CTB

AGENCE BELGE
DE DÉVELOPPEMENT

RAPPORT ANNUEL 2010

PROJET D'APPUI AU SYSTÈME DE SANTÉ AUX NIVEAUX INTERMÉDIAIRE ET PÉRIPHÉRIQUE, VOLET 3, DISTRICT DE LA LUKAYA, BAS CONGO, RDC…

Table des matières

1 FICHE PROJET 3

2 RÉSUMÉ 4

2.1 APERÇU DE L'INTERVENTION 4

2.2 POINTS SAILLANTS 7

2.3 LEÇONS APPRISES ET RECOMMANDATIONS 8

3 EVOLUTION DU CONTEXTE 9

4 ANALYSE DE L'INTERVENTION 11

4.1 ANCRAGE INSTITUTIONNEL ET MODALITÉS D'EXÉCUTION 11

4.2 OBJECTIF SPÉCIFIQUE 12

4.2.1 Indicateurs 12
4.2.2 Analyse des progrès réalisés 12
4.2.3 Risques & hypothèses 13
4.2.4 Critères de qualité 14
4.2.5 Impact 15
4.2.6 Leçons apprises et recommandations 15

4.3 RÉSULTAT 1 18

4.3.1 Indicateurs 18
4.3.2 Bilan activités 18
4.3.3 Analyse des progrès réalisés 18
4.3.4 Risques et hypothèses 19
4.3.5 Critères de qualité 19
4.3.6 Exécution budgétaire 19
4.3.7 Leçons apprises et recommandations 19

5 BÉNÉFICIAIRES 45

6 SUIVI DES DÉCISIONS PRISES PAR LA SMCL 48

7 ANNEXES 49

1 Fiche projet

DGD Numéro d'Intervention	3004381
Code navision CTB	RDC0708701
Partenaire local	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 12220
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 Résumé

2.1 Aperçu de l'intervention

Logique d'intervention	Efficacité	Efficience	Durabilité
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	B	B	D
Résultats **Résultat 1:** Les Zones de Santé du district de La Lukaya sont encadrées par l'Equipe Cadre Provinciale du Bas-Congo	C	C	D
Résultat 2: Dans les Zones de Santé ciblées les Equipes Cadres de Zones sont fonctionnelles	B	A	B
Résultat 3: L'Hôpital Général de Référence de Kisantu est progressivement rationalisé	A/B	A	D
Résultat 4: Les centres de santé de Kisantu sont progressivement rationalisés	A	A	C
Résultat 5: L'Institut Technique Médical de Kisantu répond progressivement mieux aux besoins de formation de base et pour le personnel en place	B	B	D
Résultat 6: Les structures de la zone sanitaire de Ngidinga sont progressivement rationalisées	C	B	C
Résultat 7: Les structures de la zone sanitaire de Nselo sont progressivement rationalisées	C	B	C
Résultat 8: Le niveau central est alimenté en informations pertinentes pour la planification du secteur résultant de recherches effectuées par le programme	B	C	C

NB : le secteur santé à orientation publique ne pouvant fonctionner sans subsides, au plus on est avancé dans les résultats et dans la restructuration du système, au plus leur pérennité est menacée.

ACTIVITES	Budget total du Projet	Dépenses 2008	Dépenses 2009	Dépenses 2010	Dépenses au 31/12/2010	SOLDE 31/12/2010	% Exec Dépenses au 31/12/2010
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	**4 042 000,00**	**59 437,38**	**910 612,17**	**1 380 164,02**	**2 350 213,57**	**1 691 786,43**	**58,14%**
01 Résultat 1: Les zones de santé du district de Lukaya sont encadrées par l'équipe cadre provinciale du Bas-Congo	**183 000,00**	**24528,94**	**46689,74**	**36106,51**	**107325,18**	**75674,82**	**58,65%**
01 Bureau pour le CT, RAF, ECP, secrétaire	50 000,00	23 743,94	9 074,97	8 367,50	41 186,42	**8813,58**	82,37%
02 Formulation d'un plan intégré de développement	1 000,00	67,04	0,00	4 036,04	4 103,07	**-3103,07**	410,31%
03 Supervision des ECZ + voiture de supervision	77 000,00	111,77	33 860,82	13 302,11	47 274,69	**29725,31**	61,40%
04 Réunions de coordination entre ZS	25 000,00	606,19	2 833,26	6 532,18	9 971,63	**15028,37**	39,89%
05 Coordination intervenants dans district	0,00	0,00	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	0,00	**0,00**	
07 Fonctionnement ECP	30 000,00	0,00	920,69	3 868,67	4 789,36	**25210,64**	15,96%
02 Résultat 2: Dans les zones de santé ciblées les équipes cadres de zones sont fonctionelles	**69 000,00**	**1 715,12**	**23 053,01**	**14 034,00**	**38 802,13**	**30197,87**	**56,23%**
01 Formulation plans de développement ZS	2 000,00	64,03	0,00	0,00	64,03	**1935,97**	3,20%
02 Supervision formative y compris analyse des observations et prises de décision	37 000,00	1 651,09	23 053,00	12 527,53	37 231,62	**-231,62**	100,63%
03 Suivi initiatives sur plan organisationnel et plan offre des soins	30 000,00	0,00	0,00	1 506,47	1 506,48	**28493,52**	5,02%
04 Appuyer initiatives intégration programmes verticaux	0,00	0,00	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	0,00	**0,00**	
03 Résultat 3: L'hôpital général de référence de Kisantu est progressivement rationalisé	**1 821 000,00**	**15 715,00**	**503 464,35**	**981 938,54**	**1 501 117,89**	**319882,11**	**82,43%**
01 Plan directeur global HGR et annexes et appui réhabilitation et construction	330 000,00	0,00	58 580,58	258 726,52	317 307,10	**12692,90**	96,15%
02 Plan d'action annuels sur base du plan directeur	6 000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**6000,00**	
03 Nouvelle gestion du personnel avec mise à la retraite et rationalisation des effectifs	660 000,00	7 270,84	223 924,96	121 813,20	353 008,99	**306991,01**	53,49%
04 Nouvelle gestion financière HGR (subvention au fonctionnement)	750 000,00	8 444,16	178 368,19	528 524,63	715 336,98	**34663,02**	95,38%
05 Appuyer l'initiative de mutualisation	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**0,00**	0,00%
06 Développer standards prise en charge cliniques avec rationalisation prescription + ambulance	70 000,00	0,00	42 590,61	72 874,19	115 464,81	**-45464,81**	164,95%
07 Renforcer gestion approvisionnement médicaments	0,00	0,00	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	0,00	**0,00**	
09 Appuyer réalisation nouvelle politique malades chroniques et handicapés	5 000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**5000,00**	
04 Résultat 4: Les centres et les postes de santé de Kisantu sont progressivement raitonalisés	**545 000,00**	**0,00**	**68 689,75**	**136 540,96**	**205 230,71**	**339769,29**	**37,66%**
01 Développer carte de couverture ZS y compris rationalisation personnel	179 685,00	0,00	13 523,52	71 553,96	85 077,48	**94607,52**	47,35%
02 Introduire PMA de qualité dans CS (+ fourniture équipement)	100 000,00	0,00	32 408,03	52 119,77	84 527,80	**15472,20**	84,53%
03 Appuyer réhabilitation infrastructures prioritaires	240 315,00	0,00	22 758,20	12 867,23	35 625,43	**204689,57**	14,82%
04 Appuyer intégration programmes verticaux et prise en charge des malades chroniques dans PMA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**0,00**	
05 Appuyer l'initiative de mutualisation	25 000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**25000,00**	
05 Résultat 5: L'institut Technique Médical de Kisantu répond progressivement mieux aux besoins de formation de base complémentaire et continue	**195 750,00**	**4 229,88**	**72 684,06**	**29 943,30**	**106 857,24**	**88892,76**	**54,59%**
01 Appuyer réhabilitation et réfection bâtiment existant	20 000,00	0,00	25 776,31	8 500,32	34 276,63	**-14276,63**	171,38%
02 Appuyer rationalisation ressources humaines	80 500,00	4 229,88	32 060,02	19 285,49	55 575,39	**24924,61**	69,04%
03 Fournir complément d'équipement pour ITM	20 000,00	0,00	13 895,74	1 024,52	14 920,26	**5079,74**	74,60%
04 Appuyer formation initiale, complémentaire + recyclage personnel infirmier en technique d'accouchement	10 000,00	0,00	811,03	0,00	811,03	**9188,97**	8,11%
05 Appuyer stratégie rationalisation nombre d'élèves (subvention fonctionnement)	55 250,00	0,00	140,96	1 132,97	1 273,93	**53976,07**	2,31%
06 Financer les stages	10 000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**10000,00**	0,00%

06 Résultat 6: Les structures de la zone sanitaire de Ngidinga sont progressivement rationalisées	**621 000,00**	**5 752,66**	**64 665,16**	**117 899,90**	**188 317,71**	**432682,29**	**30,32%**
01 Plan directeur global HGR	35 000,00	0,00	0,00	14,92	14,92	**34985,08**	0,04%
02 Plans d'action annuels sur base du plan développement sanitaire ZS	6 000,00	0,00	342,80	1 125,27	1 468,07	**4531,93**	24,47%
03 Plan de couverture sanitaire y compris rationalisation des RH ZS	160 526,00	0,00	13 505,58	30 509,62	44 015,19	**116510,81**	27,42%
04 Appuyer fonctionnement HGR sous condition de rationalisation du personnel et baisse des tarifs	40 000,00	0,00	937,09	10 826,67	11 763,76	**28236,24**	29,41%
05 Appuyer réhabilitation infrastructures et équipement	254 474,00	0,00	1 853,40	23 699,30	25 552,70	**228921,30**	10,04%
06 Achat des véhicules de la Zs	65 000,00	5 735,73	32 005,13	34 414,69	72 155,55	**-7155,55**	111,01%
07 Fonctionnement des véhicules et formation des chauffeurs	60 000,00	16,93	16 021,16	17 309,43	33 347,52	**26652,48**	55,58%
07 Résultat 7: Les structures de la zone sanitaire de Nselo sont progressivement rationalisées	**536 000,00**	**5 753,91**	**127 851,64**	**52 913,99**	**186 519,54**	**349480,46**	**34,80%**
01 Plan directeur global HGR	35 000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**35000,00**	0,00%
02 Plans d'action annuels sur base du plan développement sanitaire ZS	6 000,00	0,00	365,56	1 473,92	1 839,48	**4160,52**	30,66%
03 Plan de couverture sanitaire y compris rationalisation des RH ZS	82 611,00	0,00	13 387,70	36 835,38	50 223,08	**32387,92**	60,79%
04 Appuyer fonctionnement HGR sous condition de rationalisation du personnel et baisse des tarifs	20 000,00	0,00	3 796,85	621,72	4 418,57	**15581,43**	22,09%
05 Appuyer réhabilitation infrastructures et équipement	267 389,00	0,00	26 552,49	1 033,10	27 585,59	**239803,41**	10,32%
06 Achat et fonctionnement des véhicules de la Zs	65 000,00	5 735,73	66 010,24	0,00	71 745,97	**-6745,97**	110,38%
07 Fonctionnement des véhicules et formation des chauffeurs	60 000,00	18,18	17 738,80	12 949,86	30 706,85	**29293,15**	51,18%
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**	**1 741,87**	**3 514,47**	**10 786,83**	**16 043,17**	**55206,83**	**22,52%**
01 Appuyer conception recherches opérationelles et recherches-action	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**0,00**	
02 Appuyer et financer recherches-action, recherches opérationnelles, monitorage et analyse données	30 000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**30000,00**	
03 Participer à retro-information au niveau central (participation aux ateliers/réunions)	41 250,00	1 741,87	3 514,47	10 786,83	16 043,17	**25206,83**	38,89%
X Réserve budgétaire en régie (max 5% du total des activités)	**13 500,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**13500,00**	**0,00%**
01 Réserve budgétaire	**13500,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**13500,00**	
01 Réserve budgétaire REGIE	13 500,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**13500,00**	
Z Moyens généraux	**1 344 500,00**	**268 342,39**	**244 105,31**	**275 648,48**	**788 096,17**	**556403,83**	**58,62%**
01 Frais de personnel	**905 714,00**	**175 417,06**	**221 022,18**	**214 294,73**	**610 733,98**	**294980,02**	**67,43%**
01 Assistant technique	720 000,00	157 774,41	169 172,30	176 697,00	503 643,71	**216356,29**	69,95%
02 Staff administratif et logistique du projet	125 714,00	16 126,38	31 364,59	31 204,25	78 695,22	**47018,78**	62,60%
03 Ressources financières et procurement (PFMT)	60 000,00	1 516,28	20 485,29	6 393,48	28 395,05	**31604,95**	47,33%
02 Investissements	**44 500,00**	**45 890,88**	**-13 709,01**	**3 159,25**	**35 341,11**	**9158,89**	**79,42%**
01 Véhicules Toyota 4x4	27 000,00	31 066,76	13 994,40	370,31	17 442,67	**9557,33**	64,60%
02 Equipement IT et coffre fort	17 500,00	14 824,12	285,39	2 788,93	17 898,44	**-398,44**	102,28%
03 Frais de fonctionnement	**257 538,00**	**42 225,57**	**29 835,34**	**42 893,64**	**114 954,54**	**142583,46**	**44,64%**
01 Expertises ponctuelles	65 000,00	0,00	707,45	-707,45	0,00	**65000,00**	0,00%
02 Autres frais de fonctionnement	117 538,00	19 578,63	26 238,94	35 635,76	81 453,33	**36084,67**	69,30%
03 Fonctionnement voiture AT	75 000,00	22 646,94	2 888,95	7 965,33	33 501,22	**41498,78**	44,67%
04 Suivi et Evaluation	**136 748,00**	**4 808,87**	**6 956,81**	**15 300,86**	**27 066,54**	**109681,46**	**19,79%**
01 Suivi scientifique	66 748,00	4 808,87	6 956,81	15 296,87	27 062,55	**39685,45**	40,54%
02 Audit locale	20 000,00	0,00	0,00	3,99	3,99	**19996,01**	0,02%
03 Evaluation finale	50 000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**50000,00**	0,00%
TOTAL GENERAL	**5 400 000,00**	**327 779,77**	**1 154 717,49**	**1 655 812,50**	**3 138 309,75**	**2261690,25**	**58,12%**

2.2 Points saillants

Dans son ensemble, le projet a obtenu, à ce stade, certains résultats très encourageants. Les résultats attendus pour la ZS de Kisantu sont déjà visibles et l'objectif est en train d'être atteint. Les résultats concernant la mise en place et le rôle des zones de santé sont en bonne voie également.
Les résultats attendus pour la ZS de Nselo pourront probablement être également au moins partiellement obtenus dans le courant de l'année 2011. Mais son éloignement et les difficultés d'accès en saison des pluies ainsi que le peu de moyens disponibles au niveau du projet pour cette zone de santé rendent difficile un appui technique et financier consistant. Néanmoins, il sera probablement possible d'y mettre en place des changements importants visant à améliorer l'accès et la qualité des soins.

En ce qui concerne la ZS de Ngidinga, le problème est encore plus important en raison du départ fin 2010 du médecin chef de zone et de l'éloignement plus marqué de cette ZS, l'accès y étant parfois impossible en saison des pluies.
Il sera difficile d'y obtenir les résultats attendus avant la fin du projet dont le terme a été ramené à mi 2012 lors de la SMCL du 25 novembre dernier.

C'est un autre point capital de l'année 2010.
L'obtention précoce de la majorité des résultats attendus du projet et le niveau intense de ses activités ont été possibles grâce aux compétences et au dynamisme des acteurs de terrain. L'exécution budgétaire a suivi le rythme du projet mais bon nombre de lignes budgétaires, notamment dans l'appui en construction et réhabilitation ainsi que dans les moyens généraux ont été sous estimées.

L'ensemble de ces constats a amené le projet à proposer de réduire le terme du projet à 4 ans au lieu de 5 et à donc fixer son terme à mi 2012, tout en sollicitant l'obtention d'une extension de budget (4, 7 Millions d'Euros) permettant de répondre aux besoins en infrastructure des 3 zones de santé, de continuer les activités jusqu'à la fin du PIC (fin 2013) et ainsi de se donner le temps de non seulement consolider les acquis mais aussi d'assurer la reprise de l'appui financier au-delà du PIC.

Ceci permettrait aussi d'obtenir des résultats plus importants dans les zones rurales d'intervention (Nselo et surtout Ngidinga).

Dans le cas contraire, la zone de Kisantu aura juste démontré qu'il est possible de rationaliser le système et l'utilisation de ses ressources et d'atteindre un niveau de fonctionnalité satisfaisant moyennant un appui financier prévisible et relativement modeste. Mais ces résultats resteront

alors fragiles et risquent bien de disparaître dès que le projet s'arrêtera.

2.3 Leçons apprises et recommandations

Des résultats ont pu être obtenus au niveau périphérique mais l'appropriation par le niveau provincial (ECP) demeure insatisfaisante. La sélection des membres de l'ECP telle que prévue dans le DTF reste inexistante, malgré les recommandations formulées lors de toutes les SMCL. La sélection de l'homologue, membre de l'ECP délocalisé à Kisantu s'inscrit dans la même logique et devrait permettre d'intensifier l'interface et les interactions entre les niveaux périphérique et intermédiaire et la mise en place de ce processus reste une recommandation d'actualité.

La deuxième recommandation générale de ce rapport concerne l'obtention de l'extension budgétaire (4,7 Millions d'Euros) dont la nécessité a été mise en évidence par le projet depuis 2009.

Cette extension a pour but de répondre aux besoins en infrastructure des zones qui n'ont pas pu être pris en compte jusqu'ici dans les zones d'intervention, faute de budget ainsi que d'aller plus en avant dans le processus de rationalisation et ce, jusqu'à le fin du PIC afin de consolider les acquis et de se donner toutes les chances d'assurer la continuité d'un appui financier rationnel, minimal et stable au-delà du PIC.

3 Evolution du contexte

Stabilisation du Franc Congolais par rapport au Dollar Américain
Depuis le début de l'année 2010, on a assisté à une certaine stabilisation du Franc Congolais. Rappelons qu'en 2009, le franc congolais avait dévalué quasiment de moitié sur un an de temps et ceci a eu de lourdes conséquences sur la planification et les modalités de financement des services de santé car médicaments et autres intrants sont disponibles sur le marché en USD.

Cette stabilisation de la monnaie du pays a permis une stabilisation des tarifs forfaitaires mis en place depuis 2009 à l'Hôpital général de Référence de Kisantu et dans les Centres de Santé intégrés de la zone de santé. Les nouveaux tarifs mis en place correspondent aujourd'hui au coût réel et relativement stable des soins de santé et ce coût a été identifié par analyse approfondie de la comptabilité des structures.
Une planification est dès lors possible, ce qui ne peut se faire dans un contexte de dévaluation drastique de la monnaie utilisée par la population.

Evolution des données relatives à la population des zones d'intervention
L'élaboration par satellite de la cartographie des zones de santé réalisée fin 2010 et confrontée au dénombrement financé par la CTB en 2009 montre des modifications importantes dans la répartition de la population, ce qui a une importance capitale dans l'organisation des services de santé. Si la zone de santé de Kisantu a gardé une population d'ampleur similaire à celle estimée par extrapolation depuis les derniers recensements des années 80, sa répartition à travers la zone a profondément changé, les aires de santé les plus rurales s'étant vidées au profit des zones urbaines ou semi urbaines.

En 2011, le même exercice d'élaboration de cartographie sera fait pour les zones de santé de Nselo et de Ngidinga. Etant donné qu'il s'agit de zones rurales relativement reculées, on peut s'attendre à ce que celles-ci se soient également vidées de façon généralisée (c'est d'ailleurs ce que suggérait déjà le dénombrement de 2009). Ceci aura un impact non négligeable sur le fonctionnement des structures de santé et sur l'organisation du système et posera la question de l'adéquation des actuelles cartes de couverture sanitaire.

Nouvelles nominations au ministère provincial et central et au niveau de la division provinciale
En 2010, de nouveaux acteurs sont apparus sur la scène provinciale et au niveau central, des changements de poste ont eu lieu, notamment au niveau du secrétariat général du ministère de la santé. Un nouveau médecin inspecteur provincial (MIP) et un nouveau Ministre Provincial en

charge de la santé ont permis une meilleure collaboration avec les deux volets du programme ASSNIP dans la province du Bas Congo.
Néanmoins, la question de la sélection des membres de l'Equipe Cadre Provinciale sur base des compétences demeure et le processus en est toujours au point mort. Les membres actuellement en fonction ont parfois moins de compétences que les médecins chefs de zone qu'ils sont sensés superviser et encadrer et cela cause un profond malaise à tous les niveaux.
Au niveau central, la situation est pour le moins préoccupante. Le manque d'intérêt pour les résultats obtenus dans le cadre des projets ASSNIP est manifeste au niveau du secrétariat général depuis que sa composition a changé. Le choix de travailler avec des hôpitaux confessionnels fait lors de l'identification ASSNIP 3 est aujourd'hui controversé à ce niveau et le fait de mettre un budget à disposition de projets aux niveaux périphérique et intermédiaire sans que le niveau central puisse y avoir accès, également.
Ceci hypothèque la pérennisation et la reproduction des résultats pourtant possible.

Fin des volets 1 et 2 du programme ASSNIP
Fin 2010, la perspective de clôture des volets 1 et 2 du programme ASSNIP sans que le budget de la deuxième phase soit disponible avant la fin 2011 inquiète et démotive les acteurs ASSNIP3. Ceux-ci se rendent compte qu'en dépit de tous les efforts fournis et des résultats obtenus, l'extension budgétaire requise depuis 2009 est loin d'être garantie et qu'en cas de non obtention de cette extension et de non reprise de l'appui financier par un autre bailleur, le système mis en place risque bien de s'effondrer.

Voyage en Ouganda
Le fait de pouvoir sortir de son contexte, de voir le fonctionnement d'autres systèmes comparables à celui dans lequel on travaille, de se rendre compte qu'il y a certains aspects que l'on gère mieux et d'autres, moins bien qu'ailleurs a été source de remise en question profonde dans l'esprit des acteurs de terrain du projet ASSNIP 3.
La visite de terrain en équipe a été le point de départ d'un souffle nouveau et enthousiaste et a consolidé l'esprit d'équipe entre les participants. Elle est à l'origine de la réorganisation de la pharmacie et du nursing à l'HGR de Kisantu et a permis de mesurer l'importance de l'utilisation de protocoles, qui font partie des projets de réforme hospitalière en RDC et d'imprimer une volonté de les utiliser.

