aux ZS ne sera pas conséquent, il sera difficile d'aller plus en avant.

7.2 Recommandations

Pour toutes ces raisons, le projet ASSNIP 3 recommande une prolongation du terme total du projet jusqu'à la **fin du PIC** avec une **extension budgétaire** permettant les réhabilitations nécessaires à l'amélioration de la qualité des soins.

Comme certaines lignes n'arriveront visiblement pas à être épuisées d'ici le terme du projet et que d'autres le seront dès la fin 2010, un **réaménagement budgétaire** s'impose et pour plus de clarté, une possible extension devrait se faire sous forme de deuxième phase, prolongeant ainsi la première phase qu'est le projet actuel.

Etant donné :

- que le projet actuel est prévu sur 5 ans soit jusque mi 2013
- que certaines lignes seront déjà déficitaires au bout de deux ans et demi
- que dans l'état actuel des choses, une deuxième phase s'achevant vers la fin du PIC 2010-2013 ne disposerait que de quelques mois, ce qui n'a pas de sens,

Le projet propose :

1. de réduire le terme du projet actuel (**phase I**) de 5 à **3 ans**.
2. de procéder à des **réaménagements budgétaires** à l'intérieur du budget ASSNIP 3 phase I, en tenant compte de cette modification du terme du projet

   Ces deux points ont pour **avantage** :

   - L'utilisation du budget d'appui au fonctionnement des années 4 et 5 pour commencer à financer les travaux de mise en œuvre du plan directeur et certaines réhabilitations dans d'autres structures fonctionnelles et prioritaires
   - L'évitement des déficits annoncés dès la fin de la 3ème année
   - La possibilité d'un délai plus réaliste pour absorber l'extension budgétaire sous forme de deuxième phase

3. d'obtenir une **extension budgétaire** qui permettrait de financer une deuxième phase ASSNIP 3, dont le début coïnciderait avec la fin de la phase précédente et dont le terme de deux ans et demi s'étendrait à fin 2013. L'extension budgétaire requise par le projet s'élève à **4 Millions d'Euros** dont la répartition est proposée comme suit :

a. Mise en oeuvre Plan Directeur Hospitalier Kisantu + habitations staff ***2 000 000 Euros***

b. Infrastructure et équipement dans les 3 Zones de Santé ASSNIP 3 ***+600 000 Euros***

c. Moyens généraux ***+750 000 Euros***

d. Appui mutuel ***+150 000 Euros***

e. Prolongation jusque fin du PIC 2010-2013 ***+500 000 Euros***

Les **objectifs** de cette deuxième phase seraient :

1. Renforcer **l'appui au niveau de la province**, sans lequel les progrès enregistrés à Kisantu resteront limités au niveau zonal.

2. Continuer de façon **dégressive** l'appui aux 3 ZS du projet et en particulier, au fonctionnement de l'HGR de Kisantu, de façon à atteindre un **seuil stable et équilibré** et de façon à se rapprocher le plus possible de l'autonomie financière des structures. Cet **appui minimal et rationnel**, nécessaire dans toute structure de santé à vocation publique, pourrait être repris à moyen terme par une coopération déléguée et à plus long terme, par l'Etat Congolais.

3. Consolider les acquis au niveau des résultats obtenus au cours de la première phase, notamment en termes de **rationalisation de l'utilisation des ressources** au sens large. Le risque de revenir à la situation de départ augmente avec la précocité de l'arrêt de l'appui technique (ligne budgétaire épuisée début 2012)

4. Renforcer **l'appui en infrastructures** pour les structures fonctionnelles prioritaires dont les besoins n'auront pas été couverts lors de la première phase. Terminer entre autres la mise en œuvre du plan directeur qui aura pu être entamée grâce à un remaniement budgétaire de cette première phase.

A titre indicatif, une proposition de budget (Budget et terme initiaux, phase I de 5,4 Millions d'Euros sur 3 ans et phase II de 4 Millions d'Euros sur 2, 5 ans) est mise en annexe de ce rapport.

8 NOUVEAU PLANNING (ANNEE 2010)

8.1 Planning des activités de l'année 2010

CHRONOGRAMME 2010

A Objectif spécifique : les soins de santé offerts aux

janv-10 | févr-10 | mars-10 | avr-10 | mai-10 | juin-10 | juil-10 | août-10 | sept-10 | oct-10 | nov-10 | déc-10

01 R1 : Les zones de santé du district de Lukaya sont

0101 Bureau pour le CT, comptable, ECP, secrétaire

Loyer et garantie (paiement trimestriel)

Ameublement

0102 Formulation d'un plan intégré de développement

Ateliers et réunion pour la formulation

0103 Supervision des ECZ + voiture de supervision

Fonctionnement du véhicule (carburant)

Fonctionnement du véhicule (entretien)

Activités de supervision

0104 Réunions de coordination entre ZS

Ateliers et réunions de coordination

0105 Coordination intervenants dans le district

Ateliers et réunions de coordination

0106 Illustrer des démarches et outils pour fonctionnement ECD

0107 Appuyer le fonctionnement de l'équipe cadre provinciale

janv-10 | févr-10 | mars-10 | avr-10 | mai-10 | juin-10 | juil-10 | août-10 | sept-10 | oct-10 | nov-10 | déc-10