4 Analyse de l'intervention

4.1 Ancrage institutionnel et modalités d'exécution

L'ancrage institutionnel bien qu'approprié tel que décrit dans le DTF a bien du mal à être effectif.
En cause, les nombreux blocages au processus de sélection des membres de l'Equipe Cadre Provinciale (ECP) et de l'homologue du projet ASSNIP 3 qui doit en faire partie. Les membres de l'actuelle ECP n'ont donc pas été sélectionnés sur base de leurs compétences et n'ont parfois pas la capacité requise pour superviser et encadrer les Equipes Cadre de Zone. Dans le cas d'ASSNIP 3, le gradient de compétences est même inversé et l'on se retrouve dans une situation où les superviseurs ont moins de compétences et/ou d'expérience que ceux qu'ils doivent superviser. Ceci engendre frustrations et dysfonctionnements et a pour conséquence majeure un manque crucial de leadership au niveau intermédiaire.
Et dans ces circonstances, les modalités actuelles d'exécution actuelles paraissent tout à fait appropriées.

Par contre, au niveau périphérique, l'ancrage institutionnel est réel. Le projet travaille au quotidien avec les Equipes Cadres de Zone, les Médecins chefs de zone faisant en fait office d'homologue local. Opérationnellement, le projet est cogéré par les membres des ECZ et aussi, dans le cas de Kisantu dont l'HGR bénéficie de la majorité du budget, par les membres du Comité de Gestion de l'HGR. Malgré une gestion administrative en régie, de façon opérationnelle et au niveau périphérique, le projet est plus proche d'un mode de cogestion.

Les problèmes sont discutés et des solutions sont proposées de façon consensuelle et collégiale et les ECZ ont réellement pris le leadership dans l'organisation et la gestion du système de santé de leurs zones respectives.

Les problèmes d'ancrage institutionnel au niveau intermédiaire n'ont donc pas d'effet direct sur le déroulement des activités ni sur l'atteinte de l'objectif spécifique tant que les financements sont disponibles. Ils n'empêchent pas non plus la remontée d'information concernant le processus en cours, les leçons apprises et les résultats obtenus au niveau provincial et au niveau central.

Cependant, il faut noter qu'en l'absence d'un homologue qualifié, l'appropriation du processus en cours par le niveau intermédiaire reste insuffisante en raison de l'absence d'interface réelle avec le niveau périphérique. L'utilisation des résultats obtenus, des succès et des échecs du projet ASSNIP 3 à des fins de reproduction du processus amélioré et

l'intégration des leçons apprises dans la politique sanitaire risquent donc d'être compromises.

4.2 Objectif spécifique

Etant donné que certains résultats très encourageants ont été obtenus en termes d'amélioration de la qualité et de l'accessibilité aux soins de santé grâce à l'action soutenue par le projet, l'objectif spécifique est, à ce stade du projet, déjà partiellement atteint. En dépit du raccourcissement du terme du projet (4 ans au lieu de 5) lié à la sous estimation du budget nécessaire pour assurer un appui jusqu'à la fin du PIC, il est fort probable que l'objectif soit atteint dans la ZS de Kisantu (centre du projet) et, dans une moindre mesure, dans les ZS plus reculées et moins peuplées de Nselo et de Ngidinga.

4.2.1 Indicateurs

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					Progrès : A
Indicateurs	**E**	**G**	**Baseline**	**Progrès année N**	**Commentaires**
Taux d'utilisation des service de santé (1er échelon)			0,2	0,45	Augmentation manifeste, visible et ressentie dans tous les CS de la ZS de Kisantu
Durée moyenne de séjour dans les HGR			9,4j	8,0j	Valeur acceptable dès le départ mais cachant de nombreux biais. Les biais ont été corrigés et la valeur est restée normale grâce à l'action du projet.
Taux d'occupation des lits			39,6%	57,0%	
Taux d'accouchement assisté		X	86,3%	98,1%	
Taux de patients référés des CS vers l'HGR et effectivement arrivés		X	4,7%	8%	L'abaissement de la barrière financière pour les cas référés est plus important pour les mamans et leurs enfants

4.2.2 Analyse des progrès réalisés

L'action menée et les résultats obtenus concernent, a ce stade, surtout la ZS de Kisantu

Il faut noter que la seule zone de Kisantu bénéficie de 63% du budget disponible pour les activités contre 13% pour la ZS de Nselo et 15% pour Ngidinga.

Ces deux zones étant de plus assez difficiles d'accès (accès parfois

impossible en saison des pluies), le projet n'a pas les moyens ni techniques, ni financiers, ni humains pour y mettre en œuvre toutes les actions nécessaires à la rationalisation de leur fonctionnement. Le projet appuie ces deux zones dans leur fonctionnement quotidien et a obtenu certains résultats visibles (voir résultat 6 et résultat 7) mais ceci est insuffisant pour avoir un impact tel que celui obtenu à Kisantu en termes d'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins de santé.

Dans tous les cas, il y a d'abord lieu de bien stabiliser la situation à Kisantu et d'analyser en profondeur l'impact des mesures prises ainsi que tous les éléments du processus suivi avant de pouvoir les reproduire dans des zones adjacentes.

4.2.3 Risques & hypothèses

Risque de non appropriation par le niveau intermédiaire : C
L'absence d'homologue et d'interface réelle avec le niveau intermédiaire (Equipe Cadre Provinciale non sélectionnée) rend élevé le risque de voir les résultats disparaître avec la fin du projet. L'objectif aura beau avoir été atteint, en l'absence d'une réelle appropriation par les autorités sanitaires et d'un réel intérêt pour le potentiel que ces résultats représentent à plus grande échelle, l'intégration des leçons apprises dans les politiques sanitaires reste fortement compromise

A défaut de mieux, les résultats obtenus et le processus suivi seront repris en détail dans un protocole de recherche que le projet prévoit de publier dans la littérature internationale scientifique afin de faire reconnaître ces résultats et afin qu'il demeure une trace écrite de ce qui a été fait et de ce qu'il a été possible de réaliser.

Risque d'écroulement du système mis en place en dépit de l'atteinte des objectifs : D
Le programme ASSNIP avait été conçu dans une perspective d'un appui de 15 ans. Ceci est d'ailleurs clairement stipulé dans le DTF.
Le retrait de la Belgique du secteur santé au Congo implique que cet appui se réduit à 4 ans pour ASSNIP3, compte tenu du raccourcissement de son terme du à la sous estimation de son budget.
Si les objectifs du projet pourront, dans l'ensemble être atteints, leur pérennité est par contre gravement hypothéquée.

Le système de santé à orientation publique ne peut fonctionner sans subside. Il n'existe pas, dans le monde, d'hôpitaux à orientation publique fonctionnels qui soient entièrement financés par les utilisateurs. Et ceci devrait être d'autant plus évident que la population est pauvre.

La population de Kisantu fait déjà un énorme effort en finançant à plus de

70% le premier échelon (centre de santé) et à 40% le second (HGR). On ne peut lui en demander plus et il faut un appui financier qui permette de garder le système fonctionnel, qu'il provienne de l'état ou d'un bailleur.

La contribution actuelle de l'état étant minime, c'est la CTB qui subsidie le système mis en place dans la ZS de Kisantu, de façon à ce que les recettes des structures de santé s'équilibrent avec leurs dépenses, tout en travaillant de façon intensive à la rationalisation de ces dernières.

Une extension budgétaire sous forme de deuxième phase a été demandée depuis 2009 pour un investissement en infrastructure dans les structures de santé (re)devenues fonctionnelles et pour garantir la subsidiation du système jusqu'à la fin du PIC car ce risque était déjà prévisible.
Cette extension budgétaire ne permettra certes pas d'appuyer le système de santé sur 15 ans, comme initialement prévu mais elle permettra au moins d'aller jusqu'à la fin du PIC, ce qui permettra de consolider au moins partiellement les acquis et laissera un délai plus réaliste pour trouver un éventuel repreneur. Dans le cas contraire, le projet s'arrêtera vers la mi 2012. Les objectifs auront été atteints mais ils ne seront pas pérennes.

4.2.4 Critères de qualité

	Score	Commentaires
Efficacité	B	Les soins de santé offerts à la population de la zone de santé de Kisantu ont certainement été améliorés en qualité, en efficacité, en efficience et en accessibilité, surtout financière. Il reste néanmoins encore beaucoup à faire pour améliorer leur continuité et leur accessibilité psychologique et géographique. Ce dernier point étant peu vulnérable dans le cadre de ce programme et nécessitant une activité intersectorielle. Quant aux zones de santé de Nselo et Ngidinga, la faible stabilité des acteurs en place et leur moindre degré de compétence ajoutés à leur isolement géographique rend l'action beaucoup plus difficile à mener sur place. Peu de résultats ont été obtenus à ce jour dans ces deux zones de santé considérées comme mineures dans le DTF du projet. L'expérience de Kisantu est en train d'y être reproduite, comme prévu et certains résultats pourront peut être y être obtenus en cours d'année prochaine.
Efficience	B	Les ressources de l'intervention sont converties en résultats de façon la plus économe possible au niveau du projet. Les procédures mises en place notamment pour l'attribution de marchés, la flexibilité que permet la CTB dans l'organisation des activités, la gestion du budget et la gestion du temps tout en gardant une grande rigueur et de hautes exigences de transparence sont autant de facteurs qui ont rendu possible l'avancée rapide et efficiente du projet. Le contexte difficile et complexe de la RDC et le manque d'intérêt et de compréhension d'une partie du ministère central et provincial pour les résultats

		obtenus ou à obtenir freine néanmoins parfois le rythme du projet et peut, à l'inverse en réduire l'efficience.
Durabilité	D	Etant donné que le projet s'étalait initialement sur une durée de 15 ans réduite d'abord à 5 ans (retrait de la Belgique du secteur santé) et maintenant à 4 (épuisement du budget avec obtention de résultats), la probabilité de préserver les bénéfices des interventions sur le long terme est fortement hypothéquée. Le système sanitaire congolais est tellement fragmenté et déstructuré que l'action locale seule et dans un délai si court ne suffira probablement pas à faire tache d'huile sur l'ensemble de la province. Pourtant, si les moyens d'intensifier l'action menée sont libérés (extension budgétaire demandée depuis 2009), ceci permettrait au moins la prolonger de 18 mois (on a alors 5, 5 ans d'action au lieu de 4) et une certaine consolidation des acquis pourrait être obtenue. Ceci ne suffira pas à garantir la pérennité des résultats mais augmentera les chances d'appropriation par les autorités compétentes et de reprise de l'appui financier par un autre bailleur (indispensable, le secteur santé à orientation publique ne pouvant fonctionner sans subside).
Pertinence	A	Le projet ASSNIP 3 mettant en œuvre le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) au Congo au moyen des grands axes de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS), son intervention ne peut qu'être cohérente avec les politiques et priorités locales et nationales. A défaut de combler les attentes des bénéficiaires, l'action menée assure au moins une correspondance avec celles-ci, l'augmentation de l'accès aux soins pour la population des zones d'intervention et l'augmentation de leur qualité ayant été à ce stade, objectivement démontrée.

4.2.5 Impact

L'augmentation de l'accessibilité des soins liée à l'augmentation de leur qualité ajoutée à l'augmentation de la viabilité financière des structures de santé va probablement avoir un impact sur la santé de la population de Kisantu. A partir du moment où la population commence à utiliser les structures de santé du système public de façon plus assidue et où les soins qui y sont offerts sont de meilleure qualité notamment en raison d'une amélioration de leur viabilité, on devrait, au bout d'un certain temps, assister à un impact positif sur la morbidité et sur la mortalité de la population.

4.2.6 Leçons apprises et recommandations

De façon globale, les principales leçons apprises à ce stade du projet sont les suivantes :

1. Des réformes mises en œuvre au niveau d'un échelon du système (HGR dans ce cas), pour autant qu'elles soient réfléchies et conçues dans une vision systémique, peuvent avoir un impact sur tout le fonctionnement du système.
2. La mise en place d'une tarification forfaitaire assure une certaine solidarité entre les patients malades et une prévisibilité des coûts

des services qui leurs sont offerts, ce qui augmente l'accessibilité financière des services de santé

3. La mise en place d'une barrière financière à l'utilisation abusive du second échelon permet une rationalisation importante de l'utilisation des ressources et permet de diminuer les coûts réels des services de santé. Ceci augmente également l'accessibilité financière des soins de santé.
4. La rationalisation de l'utilisation des ressources du secteur santé passe par l'utilisation de protocoles clairement définis et approuvés par les utilisateurs.
5. La tarification forfaitaire sur base des coûts réels des services de santé, même subsidiée à plus de 50% ne garantit pas l'accès universel aux soins de santé. L'accès universel aux soins de santé ne peut reposer sur un partage du risque entre malades uniquement. Il faut que le partage du risque se fasse entre malades et non malades et entre riches et pauvres (mutuelles de santé).
6. La pérennité d'un système de santé fonctionnel à orientation publique est tributaire des subsides qui lui sont alloués et l'ampleur de ceux-ci dépend de capacité financière - aujourd'hui du patient, à moyen terme, de la communauté - à participer au financement des services de santé.

Les recommandations que l'on peut formuler à ce stade concernent principalement la pérennité des résultats obtenus.
S'il semble fort probable que les objectifs du projet soient atteints avant terme pour la ZS de Kisantu et dans une moindre mesure, dans les ZS de Nselo et Ngidinga dont la difficulté d'accès et les ressources disponibles ne permettront pas des résultats de même ampleur, l'absence d'une extension de budget qui permettrait au projet d'appuyer le système sanitaire dans les 3 zones de santé jusqu'à la fin du PIC hypothèque gravement la pérennisation de ces résultats.

En effet, les limites du budget actuel, la sous estimation des besoins et l'obtention de résultats ont eu pour conséquence le raccourcissement du terme du projet d'un an.

Afin de consolider les acquis et afin de se donner toutes les chances de pouvoir trouver un éventuel repreneur pour subsidier le fonctionnement du système sanitaire mis en place en attendant que l'état congolais puisse le faire, il est impératif que le projet ASSNIP 3 puisse au moins continuer son appui jusqu'à la fin du PIC. Par l'obtention de l'extension budgétaire demandée (4, 7 Millions d'Euros), on passerait d'une durée de 4 ans à 5, 5 ans. C'est insuffisant pour garantir une pérennité mais la différence peut permettre d'aller plus loin dans le processus d'appropriation par le niveau intermédiaire et le niveau central, plus loin dans le processus de rationalisation du système, dans le passage d'une solidarité entre malades (tarification forfaitaire) à une solidarité entre malades et non malades

(mutuelles) et dans le plaidoyer pour un appui financier par un autre bailleur au-delà du PIC.

4.3 Résultat 1

4.3.1 Indicateurs

Résultat : Les Zones de Santé du district de La Lukaya sont encadrées par l'Equipe Cadre Provinciale du Bas-Congo					Progrès : C
Indicateurs	**E**	**G**	**Baseline**	**Progrès année N**	**Commentaires**
Nombre de supervisions des ECZ par l'ECP			0	4	Il ne s'agit pas de réelles supervisions étant donné que les membres de l'ECP n'ont toujours pas été sélectionnés sur bases de leurs compétences et que le gradient de compétences entre superviseur et supervisé est pour certaines ZS, inversé
Nombre de réunions de coordination entre ZS			0/trimestre	1 à 2 /trimestre	
Décisions suivies d'exécution			C	C	

4.3.2 Bilan activités

Activités	**Déroulement**				**Commentaires** (uniquement si la valeur est -)
	++	+	+/-	-	
1 Bureau pour le CT, comptable, ECP, secrétaire		X			
2 Formulation d'un plan intégré de développement		X			
3 Supervision des ECZ + voiture de supervision				x	Absence d'homologue et ECP non sélectionnée sur base de critères de compétence et d'expérience
4. Réunions de coordination entre ZS		X			
5. Coordination des intervenants dans le district		X			
6. Illustrer des démarches et outils pour le fonctionnement de l'ECP		X			
7.Appuyer le fonctionnement de l'ECP		X			

4.3.3 Analyse des progrès réalisés

Mise à part la supervision des ECZ par une ECP sélectionnée sur base de critères de compétence et d'expérience qui ne peut se faire tant que le processus de sélection n'a pas été suivi, les autres activités ont pu être menées plus ou moins normalement tout au cours de l'année 2010 et il existe un certain progrès notamment dans la coordination des activités entre ZS.

Les équipes ASSNIP 1 et ASSNIP 3 ont échangé leurs expériences moyennant réunions et visites de terrain, ce qui a permis aux uns et aux autres de tirer des leçons des succès et des échecs de chaque volet. Des

échanges avec ASSNIP 2 ont également eu lieu. Néanmoins, le problème du leadership du niveau provincial demeure. Ces échanges et la reproduction d'expériences réussies dans d'autres zones de santé devraient être organisés, coordonnés par les autorités sanitaires du niveau central et ce n'est toujours pas le cas aujourd'hui.
Il faut dire que le programme ASSNIP dans le Bas Congo n'a pas vraiment bénéficié d'une assistance technique internationale au niveau intermédiaire, ce qui lui a été et lui est encore dommageable.

4.3.4 Risques et hypothèses

Risque de stagnation de l'ECP : C
En l'absence d'une assistance technique internationale appuyant la division provinciale de la santé et d'un homologue membre de l'ECP et délocalisé au niveau du projet, la situation peut difficilement évoluer et l'ECP n'arrivera probablement pas à assumer ses fonctions de supervision, d'encadrement et de leadership tel qu'attendu dans le cadre de la SRSS.

4.3.5 Critères de qualité

Efficacité : C
Efficience : C
Durabilité : D

L'encadrement des ECZ du district de la Lukaya par l'ECP est donc aujourd'hui peu efficace et si la plupart des activités prévues pour obtenir ce résultat ont pu néanmoins être réalisées, les activités liées à la supervision et à l'encadrement telles que prévues dans la SRSS font défaut. Le projet finance le fonctionnement de l'ECP et certains outputs tels que la formulation de plans intégrés de développement et la coordination des zones de santé et des intervenants dans le district existent.
Et à ce niveau, des progrès ont été faits.
Mais au bout du compte, l'activité principale et stratégique pour obtenir ce résultat est menée de façon insatisfaisante et ceci hypothèque gravement la durabilité des résultats de tout le projet.

4.3.6 Exécution budgétaire

Au 31 décembre 2010, le projet compte 29 mois d'exécution sur un total initial de 60 mois. Comme vu plus haut, le terme du projet a été ramené à 48 mois. La proportion du budget dépensé (59%) correspond donc au timing (60%) et le budget sera très probablement complètement absorbé à la fin du projet.

4.3.7 Leçons apprises et recommandations

L'assistance technique internationale permet un regard neuf et critique sur une situation qui a fini par être considérée comme normale par les acteurs

de terrain. Les compétences sur le terrain ne manquent pas mais la gravité de la détérioration du système sanitaire a fini par décourager les plus tenaces et par imprimer un certain fatalisme au sein de la population.

Or, il y a un potentiel, il y a des changements qui peuvent être opérés et qui peuvent avoir un impact considérable sur le système sanitaire. Les résultats qui suivent en sont la preuve. Mais les résistances au changement sont grandes et la pression sur les instigateurs de ce changement est parfois difficile à supporter.
C'est un autre atout de l'assistance technique internationale. Elle est beaucoup plus étanche aux pressions qui contrent le changement que ne le sont des acteurs de terrain et peut se permettre d'insister là où l'acteur national parfois le plus compétent doit lâcher prise.

Pour que l'ECP puisse suivre l'évolution suivie au niveau périphérique et s'approprier la dynamique de changement qui s'est mise en place, peut être une assistance technique internationale au niveau intermédiaire aurait-elle été souhaitable et peut être aurait elle pu finir par convaincre les autorités compétentes de la nécessité d'un processus de sélection.
Dans tous les cas, la mise en place de ce processus de sélection de l'ECP reste la recommandation principale et il implique la sélection des médecins chefs de districts qui, à défaut de disparaître, comme le prévoit la SRSS (le Bas Congo fait exception et ne se divisera pas en plusieurs provinces), restent des membres délocalisés de l'ECP. Par conséquent, le processus de sélection implique également la sélection d'un homologue pour le projet.

Si une extension de budget est disponible pour consolider les acquis des projets ASSNIP dans le Bas Congo (volets 1 et 3), il serait peut être recommandable de considérer une assistance technique internationale au niveau provincial afin d'assurer une meilleure cohérence du programme et d'assurer son ancrage institutionnel au niveau intermédiaire.

4.4 Résultat 2

4.4.1 Indicateurs

Résultat : Dans les Zones de Santé ciblées les Equipes Cadres de Zones sont fonctionnelles					Progrès : B
Indicateurs	**E**	**G**	**Baseline**	**Progrès année N**	**Commentaires**
Taux d'exécution des supervisions des CS par ECZ Kisantu			83%	74%	
Nombre de membres de l'ECZ impliqués dans les supervisions des CS de Kisantu			3/7	4/8	ECZ inexistante au départ

Existence de plans de développement intégrant les programmes verticaux et les interventions des partenaires ZS Kisantu			Non	Oui	
Taux de réalisation des activités planifiées ZS Kisantu			90%	87%	Planification beaucoup plus ambitieuse aujourd'hui
Taux d'exécution des supervisions des CS par ECZ Nselo			56%	77%	
Nombre de membres de l'ECZ impliqués dans les supervisions des CS de Nselo			6/6	6/6	ECZ inexistante au départ
Existence de plans de développement intégrant les programmes verticaux et les interventions des partenaires ZS Nselo			Non	Oui	
Taux de réalisation des activités planifiées ZS Nselo			ND	65%	
Taux d'exécution des supervisions des CS par ECZ Ngidinga			90%	%	
Nombre de membres de l'ECZ impliqués dans les supervisions des CS de Ngidinga			NA	6/6	ECZ inexistante au départ
Existence de plans de développement intégrant les programmes verticaux et les interventions des partenaires ZS Ngidinga			Non	Oui	
Taux de réalisation des activités planifiées ZS Ngidinga			ND		

4.4.2 Bilan activités

Activités	**Déroulement**				**Commentaires** (uniquement si la valeur est -)
	++	+	+/-	-	
1 Formulation plans de développement ZS		X			
2 Supervision formative y compris analyse des observations		X			
3 Suivi initiatives sur plan organisationnel et plan offre des soins		X			
4 Appuyer initiatives intégration programmes verticaux		X			
5. Appuyer ECZ et HGR pour analyse indicateurs de performance		X			

4.4.3 Analyse des progrès réalisés

Les ECZ ont été formées dans les 3 ZS d'intervention du projet et de façon grandissante prennent le leadership dans l'organisation et la gestion du système sanitaire de leurs zones respectives.
Les plans de développement sanitaires sont formulés en début d'année et s'alignent sur le Plan National de Développement Sanitaire, les supervisions sont réalisées de façon acceptable et les initiatives sur le plan organisationnel sont dans l'ensemble suivies correctement.