02 R2 : Dans les zones de santé ciblées, les équipes

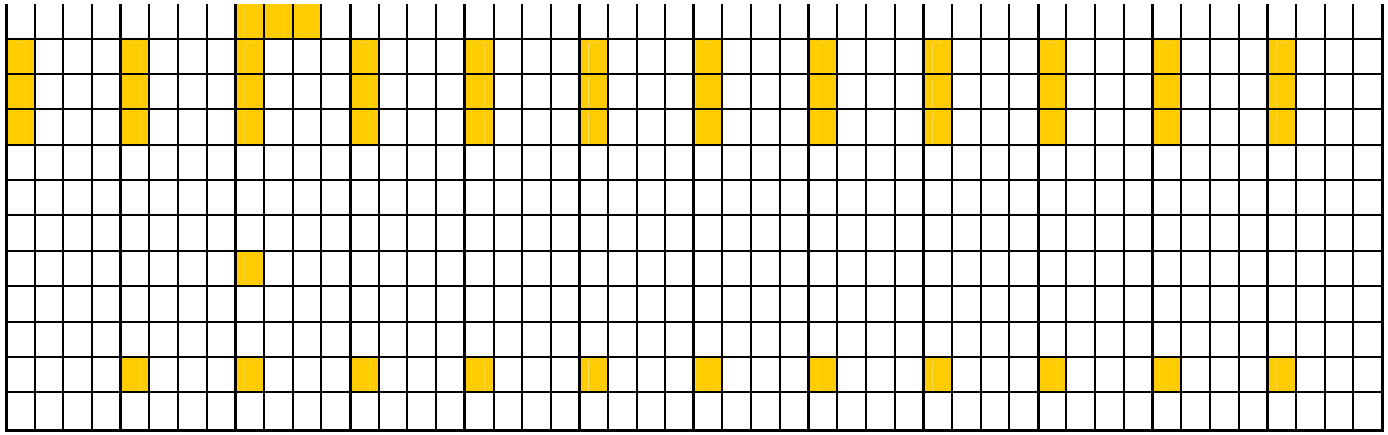
0201 Formulation plans de développement ZS

Ateliers et réunions pour la formulation

0202 Supervision formative y compris analyse des observations et

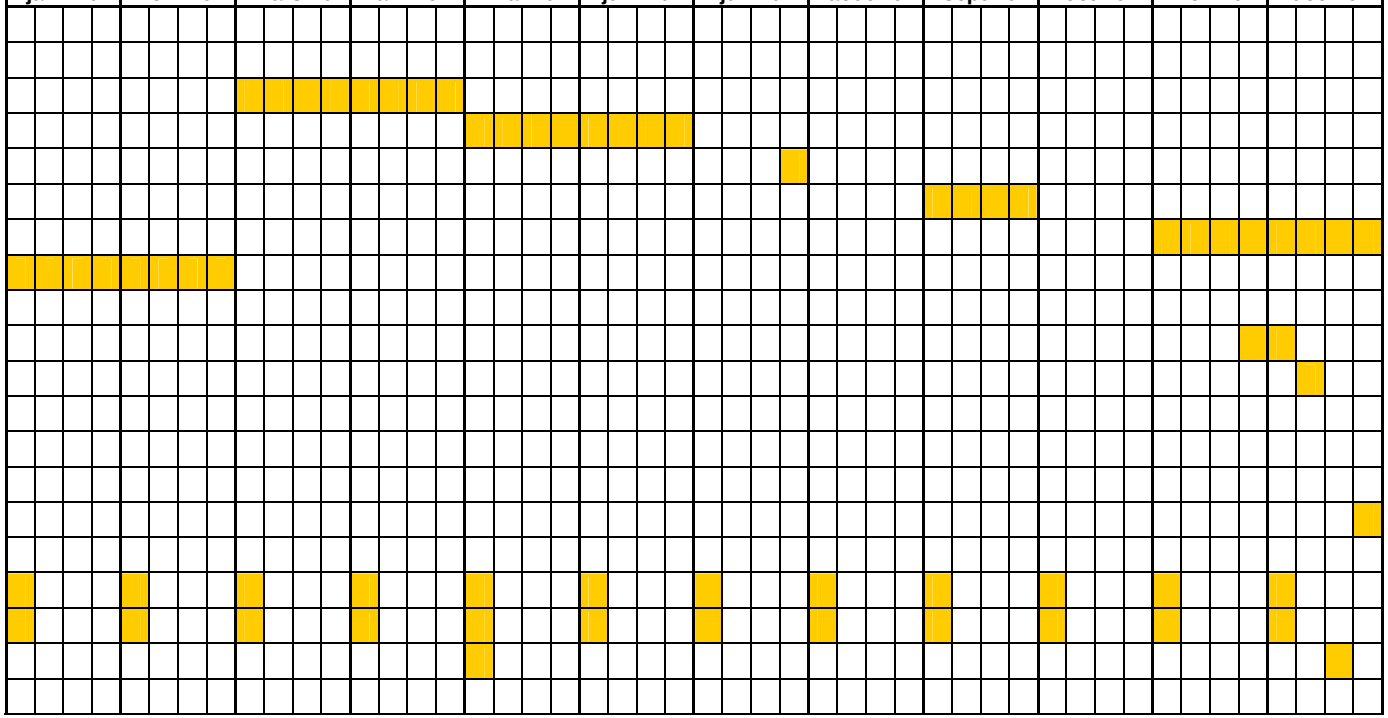
Supervision des CS

Formation ECZ
Appui à la supervision (perdiems et documents)
Outils de gestion (supports Nselo et Ngidinga)
Fournitures de bureau
0203 Suivi initiatives sur plan organisationnel et plan offre des soins
Suivi de la formation médicaments
0204 Appuyer initiatives intégration programmes verticaux
Formation PEC diabète
0205 Appuyer ECZ et HGR pour analyse indicateurs de performance
Rédaction d'un protocole de recherche première phase
Monitoring indicateurs protocole