Néanmoins, l'ECZ de Kisantu a acquis un niveau de performance supérieur à celui des autres ECZ appuyées par le projet et ce, pour différentes raisons.
Tout d'abord, le niveau de départ et le niveau de compétences de ses membres est différent de celui des deux autres zones plus reculées. Ensuite, la ZS de Kisantu a bénéficié d'un appui financier plus important que ses voisines, comme prévu dans le DTF du projet. Enfin, les difficultés d'accès aux ZS de Nselo et de Ngidinga et le caractère très ambitieux du projet (appui à une ZS urbaine, deux ZS rurale enclavées et appui au niveau intermédiaire) n'ont pas permis de leur apporter un appui technique intensif.
L'encadrement technique des 3 ECZ et les moyens mis à disposition pour les appuyer dans la mise en œuvre de la SRSS et dans leur fonctionnement n'ont donc pas été égaux.

4.4.4 Risques et hypothèses

Risque de retard dans l'évolution du projet au niveau de Ngidinga : C
Fin 2010, le Médecin Chef de Zone de Ngidinga a été transféré dans une autre ZS pour raisons familiales. Le projet perd un de ces principaux acteurs dans cette ZS et les autorités sanitaires rencontrent des difficultés à y affecter un nouveau MCZ en raison des conditions de vies et de travail qui y sont extrêmement dures et en raison de l'enclavement de cette ZS.
La ZS de Ngidinga était sur le point de commencer à reproduire le processus de réforme mis en place à Kisantu ayant démontré un impact sur l'accessibilité et la qualité des soins de santé et sur la viabilité des structures. Mais cas d'absence prolongée d'un Médecin Chef de Zone qualifié pour cette fonction et capable de prendre le train en marche, le risque que la ZS de Ngidinga n'obtienne pas les résultats escomptés devient important.

4.4.5 Critères de qualité

Efficacité : B
Efficience : A
Durabilité : B

Pour l'année 2010, les 3 ZS auront opéré une avancée significative au niveau de leur organisation et de leur fonctionnement et auront fait preuve d'une efficacité grandissante.
La qualité de la planification et du suivi des initiatives aura fortement augmenté et ce, pour un budget plus que raisonnable. La transparence dans la gestion des fonds a atteint un niveau exemplaire à Kisantu et son degré d'efficience est désormais élevé. Son expertise est à utiliser pour aider les deux autres zones de santé à atteindre le même niveau.

L'appui financier au fonctionnement des ZS de Nselo et de Ngidinga est important même si leur encadrement technique est insuffisant et la durabilité des progrès observés peut par conséquent être mise en péril si cet appui devait s'arrêter prématurément.

Quant à la ZS de Kisantu, la CTB ne finançant son fonctionnement que de façon partielle, la durabilité des résultats acquis est de meilleur pronostic, dans la mesure où tout le système mis en place garde son équilibre.
Un effondrement de ce nouveau système et une rupture de l'équilibre obtenu (notamment par arrêt des subsides au niveau du second échelon) ne saurait rester sans impact au niveau des ECZ.

4.4.6 Exécution budgétaire

A l'instar de l'exécution budgétaire du résultat précédent, le taux d'exécution fin 2010 correspond au timing du projet. Le budget sera donc probablement entièrement absorbé mais ici avec obtention des résultats attendus en fin de projet.

4.4.7 Leçons apprises et recommandations

Il est important de garder une certaine souplesse dans l'application des normes, notamment lorsqu'il s'agit de composer une équipe cadre au niveau périphérique (et donc, opérationnel). Si l'on se doit de garder une certaine exigence en termes de critères de sélection, le contexte peut amener à tenir plus compte des personnes et de leur motivation que du poste qu'elles occupent. Dans le cas des 3 ECZ appuyées par le projet, bon nombre de structures intégrées dans le système étatique appartiennent à l'église et font l'objet de convention entre les deux institutions. Ceci est un facteur dont il faut tenir compte lorsque l'on compose une équipe qui doit assurer le leadership d'une zone de santé, son organisation et le monitoring du système mis en place.

4.5 Résultat 3

4.5.1 Indicateurs

Résultat : L'Hôpital Général de Référence de Kisantu est progressivement rationalisé					Progrès : A
Indicateurs	**E**	**G**	**Baseline**	**Progrès année N**	**Commentaires**
Nombre de personnes travaillant à l'HGR de Kisantu			197	137	
% de personnel médical			53%	53%	
Nombre de personnes mises à la retraite			0	49	
Taux d'utilisation des MEG			30%	75%	
Proportion des patients hospitalisés affiliés à la MUSAKIS			4%	7,1%	
Taux d'occupation des lits			39,6%	70,3%	
Durée Moyenne de Séjour			9,4j	8,1j	
Taux de décès intra-hospitalier			5,2%	5,3%	Grève des médecins en octobre et novembre 2010 qui a fortement affecté le taux de décès annuel
Taux d'hospitalisations référées			4,6%	67,6%	
Taux de consultations référées			6,7%	70,6%	
Taux d'hospitalisation parmi les patients référés en consultation			20,1%	44,6%	
Proportion des patients hospitalisés payants (non conventionnés) provenant de la zone			54%	85%	
Taux de recouvrement			45%	85,4%	
Nombre de CPN			91	0	Disparition des CPN au profit des Centres de Santé

4.5.2 Bilan activités

Activités	**Déroulement**				**Commentaires** (uniquement si la valeur est -)
	++	+	+/-	-	
1 Plan directeur global HGR et appui à la réhabilitation et construction			X		Budget largement insuffisant par rapport aux besoins
2 Plans d'action annuels sur base du plan directeur		X			
3 Nouvelle gestion du personnel avec mise à la retraite et rationalisation des effectifs	X				
4 Nouvelle gestion financière HGR (subvention au fonctionnement)	X				
5 Appui à l'initiative de mutualisation	X				
6 Développer standards de prise en charge cliniques avec rationalisation de la prescription + ambulance		X			
7 Renforcer la gestion en approvisionnement de médicaments		X			
8 Organiser lieux de stage pour ITMK : encadrement étudiants et développement stratégies restriction nombre de stagiaires			X		Absence de budget, résistance au changement et implications intersectorielles rendent l'exercice de cette activité très difficile
9 Appuyer réalisation nouvelle politique malades chroniques et handicapés		X			

4.5.3 Analyse des progrès réalisés

La majorité des activités ont déjà été menées et les résultats sont ici parmi les plus encourageants. Les réformes mises en place dès avril 2009 et ajustées au cours de l'évolution du projet ont permis une augmentation spectaculaire des cas graves admis à l'HGR de Kisantu et une diminution importante des consultations primaires (qui devraient se passer dans les CS et non à l'HGR). Le % de patients référés en consultation et en hospitalisation a augmenté de façon drastique, ce qui, couplé au fait que le nombre de consultations a diminué montre bien une utilisation plus rationnelle et plus adéquates des échelons du système et donc, des ressources disponibles.

Ceci est d'autant mieux mis en évidence lorsqu'on observe l'évolution du % de patients hospitalisés parmi les cas référés. Avant l'intervention, parmi les patients référés à l'HGR, seuls 20,1% étaient dans un état justifiant une hospitalisation. Aujourd'hui, ce sont 44,6% des patients référés vers l'HGR qui seront admis, ce qui montre une meilleure utilisation de la référence dans les CS.

Ces améliorations très encourageantes traduisant une augmentation de l'accès aux soins sont accompagnées d'une diminution du taux de décès

mais qui ne se ressent pas dans le chiffre annuel. En effet, la grève des médecins fin 2010 a causé une augmentation spectaculaire de la mortalité intra-hospitalière et n'eut été son effet dramatique, le taux de mortalité annuel pour 2010 aurait diminué de façon significative. On observe également une diminution de la durée moyenne de séjour, ce qui était attendu étant donné que la mise en place de la tarification forfaitaire visait entre autres à éviter au patient une occupation inutile des lits par manque de moyens financiers pour suivre son parcours diagnostique et thérapeutique.

Enfin, l'indicateur appelé taux de recouvrement indique le % de la facture adressée au patient et effectivement payées à l'HGR. Les tarifs forfaitaires représentant en effet une moyenne des coûts réels pour l'hôpital par service, on évite ainsi des dépenses catastrophiques et les patients sont plus à même de payer la part qui leur est demandée. En outre, la tarification forfaitaire est prévisible. Le patient peut donc s'organiser ce qui augmente également le recouvrement des factures qui lui sont soumises.

4.5.4 Risques et hypothèses

Risque de limiter l'impact potentiel à une expérience locale : D
Risque de ne pas pouvoir exécuter le plan directeur : D
Risque de non pérennisation : C
Les changements mis en place à l'HGR de Kisantu sont majeurs et nombreux. L'HGR a certes trouvé un certain équilibre mais le processus est loin d'être terminé.
Il faut rappeler ici que lorsque ces réformes ont été approuvées en comité de gestion et en ECZ, l'appui était prévu sur 15 ans.

Il n'est pas certain que les acteurs auraient accepté de s'engager dans des réformes aussi profondes s'ils avaient su que quelques mois plus tard, le bailleur allait déclarer que cet appui se terminerait, dans le meilleur des cas, fin 2013.

L'importance de ces changements a eu un impact supérieur à celui attendu et surtout, dans un délai plus court. Pour arriver à suivre le rythme qu'imposaient les opportunités conséquentes qui se sont présentées, le budget du projet a suivi le rythme des résultats. L'hôpital étant maintenant occupé à plus de 70% et les subsides qui lui sont alloués doivent être fonction de son activité, même si un travail de rationalisation visant la diminution des dépenses est au cœur des efforts fournis.

Ceci ajouté au fait que les besoins en infrastructure et en équipement ont été largement sous estimés est en partie à l'origine du raccourcissement du terme du projet à 4 ans au lieu de 5. A ce jour, le projet s'arrêtera donc 18 mois avant la fin du PIC, soit mi 2012.

Une extension de budget de 4,7 Millions d'Euros dont une partie pour l'HGR de Kisantu a été demandée afin de pouvoir réaliser le plan directeur (sans lequel un nouvel avancement dans le processus de rationalisation est peu faisable) et de pouvoir continuer à appuyer l'HGR de Kisantu jusque fin 2013. Ceci permettra d'aller plus en avant dans la consolidation des acquis et de se donner de meilleures chances de convaincre un éventuel repreneur pour appuyer l'HGR au-delà de 2013, faute de quoi, la pérennité des résultats obtenus, tout aussi encourageants soient ils, risque bien d'être fort compromise.

4.5.5 Critères de qualité

Efficacité A/B
Efficience A
Durabilité D

Les activités ont été menées et les résultats, obtenus avec un haut degré d'efficacité et d'efficience. Cependant, étant donné la nature du secteur d'action et l'orientation publique des services offerts dans un contexte où la grande majorité de la population vit en dessous du seuil de pauvreté, le système mis en place afin de garantir un meilleur accès à des soins de meilleure qualité ne peut être maintenu sans subsides.

Le retrait de la Belgique du secteur santé hypothèque déjà gravement sa pérennisation. La non obtention d'un budget permettant d'aller jusqu'à la fin du PIC serait d'autant plus dommageable.

4.5.6 Exécution budgétaire

Fin 2010, ce sont 82% du budget prévu pour ce résultat qui auront été dépensés. L'exécution budgétaire correspond aux résultats obtenus et aux moyens qu'il aura fallu déployer pour les obtenir. Les investissements ayant été faits, le solde restant permettra juste de maintenir l'appui au système mis en place via un subside pour les patients des zones d'intervention ayant utilisé l'échelon le plus adéquat jusqu'à la fin du projet, soit mi 2012.

4.5.7 Leçons apprises et recommandations

Les principales leçons que l'on peut tirer de ces résultats sont les suivantes :

- Des réformes mises en œuvre au niveau d'un échelon du système (HGR dans ce cas), pour autant qu'elles soient réfléchies et

conçues dans une vision systémique, peuvent avoir un impact sur tout le fonctionnement du système.

- La mise en place d'une tarification forfaitaire assure une certaine solidarité entre les patients malades et une prévisibilité des coûts des services qui leurs sont offerts, ce qui augmente l'accessibilité financière des services de santé

- La mise en place d'une barrière financière à l'utilisation abusive du second échelon permet une rationalisation importante de l'utilisation des ressources et permet de diminuer les coûts réels des services de santé. Ceci augmente également l'accessibilité financière des soins de santé.

- La rationalisation de l'utilisation des ressources du secteur santé passe par l'utilisation de protocoles clairement définis et approuvés par les utilisateurs.

- La tarification forfaitaire sur base des coûts réels des services de santé, même subsidiée à plus de 50% ne garantit pas l'accès universel aux soins de santé. L'accès universel aux soins de santé ne peut reposer sur un partage du risque entre malades uniquement. Il faut que le partage du risque se fasse entre malades et non malades et entre riches et pauvres (mutuelles de santé).

La tarification forfaitaire subsidiée pour les patients ayant utilisé l'échelon le plus adéquat augmente de façon hautement significative l'accessibilité aux soins de qualité mais ne permet pas une couverture universelle de la population. Il existe encore aujourd'hui à Kisantu, toute une partie de la population qui continue à ne pas avoir accès aux soins de santé. Ce manque d'accessibilité est géographique, financier mais aussi psychologique et culturel.

Le manque d'accessibilité géographique n'étant pas vulnérable dans le cadre de ce projet, il ne sera pas abordé ici mais il est certain qu'il doit faire l'objet d'un appui intersectoriel.

Le manque d'accessibilité psychologique et culturel est probablement non négligeable mais n'était pas, lors de la phase d'analyse du projet, aussi évident que le manque d'accessibilité financière. Il doit faire l'objet d'enquêtes et d'analyses en profondeur afin de bien identifier les éléments sur lesquels on peut agir. Ceci est un processus qui prendra beaucoup de temps et est un argument supplémentaire pour une continuation du processus.

La tarification forfaitaire avait pour but d'augmenter l'accessibilité financière aux services et aux soins de santé pour le patient mais elle ne

peut être une fin en soi.
Elle établit une certaine solidarité en répartissant le risque entre les malades. Mais elle ne suffit pas à établir l'équité. Il s'agit donc d'une étape intermédiaire vers un système encore plus solidaire où le risque est partagé entre malades et non malades et entre riches et pauvres.

La mutuelle de santé initiée à Kisantu depuis 2007 représente sans doute, la solution finale et si la tarification forfaitaire est essentielle pour lui permettre de faire face à des dépenses rationalisées, elle n'est que le pont qui doit mener à une adhésion massive de la population.

Pour ce faire, il faut donc non seulement accepter que le système devra toujours être subsidié, mais aussi considérer qu'il y a encore un long chemin et un immense travail à faire pour que la tarification forfaitaire ne concerne plus que les factures adressées à la mutuelles.

4.6 Résultat 4

4.6.1 Indicateurs

Résultat : Les centres de santé de Kisantu sont progressivement rationalisés					Progrès : A
Indicateurs	**E**	**G**	**Baseline**	**Progrès année N**	**Commentaires**
Taux d'utilisation de la ZS de Kisantu			42,3%	55,7%	
Taux de référence dans les CS vers HGR			4,7%	8%	
Nombre d'affiliés actifs à la MUSAKIS			2800	9452	
Taux de mortalité maternelle dans les CS intégrés dans la ZS		X	98,22/100 000	61,45/100 000	
Nombre de CS rationalisés			0	2	
Taux d'accouchement assisté dans les CS intégrés		X	86,3%	98,1%	
Nombre de cas de diabète suivis en service de routine			27	96	
Nombre de cas d'hypertension suivis en service de routine			934	1283	
Nombre de cas de HIV suivis en service de routine			22	39	
Nombre de cas de TBC suivis en service de routine			55	63	

4.6.2 Bilan activités

Activités	**Déroulement**				**Commentaires** (uniquement si la valeur est -)
	++	+	+/-	-	
1 Développer carte de couverture ZS y compris rationalisation personnel		X			
2 Introduire PMA de qualité dans les CS (+fourniture et équipement)	X				
3 Appuyer réhabilitation infrastructures prioritaires			X		Budget et besoins largement sous évalués
4 Appuyer intégration programmes verticaux et prise en charge des maladies chroniques dans PMA		X			
5 Appuyer l'initiative de mutualisation		X			

4.6.3 Analyse des progrès réalisés

Les progrès, dans la zone de santé de Kisantu, sont indéniables. Le taux d'utilisation a augmenté de façon significative, en réponse aux réformes mises en place au niveau de l'HGR de Kisantu mais visant tout le système. L'augmentation de l'accessibilité financière du second échelon et la barrière financière mise en place pour éviter l'utilisation de l'HGR comme un CS a contribué à une augmentation considérable de la fréquentation des CS.

En effet, dans certains centres, proches de l'HGR, le nombre de nouveaux cas a triplé. Une augmentation est également observée dans les CS les plus éloignés de la zone de santé de Kisantu mais elle est d'autant moins importante que le CS est éloigné de l'HGR.
Dans tous les CS intégrés dans la zone, le taux de référence effective vers l'HGR a également augmenté de façon considérable, ce qui était attendu étant donné que les subsides apportés par la CTB au fonctionnement de l'HGR sont réservés aux patients originaires des zones d'intervention et qui auront utilisé l'échelon le plus adéquat du système afin d'en préserver les ressources.

Il faut noter également les améliorations quant à la prise en charge de patients souffrant de maladies chroniques. Un nombre croissant de patients chronique a aujourd'hui accès aux soins et bien que d'immenses efforts restent à faire, ceci est pour le moins encourageant.

Le taux d'accouchements assistés a lui aussi augmenté et parallèlement, la mortalité maternelle a diminué de façon assez spectaculaire. Ceci est sans doute du aux mesures prises pour améliorer l'accessibilité financière des services de santé qui ont été particulièrement fortes pour la santé de la mère et de l'enfant. Mais cela peut également être du à la formation et à l'encadrement du personnel soignant dans les CS pour l'utilisation

d'ordinogrammes établissant clairement la marche à suivre pour la prise en charge d'un accouchement et les limites à ne pas franchir au niveau du CS (critères de référence vers l'HGR).

En ce qui concerne la rationalisation des CS, le processus, lorsque mené de façon systémique et profonde prend du temps. Deux CS sont à ce jour rationalisés mais beaucoup d'autres ont entamé le processus et certains points sont déjà acquis (utilisation des ordinogrammes, amélioration de la gestion financière et de la pharmacie…). Ne sont repris dans les CS rationalisés que ceux qui ont entièrement achevé le processus.

Enfin, il faut noter que suite au lobbying fait pour encourager l'adhésion à la Musakis (sociétés privées, services publics, personnel soignant de toute la zone de santé), le nombre d'adhérents actifs est aujourd'hui supérieur à ce qui était attendu pour fin 2010 lorsque la Musakis a été initiée.

La zone de santé de Kisantu a donc réalisé des progrès considérables et les résultats obtenus sont extrêmement encourageants. Même si l'on est encore loin de la situation idéale, nous avons ici la preuve que l'on peut réellement améliorer l'accès et la qualité des soins pour autant qu'il y ait une compréhension des objectifs à atteindre, une volonté de travailler au niveau du système à orientation publique, et pour autant qu'un minimum de moyens soient mis à disposition pour que le système fonctionne.

Cependant, il faut noter ici que les ouvertures de Centres de Santé par des autorités politiques ou même sanitaires au niveau du district et au niveau provincial, sans passer par le MCZ ou par l'ECZ et sans tenir compte des besoins, continue d'être d'actualité. En dernière date, la construction et l'ouverture d'un Centre de Santé à Madimba, juste à côté du centre intégré de la ZS qui pourtant fonctionne correctement.

Deux médecins ont été affectés par des autorités différentes dans ce nouveau centre, en raison d'un manque de coordination et de communication. L'ECZ de Kisantu s'est retrouvée devant le fait accompli sans avoir la possibilité de marquer son opposition à une utilisation aussi irrationnelle des ressources.

4.6.4 Risques et hypothèses

Risque de non pérennisation des résultats : C
Dans certains CS, la rémunération des infirmiers a triplé et dépasse le salaire des infirmiers de l'HGR et ce, sans subside du bailleur puisque la CTB ne subsidie pas directement le premier échelon.
Ceci pourrait être un gage de pérennité et dans ce sens, celle-ci est peut être un peu moins compromise au niveau du fonctionnement de la zone dans son ensemble qu'au niveau de l'HGR de Kisantu. Mais les CS font

partie d'un système et le maintien de ce système est tributaire du maintien de tous ses éléments. Ici aussi, le risque de se retrouver à la case départ existe. Nous avons tenté de mettre en place un système correspondant aux attentes de la SRSS qui permette une amélioration de l'accès aux soins et de leur qualité tout en restant le plus équitable possible.
Les moyens étant limités (même s'ils étaient importants), il a fallu faire de choix et ces choix ont porté leurs fruits.

Néanmoins, le processus est loin d'être achevé et il existe toujours une partie de la population qui continue à ne pas avoir accès aux soins de santé. Le processus entamé n'est qu'une étape vers un système fonctionnel équitable et ce processus peut aboutir via l'adhésion à grande échelle à une mutuelle de santé. L'étape franchie a permis une certaine rationalisation de l'utilisation des ressources qu'il faut néanmoins préserver.

Le risque principal est donc de voir les acquis s'effondrer en cas d'arrêt du processus en cours. D'autre part, en cas d'extension budgétaire permettant de continuer ce processus 18 mois de plus, il est fort probable que l'on puisse aller de l'avant et arriver à une situation encore un peu moins équitable afin que de moins en moins de gens soient exclu du système de santé. Mais dans tous les cas, que ce soit à la fin de ce projet ou à la fin d'une deuxième phase financée par une extension budgétaire, il faudra, pour maintenir le système de santé mis en place fonctionnel, le subsidier, comme tout système de santé à visant la santé de la population générale.

Risque de destruction des acquis : C
Si des centres continuent à être ouverts par ou avec l'aval des autorités politiques et administratives sensées promouvoir le secteur public, sans tenir compte de la règlementation existante, ni des besoins que l'ECZ est la plus à même d'évaluer et sans tenir compte de l'avis de celle-ci, le risque de faire marche arrière dans l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins est réel.
L'ouverture de centres privés à but lucratif ou à des fins politiques par des autorités publiques crée en effet un conflit d'intérêt majeur où le système public n'a plus d'intérêt que s'il survit sans s'épanouir afin de rester source de recrutement pour le système privé.