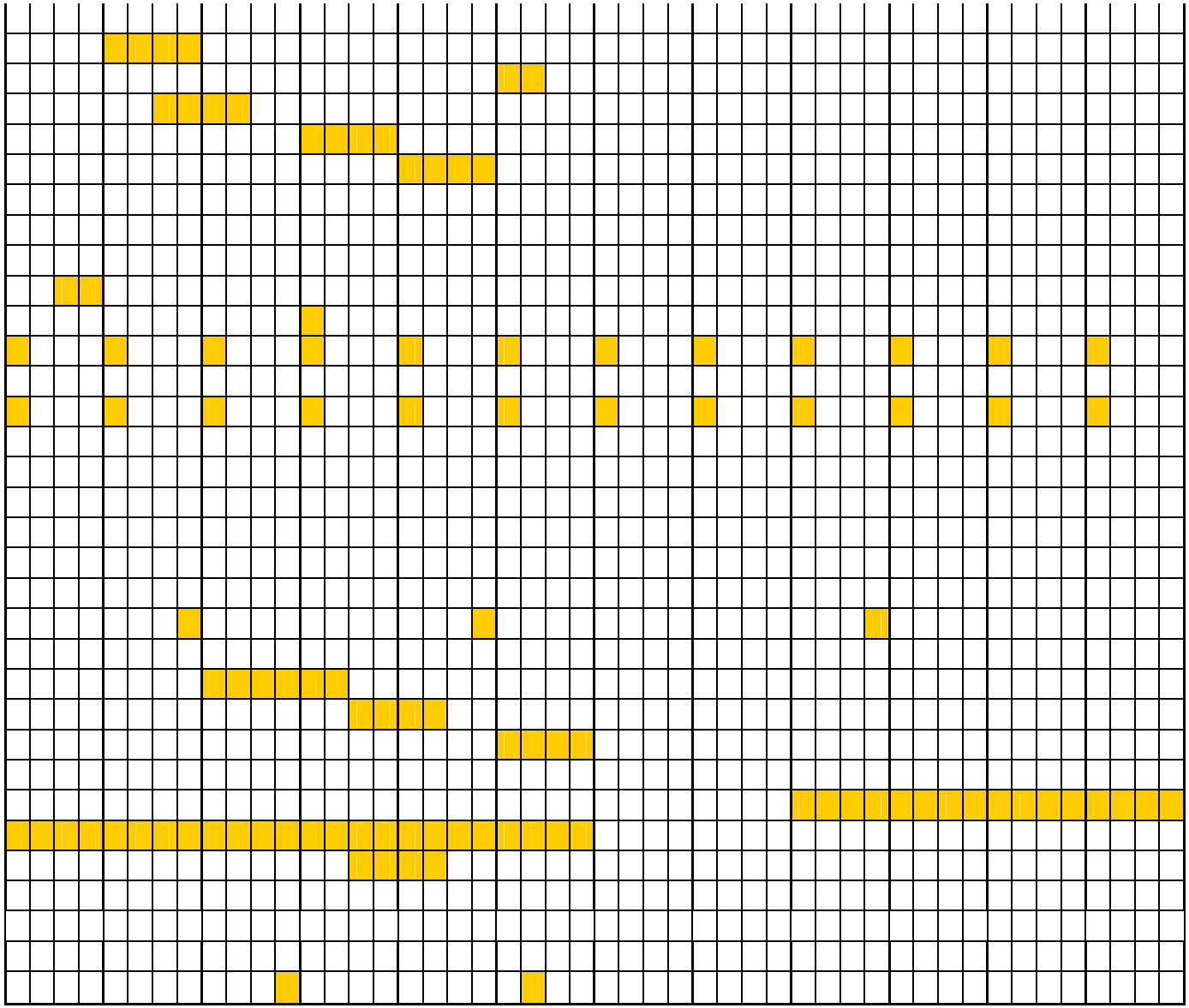


janv-10	févr-10	mars-10	avr-10	mai-10	juin-10	juil-10	août-10	sept-10	oct-10	nov-10	déc-10

03 R3 l'hôpital général de référence de Kisantu est
0301 Plan directeur global HGR et annexes et appui réhabilitation et
Recrutement d'un auteur de projet
Elaboration d'un CSC par l'auteur du projet
Lancement de l'appel d'offre exécution travaux
Recrutement de l'entrepreneur
Exécution des travaux
Exécution des travaux electricité
0302 Plan d'action annuels sur base du plan directeur
Réunions pour l'élaboration du plan d'action 2010
Elaboration du plan d'action 2010
0303 Nouvelle gestion du personnel avec mise à la retraite et
Réaffectation staff excédentaire
Redéploiement staff CS vers HGR
Mise à la retraite de certains membres du personnel
Cotisation Musakis membre personnel
Subside au forfait des hospitalisés
Appui au paiement des salaires
Appui aux activités récréatives
0304 Nouvelle gestion financière HGR (subvention au