4.6.5 Critères de qualité

Efficacité : A
Efficience : A
Durabilité : C

Comme expliqué plus haut, seule la durabilité est ici source d'inquiétude.

4.6.6 Exécution budgétaire

Le budget de ce résultat n'a été utilisé à ce jour qu'à 38%. Il a fallu attendre l'autorisation de la SMCL pour qu'une partie plus conséquente de ce budget puisse être consacrée à l'infrastructure. Cette autorisation ayant été obtenue lors de la SMCL de novembre 2010, le processus des marchés publics pour travaux de construction/réhabilitation au niveau de 2 CS a été entamé et ces travaux seront réalisés dans le courant de 2011. Le budget sera donc probablement complètement absorbé mi 2012.

4.6.7 Leçons apprises et recommandations

Des mesures visant la rationalisation du système et de l'utilisation de ses ressources peuvent avoir un impact sur l'ensemble du système, même si elles sont mises en place au niveau d'un seul échelon de ce système (dans ce cas HGR).

L'important est ici de bien en considérer tous les éléments et d'analyser en profondeur le lien qui les relie. Ceci permet alors d'une part, de prévoir l'impact d'une mesure prise sur d'autres éléments du système de santé et d'autre part, de viser un élément via une action sur un autre.
En ce qui concerne les recommandations, on ne peut que recommander ici encore, de poursuivre le processus en cours via une extension du budget et de l'intervention au moins jusqu'à la fin du PIC, faute de quoi il sera dans le meilleur des cas, incomplet, et dans le pire des cas, annihilé avec retour à la situation de départ.

Si cela était réaliste, on pourrait même recommander de remettre la santé sur l'agenda de la coopération belgo-congolaise car des engagements pris initialement sur 15 ans ne peuvent avoir les mêmes résultats lorsque le délai est réduit à moins de 5 ans…

Mais au vu de la conjoncture actuelle, une extension de l'intervention de 18 mois serait déjà beaucoup et donnerait de meilleures chances de consolider les acquis. Les chances de trouver un repreneur serait également meilleures, qui puisse au moins continuer à subsidier le système mis en place et qui sait, peut être même aller plus en avant dans le processus de rationalisation pour élargir le partage des risques aux non malades et étendre la couverture sanitaire de la zone via un appui plus prononcé à la mutuelle de santé.

Enfin, nous ne pouvons que déplorer l'état de délabrement parfois indescriptible de certaines structures de santé parfois très fréquentées.
Le projet ASSNIP 3 n'avait qu'un budget dérisoire pour couvrir les besoins en infrastructure et ce n'était pas son objectif premier. Mais maintenant que l'on a obtenu certains résultats en termes de fonctionnement du

système sanitaire, il est temps de renforcer le processus de rationalisation qui ne peut se faire sans un appui parallèle à l'infrastructure.

Certains besoins pourront être couverts grâce à la décision prise en SMCL d'allouer plus de fonds pour des réhabilitations et des constructions mais cela ne suffira pas.
Il faut donc prévoir, en cas d'obtention de l'extension budgétaire demandée, un certain budget pour pouvoir au moins réhabiliter quelques structures supplémentaires.

La rationalisation du système doit, à un moment ou un autre, inclure une réponse aux besoins en infrastructure.

4.7 Résultat 5

4.7.1 Indicateurs

Résultat : L'Institut Technique Médical de Kisantu répond progressivement mieux aux besoins de formation de base et pour le personnel en place					Progrès : B
Indicateurs	**E**	**G**	**Baseline**	**Progrès année N**	**Commentaires**
Nombre d'élèves inscrits par an			50	24	
Nombre de professeurs à temps plein			2	5	
Nombre de professeurs à temps partiel			11	6	
Taux de réussite			ND	75%	

4.7.2 Bilan activités

Activités	**Déroulement**				**Commentaires** (uniquement si la valeur est -)
	++	+	+/-	-	
1 Appuyer réhabilitation et réfection bâtiment existant		X			
2 Appuyer rationalisation ressources humaines		X			
3 Fournir complément d'équipement pour ITM		X			
4 Appuyer formation initiale, complémentaire + recyclage			X		
5 Appuyer stratégie rationalisation nombre d'élèves			X		
6 Financer les stages			X		

4.7.3 Analyse des progrès réalisés

En termes de rationalisation de l'utilisation des ressources, surtout des ressources humaines, des progrès manifestes ont été faits. Le nombre de

professeurs réellement à temps plein (comptabilisant 24 heures de cours minimum) a augmenté et le nombre de professeurs à temps partiel est devenu acceptable.
Le nombre d'élèves admis en première année est également beaucoup plus rationnel par rapport aux besoins.
Les besoins en infrastructure et en équipement ont été couverts.

Par contre, il reste tout un travail à réaliser en ce qui concerne l'appui à la formation donnée et en ce qui concerne l'utilisation de l'internat qui est actuellement sous utilisé.
La recommandation de subsidier la formation d'élèves à haut potentiel et provenant des zones d'intervention plus reculées formulée par l'équipe d'évaluation à mi parcours n'a pas été suivie à ce stade faute d'accord avec les ECZ de ces zones reculées qui ont-elles mêmes des intérêts dans leurs propres ITM.

Bien que ces ITM n'aient parfois pas rempli les conditions requises pour rester ouverts, le manque de régulation du système fait que les conflits d'intérêts subsistent.

Les stages se font à l'HGR de Kisantu et à ce jour, n'ont pas eu besoin d'être financés par un appui extérieur.

4.7.4 Risques et hypothèses

Risque de non pérennisation : D
L'ITM de Kisantu a obtenu également des résultats encourageants, surtout en ce qui concerne l'utilisation rationnelle de ses ressources. Mais ici encore, si le projet s'arrête sans qu'il y ait extension ou continuité, l'équilibre atteint sera compromis et l'on risque fort de se retrouver très vite en situation de départ

De plus, le nombre d'infirmiers A2 et A1 qui sortent chaque année des ITM et ISTM est supérieur aux besoins. Hors, dans les zones et les aires de santé les plus reculées, le personnel qualifié fait cruellement défaut.

Le financement de la formation d'infirmiers A2 à l'ITM de Kisantu provenant de zones plus reculées devait prendre cours dès la rentrée 2010 et aurait permis, sans que le nombre total d'infirmiers formés n'augmente, de développer un levier de redéploiement des ressources humaines en fonction des besoins.

Mais des conflits d'intérêt majeurs ont interféré avec le suivi de cette recommandation et tant que la régulation du secteur sera insuffisante, le risque de voir cette situation se prolonger est majeur.

L'hypothèse sous jacente est ici que l'on pourrait, sans augmenter le personnel soignant formé chaque année, assurer un meilleur déploiement des ressources humaines via des contrats d'appui financier aux études avec des élèves à haut potentiel mais provenant de régions très pauvres moyennant engagement de travailler là d'où ils proviennent pendant quelques années.

4.7.5 Critères de qualité

Efficacité : B
Efficience : B
Durabilité : D

L'ITM de Kisantu avait déjà une certaine efficacité et c'est surtout en efficience que les progrès les plus importants ont été faits dans la mesure où l'utilisation de ses ressources est beaucoup plus rationnelle qu'avant et que l'on a une qualité acceptable pour des dépenses très raisonnables.

Mais ici encore, la durabilité ne peut être garantie qu'à condition d'une phase de consolidation des acquis suivie d'un financement continu notamment des enseignants.

4.7.6 Exécution budgétaire

Le budget est utilisé à 55% fin 2010. Ceci correspond au degré d'avancement des activités. Reste à voir si l'appui au financement de la formation d'élèves provenant de zones ou d'aires de santé plus reculées pourra se faire auquel cas, le budget sera épuisé à la fin du projet.

4.7.7 Leçons apprises et recommandations

On voit ici qu'avec quelques mesures relativement simples, on peut arriver à une certaine rationalisation de l'utilisation des ressources. Mais le problème de la rémunération du personnel enseignant doit être correctement estimé et l'on ne peut attendre de lui, comme du personnel soignant, une attitude franchement orientée vers le service public que si le minimum de conditions de vie et de travail lui est offert.

4.8 Résultat 6

4.8.1 Indicateurs

Résultat : Les structures de la zone sanitaire de Ngidinga sont progressivement rationalisées					Progrès : C
Indicateurs	**E**	**G**	**Baseline**	**Progrès année N**	**Commentaires**

Taux d'utilisation des CS de la ZS			41%	42%	Pas encore d'avancée en raison de la difficulté de travailler dans cette ZS (difficultés d'accès surtout)
Taux d'occupation des lits de l'HGR			32%	36%	
Nombre de personnes travaillant à l'HGR			28	34	Personnel non pléthorique et mesures de rationalisations moins nécessaires qu'ailleurs
% de personnel médical			75%	76%	
Taux de référence des CS vers HGR			0,2%	1%	Difficulté d'accès pour le projet retarde l'analyse et la mise en place de changements
%décès hospitalier			2,9%	5,9%	
% de patients hospitalisés référés			10%	30%	Fiabilité des données ?

4.8.2 Bilan activités

Activités	**Déroulement**				**Commentaires** (uniquement si la valeur est -)
	++	+	+/-	-	
1 Plan directeur global HGR		X			
2 Plans d'action annuels sur base du plan de développement		X			
3 Plans de couverture sanitaire y compris rationalisation des ressources humaines			X		Le caractère trop ambitieux du projet (intervention majeure dans une zone urbaine et deux zones rurales) ainsi que les difficultés d'accès de la zone de santé de Ngidinga rendent l'action très difficile sur le terrain. A cela s'ajoute le départ du MCZ pour raisons familiales et la perte du principal acteur sur place.
4 Appuyer fonctionnement HGR sous condition de rationalisation			X		
5 Appuyer réhabilitations infrastructure et équipement			X		Budget largement insuffisant mais modifié fin 2010. Un certain rééquilibrage va donc pouvoir se faire
6 Achat de véhicules de la ZS		X			
7 Fonctionnement véhicules et formation chauffeurs		X			

4.8.3 Analyse des progrès réalisés

En ce qui concerne la ZS de Ngidinga, les progrès sont nettement moins importants. Certaines choses ont pu être faites telles que des travaux au niveau du bureau central, un appui en véhicules, équipement et en formation du personnel pour tous les CS de la ZS, une remise à niveau de certaines pharmacies dans les CS et un appui régulier au fonctionnement du BCZ et de l'ECZ.

Mais la mise en place de réformes telles que celles entamées à Kisantu

demande au préalable une analyse qui était en train de se faire lorsque le MCZ a été muté pour raisons familiales. Celle-ci n'a toujours pas été remplacée et le processus de mise en œuvre du projet est à l'arrêt. La prochaine étape devrait consister en la reproduction des mesures fructueuses de Kisantu en les adaptant à la réalité de Ngidinga. Mais ceci ne peut se faire sans un encadrement régulier, qui avait été entamé au niveau du MCZ par le projet et qui aujourd'hui représente un investissement perdu.

4.8.4 Risques et hypothèses

Risque de retard voire de non atteinte des objectifs : C
Si le niveau provincial n'arrive pas à mettre rapidement en place à Ngidinga une personne qualifiée et motivée comme MCZ, il sera difficile pour le projet de pouvoir atteindre les objectifs visés. Ngidinga est une ZS très éloignée des grands axes du pays, sans eau, ni électricité et parfois inaccessible en saison des pluies.
Peu de personnes sont donc candidates pour y travailler et il est difficile pour le projet de s'y rendre régulièrement.

Le projet mettra tout en œuvre pour parvenir à réaliser les activités prévues et obtenir certains résultats avant qu'il n'arrive à son terme. Mais ici encore, l'obtention d'une extension budgétaire augmentera ses chances de succès. Dans le cas contraire, l'atteinte des objectifs reste hypothétique.

4.8.5 Critères de qualité

Efficacité : C
Efficience : B
Durabilité : C

L'efficacité du projet est ici nettement moindre en raison des éléments évoqués plus haut. Par contre, l'efficience est acceptable car les moyens déployés pour maintenir un niveau minimal sont faibles.
La ZS était appuyée par Caritas avant l'arrivée de la CTB et l'appui de la CTB à la ZS de Ngidinga a surtout permis de maintenir un minimum d'acquis. La durabilité de ces acquis n'est pas garantie mais elle est d'autant moins affectée que les résultats obtenus sont faibles.

4.8.6 Exécution budgétaire

Seulement 30% du budget prévu pour la ZS de Ngidinga a été dépensé et ce, principalement en véhicules et en appui au fonctionnement. Le budget initialement prévu pour les besoins en infrastructure a été revu à la hausse grâce à la SMCL du 25 novembre 2010 et permettra une absorption importante du solde en 2001 et 2012 ce qui devrait permettre une exécution quasi-totale en fin de projet.

4.8.7 Leçons apprises et recommandations

L'ambition de ce projet était d'arriver à rationaliser le fonctionnement et l'utilisation des ressources d'une zone de santé urbaine (Kisantu) et de deux zones de santé rurales dont Ndiginga. Peut être aurait il été préférable de ne prendre qu'une des deux zones rurales. En effet, le projet a accompli un travail important au niveau de la ZS de Kisantu et cela implique du temps passé sur place, un encadrement quasi permanent, un appui technique et financier intensif et l'investissement fait au niveau de cette zone de santé se reflète aujourd'hui dans les résultats obtenus.
Cela a également impliqué de nombreux déplacements au niveau provincial et national pour tenter de chercher les appuis nécessaires à l'atteinte des objectifs.

Etant donné l'ampleur du travail accompli et à accomplir encore au niveau de la ZS de santé de Kisantu mais aussi au niveau d'une seconde et d'une troisième zone où il s'agir de reproduire le processus suivi, il n'est pas certain qu'il soit humainement possible d'assurer le même encadrement au niveau de deux autres zones de santé. A fortiori si elles sont difficiles voire impossible d'accès (cas de Ndiginga en saison des pluies) et si le budget qui leur est alloué est sous estimé.
Rappelons ici que le budget de Ndiginga représente seulement 15% du budget total des activités.

Peut être aurait il été préférable de n'inclure qu'une seule zone rurale dans le cadre de ce projet et de lui allouer plus de moyens que de voir trop grand et risquer alors de n'avoir qu'un impact mineur et superficiel.

4.9 Résultat 7

4.9.1 Indicateurs

Résultat : Les structures de la zone sanitaire de Nselo sont progressivement rationalisées					Progrès : C
Indicateurs	**E**	**G**	**Baseline**	**Progrès année N**	**Commentaires**
Taux d'utilisation des CS de la ZS			42%	41%	Pas encore d'avancée en raison de l'investissement de l'assistance technique que les résultats obtenus à Kisantu ont demandé et de la nécessité de recul pour évaluer les résultats obtenus avant de reproduire le processus à Nselo.
Taux d'occupation des lits de l'HGR			23%	26%	
Nombre de personnes travaillant à l'HGR			30	34	
% de personnel médical			53%	56%	
Taux de référence des CS vers HGR			2%	3%	

%décès hospitalier			3,5%	4%	Mise en œuvre des activités visant l'amélioration de l'accessibilité aux soins et de leur qualité ainsi que la rationalisation du système et de l'utilisation des ressources entamée en 2011.
% de patients hospitalisés référés			10,8%	8%	

4.9.2 Bilan activités

Activités	**Déroulement**				**Commentaires** (uniquement si la valeur est -)
	++	+	+/-	-	
1 Plan directeur global HGR		X			
2 Plans d'action annuels sur base du plan de développement		X			
3 Plans de couverture sanitaire y compris rationalisation des ressources humaines		X			
4 Appuyer fonctionnement HGR sous condition de rationalisation			X		Pas encore effectif mais analyse préalable faite et action prévue pour 2011
5 Appuyer réhabilitations infrastructure et équipement		X			
6 Achat de véhicules de la ZS		X			
7 Fonctionnement véhicules et formation chauffeurs		X			

4.9.3 Analyse des progrès réalisés

Au vu du volume de travail et des résultats obtenus au niveau de la ZS de Kisantu, il aurait été difficile et peu pertinent de commencer à mettre en place un processus de rationalisation à Nselo en 2010. Le projet avait d'une part besoin d'investir l'assistance technique et financière au niveau de Kisantu pour obtenir les résultats mentionnés plus haut. D'autre part, une fois ces résultats obtenus, un certain recul a été nécessaire pour pouvoir en approfondir l'analyse et la reproductibilité.
En attendant, un appui technique et financier minimal a été assuré au niveau de Nselo (comme à Ngidinga) pour qu'un minimum de qualité soit garanti : formation du personnel, équipement des CS, remise à niveau des pharmacies, appui en véhicules, communication et appui au fonctionnement, réhabilitation du BCZ…

Mais les changements majeurs visant à améliorer la qualité des soins, leur accessibilité, leur continuité, etc… sont prévus pour 2011. Nous disposons maintenant en effet de suffisamment d'éléments, tant à Nselo qu'à Kisantu pour pouvoir entamer un processus similaire à celui entamé à Kisantu.

4.9.4 Risques et hypothèses

Risque de résultats médiocres : C
Risque de non pérennisation : C
Le risque ici réside surtout dans le timing. Le temps qui reste jusqu'à la fin du projet, en l'absence d'extension budgétaire est de moins de 18 mois. Cela permettra sans doute d'obtenir certains résultats mais certainement pas de s'inscrire dans une démarche durable. Au mieux, le projet aura démontré que la rationalisation du système, l'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins est possible aussi dans une région aussi enclavée, peu peuplée et pauvre que Nselo…
Mais un tel délai est insuffisant pour réellement installer des changements, prendre le temps de les analyser, d'analyser leurs conséquences et mettre en place des mesures d'ajustement, bref, pour instaurer un vrai cycle de recherche-action.

L'extension budgétaire demandée permettra d'une part de renforcer les actions menées, d'approfondir l'analyse des résultats et de pouvoir consolider les acquis au moins jusqu'à la fin du PIC. Ce seront 18 mois supplémentaires d'appui, ce qui donne aujourd'hui une perspective de quasiment 3 ans contre 18 si cette extension n'est pas obtenue.

4.9.5 Critères de qualité

Efficacité : C
Efficience : B
Durabilité : C

A l'instar de la situation dans la ZS de Ngidinga, les critères de qualité de l'intervention a Nselo montrent une efficacité insuffisante mais qui peut être expliquée par l'impossibilité du projet de travailler de façon aussi intensive à Kisantu tout en apportant un appui technique et financier substantiel à Nselo.

Ce n'est qu'en 2011 que l'on pourra vraiment se pencher sur une action conséquente.
Il est d'ailleurs prévu dans le DTF que l'appui soit d'abord mis à Kisantu et que les ZS de Nselo et de Ngidinga soient considérées commes des zones « miroir » où l'on reproduit les mesures prises à Kisantu qui auront donné des résultats positifs.

Etant donné le peu de moyens débloqués à ce jour pour faire fonctionner la zone de Nselo à minima, on a tout de même un certain degré d'efficience et il est moins pertinent d'évaluer la durabilité d'une action lorsque celle-ci s'est limitée aux actions mentionnées plus haut et dans la mesure où les changements ont été peu importants jusqu'ici.

4.9.6 Exécution budgétaire

Tout comme pour la ZS de Ngidinga, la décision prise lors de la SMCL du 25 novembre 2010 de revoir la répartition du budget et de consacrer plus de ressources pour répondre aux besoins en infrastructure va permettre d'utiliser une partie importante du budget de la zone en constructions et réhabilitations, ce qui aura pour effet d'équilibrer le budget. Son absorption totale en fin de projet est donc probable.

4.9.7 Leçons apprises et recommandations

Comme indiqué pour le résultat 4, la rationalisation du système doit, à un moment ou un autre, prendre en considération et apporter une réponse aux besoins en infrastructure.

La ZS de Nselo est probablement celle des trois ZS d'intervention qui a les besoins les plus criants à ce sujet. Or, comme dans les 3 autres ZS, un budget dérisoire a été prévu. Ceci peut être acceptable lorsque une bonne partie des structures de la ZS ont un minimum comme c'est le cas à Kisantu et les besoins en cette matière deviennent alors une priorité une fois que les structures sont fonctionnelles.
Mais à Nselo, l'état de délabrement des CS, de l'HGR même sont tels qu'il est difficile d'y envisager une action visant à la rationalisation sans qu'un minimum soit fait en termes de constructions et réhabilitations.

La leçon apprise ici est donc qu'il ne peut y avoir rationalisation sans prendre en compte les besoins en infrastructure et que le moment du processus où ces besoins doivent trouver une solution est d'autant plus précoce que le degré de délabrement est élevé.

4.10 Résultat 8

4.10.1 Indicateurs

Résultat : Le niveau central est alimenté en informations pertinentes pour la planification du secteur résultant de recherches effectuées par le programme					Progrès : B
Indicateurs	**E**	**G**	**Baseline**	**Progrès année N**	**Commentaires**
Nombre de SMCL effectivement réalisées			NA	2	
Nombre d'ateliers de partage d'information tenus			NA	4	

4.10.2 Bilan activités

Activités	Déroulement				Commentaires (uniquement si la valeur est -)
	++	+	+/-	-	
1 Appuyer conception en recherches opérationnelle et recherche action		X			
2 Appuyer et financier recherche action, recherche opérationnelle		X			
3 Participer à rétro-information au niveau central		X			

4.10.3 Analyse des progrès réalisés

Un protocole de recherche a été rédigé et retrace tout le processus suivi de la recherche action menée à Kisantu, depuis l'analyse détaillée de la situation existante, le choix des cibles de l'action et la nature de l'action, les résultats attendus jusqu'aux résultats obtenus.

Ce protocole est un outil dynamique qui évolue au fur et à mesure que le projet avance et sa réalisation est encadrée par l'équipe du suivi scientifique ASSNIP 1 et 2.
Il peut être utilisé pour rédiger des concept papers à l'intention des autorités sanitaires centrales et provinciales mais pourrait également faire l'objet d'une publication dans la revue internationale scientifique tant les résultats qu'il contient sont intéressants.

Le projet participe autant que faire se peut à la rétro-information au niveau central mais il est assez évident que cette activité pourrait avoir beaucoup plus d'impact si un homologue était sélectionné pour co-diriger le projet, ce qui, comme on l'a vu plus haut n'est toujours pas le cas.