Description de la situation et identification problèmes
Elaboration des TDR pour appui à la gestion de l'HGR
Recrutement d'un gestionnaire
TDR Audit financier
Recrutement firme audit
Audit financier de l'HGRK
Mission d'appui par le Pfsanté à la gestion de l'HGRK
Mission consultant appui à la gestion HGRK
Préparatifs pour voyage d'étude équipe de direction
Voyage d'étude
Nouvel équipement X ray
Subside au forfait des hospitalisés
Fonds de roulement pharmacie
Appui au fonctionnement
Equipement IT
Installation logiciels gestion données
Installation réseau interne
Installation internet
0305 Appuyer l'initiative de mutualisation
Analyse des données
Lobbying auprès des sociétés conventionnées
0306 Développer standards prise en charge clinique avec
TDR audit médical
Recrutement équipe audit médical
Audit médical
Réunions et ateliers pour le dvplmt des standards
Elaboration de protocoles de PEC clinique
Expertise laboratoire
Equipement laboratoire
0307 Renforcer gestion approvisionnement médicaments
Analyse de la situation
0308 Organiser lieux de stage pour IMT, encadrement étudiants
0309 Appuyer réalisation nouvelle politique malades chroniques et
Ateliers de réflexion sur la PEC des maladies chroniques



janv-10 | févr-10 | mars-10 | avr-10 | mai-10 | juin-10 | juil-10 | août-10 | sept-10 | oct-10 | nov-10 | déc-10

04 R4 Les centres et postes de santé de Kisantu sont

0401 Développer carte de couverture ZS y compris rationalisation

- Atelier de planification
- Analyse des données du recensement
- Elaboration carte de couverture ZS
- Equipement IT
- Recensement des structures
- Primes membres ECZ
- Départ à la retraite de 5 agents
- Appui au fonctionnement
- Achat 2 motos Kisantu

0402 Introduire PMA de qualité dans CS (+ fourniture équipement)

- Réunions avec l'ECZ et les chefs de 2 CS de démonstration
- Inventaire de l'équipement CS
- Equipement CS
- Atelier pour l'utilisation des ordinogrammes
- Suivi de la formation gestion médicaments
- Activités de supervision pour augmentation qualité soins dans 2 CS
- Visite ECZ Lukula à Kisantu
- Visite ECZ Kisantu à Lukula
- Stage infirmiers 3 CS + 2 Med. Superviseurs à Lukula

0403 Appuyer réhabilitation infrastructures prioritaires

- Inventaire des besoins et élaboration d'un agenda
- CSC réhabilitation Kikonka
- Appel d'offre
- Attribution marché Kikonka
- Exécution travaux
- Achat terrain Kintanu
- Rédaction CSC Maternité Nkandu 1
- Lancement de l'appel d'offre
- Sélection soumissionnaire
- Exécution des travaux

0404 Appuyer intégration programmes verticaux et prise en charge
Formation personnel soignant 3 CS PEC diabète
Equipement 3 CS diabète

janv-10 | févr-10 | mars-10 | avr-10 | mai-10 | juin-10 | juil-10 | août-10 | sept-10 | oct-10 | nov-10 | déc-10

05 R5 L'Institut Technique Médical de Kisantu répond
0501 Appuyer réhabilitation et réfection bâtiment existant
Exécution des travaux
0502 Appuyer rationalisation ressources humaines
réorganisation des horaires des professeurs à temps plein
Financement des professeurs à temps plein
Financement professeurs à temps partiel
0503 Fournir complément d'équipement pour ITM
Inventaire équipement existant et analyse
Prospection
Achat équipement médical
Equipement IT
0504 Appuyer formation initiale, complémentaire + recyclage
Audit qualité des soins
0505 Appuyer stratégie rationalisation nombre d'élèves (subvention
Appui au fonctionnement
0506 Financer les stages

janv-10 | févr-10 | mars-10 | avr-10 | mai-10 | juin-10 | juil-10 | août-10 | sept-10 | oct-10 | nov-10 | déc-10

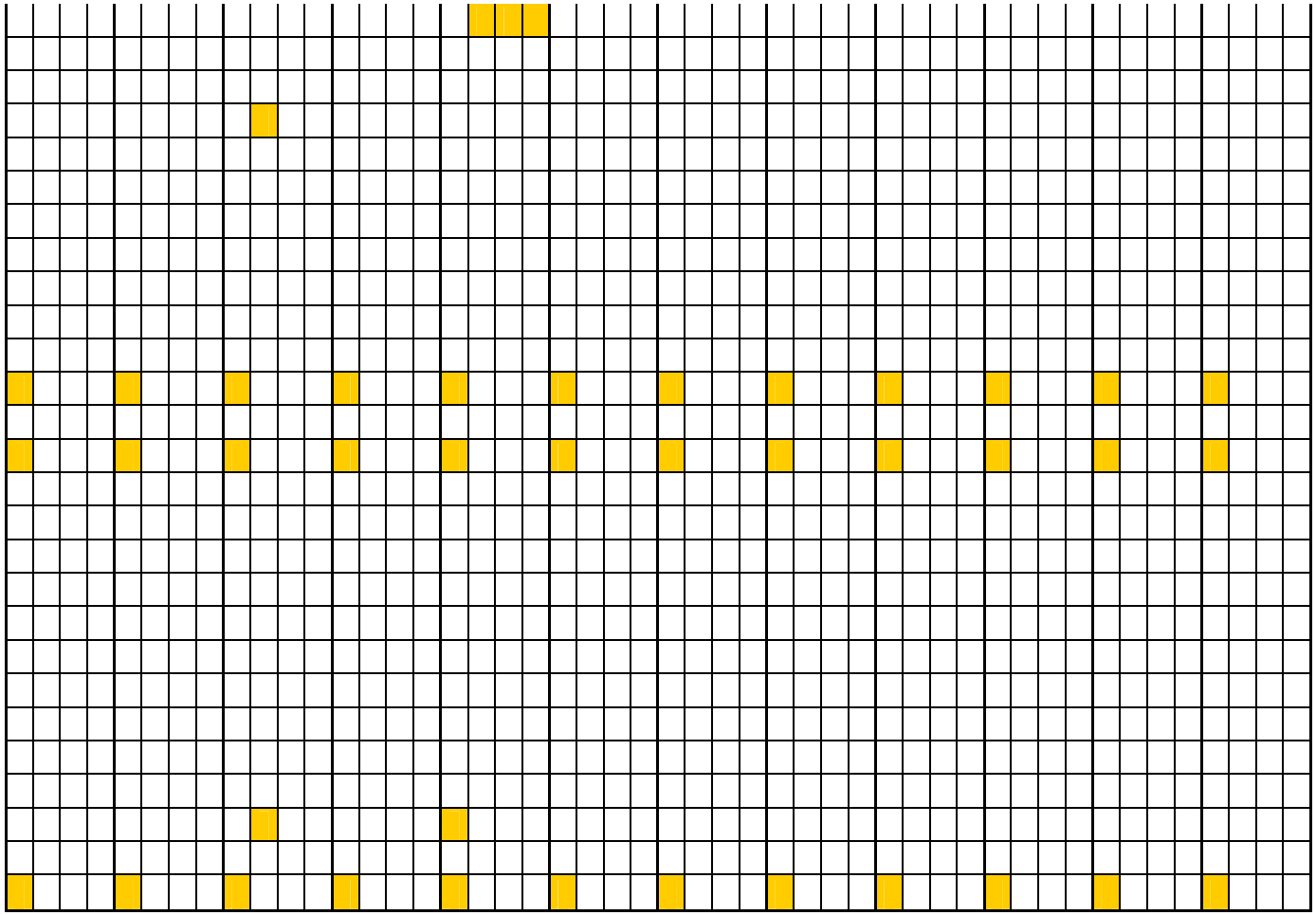
06 R6 : Les structures de la zone sanitaire de Ngidinga sont
0601 Plan directeur global HGR
Elaboration de l'appel d'offre pour le recrutement des experts
Lancement de l'appel d'offre pour le recrutement des experts
Attribution du marché
Mission des experts sur le terrain
Ateliers et réunion pour l'élaboration du plan directeur
Elaboration du plan directeur global
0602 Plans d'action annuels sur base du plan de développement
Réunions pour l'élaboration du plan d'action 2010

Elaboration du plan d'action 2010
0603 Plan de couverture sanitaire y compris rationalisation RH
Recensement de la population
Analyse des données du recensement
Elaboration carte de couverture ZS
TDR Expertise Mutuelle
Attribution du marché
Expertise Mutuelle
Equipement en panneaux solaires
Recensement des structures
Primes membres ECZ
Suivi de la formation gestion médicaments
Appui au fonctionnement
0604 Appuyer fonctionnement HGR sous condition de rationalisation
Analyse des données RH et comparaison avec celles de la ZS
0605 Appuyer réhabilitation infrastructures et équipement
Inventaire des besoins et élaboration d'un agenda
Elaboration CSC Malele
Lancement appel d'offre Malele
Atrribution marché Malele
Réalisation des travaux Malele
0606 Achat de véhicules
0607 Fonctionnement des véhicules
Formation des chauffeurs
Réparation véhicule
Appui au fonctionnement des véhicules

janv-09 | Fev 09 | mars-09 | avr-09 | mai-09 | juin-09 | juil-09 | Aout 09 | sept-09 | oct-09 | nov-09 | déc-09

07 R7 Les structures de Nselo sont progressivement
0701 Plan directeur global HGR
Elaboration de l'appel d'offre pour le recrutement des experts
Lancement de l'appel d'offre pour le recrutement des experts
Attribution du marché
Mission des experts sur le terrain

Ateliers et réunion pour l'élaboration du plan directeur
Elaboration du plan directeur global
0702 Plans d'action annuels sur base du plan développement
Réunions pour l'élaboration du plan d'action 2010
Elaboration du plan d'action 2010
0703 Plan de couverture sanitaire y compris rationalisation RH
Recensement de la population
Analyse des données du recensement
Elaboration carte de couverture ZS
Equipement en panneaux solaires
Recensement des structures
Primes membres ECZ
Suivi de la formation gestion médicaments
Appui au fonctionnement
0704 Appuyer fonctionnement HGR sous condition de rationalisation
Analyse des données RH et comparaison avec celles de la ZS
0705 Appuyer réhabilitation infrastructures et équipement
Inventaire des besoins et élaboration d'un agenda
Elaboration CSC hôpital Nselo
Lancement appel d'offre
Selection entrepreneur
Réalisation des travaux
0706 Achat de véhicules
0707 Fonctionnement des véhicules
Formation des chauffeurs
Réparation véhicule
Appui au fonctionnement des véhicules



janv-10 | févr-10 | mars-10 | avr-10 | mai-10 | juin-10 | juil-10 | août-10 | sept-10 | oct-10 | nov-10 | déc-10