4.10.4 Risques et hypothèses

Dans ces circonstances, le risque que l'appropriation du projet, de ses résultats, de ses succès et de ses échecs se fasse au niveau central reste important. Ceci aurait alors pour conséquence que la ZS de Kisantu ne reste qu'une initiative et un succès locaux, sans jamais atteindre l'envergure qu'elle aurait pu avoir et sans jamais avoir pu réellement contribuer à apporter de l'eau moulin des politiques nationales.

4.10.5 Critères de qualité

Efficacité : B
Efficience : C
Durabilité : C

La rétro-alimentation existe et est importante. Mais le fait qu'elle ne soit pas menée par un homologue sélectionné et faisant partie d'une ECP sélectionnée en diminue l'efficience et la durabilité.

4.10.6 Exécution budgétaire

Le faible taux d'exécution de cette activité s'explique par l'absence d'un homologue selon les termes prévus dans le DTF. Il est donc possible que ce budget ne soit pas épuisé dans sa totalité au terme du projet mais il s'agit de montants négligeables en proportion du budget total.

4.10.7 Leçons apprises et recommandations

La communication avec le niveau central a beau se faire de façon régulière et sur base de données objectives, il est essentiel pour une meilleure appropriation qu'un homologue soit sélectionné et qu'il soit membre d'une ECP sélectionnée. Ceci est en outre une étape capitale vers une réelle cogestion du projet.

5 Bénéficiaires

Les bénéficiaires de l'intervention :

La population
La population est sans aucun doute premier bénéficiaire des réformes mises en œuvre.
Premièrement, le système de tarification forfaitaire, à défaut d'offrir un partage du risque entre malades et non malades comme le fait une mutuelle permet une augmentation de l'accessibilité des soins par une répartition du risque entre malades et permet également une utilisation plus rationnelle des ressources, ce qui, au final diminue les coûts réels des services de santé.

Le patient peut donc non seulement bénéficier de services moins chers en moyenne, éviter les délais dans sa prise en charge thérapeutique et diagnostique mais aussi prévoir les dépenses liées à sa santé. En outre, la tarification forfaitaire le protège contre les rémunérations sous la table, du moins, lorsqu'elle est réellement appliquée en toute transparence.
La tarification forfaitaire à elle seule augmente déjà l'accessibilité financière et sans doute également psychologique des soins de santé.
Et ceci est valable pour toute la population susceptible d'utiliser les services des structures de santé de la ZS de Kisantu, même si elle provient de l'extérieur.

Il est à espérer et il reste à prouver que la tarification forfaitaire, par la diminution des délais de prise en charge et par la rationalisation de l'utilisation des ressources aura également un impact positif sur la qualité des soins de santé. Et celle-ci devrait également être améliorée par l'utilisation des protocoles et des ordinogrammes qui ont été mis en place au niveau des CS et de l'HGR.
Ici encore, c'est toute la population susceptible d'utiliser les services des structures de santé de la ZS de Kisantu qui est bénéficiaire des actions entreprises.

Deuxièmement, l'existence d'un subside au niveau du second échelon, disponible pour la population des zones d'intervention ayant utilisé l'échelon le plus adéquat (référence) augmente encore ce bénéfice dans la mesure où on abaisse ici de façon considérable la barrière financière aux soins de santé, ce qui en augmente fortement l'accessibilité financière. Mais la population bénéficiaire ici se limite (sauf tricheries pour se faire passer pour quelqu'un de ces ZS) à la population des zones d'intervention.

Le personnel soignant

Demander au personnel soignant de se contenter de son salaire et de ne plus se rémunérer directement auprès du patient a fait grincer des dents… Rappelons ici la grève du personnel soignant de l'HGR de Kisantu fin 2009, quelques mois après la mise en application des premiers tarifs forfaitaires. La CTB avait garanti à l'hôpital les acquis financiers du personnel et celui-ci pouvait, pour la première fois depuis longtemps, toucher son salaire sur base mensuelle.
Il a fallu comprendre que même si le personnel soignant recevait enfin son salaire chaque mois, la perte de revenus liés à l'interdiction de rémunération directe était telle que le personnel souffrait au total une perte de revenus.
En compensation, et après analyse des caisses de l'HGRK, l'application du SMIG, 1er pallier lui a été accordée ce qui a eu le mérite de satisfaire cette requête sans doute légitime.
Notons aussi que début 2010, quelques personnes, malgré l'augmentation conséquente des salaires qu'impliquait l'application du SMIG, ont préféré démissionner.

De même, l'adhésion de tout le personnel de l'HGRK à la Musakis avec suppression du système des ayants droit n'a pas été facile à faire accepter. Le personnel de l'HGRK se retrouve tout à coup avec l'obligation de respecter les échelons du système (sous peine de quoi la Musakis ne rembourse pas les frais de santé) et donc de passer au CS au lieu de venir directement se servir à la pharmacie.
Mais ceci représente une telle économie au niveau des dépenses de l'HGRK que ce fut un facteur de plus qui a permis l'application du SMIG.

Le personnel dans son ensemble y a finalement gagné car son salaire s'est considérablement amélioré (plus du double pour un infirmier) et il a gardé l'accès garanti aux soins de santé, financé par son employeur (l'HGRK, de même que le BCZ, paie la cotisation pour l'adhésion de son personnel et famille à la Musakis).

Il y a fort à parier que ce ne sont finalement que ceux qui abusaient le plus des systèmes précédents (ayants droits et rémunérations directes) qui ont le moins gagné lors de la mise en place des réformes. Et il est fort possible que ce soient justement ceux-là qui ont démissionné dans le courant de l'année 2010.

Néanmoins, tout comme pour la population générale et pour les malades, il faut encore investiguer et réaliser sondages et enquêtes afin de comprendre quelle est réellement la perception des changements introduits par les différents bénéficiaires.
Ceci est à l'agenda pour l'année 2011.

Les gestionnaires du système de santé
Pour les gestionnaires du système de santé, le bénéfice se situe surtout

au niveau du défi professionnel et de la satisfaction de voir les résultats obtenus. Les changements furent difficiles à amorcer et furent l'objet de longs mois de négociation avant d'être mis en œuvre. Mais les résultats obtenus aujourd'hui sont payants et ceci est fort gratifiant pour ceux qui ont accepté d'y pendre part.
De plus, la mise en place d'une tarification forfaitaire réduit de façon importante le travail de gestion des données sans en diminuer l'intérêt.

Les partenaires
D'une façon générale, les partenaires ont plutôt accueilli les réformes mises en œuvre avec scepticisme au départ et enthousiasme croissant au fur et à mesure de l'avancement du projet. Dans une certaine mesure, les partenaires sont aujourd'hui aussi bénéficiaires des résultats entrepris car ils ont également pris part aux actions menées, notamment dans l'élaboration de protocoles hospitaliers et la réflexion autour de la rationalisation de l'utilisation des ressources. Ils en trouvent leur terrain de travail facilité et les acteurs de terrain remotivés.

La société en général
Lorsqu'une population a un meilleur accès à des soins de santé de meilleure qualité, l'impact se fait ressentir dans tous les secteurs. Ce sont des parents qui ont évité des dépenses catastrophiques et ont pu garder leur parcelle ou leur champ, ce sont des enfants pour qui il reste un peu de moyens pour les frais scolaires, c'est aussi une population dont une plus grande partie a pu bénéficier de soins de santé au lieu de se laisser mourir chez elle et qui donc, peut continuer à vivre et à participer au fonctionnement de la société.

6 Suivi des décisions prises par la SMCL

La dernière SMCL a eu lieu le 25 novembre 2010 et ce fut la 5ème SMCL du projet ASSNIP3. On peut donc dire que les SMCL se sont tenues de façon régulières depuis le début du projet.

Si le projet a souvent rencontré une certaine compréhension de son évolution et des problèmes empêchant sa bonne exécution, malgré les recommandations formulées, il faut bien constater qu'un certain nombre d'entre elles n'ont à ce jour toujours pas été suivies, malgré leur formulation répétée lors de chaque SMCL.

Ne sont ici toujours pas résolus les problèmes suivants, ayant pourtant fait l'objet de recommandations très claires et répétées au cours des différentes SMCL.

1. Paiement par le ministère du budget de la dette (supérieure à 500 000 Euros) pour soins de santé par les services publics (FARDC, PNC et ONATRA) auprès de l'HGR de Kisantu
2. Organisation de la sélection des membres de l'ECP et de l'homologue, conformément à ce qui est prescrit dans le DTF
3. Organisation d'une revue technique visant à évaluer les résultats ASSNIP 3 en vue de l'obtention d'une extension de budget

Il s'agit de recommandations importantes qui résoudraient bon nombre de problèmes existants. Le paiement des dettes de l'HGRK permettrait d'assurer son fonctionnement et d'être autonome pendant presque deux ans, par exemple. Plus s'il obtient un appui financier même modeste.

L'organisation de la revue technique n'a toujours pas été réalisée faute de sélection adéquate des candidats pour la mener. Et le processus de demande d'extension auprès du bailleur stagne bien que sa nécessité ait été reconnue par la SMCL.

Quant à la sélection des membres de l'ECP, les problèmes conséquents à sa non réalisation ont été exposés tout au long de ce rapport.

La SMCL peut donc être un outil précieux pour informer le niveau intermédiaire et le niveau central des avancées du projet et des points qui nécessitent son intervention. Comme signalé au début de ce chapitre, la compréhension et l'écoute sont souvent de mise. On voit cependant que cela ne suffit pas à lever certains obstacles et le projet, malgré ses avancées, continue d'en pâtir.

7 Annexes

Cadre logique

Objectif général			
L'état de santé de la population est amélioré dans les territoires d'intervention du programme			
Objectif spécifique	**Indicateurs de l'objectif spécifique**	**Sources de vérification**	**Risques et hypothèses**
Les soins de santé offerts aux populations de Zones de Santé sélectionnées sont progressivement améliorés en qualité (soins globaux, continus, intégrés, efficaces, efficients, accessibles) par des processus d'amélioration progressive qui forment un modèle largement productible dans la RD Congo	-Taux d'utilisation par service de soins -Durée moyenne de séjour dans les HGR -Taux d'occupation des lits -Taux de patients référés des CS vers l'HGR et effectivement arrivés -Taux d'accouchements assistés -Taux de dépistage de la TBC -Taux de traitements anti-TBC achevés Les pathologies importantes en provenance de la zone sont prises en charge correctement Les problèmes de santé de la population couverte sont prise en charge par une équipe de CSI intégrée Les résultats de recherche entamées sont disponibles	-Rapport d'activités des services -Rapport de supervision	Voir chapitre 3.5.
Résultats	**Indicateurs de Résultats**	**Sources de vérification**	**Risques et hypothèses**
Résultat 1: Les Zones de Santé du district de La Lukaya sont encadrées par l'Equipe Cadre Provinciale du Bas-Congo	-Nbre de supervisions réalisées -Nbre de mesures prises suivies d'éxécution -Nbre de réunions de coordination réalisées Un plan de développement provincial a été redressé Les actions des bailleurs sont	-Rapports des supervisions -PV des réunions de coordination	Voir chapitre 3.5.

	coordonnées au niveau de la province autour de la SRSS		
Activités par Résultat	**Moyens**	**Coûts en Euros Contribution belge**	**Risques et hypothèses**
R1/A1: Appuyer la construction d'un bureau pour une équipe cadre de district rationnalisée			
R1/A2: Appuyer la formulation d'un plan intégré de développement de district			
R1/A3: Appuyer le processus de supervision des équipes cadres de zones			
R1/A4: Appuyer les réunions de coordination entre les Zones de Santé			
R1/A5: Appuyer la coordination des intervenants dans le district			
R1/A6: Illustrer les démarches entamées et les outils développés pour rendre fonctionnelle l'ECD dans une optique de recherche-action			
Résultats	**Indicateurs de Résultats**	**Sources de vérification**	**Risques et hypothèses**
Résultat 2: Dans les Zones de Santé ciblées les Equipes Cadres de Zones sont fonctionnelles	-Nbre de supervisions réalisées/Nbre de supervisions prévues -Nombre d'initiatives de RA/RO mises en œuvre et abouties -Existence de plans de développement intégrant les programmes verticaux et les interventions des partenaires -Nbre de plans d'action en exécution -Taux de réalisation des activités planifiées Les équipes cadre de Kisantu, Ngidinga et de Nselo sont en place	-Rapports de supervision -documents de résultats des RA/RO -Rapport d'activités -Rapport d'évaluation	Voir chapitre 3.5.

	Il existe une division de travail entre les membres qui leur permet de fonctionner de façon intégrée		
Activités par Résultat	**Moyens**	**Coûts en Euros Contribution belge**	**Risques et hypothèses**
R2/A1: Appuyer la formulation des plans de développement des zones et leur mise en œuvre			
R2/A2: Appuyer une supervision formative y compris l'analyse des observations et les prises de décision			
R2/A3: Appuyer le suivi de nouvelles initiatives sur le plan organisationnel comme sur le plan de l'offre des soins			
R2/A4: Appuyer des initiatives dans le cadre de l'intégration des programmes verticaux			
R2/A5: Appuyer techniquement l'ECZ et l'HGR pour l'analyse des indicateurs de performance dans les Zones de Santé et envisager avec l'ECZ et l'HGR les solutions aux problèmes identifiés			

Résultats	**Indicateurs de Résultats**	**Sources de vérification**	**Risques et hypothèses**
Résultat 3: L'Hôpital Général de Référence de Kisantu est progressivement rationalisé	-Durée moyenne de séjour -Taux d'occupation des lits par service -Prix moyen payé par patient et par type de pathologie -Coût moyen par patient et par type de pathologie L'hôpital assure le PCA	-Rapport RA -Rapport d'activités -Rapports SNIS de routine	Voir chapitre 3.5.
Activités par Résultat	**Moyens**	**Coûts en Euros Contribution belge**	**Risques et hypothèses**

R3/A1: Développer un plan directeur global de l'hôpital et ses annexes et furnir un appui à la réhabilitation et la construction			
R3/A2: Etablir des plans d'action annuels sur base du plan directeur			
R3/A3: Appuyer une nouvelle gestion du personnel avec rationalisation des effectifs			
R3/A4: Appuyer une nouvelle gestion financière de l'hôpital avec une baisse des tarifs et une évolution vers des tarifs forfaitaires et une contractualisation avec une mutuelle de santé			
R3/A5: Appuyer l'initiative de mutualisation			
R3/A6: Développer et appliquer des standards de prise encharge cliniques avec une rationalisation de la prescription			
R3/A7: Renforcer la gestion et l'approvisionnement des médicaments			
R3/A8: Organiser les lieux de stage pour les élèves de l'IMT de Kisantu, y compris l'encadrement des étudiants, et développer des stratégies de restriction du nombre total de stagiaires (ITM, ISTM, UCA) à accueillir			
R3/A9: Appuyer la réalisation d'une nouvelle politique autour de la prise en charge des malades chroniques (diabètes, HTA, ACV, épilepsie, pathologies psychotiques)			
Résultats	**Indicateurs de Résultats**	**Sources de vérification**	**Risques et hypothèses**
Résultat 4: Les centres de santé de Kisantu sont progressivement rationalisés	-Nbre de CS avec personnel rationalisé -Nbre de CS avec PMA défini -Nbre de cas de maladies chroniques suivis en service de routine -Nbre de CS intégrant dans leur PMA les programmes verticaux que la zone	-Rapports d'activités -Rapport de supervision	Voir chapitre 3.5.

	aura décidé d'intégrer		
Activités par Résultat	**Moyens**	**Coûts en Euros Contribution belge**	**Risques et hypothèses**
R4/A1: Développer une carte de couverture pour la Zone de Santé y compris une rationalisation du personnel opérationnel			
R4/A2: Introduire progressivement le PMA de qualité dans les centres de santé selectionnées (+ fourniture d'équipement)			
R4/A3: Appuyer la réhabilitation des infrastructures prioritaires			
R4/A4: Appuyer l'intégration des programmes verticaux et la prise en charge des malades chroniques dans le PMA			
Résultats	**Indicateurs de Résultats**	**Sources de vérification**	**Risques et hypothèses**
Résultat 5: L'Institut Technique Médicalde Kisantu répond progressivement mieux aux besoins de formation de base et pour le personnel en place	-Nbre d'élèves inscrits par an -Nbre de personnel recyclé en techniques d'accouchement -Degré de réalisation du programme d'enseignement -Nbre de processus « qualité » entrepris /Nbre de processus « qualité » aboutis -Taux de réussite des élèves à l'examen publique	-Rapports d'activités -Rapport d'évaluation de la qualité des formations -Rapport d'évaluation des stages -Rapport de supervisions	Voir chapitre 3.5.
Activités par Résultat	**Moyens**	**Coûts en Euros Contribution belge**	**Risques et hypothèses**

R5/A1: Appuyer la réhabilitation et la réfection du bâtiment existant			
R5/A2: Appuyer la rationalisation des resources humaines			
R5/A3: Fournir un complément d'équipement pour ITM			
R5/A4: Appuyer la formation initiale, complémentaire et le recyclage du personnel infirmier en gynéco-obstétrique en année terminal			
R5/A5: Appuyer une stragégie de diminuition des élèves (subvention fonctionnement)			
R5/A6: Finaliser les stages			
Résultats	**Indicateurs de Résultats**	**Sources de vérification**	**Risques et hypothèses**
Résultat 6: Les structures de la zone sanitaire de Ngidinga sont progressivement rationalisées	Voir résultats R3 et R4		Voir chapitre 3.5.
Activités par Résultat	**Moyens**	**Coûts en Euros Contribution belge**	**Risques et hypothèses**
R6/A1: Développer un plan directeur global de l'hôpital de l'HGR			
R6/A2: Etablir des plans d'action annuels sur base du plan directeur			
R6/A3: Appui à la formulation d'un plan de couverture sanitaire y compris une rationalisation des RH de la Zone de Santé			
R6/A4: Appui au fonctionnement de l'HGR sous condition d'une rationalisation du personnel et une baisse des tarifs basée sur une étude de faisabilité			
R6/A5: Appui à la réhabilitation des infrastructures et à l'équipement selon les priorités pré-établies			
Résultats	**Indicateurs de Résultats**	**Sources de vérification**	**Risques et hypothèses**

Résultat 7: Les structures de la zone sanitaire de Nselo sont progressivement rationalisées	Voir résultats R3 et R4		Voir chapitre 3.5.
Activités par Résultat	**Moyens**	**Coûts en Euros Contribution belge**	**Risques et hypothèses**
R7/A1: Développer un plan directeur global de l'hôpital de l'HGR			
R7/A2: Etablir des plans d'action annuels sur base du plan directeur			
R7/A3: Appui à la formulation d'un plan de couverture sanitaire y compris une rationalisation des RH de la Zone de Santé			
R7/A4: Appui au fonctionnement de l'HGR sous condition d'une rationalisation du personnel et une baisse des tarifs basée sur une étude de faisabilité			
R7/A5: Appui à la réhabilitation des infrastructures et à l'équipement selon les priorités pré-établies			
Résultats	**Indicateurs de Résultats**	**Sources de vérification**	**Risques et hypothèses**
Résultat 8: Le niveau central est alimenté en informations pertinentes pour la planification du secteur résultant de recherches effectuées par le programme	-Nbre d'ateliers de partage d'informations tenus -Nbre de RA achevées avec rapport achevé	-Rapports RA -Rapports d'activités -Compte-rendu des ateliers menés	
Activités par Résultat	**Moyens**	**Coûts en Euros Contribution belge**	**Risques et hypothèses**
R8/A1: Appuyer la conception de recherche-action			
R8/A2: Appuyer la mise en œuvre des recherches-actions et d'autres initiatives et le monitorage et l'analyse des données en particulier			
R8/A3: Participer à la rétro-information au niveau central à travers de l'organisation des ateliers de réflexion			

Activités M&E

Extrait du protocole de recherche ASSNIP 3:

Chapitre 7 : Vérification des hypothèses et discussion

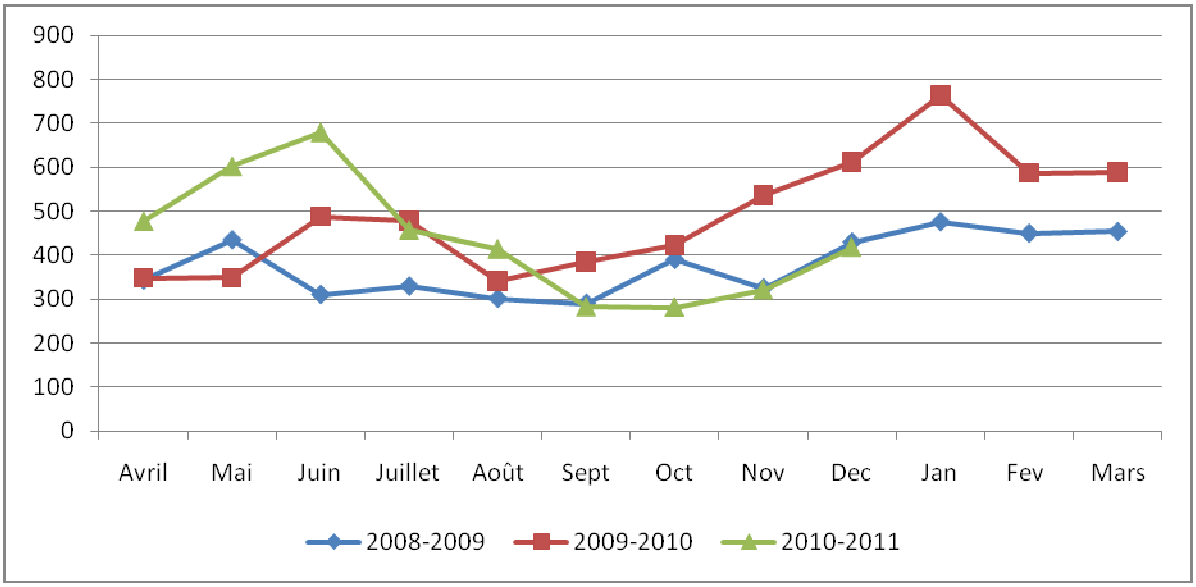
Les données reprises ci-dessous montrent l'évolution de chaque indicateur un an au moins, avant la mise en œuvre des réformes entreprises et les 3 années qui ont suivi.
Lorsqu'il s'agit de données mensuelles, les données sont superposées par mois de façon à ce que les variations saisonnières soient prises en compte.

- **Résultat 1 : Amélioration de l'accessibilité aux soins**
    - **Augmentation du nombre de patients hospitalisés**
    - **Augmentation du taux d'occupation HGR**
    - **Augmentation du % facture payée**
    - **Augmentation du taux de référence dans les CS vers HGR**
    - **Augmentation du nombre d'affiliés à la Musakis**
    - **Augmentation du % de patients Musakis**
    - **Augmentation du % de patients provenant de la ZS de Kisantu**

Le graphique 1 montre l'évolution des hospitalisations à l'HGR de Kisantu et compare les données un an avant la mise en place de la tarification forfaitaire + subside à celles des années suivantes, à saison égale.