08 R8 : Le niveau central est alimenté en informations
0801 Appuyer conception recherches opérationnelles et recherches
0802 Appuyer et financer recherches-actions, recherches
0803 Participer à rétro-information au niveau central (participation SMCL juin 2009

8.2 Planning financier de l'année 2010

ACTIVITES	Budget total du Projet	Dépenses au 31/12/2009	Solde au 31/12/2009	Planification 2010
A Objectif spécifique: Les soins de santé offerts aux populations de zones de santé sélectionnées sont progressivement améliorés en qualité (soins globaux, continus, intégrés, efficaces, efficients, accessibles) par des processus d'amélioration progressiv	**4042000,00**	**973602,13**	**3068397,87**	**1084199,92**
01 Résultat 1: Les zones de santé du district de Lukaya sont encadrées par l'équipe cadre provinciale du Bas-Congo	**183000,00**	**72920,36**	**110079,64**	**16000,00**
01 Bureau pour le CT, RAF, ECP, secrétaire	50000,00	32818,91	17181,09	12000,00
02 Formulation d'un plan intégré de développement	1000,00	268,14	731,86	0,00
03 Supervision des ECZ + voiture de supervision	77000,00	34838,51	42161,49	2800,00
04 Réunions de coordination entre ZS	25000,00	4179,10	20820,90	1200,00
05 Coordination intervenants dans district	0,00	0,00	0,00	0,00
06 Illustrer des démarches et outils pour fonctionnement ECD	0,00	0,00	0,00	0,00
07 Fonctionnement ECP	30000,00	815,70	29184,30	0,00
02 Résultat 2: Dans les zones de santé ciblées les équipes cadres de zones sont fonctionelles	**69000,00**	**12034,17**	**56965,83**	**16599,92**
01 Formulation plans de développement ZS	2000,00	64,03	1935,97	900,00
02 Supervision formative y compris analyse des observations et prises de décision	37000,00	11970,14	25029,86	15249,92
03 Suivi initiatives sur plan organisationnel et plan offre des soins	30000,00	0,00	30000,00	450,00
04 Appuyer initiatives intégration programmes verticaux	0,00	0,00	0,00	0,00

05 Appuyer ECZ et HGR pour analyse indicateurs de performance dans ZS et envisager solutions	0,00	0,00	0,00	0,00
03 Résultat 3: L'hôpital général de référence de Kisantu est progressivement rationalisé	**1821000,00**	**521252,72**	**1299747,28**	**722199,96**
01 Plan directeur global HGR et annexes et appui réhabilitation et construction	330000,00	56204,00	273796,00	341500,00
02 Plan d'action annuels sur base du plan directeur	6000,00	0,00	6000,00	0,00
03 Nouvelle gestion du personnel avec mise à la retraite et rationalisation des effectifs	660000,00	219933,73	440066,27	125699,96
04 Nouvelle gestion financière HGR (subvention au fonctionnement)	750000,00	201333,95	548666,05	180000,00
05 Appuyer l'initiative de mutualisation	0,00	0,00	0,00	0,00
06 Développer standards prise en charge cliniques avec rationalisation prescription + ambulance	70000,00	43781,04	26218,96	75000,00
07 Renforcer gestion approvisionnement médicaments	0,00	0,00	0,00	0,00
08 Organiser lieux de stage pour IMT, encadrement étudiants et développement stratégies restriction nombre de stagiaires	0,00	0,00	0,00	0,00
09 Appuyer réalisation nouvelle politique malades chroniques et handicapés	5000,00	0,00	5000,00	0,00
04 Résultat 4: Les centres et les postes de santé de Kisantu sont progressivement raitonalisés	**545000,00**	**72184,68**	**472815,32**	**94500,04**
01 Développer carte de couverture ZS y compris rationalisation personnel	420000,00	17546,40	402453,60	40700,00
02 Introduire PMA de qualité dans CS (+ fourniture équipement)	100000,00	31880,08	68119,92	28800,04
03 Appuyer réhabilitation infrastructures prioritaires	25000,00	22758,20	2241,80	25000,00
04 Appuyer intégration programmes verticaux et prise en charge des malades chroniques dans PMA	0,00	0,00	0,00	0,00
05 Résultat 5: L'institut Technique Médical de Kisantu répond progressivement mieux aux besoins de formation de base complémentaire et continue	**195750,00**	**76913,94**	**118836,06**	**56000,00**
01 Appuyer réhabilitation et réfection bâtiment existant	20000,00	25776,31	-5776,31	0,00
02 Appuyer rationalisation ressources humaines	80500,00	36289,90	44210,10	31000,00
03 Fournir complément d'équipement pour ITM	20000,00	13895,74	6104,26	25000,00
04 Appuyer formation initiale, complémentaire + recyclage personnel infirmier en technique d'accouchement	10000,00	811,03	9188,97	0,00

05 Appuyer stratégie rationalisation nombre d'élèves (subvention fonctionnement)	55250,00	140,96	55109,04	0,00
06 Financer les stages	10000,00	0,00	10000,00	0,00
06 Résultat 6: Les structures de la zone sanitaire de Ngidinga sont progressivement rationalisées	**621000,00**	**74672,03**	**546327,97**	**88100,00**
01 Plan directeur global HGR	15000,00	0,00	15000,00	15000,00
02 Plans d'action annuels sur base du plan développement sanitaire ZS	6000,00	342,80	5657,20	500,00
03 Plan de couverture sanitaire y compris rationalisation des RH ZS	375000,00	17414,37	357585,63	41200,00
04 Appuyer fonctionnement HGR sous condition de rationalisation du personnel et baisse des tarifs	40000,00	1282,51	38717,49	0,00
05 Appuyer réhabilitation infrastructures et équipement	60000,00	1853,40	58146,60	25000,00
06 Achat des véhicules de la Zs	65000,00	37740,86	27259,14	0,00
07 Fonctionnement des véhicules et formation des chauffeurs	60000,00	16038,09	43961,91	6400,00
07 Résultat 7: Les structures de la zone sanitaire de Nselo sont progressivement rationalisées	**536000,00**	**137903,66**	**398096,34**	**87800,00**
01 Plan directeur global HGR	15000,00	0,00	15000,00	15000,00
02 Plans d'action annuels sur base du plan développement sanitaire ZS	6000,00	365,56	5634,44	500,00
03 Plan de couverture sanitaire y compris rationalisation des RH ZS	305000,00	17290,50	287709,50	40900,00
04 Appuyer fonctionnement HGR sous condition de rationalisation du personnel et baisse des tarifs	20000,00	4142,26	15857,74	0,00
05 Appuyer réhabilitation infrastructures et équipement	65000,00	26602,39	38397,61	25000,00
06 Achat et fonctionnement des véhicules de la Zs	65000,00	71745,97	-6745,97	0,00
07 Fonctionnement des véhicules et formation des chauffeurs	60000,00	17756,98	42243,02	6400,00
08 Résultat 8: Le niveau central est alimenté en informations pertinentes pour la planification du secteur résultant de recherches effectuées par le programme	**71250,00**	**5720,57**	**65529,43**	**3000,00**
01 Appuyer conception recherches opérationelles et recherches-action	0,00	0,00	0,00	0,00
02 Appuyer et financer recherches-action, recherches opérationnelles, monitorage et analyse données	64770,00	0,00	64770,00	0,00
03 Participer à retro-information au niveau central (participation aux ateliers/réunions)	6480,00	5720,57	759,43	3000,00

X Réserve budgétaire en régie (max 5% du total des activités)	**13500,00**	**0,00**	**13500,00**	**0,00**
01 Réserve budgétaire	**13500,00**	**0,00**	**13500,00**	**0,00**
01 Réserve budgétaire REGIE	13500,00	0,00	13500,00	0,00
Z Moyens généraux	**1344500,00**	**508757,63**	**835742,37**	**243950,00**
01 Frais de personnel	**880000,00**	**396562,93**	**483437,07**	**211150,00**
01 Assistant technique	720000,00	327070,39	392929,61	159500,00
02 Staff administratif et logistique du projet	80000,00	47490,97	32509,03	33650,00
03 Ressources financières et procurement (PFMT)	80000,00	22001,57	57998,43	18000,00
02 Investissements	**44500,00**	**32181,87**	**12318,13**	**0,00**
01 Véhicules Toyota 4x4	27000,00	17072,36	9927,64	0,00
02 Equipement IT et coffre fort	17500,00	15109,51	2390,49	0,00
03 Frais de fonctionnement	**220000,00**	**68247,15**	**151752,85**	**28800,00**
01 Expertises ponctuelles	65000,00	707,45	64292,55	0,00
02 Autres frais de fonctionnement	80000,00	42003,81	37996,19	15000,00
03 Fonctionnement voiture AT	75000,00	25535,89	49464,11	13800,00
04 Suivi et Evaluation	**200000,00**	**11765,68**	**188234,32**	**4000,00**
01 Suivi scientifique	130000,00	11765,68	118234,32	4000,00
02 Audit locale	20000,00	0,00	20000,00	0,00
03 Evaluation finale	50000,00	0,00	50000,00	0,00
TOTAL GENERAL	**5400000,00**	**1482359,76**	**3917640,24**	**1328149,92**

9 CONCLUSIONS

9.1 Activités et Finances

Dans l'ensemble, on voit que la mise en place d'un système de tarification forfaitaire contribue à la rationalisation de l'utilisation des ressources et par ce biais, à la rationalisation des coûts des services de santé.

En un temps relativement court, les structures de la ZS de Kisantu ont vu leur fréquentation se répartir de façon beaucoup plus rationnelle en parallèle avec une augmentation importante de l'accessibilité financière aux soins de santé.

On entre donc dans un cercle vertueux qui mène à l'augmentation de la viabilité des structures, elles mêmes renforçant l'accessibilité des soins.

Le processus doit encore être affiné et étendu aux consultations externes de l'HGR afin d'être cohérent. Le processus de rationalisation est donc en marche. La rationalisation du personnel dans les CS et l'HGR de la ZS de Kisantu va continuer en 2010.