On note une augmentation assez immédiate du nombre de patients hospitalisés qui semble se poursuivre l'année suivante.

Mais à partir de juillet, il semble que l'on revienne aux valeurs de l'année précédentes, moins élevées mais néanmoins toujours plus importante que l'année avant la mise en place du forfait + subside. Ce timing correspond à la mise en place des nouveaux tarifs forfaitaires, suivie d'une grève des médecins (septembre-octobre 2010) réclamant une meilleure rémunération de l'état qui fut fort dommageable au bon fonctionnement du système.



Graphique 1 : Evolution des hospitalisations à l'HGRK (nombre de patients)

Source : Rapports d'activités mensuels HGRK

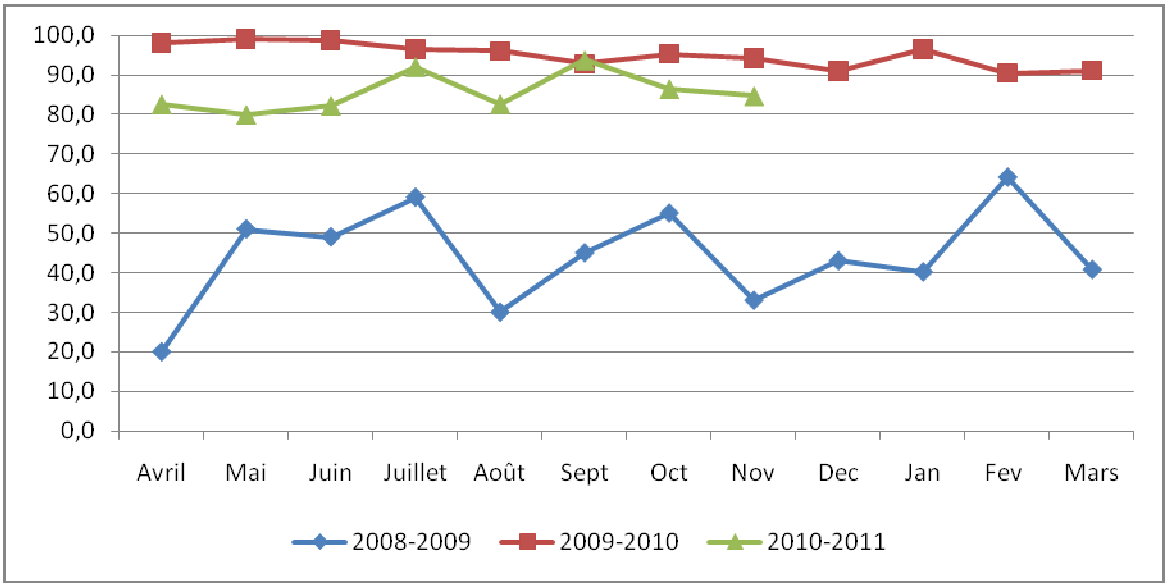
Ces nouveaux tarifs sont, comme vu plus haut, basés sur les coûts réels pour l'HGRK mais le patient référé tel que défini dans ce document (y inclus les urgences pour les ZS appuyées par le projet et les accidentés de la route pour les patients de toutes origines) ne paie pas plus qu'avant ou peu. L'augmentation concerne surtout la partie subsidiée du tarif forfaitaire et touche donc également les patients qui doivent en payer l'entièreté.

Quant au taux d'occupation, il augmente graduellement. Il était de 39,6% l'année avant le démarrage des interventions. Il continue d'augmenter au cours de l'année 2010 mais il faut noter qu'en 2010, l'HGR de Kisantu est passé de 300 lits à 270.

2008	2009	2010	2011	2012
39,6%	47,1%	70,3%		

Tableau A : Evolution du taux d'occupation HGRK
Source : Rapports annuels HGRK

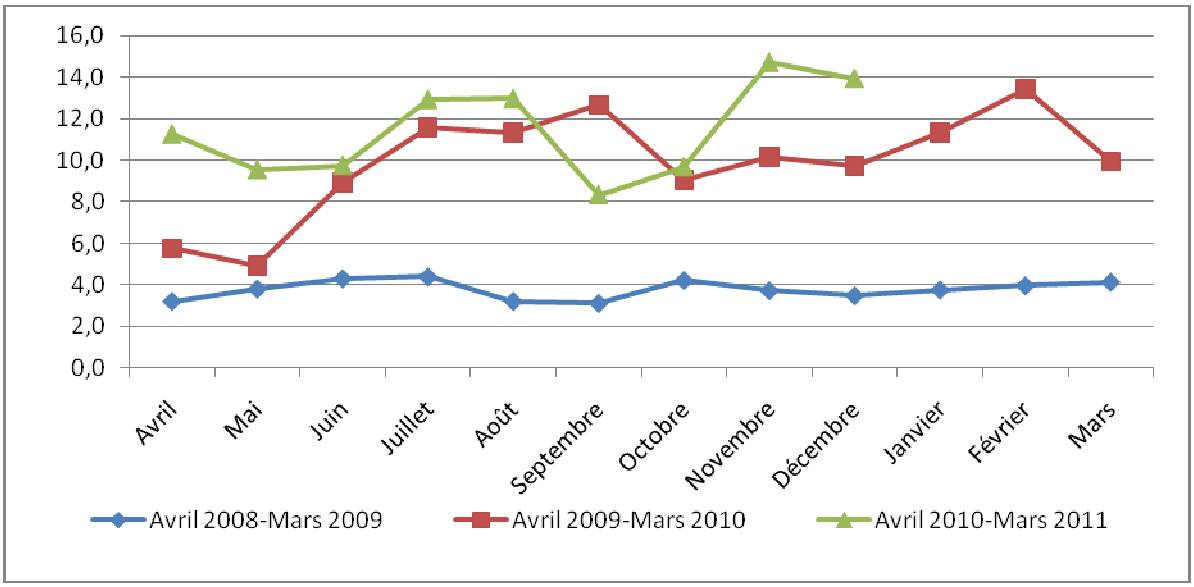
Le graphique 2 montre l'évolution du % des factures soumises aux patients qui ont effectivement été payées à l'administration de l'HGR.



Graphique 2 : Evolution du % de factures effectivement payées à l'HGR
Source : Comptabilité HGRK

On peut constater que tout au long de l'année qui a précédé la mise en place de tarifs forfaitaires avec subside, moins de 60% des montants dus étaient encaissés.

Dès la mise en place des tarifs forfaitaires, et tout au long de l'année qui a suivi, ce sont 95% des factures qui ont été payés.
Une baisse est survenue depuis février 2010 mais on reste au-delà de 80%.



Graphique 3 : Evolution de la référence vers HGR (%) dans les CS de la ZS de Kisantu situés à moins de 20km de l'HGRK
Source : Bureau Central de la Zone de Santé de Kisantu
Le graphique 3 montre l'évolution de la référence vers l'HGR dans les CS intégrés dans la ZS de Kisantu situés à moins de 20 km de l'HGR. Le taux de patients référés dans les CS vers l'HGR a augmenté de façon drastique dès la mise en place

des réformes, ce qui correspond à l'effet recherché.

Cette distance a été choisie pour séparer les données car au-delà d'un rayon de 20 km, la dégradation des routes et le manque de moyens de transport est nettement plus important. Le manque d'accessibilité géographique reste considérable.

Au-delà de cette distance, l'augmentation de la référence existe également mais est de moindre importance. Le pourcentage de patients référés au niveau des CS vers l'HGR y a néanmoins doublé et est passé de 1,5% à 3%.

En ce qui concerne la référence, comme vu plus haut, il est probable que le nombre de faux positifs ait augmenté en raison des tentatives de la population de contourner le système mis en place et de bénéficier du subside en obtenant une lettre de référence au niveau du CS. Cette proportion de faux + est difficile à évaluer tant que le système de contre référence n'est pas suffisamment fonctionnel.
Les patients qui proviennent d'en dehors de la ZS mais qui ont obtenu une lettre de référence au CS sont pris en charge au niveau de l'HGR mais sont identifiés via leur carte d'électeur et ne peuvent bénéficier d'un subside. Ils sont néanmoins comptabilisés aux deux niveaux comme référés.

Quant à ceux de la zone de santé qui ont obtenu une référence de complaisance, ils sont, dans la mesure du possible, renvoyés par le corps médical vers leur CS mais ceci est une mesure très impopulaire et très difficile à faire appliquer.

Une sensibilisation répétée du personnel soignant dans les CS à la bonne utilisation de la référence et du budget disponible pour les subsides est encore en cours de réalisation.
Le problème est donc réel mais le succès aussi étant donné que l'augmentation du % de référence tant au niveau des CS que parmi les patients de l'HGR est liée à une réorientation des pathologies courantes vers les CS et à une utilisation plus rationnelle des échelons du système (voir résultat 2).

	2008	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
Nombre d'affiliés Musakis	**1859**	**2737**	**6115**	**9452**	

Tableau B : Evolution affiliés en ordre de cotisation Musakis au 1er janvier
Source : Musakis

La mutuelle de santé de Kisantu (MUSAKIS) a vu son nombre d'adhérents augmenté progressivement grâce à la campagne de sensibilisation continue qu'elle tente de mener. Mais on note une augmentation importante entre 2009 et 2010 qui correspond à l'adhésion de tout le staff actif et retraité de l'hôpital ainsi que de toutes leurs familles. En outre, le travail fait pour convaincre certaines sociétés civiles telles que la SNEL (Société Nationale d'Electricité) et la REGIDESO d'inscrire tout leur personnel a également contribué à cette belle avancée.

En abaissant la barrière financière pour les patients référés originaires de la ZS de Kisantu, on pouvait s'attendre à ce que l'augmentation de l'utilisation de l'HGR dans les services soit due principalement à une augmentation des patients en provenance

de la zone.
Mais en ce qui concerne les consultations à l'HGRK, la réorientation des patients vers la première ligne a causé une diminution des nouveaux cas, comme on le verra plus bas. Or, le % de patients en provenance de la zone a également augmenté de façon importante en consultation. Ceci pourrait s'expliquer au moins en partie par une diminution proportionnellement plus grande des patients provenant d'en dehors de la zone que les tarifs forfaitaires sans subsides ont découragés.

	2008	2009	2010	2011	2012
% patients Musakis en consultation	**4,1%**	**7,9%**	**8,1%**		
% patients Musakis en hospitalisation	**3,4%**	**4,3%**	**7,2%**		
% patients hospitalisés provenant de la ZS de Kisantu	**74,4%**	**78,1%**	**85,5%**		
% patients en consultation provenant de la ZS de Kisantu	**74,1%**	**77,0%**	**85,0%**		

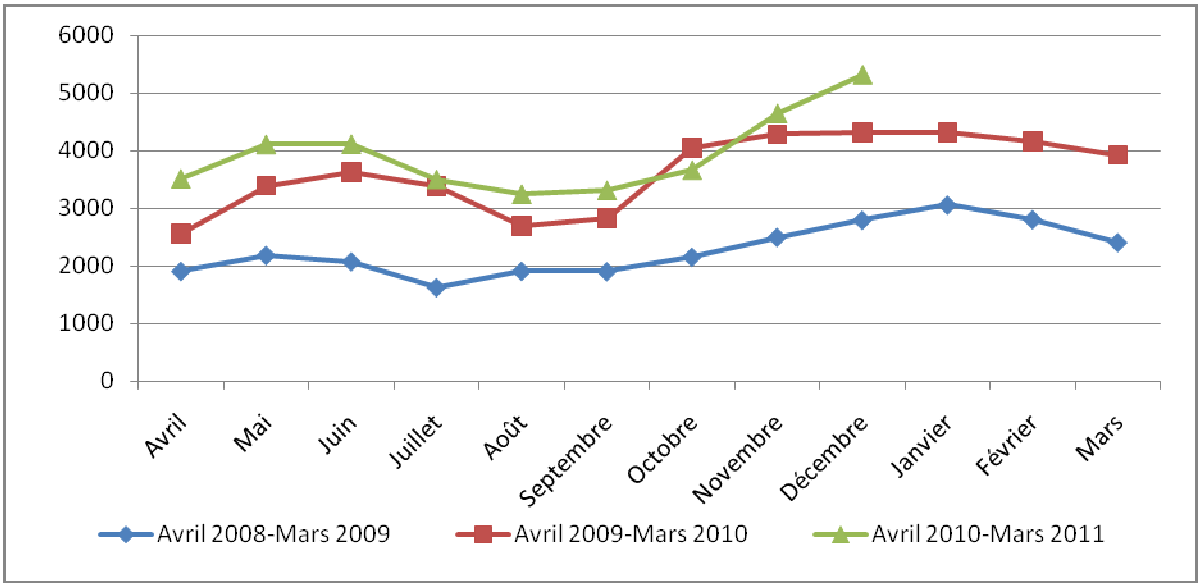
Tableau C : Evolution de la répartition des patients en hospitalisation et en consultation externe à l'HGRK
Source : HGRK

- **Résultat 2 : Utilisation plus rationnelle des échelons du système**
  - **Augmentation des consultations dans les CS**
  - **Diminution des consultations primaires à l'HGR**
  - **Augmentation du % référence en consultation à l'HGR**
  - **Augmentation du % référence en hospitalisation à l'HGR**
  - **Augmentation du % patients référés à l'HGR qui sont hospitalisés**

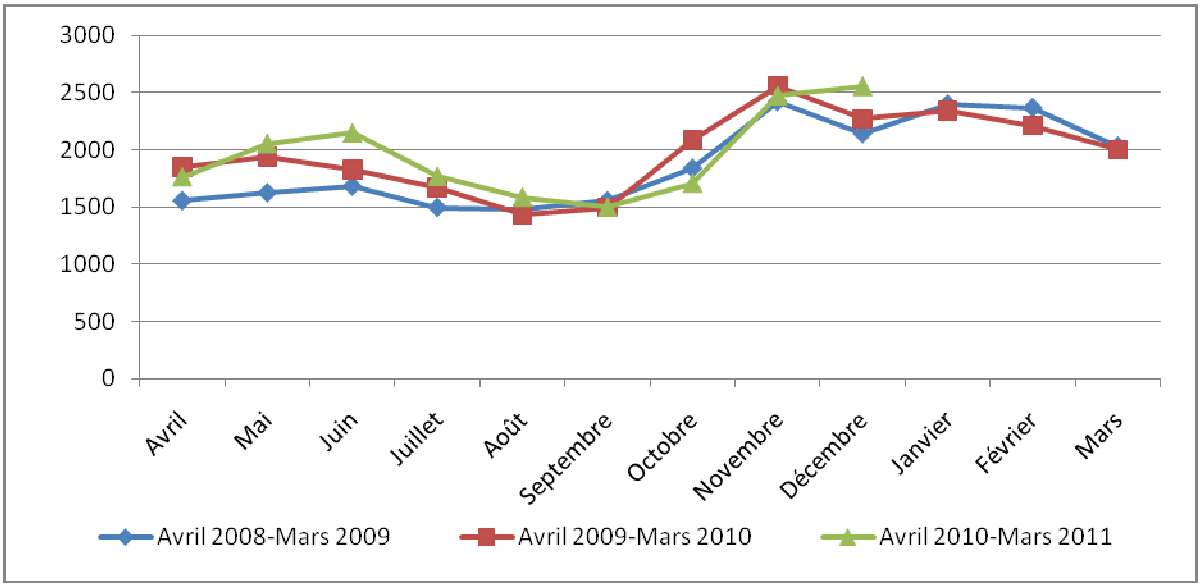
Le graphique 4 montre l'évolution du nombre de consultations dans les CS dans un rayon de 20 km par rapport à l'HGR de Kisantu.

Il existe une augmentation considérable du nombre de nouveaux cas dans ces CS par rapport aux 12 mois qui ont précédé la mise en place d'un tarif préférentiel pour les patients référés et cette augmentation continue lors de la deuxième année qui suit cette réforme.

Comme l'on pouvait s'y attendre, cette augmentation est d'autant plus importante que l'on se rapproche de l'HGR et est maximale dans un rayon de 5 km.
Il faut noter qu'au-delà de 20 km de rayon par rapport à l'HGR, les consultations dans les CS (nouveaux cas) ont augmenté mais de façon beaucoup plus modeste jusqu'en juillet 2010 (graphique 5). Au-delà, on revient aux valeurs de départ.



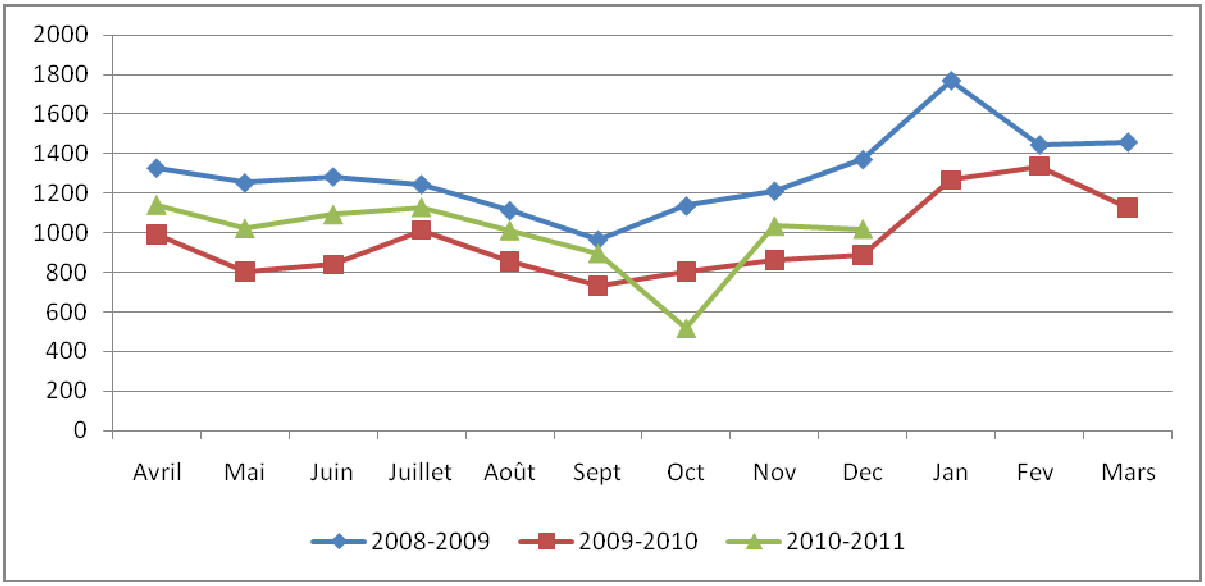
Graphique 4 : Evolution des consultations curatives (nouveaux cas) dans les CS à moins de 20 km de l'HGRK
Source : BCZK



Graphique 5 : Evolution des consultations curatives (nouveaux cas) dans les CS > 20 km HGR Kisantu
Source BCZ

Le graphique 6 met en évidence la diminution des consultations externes au niveau de l'HGR qui accompagne logiquement l'augmentation des consultations dans les CS.

Ceci correspond à l'effet recherché puisque l'on souhaitait réorienter les patient souffrant de pathologies simples de l'HGR vers les Centres de santé afin de rationaliser l'utilisation des structures de santé de la ZS et de permettre au personnel soignant de l'HGR d'être plus disponible pour les cas référés.



Graphique 6 : Evolution des Consultations Externes à l'HGRK
Source : Rapports mensuels d'activités HGRK

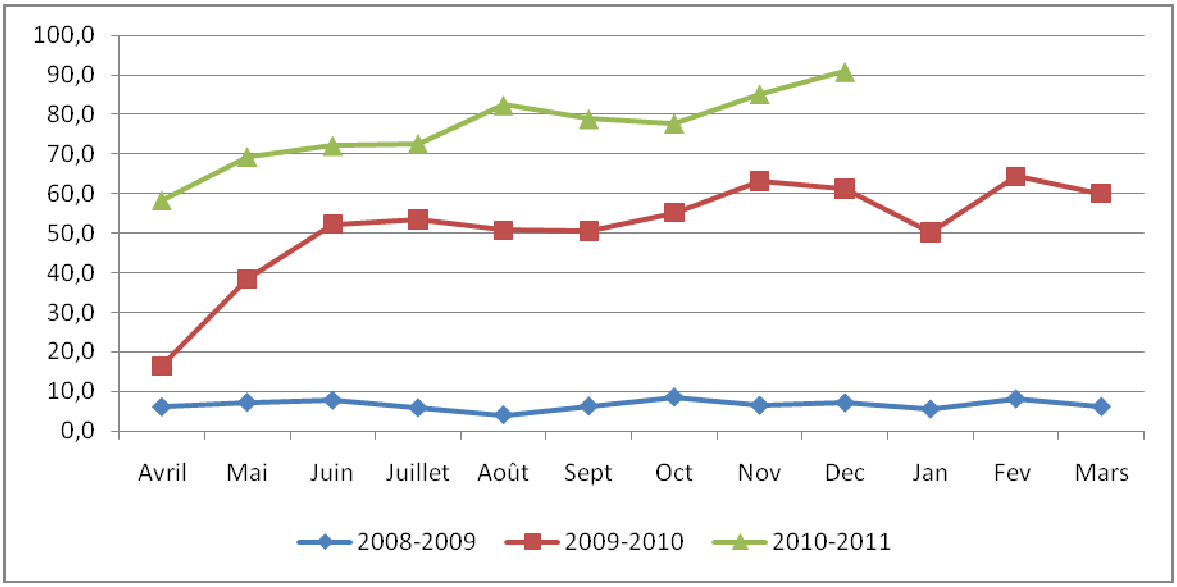
A partir d'Avril 2010, on assiste à une remontée des consultations externes à l'HGR sans toutefois atteindre les valeurs de départ. Cette remontée est accompagnée d'une augmentation du taux de référence mais comme indiqué plus bas, celui-ci est sujet à caution. Il faut voir dans quelle mesure ces références sont pertinentes. Des efforts sont faits pour améliorer la réalisation et la qualité de la contre référence et à ce stade, il est très difficile de déterminer quelle est la part de vrais et de faux +.

Notons ici qu'il en est de même pour les vrais et faux -. Les données disponibles à ce stade, ne permettent pas de connaître la proportion de patients qui, malgré l'abaissement de la barrière financière, continue à ne pas avoir accès aux soins de santé.

Notons aussi que le pic vers le bas d'octobre 2010 correspond à la grève des médecins dans tout le pays en réclamation d'une augmentation de leur rémunération de l'état.