Mais il y a en parallèle tout un travail à faire pour améliorer la qualité des soins offerts au sein des structures de santé. Si, au niveau des CS de la ZS de Kisantu, les ordinogrammes sont appliqués, il y a encore des efforts à faire au niveau de la rationalisation de la prescription diagnostique et thérapeutique au niveau de l'HGR. L'amélioration de la qualité des soins doit en effet faire l'objet d'une attention particulière et intensive, surtout en ce qui concerne l'usage rationnel des prescriptions de médicaments, d'interventions et d'examens complémentaires Ceci peut être en partie amélioré par la mise en place de protocoles hospitaliers.

Tout ce processus met en évidence l'existence de besoins non couverts en infrastructure, au niveau de l'HGR de Kisantu, au niveau de certains CS de Kisantu qui ont vu leur fréquentation augmenter de façon parfois spectaculaire mais aussi au niveau des structures de santé des ZS de Nselo et Ndiginga. Or, le projet n'a pas prévu de tels investissements.

Le budget prévu dans le DTF ASSNIP 3 prévoit effectivement peu de travaux de construction et de réhabilitation mais dispose par contre de gros montants pour la rationalisation du personnel dans les 3 ZS qui ne pourront pas être absorbés d'ici la fin du projet. Ceci est déjà prévisible notamment parce que la pléthore concerne surtout la ZS de Kisantu et peu les ZS de Nselo et Ngidinga et que les montants prévus pour rationaliser le personnel qui y travaille sont surestimés.

A Kisantu, une certaine rationalisation est nécessaire et prend cours en 2010 mais les montants prévus à cet effet sont également surestimés. De plus, l'effet de réorientation des patients vers les CS pour les soins de santé de premier échelon mène à en engorgement CS les plus proches de l'hôpital qui, en plus des besoins de réhabilitations, expriment des besoins d'extension.

L'HGR de Kisantu devrait également être le site de profondes modifications architecturales qui sont décrites dans le plan directeur. Mais là aussi, le budget est largement insuffisant.

Enfin, les moyens généraux sont également insuffisants, d'une part parce qu'ils ont été sous estimés, d'autre part parce que le rythme atteint par le programme et l'obtention de premiers résultats encourageants donnent des opportunités qui, pour être saisies, nécessiteront une augmentation des moyens logistiques et des ressources humaines du projet.

Par conséquent, des modifications budgétaires importantes devraient avoir lieu incluant une extension budgétaire (voir annexe). Cette extension devrait se faire une fois le budget initial épuisé. Il faut donc procéder à des réaménagements budgétaires au niveau de l'actuel budget afin de couvrir les déficits qui s'annoncent sur certaines lignes et répondre aux besoins de réhabilitation les plus urgents.

On peut donc proposer à ce stade une diminution du terme du projet sur 3 ans au lieu de 5, couplée à des réaménagements budgétaires qui permettront l'utilisation des lignes excédentaires pour financer les travaux de réhabilitation les plus urgents.

Ensuite, afin de consolider les acquis, une extension du projet et une extension de son budget (4 Millions d'Euros) sont proposées jusqu'à la fin du PIC (décembre 2013).

Ceci permettra de mener le processus d'appui technique et financier de façon dégressive à son niveau minimal.

Outre l'amélioration de la qualité des soins, une fois les acquis consolidés et un certain équilibre obtenu entre les recettes et les dépenses des structures de santé, on pourra déterminer, à fréquentation optimale de ces structures par leur population de responsabilité et à utilisation rationnelle des ressources, quelle est la part d'appui financier que l'état devra fournir pour que les résultats obtenus soient pérennes.

9.2 Critères de suivi

9.2.1 Efficience

Les réformes mises en œuvre au niveau de la ZS de Kisantu ont démontré une augmentation de la viabilité des structures de santé grâce à l'augmentation de l'efficience de leurs services.

9.2.2 Efficacité

Voir 6.2

9.2.3 Durabilité

De même, les réformes mises en œuvre dans la ZS de Kisantu, par l'augmentation de la viabilité des structures, offrent une meilleure garantie de durabilité des résultats, même si le processus n'est pas terminé.
Une vois ce processus arrivé à son terme, une phase de consolidation des acquis sera indispensable pour donner une chance de pérennité aux résultats obtenus.

9.3 Recommandations de la SMCL

Les recommandations soumises à la SMCL et en attentes de leur approbation concernent les activités, leur planification financière et le cadre logique de façon conjointe et sont :

1. Passage du terme du projet de 5 à 3 ans
2. Réaménagements budgétaires conformément au nouveau planning financier sur 3 ans avec le même budget initial pour
   - Eviter les déficits
   - Financer les travaux de réhabilitation les plus urgents
   - Utiliser les lignes budgétaires excédentaires
3. Demande d'une deuxième phase de consolidation des acquis d'un budget de 4 Millions qui permettra
   - De financer le reste des travaux de réhabilitation pour les structures prioritaires
   - De mener le processus d'appui dégressif à son terme
   - D'identifier, à fréquentation optimale des structures de santé et à utilisation rationnelle des ressources, l'appui que l'Etat devra apporter pour pérenniser les résultats obtenus
4. Demande à la SMCL d'aider à résoudre le problème des dettes des FARDC et PNC

10 ANNEXES

10.1 Passage du terme à 3 ans, réaménagement budgétaire et budgetisation phase II

10.2 Aperçu des marchés publics