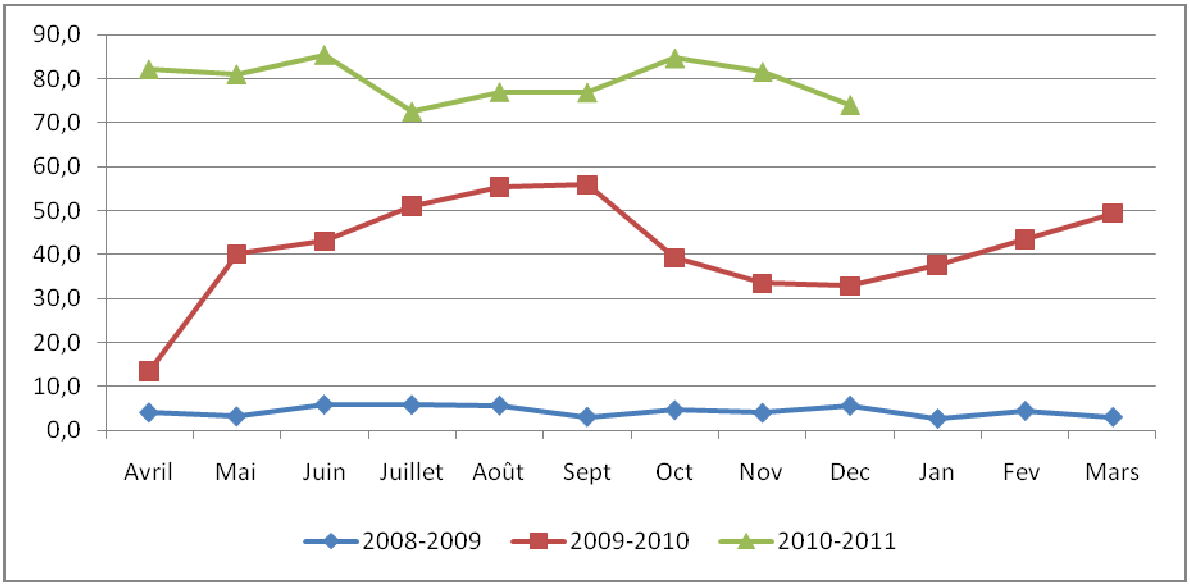
Parallèlement à la diminution des consultations externes à l'HGRK, on observe une augmentation du pourcentage de référence parmi ces consultations. Nous avons vu dans la description de la situation de départ que ce pourcentage au niveau de l'HGRK était de 6,7% en 2008 (Tableau 3).

Le graphique 7 montre une augmentation spectaculaire et quasi immédiate de ce taux de référence au niveau des consultations externes suite à la mise en place d'un tarif différentiel pour les patients référés et non référés.



Graphique 7 : Evolution des patients référés parmi les consultations externes à l'HGRK
Source : rapport mensuels d'activités HGRK

L'augmentation de la proportion de patients référés s'explique d'une part, par la diminution du nombre de patients non référés qui ont été réorientés vers les CS, d'autre part, par l'augmentation du nombre de patients référés dans les CS vers l'HGR.



Graphique 8 : Evolution du pourcentage de patients référés parmi les patients hospitalisés
Source : Rapports mensuels d'activités HGRK

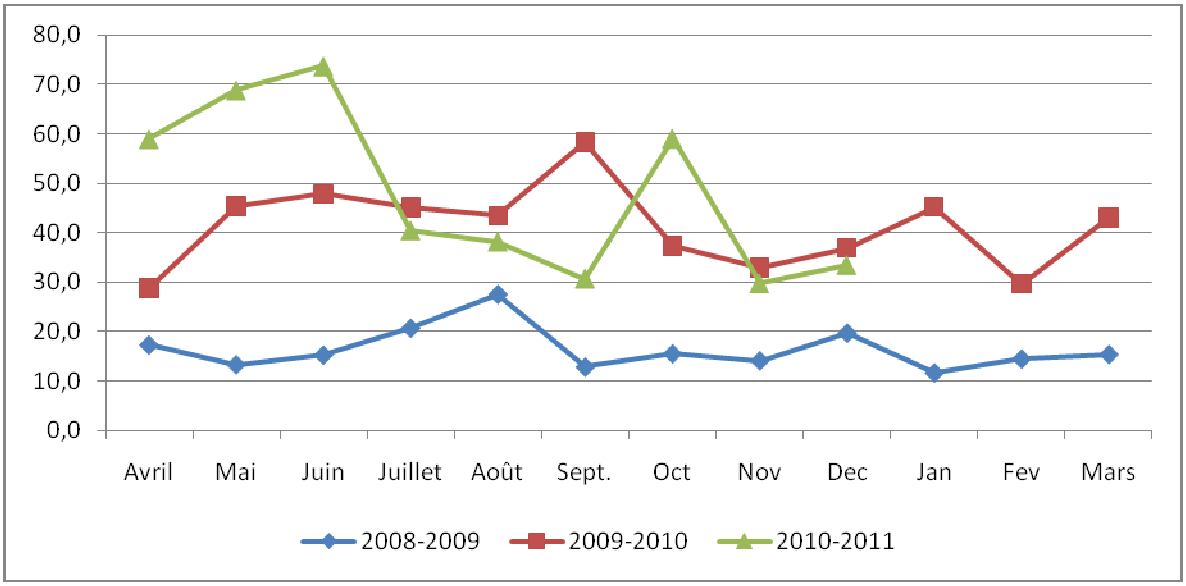
On observe aussi une augmentation quasi immédiate et d'ampleur considérable du pourcentage de patients référés parmi les patients hospitalisés (Graphique 8), ce qui est aussi une conséquence du % de référence au niveau des CS vers l'HGRK.

Ceci était assez prévisible étant donné l'avantage financier manifeste (subside sur le tarif forfaitaire) que le patient a à être référé par le premier échelon.

Parmi les patients hospitalisés référés, on trouvera probablement peu de faux positifs. Néanmoins, on peut se poser la question de savoir dans quelle mesure des patients qui devaient effectivement être hospitalisés mais originaires d'autres zones de santé ou même d'autres provinces, trouvent le moyen de se faire reconnaître comme patient bénéficiaire du subside, malgré l'identification à l'admission faite grâce à la carte d'électeur.

Il est intéressant de constater que dans les deux cas, tant au niveau des hospitalisations qu'au niveau des consultations, l'augmentation du taux de référence a été quasi immédiate et s'est maintenue tout au long de l'année qui a suivi la mise en place des réformes à l'HGRK.
De plus, le taux de référence aux deux niveaux continue d'augmenter lors de la deuxième année qui suit la mise en place de ces réformes, jusqu'à atteindre, dans les deux cas, des valeurs dépassant les 80%.

Afin de mesurer la pertinence de la référence des CS vers l'HGRK, on peut suivre l'évolution du taux d'hospitalisation parmi les patients référés en consultation externe (Graphique 9).
Selon le Ministère de la Santé en RDC, le taux optimal est de 70%.



Graphique 9 : Taux d'hospitalisation parmi les patients référés en consultation externe HGRK
Source : Rapports mensuels d'activités HGRK

On peut voir que tout au long de l'année qui a précédé les réformes, le taux oscillait autour de 15%. Cela veut dire que sur 100 patients référés en consultation externe à l'HGRK, 15 étaient dans un état suffisamment critique pour être hospitalisés.

A partir d'avril 2009, on peut observer une augmentation immédiate de ce taux d'hospitalisation qui se maintient tout au long de l'année et qui continue de croître au

cours du premier trimestre de la deuxième année qui suit les réformes jusqu'à dépasser ce taux optimal de 70% en juin 2010.

Depuis juillet 2010, on observe cependant une diminution importante de ce taux d'hospitalisation, ce qui correspond à la mise en application de nouveaux tarifs forfaitaires dont il faut rappeler qu'ils impliquent peu de changement pour les patients référés.
Par contre, ils sont beaucoup plus chers pour les patients non référés.

On peut donc imaginer que bon nombre de patients qui seraient venus, avant l'application de nouveaux tarifs, spontanément à l'HGR pour des SSPE, prêts à payer la différence modeste de tarifs pour les non référés, ont cherché à contourner le système en raison de l'augmentation importante de cette différence de tarif dès juillet 2010 et sont parvenus à obtenir au niveau des CS un ticket de référence pour des raisons financières plus que pour des raisons cliniques.

- **Résultat 3 : Rationalisation de la prescription**
  - **Augmentation du % médicaments génériques prescrits**
  - **Diminution %prescriptions abusives par les non médecins**
  - **Diminution % patients sous antibiothérapie**
  - **Diminution du nombre d'examens de laboratoire par patient**
  - **Diminution du nombre de transfusions sanguines par patient**

Données à récolter et à analyser. Les seules données actuelles dont nous disposons sont les données de laboratoire :

	2008	2009	2010	2011	2012
% Médicaments génériques HGRK	30%	70%	Etude à réaliser		
% prescriptions par les non médecins	ND	28%	Etude à réaliser		
% patients sous antibiothérapie	ND	62%	Etude à réaliser		
Nombre d'examens de laboratoire par patient	4,8	3,9	Etude à réaliser		
Nombre de transfusions sanguines par patient	0,1	0,24	0,21		

Tableau D : Evolution de la prescription
Source : Etudes menées par la CTB à l'HGRK

Les avancées obtenues avant la mise en place de protocoles thérapeutiques sont l'augmentation importante de la prescription générique qui remplace peu à peu la prescription de spécialités. Dans le cadre d'un tarif forfaitaire, le praticien peut difficilement justifier une prescription à l'extérieur de l'HGRK et il aura fallu de long mois de négociation avec le comité de gestion pour faire accepter l'idée d'un

approvisionnement quasi exclusif à la Centrale d'Achat et d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels et Génériques de Kisantu (CAAMEKI).

Depuis 2009 en effet, seuls les médicaments non disponibles à la CAAMEKI sont achetés à l'extérieur.
Le but restant d'atteindre 90% d'utilisation de médicaments génériques.

Spontanément, le nombre d'examens de laboratoire par patient a diminué avec la mise en place des réformes. Tarification forfaitaire et diminution des consultations externes sont sans doute à l'origine de cette évolution.

Par contre, une évolution en sens inverse est notée pour les transfusions sanguines qui atteignent des proportions inquiétantes (et augmentent parallèlement le nombre d'examens de laboratoire). La tarification forfaitaire n'a donc pas eu ici l'effet recherché.

Il faudra voir dans quelle mesure l'application de protocoles diagnostiques et thérapeutiques qui a commencé en novembre 2010 aura un impact sur cet indicateur.

- **Résultat 4 : Amélioration de la qualité des soins**
    - **Respect des protocoles/ordinogrammes**
    - **Augmentation de la Satisfaction patients**
    - **Diminution du Taux de décès**
    - **Diminution de la DMS**

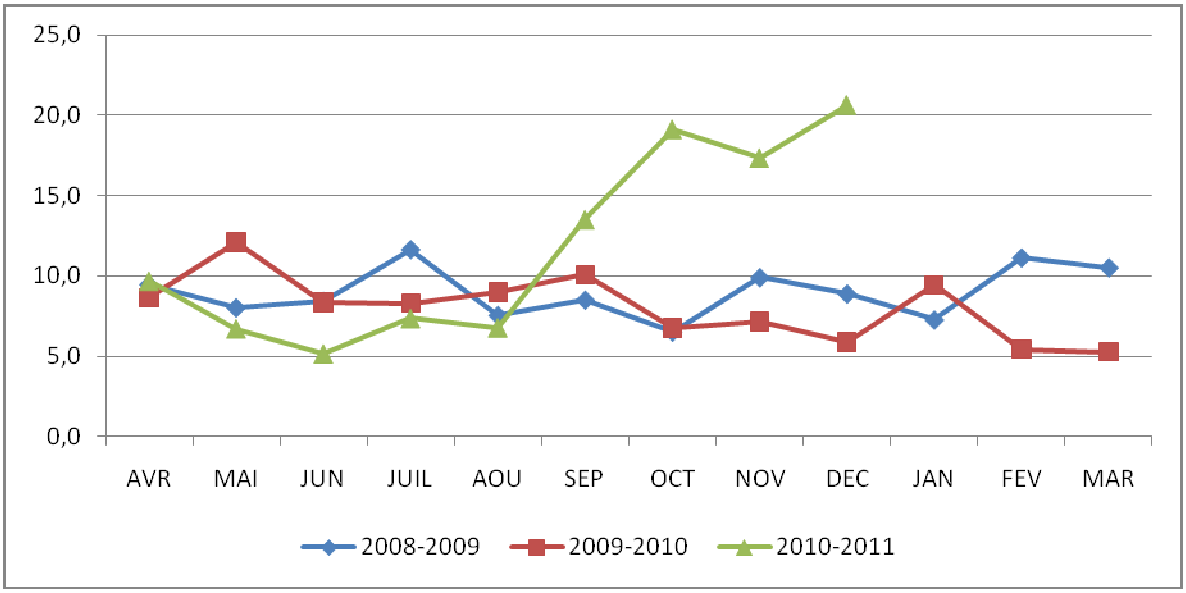
Données à récolter. Focus groups à organiser. 2011

Le graphique 10 montre l'évolution du taux de décès qui était en baisse progressive depuis l'introduction des tarifs forfaitaires et plus encore surtout depuis février 2010. Cependant, à partir de Septembre 2010, on assiste à une flambée des taux de décès à l'hôpital et ceci concerne autant les décès de moins et de plus de 24 heures.

Plusieurs facteurs peuvent avoir contribué à cette augmentation dramatique des décès. En analysant les données de façon plus détaillée, on constate que le taux de décès a augmenté principalement en pédiatrie. Mais lors de la grève des médecins en septembre et octobre 2010, on constate également un pic important dans le taux de décès en médecine interne et en chirurgie. Entre septembre et décembre 2010, le médecin responsable de la pédiatrie est parti en formation et le relais n'a pas été organisé correctement. Ceci peut également être un facteur ayant contribué à augmenter le taux de décès.

Enfin, une enquête a été organisée par l'ECZ au niveau des CS afin de comprendre l'implication du premier échelon dans ce phénomène. Il est apparu que la majorité des cas décédés à l'HGR qui étaient passés par le CS étaient déjà dans un état critique à leur arrivée et que les CS n'ont pu que transférer le patient vers l'HGR en

toute urgence.



Graphique 10 : Evolution taux de décès HGRK
Source Rapports mensuels HGRK

2011 : Paragraphe à rajouter si le taux de décès redevient très bas : Le fait que les patients ne doivent plus attendre de trouver les moyens financiers pour bénéficier d'interventions, d'examens ou simplement pour acheter leur traitement devrait à moyen terme contribuer à accélérer leur prise en charge et leur guérison.

En outre, le comportement du personnel de santé change probablement petit à petit dans la mesure où leur rémunération n'est plus tributaire du nombre d'examens et actes prescrits. Ceci peu à peu instaure un nouveau comportement axé davantage sur les intérêts du malade et favorise l'augmentation progressive de la qualité des soins.

Il n'est pas certain que la durée moyenne de séjour change réellement au bout du compte. L'introduction de tarifs forfaitaire évite les délais dus à la recherche de moyens financier pour que le patient puisse progresser dans son parcours thérapeutique. Mais en revanche, la facture du patient n'augmente plus avec sa durée de séjour et les patients sont donc moins demandeurs de sorties prématurées

	2008	2009	2010	2011	2012
Taux de décès	8,8	8,6	9,4		
Durée Moyenne de Séjour	9,4j	8,6j	8,1j		

Tableau E : Evolution Durée Moyenne de Séjour à l'HGRK
Source : rapports mensuels HGRK

Etant donné que l'orthopédie fausse les données avec une durée moyenne de séjour très longue et qu'il s'agit d'un service faisant partie du troisième échelon que l'HGR

représente partiellement, conformément au plan directeur hospitalier réalisé en 2009, la durée moyenne de séjour reprise ici ne concerne pas l'orthopédie.

- **Résultat 5 : Augmentation de l'efficience et de la viabilité de l'HGR et des CS**
  - **Diminution dépenses de l'HGRK**
  - **Augmentation recettes de l'HGRK**
  - **Augmentation de la part patient dans les recettes**
  - **Augmentation des recettes/salaires dans les CS**

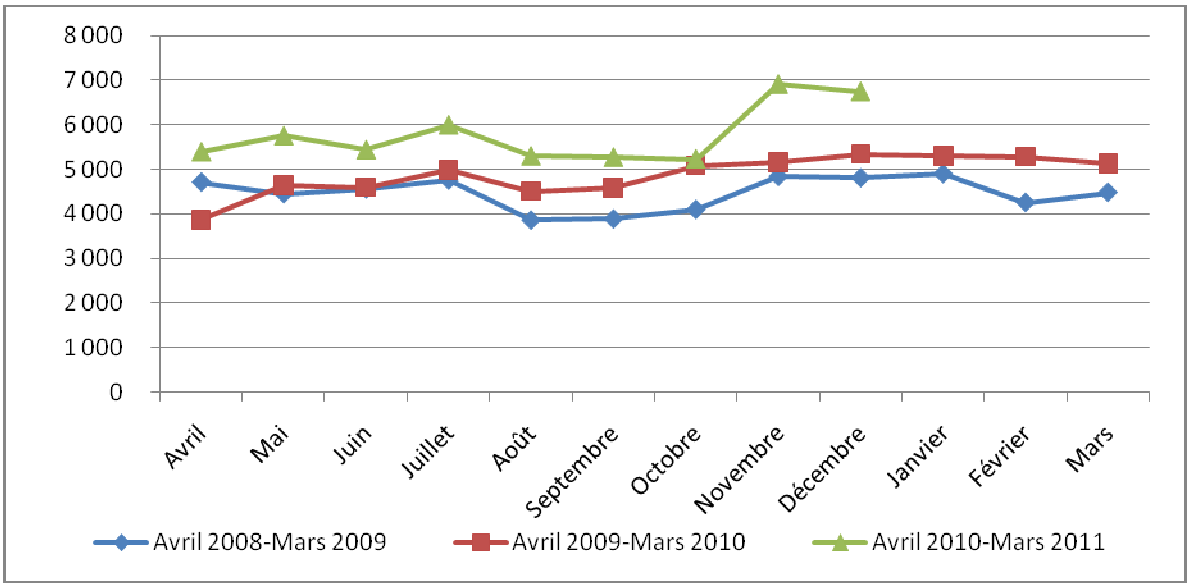
Dans les CS intégrés, une augmentation importante de l'enveloppe destinée aux primes du personnel a pu être constatée, surtout dans un rayon de 20 km autour de l'HGR, ce qui correspond à l'augmentation du nombre de patients dans ces CS.

L'augmentation est progressive depuis l'introduction d'une barrière financière aux consultations externes non référées à l'HGRK.

En avril 2010, nous avons vu que l'ECZ a ajusté les tarifs forfaitaires ce qui a eu pour impact une augmentation de l'enveloppe destinée à la rémunération du personnel soignant.

Cependant, cette augmentation de 40% pour les adultes et de 50% pour les enfants n'est pas reflétée de façon proportionnelle dans l'augmentation de cette enveloppe.

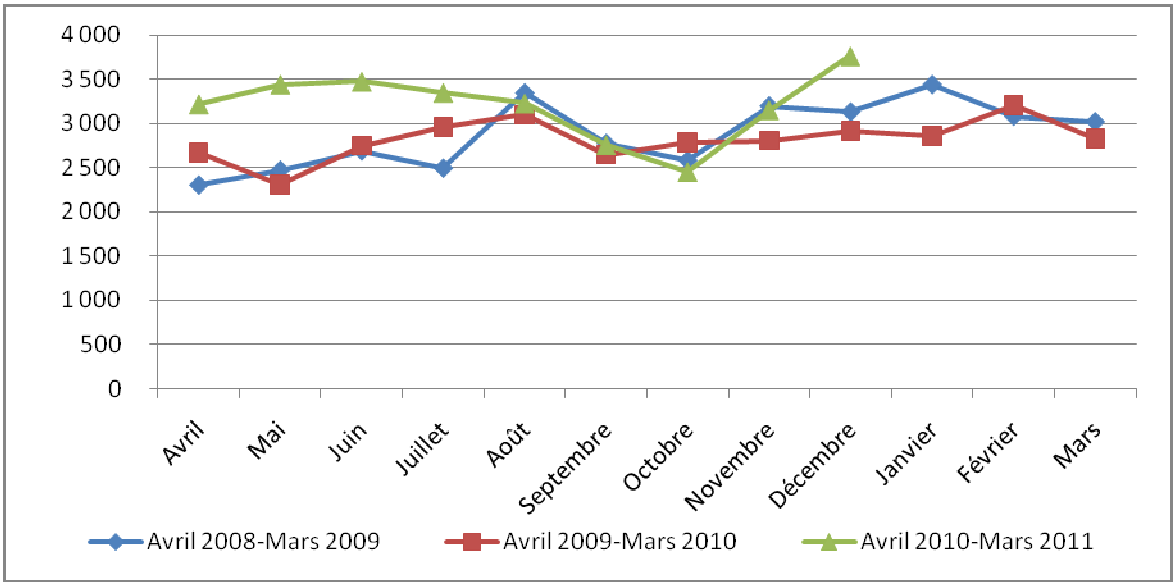
Il se peut qu'une partie de cette augmentation ait en fait réellement servi à éviter les ruptures de stock au niveau des pharmacies.



Graphique 11 : Evolution des primes du personnel (recettes propres) en USD dans les CS intégrés <20 km de l'HGR Kisantu
Source : CS ZS Kisantu

Au-delà de 20 km, on ne note pas vraiment de différence dans l'enveloppe de

rémunération du personnel à partir d'avril 2009, en dépit de l'augmentation du nombre de nouveaux cas observée dans le graphique 5. Par contre, on observe une augmentation de cette enveloppe à partir d'avril 2010 ce qui correspond à l'introduction de nouveaux tarifs forfaitaires dont l'impact est ici beaucoup plus marqué que dans les CS à moins de 20 km de l'HGRK



Graphique 12 : Evolution des primes du personnel (recettes propres) en USD dans les CS intégrés >20 km de l'HGR Kisantu
Source : CS ZS Kisantu

Au niveau de l'HGRL, la mise à disposition par le projet ASSNIP 3 d'un budget pour le départ des primes de départ à la pré-retraite et pour le redéploiement du personnel dans les structures de la ZS de Kisantu a permis d'entamer un processus de rationalisation du personnel. Ceci a eu pour effet de diminuer la charge salariale de plus de 30%. En effet, les personnes qui ont bénéficié de ces conditions de départ étaient aussi celles qui avaient les salaires les plus élevés en raison de leur ancienneté.

	2008	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
Nombre de membres du personnel HGRK	197	177	137		
% personnel médical	53%	ND	55%		

Tableau B : Evolution du nombre d'employés à l'HGRK et % personnel soignant
Source : Administration HGRK

Mais comme vu plus haut, le personne soignant a réclamé l'application du Salaire Minimal d'Insertion Garanti (SMIG) qui lui a été accordé et les dépenses liées au personnel ont alors été revues à la hausse sans toutefois atteindre le niveau de départ.

Si le système est transparent et prévisible, on peut alors estimer la part manquante entre les recettes et les dépenses.
Cette part manquante représentera probablement ce que l'Etat Congolais devra amener comme subvention à l'HGRK afin qu'il puisse remplir son mandat sans la nécessité d'un appui tel que celui de la CTB.

Rapport « Budget versus Actuels (y – m) »

Budget vs Actuals (Year to Date, Last 5 years) of RDC0708711

Project Title : **ASSNIP - volet Bas-Congo, district de la Lukaya**

Budget Version : **D1**
Currency : EUR
YtD : **Report includes all valid transactions, registered up to today**

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2007	2008	2009	2010	Expenses 2011	Total	Balance	% Exec
A OBJECTIF SPÉCIFIQUE: LES SOINS DE SANTÉ			4.042.000,00		59.437,38	910.612,16	1.380.164,02	**0,00**	2.350.213,54	1.691.786,46	**58%**
01 Résultat 1: Les zones de santé du district de			183.000,00		24.528,94	46.689,74	36.106,51	**0,00**	107.325,17	75.674,83	**59%**
01 Bureau pour le CT, RAF, ECP, secrétaire		REGIE	50.000,00		23.743,94	9.074,97	8.367,50	**0,00**	41.186,42	8.813,58	82%
02 Formulation d'un plan intégré de		REGIE	1.000,00		67,04		4.036,04	**0,00**	4.103,07	-3.103,07	410%
03 Supervision des ECZ + voiture de		REGIE	77.000,00		111,77	33.860,82	13.302,11	**0,00**	47.274,69	29.725,31	61%
04 Réunions de coordination entre ZS		REGIE	25.000,00		606,19	2.833,26	6.532,18	**0,00**	9.971,63	15.028,37	40%
05 Coordination intervenants dans district		REGIE	0,00					**0,00**	0,00	0,00	?%
06 Illustrer des démarches et outils pour		REGIE	0,00					**0,00**	0,00	0,00	?%
07 Fonctionnement ECP		REGIE	30.000,00			920,69	3.868,67	**0,00**	4.789,36	25.210,64	16%
02 Résultat 2: Dans les zones de santé ciblées			69.000,00		1.715,12	23.053,00	14.034,00	**0,00**	38.802,12	30.197,88	**56%**
01 Formulation plans de développement ZS		REGIE	2.000,00		64,03			**0,00**	64,03	1.935,97	3%
02 Supervision formative y compris analyse des		REGIE	37.000,00		1.651,09	23.053,00	12.527,53	**0,00**	37.231,62	-231,62	101%
03 Suivi initiatives sur plan organisationnel et		REGIE	30.000,00			-0,00	1.506,47	**0,00**	1.506,47	28.493,53	5%
04 Appuyer initiatives intégration programmes		REGIE	0,00					**0,00**	0,00	0,00	?%
05 Appuyer ECZ et HGR pour analyse		REGIE	0,00					**0,00**	0,00	0,00	?%
03 Résultat 3: L'hôpital général de référence de			1.821.000,00		15.715,00	503.464,35	981.938,54	**0,00**	1.501.117,88	319.882,12	**82%**
01 Plan directeur global HGR et annexes et		REGIE	330.000,00			58.580,58	258.726,52	**0,00**	317.307,10	12.692,90	96%
02 Plan d'action annuels sur base du plan		REGIE	6.000,00					**0,00**	0,00	6.000,00	0%
03 Nouvelle gestion du personnel avec mise à la		REGIE	660.000,00		7.270,84	223.924,96	121.813,20	**0,00**	353.008,99	306.991,01	53%
04 Nouvelle gestion financière HGR (subvention		REGIE	750.000,00		8.444,16	178.368,19	528.524,63	**0,00**	715.336,98	34.663,02	95%
05 Appuyer l'initiative de mutualisation		REGIE	0,00					**0,00**	0,00	0,00	?%
06 Développer standards prise en charge		REGIE	70.000,00			42.590,61	72.874,19	**0,00**	115.464,81	-45.464,81	165%
		REGIE COGEST	5.400.000,00		327.779,77	1.154.717,48	1.655.812,50	**0,00**	3.139.210,42	2.260.789,58	58%
		TOTAL	5.400.000,00		327.779,77	1.154.717,48	1.655.812,50	**0,00**	3.139.210,42	2.260.789,58	58%

Budget vs Actuals (Year to Date, Last 5 Years) of RDC0708711 Printed on 31/12/2010 page: 1

Budget vs Actuals (Year to Date, Last 5 years) of RDC0708711

Project Title : **ASSNIP - volet Bas-Congo, district de la Lukaya**

Budget Version : **D1**
Currency : EUR
YtD : **Report includes all valid transactions, registered up to today**

	Status	Fin Mode	Amount	Expenses Start to 2007	2008	2009	2010	2011	Total	Balance	% Exec
07 Renforcer gestion approvisionnement		REGIE	0,00					**0,00**	0,00	0,00	?%
08 Organiser lieux de stage pour IMT,		REGIE	0,00					**0,00**	0,00	0,00	?%
09 Appuyer réalisation nouvelle politique		REGIE	5.000,00					**0,00**	0,00	5.000,00	0%
04 Résultat 4: Les centres et les postes de			545.000,00			68.689,75	136.540,96	**0,00**	205.230,71	339.769,29	**38%**
01 Développer carte de couverture ZS y compris		REGIE	179.685,00			13.523,52	71.553,96	**0,00**	85.077,48	94.607,52	47%
02 Introduire PMA de qualité dans CS (+		REGIE	100.000,00			32.408,03	52.119,77	**0,00**	84.527,80	15.472,20	85%
03 Appuyer réhabilitation infrastructures		REGIE	240.315,00			22.758,20	12.867,23	**0,00**	35.625,43	204.689,57	15%
04 Appuyer intégration programmes verticaux et		REGIE	0,00					**0,00**	0,00	0,00	?%
05 Appuyer l'initiative de mutualisation		REGIE	25.000,00					**0,00**	0,00	25.000,00	0%
05 Résultat 5: L'institut Technique Médical de			195.750,00		4.229,88	72.684,06	29.943,30	**0,00**	106.857,24	88.892,76	**55%**
01 Appuyer réhabilitation et réfection bâtiment		REGIE	20.000,00			25.776,31	8.500,32	**0,00**	34.276,63	-14.276,63	171%
02 Appuyer rationalisation ressources humaines		REGIE	80.500,00		4.229,88	32.060,02	19.285,49	**0,00**	55.575,39	24.924,61	69%
03 Fournir complément d'équipement pour ITM		REGIE	20.000,00			13.895,74	1.024,52	**0,00**	14.920,26	5.079,74	75%
04 Appuyer formation initiale, complémentaire +		REGIE	10.000,00			811,03		**0,00**	811,03	9.188,97	8%
05 Appuyer stratégie rationalisation nombre		REGIE	55.250,00			140,96	1.132,97	**0,00**	1.273,93	53.976,07	2%
06 Financer les stages		REGIE	10.000,00					**0,00**	0,00	10.000,00	0%
06 Résultat 6: Les structures de la sont			621.000,00		5.752,66	64.665,16	117.899,90	**0,00**	188.317,71	432.682,29	**30%**
01 Plan directeur global HGR		REGIE	35.000,00				14,92	**0,00**	14,92	34.985,08	0%
02 Plans d'action annuels sur base du plan		REGIE	6.000,00			342,80	1.125,27	**0,00**	1.468,07	4.531,93	24%
03 Plan de couverture sanitaire y compris		REGIE	160.526,00			13.505,58	30.509,62	**0,00**	44.015,19	116.510,81	27%
04 Appuyer fonctionnement HGR sous condition		REGIE	40.000,00			937,09	10.826,67	**0,00**	11.763,76	28.236,24	29%
05 Appuyer réhabilitation infrastructures et		REGIE	254.474,00			1.853,40	23.699,30	**0,00**	25.552,70	228.921,30	10%
		REGIE	5.400.000,00		327.779,77	1.154.717,48	1.655.812,50	**0,00**	3.139.210,42	2.260.789,58	58%
		COGEST									
		TOTAL	5.400.000,00		327.779,77	1.154.717,48	1.655.812,50	**0,00**	3.139.210,42	2.260.789,58	58%

Budget vs Actuals (Year to Date, Last 5 years) of RDC0708711

Project Title : **ASSNIP - volet Bas-Congo, district de la Lukaya**

Budget Version : **D1**
Currency : EUR
YtD : **Report includes all valid transactions, registered up to today**

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2007	2008	2009	2010	Expenses 2011	Total	Balance	% Exec
06 Achat des véhicules de la ZS		REGIE	65.000,00		5.735,73	32.005,13	34.414,69	**0,00**	72.155,55	-7.155,55	111%
07 Fonctionnement des véhicules et formation		REGIE	60.000,00		16,93	16.021,16	17.309,43	**0,00**	33.347,52	26.652,48	56%
07 Résultat 7: Les structures de la zone			536.000,00		5.753,91	127.851,64	52.913,99	**0,00**	186.519,54	349.480,46	**35%**
01 Plan directeur global HGR		REGIE	35.000,00					**0,00**	0,00	35.000,00	0%
02 Plans d'action annuels sur base du plan		REGIE	6.000,00			365,56	1.473,92	**0,00**	1.839,48	4.160,52	31%
03 Plan de couverture sanitaire y compris		REGIE	82.611,00			13.387,70	36.835,38	**0,00**	50.223,08	32.387,92	61%
04 Appuyer fonctionnement HGR sous condition		REGIE	20.000,00			3.796,85	621,72	**0,00**	4.418,57	15.581,43	22%
05 Appuyer réhabilitation infrastructures et		REGIE	267.389,00			26.552,49	1.033,10	**0,00**	27.585,59	239.803,41	10%
06 Achat des véhicules de la ZS		REGIE	65.000,00		5.735,73	66.010,24	0,00	**0,00**	71.745,97	-6.745,97	110%
07 Fonctionnement des véhicules et formation		REGIE	60.000,00		18,18	17.738,80	12.949,86	**0,00**	30.706,85	29.293,15	51%
08 Résultat 8: Le niveau central est alimenté en			71.250,00		1.741,87	3.514,47	10.786,83	**0,00**	16.043,17	55.206,83	**23%**
01 Appuyer conception recherches		REGIE	0,00					**0,00**	0,00	0,00	?%
02 Appuyer et financer recherches-action,		REGIE	30.000,00					**0,00**	0,00	30.000,00	0%
03 Participer à retro-information au niveau		REGIE	41.250,00		1.741,87	3.514,47	10.786,83	**0,00**	16.043,17	25.206,83	39%
X RÉSERVE BUDGÉTAIRE EN RÉGIE (MAX 5% DU			13.500,00					**0,00**	0,00	13.500,00	**0%**
01 Réserve budgétaire			13.500,00					**0,00**	0,00	13.500,00	**0%**
01 Réserve budgétaire REGIE		REGIE	13.500,00					**0,00**	0,00	13.500,00	0%
Z MOYENS GÉNÉRAUX			1.344.500,00		268.342,39	244.105,32	275.648,48	**0,00**	788.996,88	555.503,12	**59%**
01 Frais de personnel			905.714,00		175.417,06	221.022,18	214.294,73	**0,00**	610.733,98	294.980,02	**67%**
01 Assistant technique		REGIE	720.000,00		157.774,41	169.172,30	176.697,00	**0,00**	503.643,71	216.356,29	70%
02 Staff administratif et logistique du projet		REGIE	125.714,00		16.126,38	31.364,59	31.204,25	**0,00**	78.695,22	47.018,78	63%
03 Ressources financières et procurement		REGIE	60.000,00		1.516,28	20.485,29	6.393,48	**0,00**	28.395,05	31.604,95	47%
		REGIE	5.400.000,00		327.779,77	1.154.717,48	1.655.812,50	**0,00**	3.139.210,42	2.260.789,58	58%
		COGEST									
		TOTAL	5.400.000,00		327.779,77	1.154.717,48	1.655.812,50	**0,00**	3.139.210,42	2.260.789,58	58%

Budget vs Actuals (Year to Date, Last 5 years) of RDC0708711

Project Title : **ASSNIP - volet Bas-Congo, district de la Lukaya**

Budget Version : **D1**
Currency : EUR
YtD : **Report includes all valid transactions, registered up to today**

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2007	2008	2009	2010	Expenses 2011	Total	Balance	% Exec
02 Investissements			44.500,00		45.890,88	-13.709,01	3.159,25	**0,00**	35.341,12	9.158,88	**79%**
01 Véhicules Toyota 4x4		REGIE	27.000,00		31.066,76	-13.994,40	370,31	**0,00**	17.442,68	9.557,32	65%
02 Equipement IT et coffre fort		REGIE	17.500,00		14.824,12	285,39	2.788,93	**0,00**	17.898,44	-398,44	102%
03 Frais de fonctionnement			257.538,00		42.225,57	29.835,34	42.893,64	**0,00**	114.954,55	142.583,45	**45%**
01 Expertises ponctuelles		REGIE	65.000,00			707,45	-707,45	**0,00**	0,00	65.000,00	0%
02 Autres frais de fonctionnement		REGIE	117.538,00		19.578,63	26.238,94	35.635,76	**0,00**	81.453,33	36.084,67	69%
03 Fonctionnement voiture AT		REGIE	75.000,00		22.646,94	2.888,95	7.965,33	**0,00**	33.501,22	41.498,78	45%
04 Suivi et Evaluation			136.748,00		4.808,87	6.956,81	15.300,86	**0,00**	27.066,54	109.681,46	**20%**
01 Suivi scientifique		REGIE	66.748,00		4.808,87	6.956,81	15.296,87	**0,00**	27.062,55	39.685,45	41%
02 Audit locale		REGIE	20.000,00				3,99	**0,00**	3,99	19.996,01	0%
03 Evaluation finale		REGIE	50.000,00					**0,00**	0,00	50.000,00	0%
99 Conversion rate adjustment			0,00					**0,00**	900,69	-900,69	**?%**
98 Conversion rate adjustment		REGIE	0,00					**0,00**	900,69	-900,69	?%

REGIE	5.400.000,00	327.779,77	1.154.717,48	1.655.812,50	**0,00**	3.139.210,42	2.260.789,58	58%
COGEST								
TOTAL	5.400.000,00	327.779,77	1.154.717,48	1.655.812,50	**0,00**	3.139.210,42	2.260.789,58	58%

Planification opérationnelle Q1-2011

CHRONOGRAMME 2011

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)	12600
Ameublement	
0102 Formulation d'un plan intégré de développement	
Ateliers et réunions pour la formulation	3000
0103 Supervision des ECZ + voiture de supervision	
Fonctionnement du véhicule (carburant)	1800
Fonctionnement du véhicule (entretien)	1000
Activités de supervision	
0104 Réunions de coordination entre ZS	
Ateliers et réunions de coordination	1200
Echanges ASSNIP 1 et 3	2500
0105 Coordination intervenants dans le district	
Ateliers et réunions de coordination	0
0106 Illustrer des démarches et outils pour fonctionnement ECD	
0107 Appuyer le fonctionnement de l'équipe cadre provinciale	12000
	34100

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	2000
0202 Supervision formative y compris analyse des observations et	
Supervision des CS	5000
Primes 3 ECZ	15000
0203 Suivi initiatives sur plan organisationnel et plan offre des soins	
Suivi Mise en place protocoles hospitaliers	10000
0204 Appuyer initiatives intégration programmes verticaux	
Formation PEC diabète	0
0205 Appuyer ECZ et HGR pour analyse indicateurs de performance	
Rédaction d'un protocole de recherche deuxième phase	0
Monitoring indicateurs protocole	0
	32000

	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													
Elaboration d'un CSC par l'auteur du projet													50000
Lancement de l'appel d'offre exécution travaux													
Recrutement de l'entrepreneur													
Exécution des travaux													
0302 Plan d'action annuels sur base du plan directeur													
Réunions pour l'élaboration du plan d'action 2011													500
Elaboration du plan d'action 2010													0
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	25000
Subside sur forfait	180000
Appui aux activités récréatives	1000
0304 Nouvelle gestion financière HGR (subvention au	
Appel d'offre appui gestion HGRK	
Recrutement d'un gestionnaire	0
Consultance appui à la gestion	0
Subside sur forfait	60000
Fonds de roulement pharmacie	
Appui au fonctionnement	20000
Equipement IT	0
Installation logiciels gestion données	5000
Equipement générateur	30 000
0305 Appuyer l'initiative de mutualisation	
Analyse des données	
Lobbying auprès des sociétés conventionnées	
0306 Développer standards prise en charge clinique avec	0
consultance protocoles hospitaliers	0
0307 Renforcer gestion approvisionnement médicaments	
Stage gestion pharmacie (MSF)	3000
0308 Organiser lieux de stage pour IMT, encadrement étudiants	
0309 Appuyer réalisation nouvelle politique malades chroniques et	
Ateliers PEC diabète	
Ateliers PEC drépanocytose	
	374500

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

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

0401 Développer carte de couverture ZS y compris rationalisation	
Atelier de planification	500
Analyse des données du second recensement	
Recensement des structures	500
Départ à la retraite	0
Appui au fonctionnement	16000
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	10000
Mise en place DMG Kikonka	5000
Stage infirmiers 3 CS + 2 Med. Superviseurs à Lukula	0
0403 Appuyer réhabilitation infrastructures prioritaires	
CSC réhabilitation Kikonka et Nkandu	
Appel d'offre	
Attribution marché	
Exécution travaux Kikonka	55000
Exécution travaux Nkandu	65000
Achat terrain Kintanu	
Equipement générateur	15000
0404 Appuyer intégration programmes verticaux et prise en charge	
Formation personnel soignant 3 CS PEC diabète	
Equipement 3 CS diabète	0
Formation personnel drépanocytose	0
0405 Appui à la mutuelle	20000
	187000

05 R5 L'Institut Technique Médical de Kisantu répond

0501 Appuyer réhabilitation et réfection bâtiment existant	
0502 Appuyer rationalisation ressources humaines	
réorganisation des horaires des professeurs à temps plein	
Financement des professeurs à temps plein	25000
Financement professeurs à temps partiel	6000
0503 Fournir complément d'équipement pour ITM	
Inventaire équipement existant et analyse	
Achat équipement médical	
Equipement générateur	10000
0504 Appuyer formation initiale, complémentaire + recyclage	
Formation personnel enseignant	5000
Audit qualité de la formation	10000
0505 Appuyer stratégie rationalisation nombre d'élèves (subvention	
Subside sur les frais scolaire internat	10000
Appui au fonctionnement	5000
0506 Financer les stages	
	71000

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	
Mission des experts sur le terrain	
Elaboration du plan directeur global	30000
0602 Plans d'action annuels sur base du plan de développement	
Réunions pour l'élaboration du plan d'action 2011	500
Elaboration du plan d'action 2010	
0603 Plan de couverture sanitaire y compris rationalisation RH	
Elaboration carte de couverture ZS	

Révision recensement avec cartes sanitaires	5000
Recensement des structures	2000
Appui au fonctionnement	12000
0604 Appuyer fonctionnement HGR sous condition de rationalisation	
Etude coût hospitalisation	
Mise en place forfait et subside référés	15000
0605 Appuyer réhabilitation infrastructures et équipement	
CSC travaux	
Attribution du marché	
Exécution des travaux Malele	80000
Exécution travaux Saadi	80000
Exécution travaux HGR	80000
0606 Achat de véhicules	
0607 Fonctionnement des véhicules	
Formation des chauffeurs	
Réparation véhicule	
Appui au fonctionnement des véhicules	6000
	310500

	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													
Mission des experts sur le terrain													
Elaboration du plan directeur global													30000
0702 Plans d'action annuels sur base du plan développement													
Réunions pour l'élaboration du plan d'action 2011													500
Elaboration du plan d'action 2010													
0703 Plan de couverture sanitaire y compris rationalisation RH													

	janv-10	févr-10	mars-10	avr-10	mai-10	juin-10	juil-10	août-10	sept-10	oct-10	nov-10	déc-10	
Elaboration carte de couverture ZS													
Révision recensement avec cartes sanitaires													5000
Recensement des structures													2000
Appui au fonctionnement													12000
0704 Appuyer fonctionnement HGR sous condition de rationalisation													
Etude coût hospitalisation													
Mise en place forfait et subside référés													15000
0705 Appuyer réhabilitation infrastructures et équipement													
Elaboration CSC hôpital Nselo													
Lancement appel d'offre													
Selection entrepreneur													
Réalisation des travaux													100000
Elaboration CSC Kinzau													
Attribution du marché													
Exécution travaux													65000
0706 Achat de véhicules													
0707 Fonctionnement des véhicules													
Formation des chauffeurs													
Réparation véhicule													
Appui au fonctionnement des véhicules													6000
													235500

	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													
Financement de l'homologue													10800
0803 Participer à rétro-information au niveau central (participation													

	janv-10	févr-10	mars-10	avr-10	mai-10	juin-10	juil-10	août-10	sept-10	oct-10	nov-10	déc-10	
SMCL février 2011		■											3000
SMCL juin 2011						■							6000
													19800
X Réserve budgétaire en régie													**1264400**
01 X1 Réserve budgétaire													
0101 Réserve budgétaire en régie													
Z Moyens généraux													
01 Z1 Frais de personnel													
0101 Assistant Technique													
0102 Staff administratif et logistique du projet													
0103 Ressources financières et procurement (PFMT)													
02 Z2 Investissements													
0201 Véhicule Toyota 4x4													
0202 Equipement IT et coffre fort													
03Z3 Frais de fonctionnement													
0301 Expertises ponctuelles													
Consultance gestion HGRK		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	60000

	janv-10	févr-10	mars-10	avr-10	mai-10	juin-10	juil-10	août-10	sept-10	oct-10	nov-10	déc-10	
0302 Autres frais de fonctionnement													
0303 Fonctionnement voiture AT													
04 Z4 Suivi et évaluation													
0401 Suivi scientifique													
Evaluation Mi parcours													
Backstopping													3000
0402 Audit locale													
Audit financier HGRK													15000
0403 Evaluation finale													