CTB

RAPPORT ANNUEL 2011

PROJET D'APPUI AU SYSTEME DE SANTE AUX NIVEAUX INTERMEDIAIRE ET PERIPHERIQUE, VOLET 3 DISTRICT DE LA LUKAYA BAS CONGO RDC0708711

Table des matières

Abréviations 4

1 Fiche projet 5

2 Résumé 6

2.1 Aperçu de l'intervention 6

2.2 Points saillants 6

2.3 Risques clé 7

2.4 Leçons apprises et recommandations clé 7

3 Analyse de l'intervention 8

3.1 Contexte 8
- 3.1.1 Evolution du contexte 8
- 3.1.2 Ancrage institutionnel 8
- 3.1.3 Modalités d'exécution 8

3.2 Objectif spécifique 8
- 3.2.1 Indicateurs 8
- 3.2.2 Analyse des progrès réalisés 8
- 3.2.3 Critères de qualité 9
- 3.2.4 Impact potentiel 9
- 3.2.5 Recommandations 9

3.3 Résultat 1 : Les zones de santé du district de Lukaya sont encadrées par l'équipe cadre provinciale du Bas-Congo 10
- 3.3.1 Indicateurs 10
- 3.3.2 Bilan activités 10
- 3.3.3 Analyse des progrès réalisés 10
- 3.3.4 Critères de qualité 10
- 3.3.5 Exécution budgétaire 10

3.4 Résultat 2 : Dans les zones de santé ciblées les équipes cadres de zones sont fonctionnelles 11
- 3.4.1 Indicateurs 11
- 3.4.2 Bilan activités 11
- 3.4.3 Analyse des progrès réalisés 11
- 3.4.4 Critères de qualité 11
- 3.4.5 Exécution budgétaire 11

3.5 Résultat3: L'hôpital général de référence de Kisantu est progressivement rationalisé 12
- 3.5.1 Indicateurs 12
- 3.5.2 Bilan activités 12
- 3.5.3 Analyse des progrès réalisés 12
- 3.5.4 Critères de qualité 13
- 3.5.5 Exécution budgétaire 13

3.6 Résultat 4: Les centres et les postes de santé de Kisantu sont progressivement rationalises 14
- 3.6.1 Indicateurs 14
- 3.6.2 Bilan activités 14
- 3.6.3 Analyse des progrès réalisés 14
- 3.6.4 Critères de qualité 14

3.7 Résultat 5: L'institut Technique Médical de Kisantu répond progressivement mieux aux besoins de formation de base complémentaire et continue 15
3.7.1 Indicateurs 15
3.7.2 Bilan activités 15
3.7.3 Analyse des progrès réalisés 15
3.7.4 Critères de qualité 15
3.7.5 Exécution budgétaire 15

3.8 Résultat 6: Les structures de la ZS de Ngidinga sont progressivement rationalises 16
3.8.1 Indicateurs 16
3.8.2 Bilan activités 16
3.8.3 Analyse des progrès réalisés 16
3.8.4 Critères de qualité 16
3.8.5 Exécution budgétaire 16

3.9 Résultat 7: Les structures de la zone sanitaire de Nselo sont progressivement rationalises 17
3.9.1 Indicateurs 17
3.9.2 Bilan activités 17
3.9.3 Analyse des progrès réalisés 17
3.9.4 Critères de qualité 17
3.9.5 Exécution budgétaire 17

3.10 Résultat 8: Le niveau central est alimenté en informations pertinentes pour la planification du secteur 18
3.10.1 Indicateurs 18
3.10.2 Bilan activités 18
3.10.3 Analyse des progrès réalisés 18
3.10.4 Critères de qualité 18
3.10.5 Exécution budgétaire 18

4 Thèmes Transversaux 19

4.1 Genre 19

4.2 Environnement 19

5 Décisions prises par la SMCL & Suivi 20

6 Leçons Apprises 21

Abréviations

AT (I ou N)	Assistant Technique (International ou National)
CAAMEBO	Centrale d'achat et d'approvisionnement en médicament du Bas Congo Ouest
CDR	Centrale de Distribution Régionale (de médicaments et consommables médicaux)
CTB	Coopération Technique Belge
CS	Centre de santé
CPP-SS	Comité provincial de Pilotage du Secteur de Santé
DEP	Direction des Etudes et de la Planification du Ministère de la Santé Publique
DPS	Division Provinciale de la Santé
DRH	Direction des Services Généraux et des Ressources Humaines du Ministère de la Santé Publique
DSNIS	Division du Système National d'Information Sanitaire (division de la DSSP)
DSSP	Direction des soins de santé primaires
DTF	Document Technique et Financier
ECP	Equipe Cadre Provinciale
ECZ	Equipe Cadre de Zone
IPS	Inspection Provinciale de la Santé
HGR	Hôpital Général de Référence
M&E	Monitoring and Evaluation
MIP	Médecin Inspecteur Provincial
MSP	Ministère de la Santé Publique
PAO	Plan d'Action Opérationnel (pour l'année)
PCA	Paquet complémentaire d'activités
PMA	Paquet minimum d'activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PPDS	Plan Provincial de Développement Sanitaire
PDZS	Plan de Développement de la Zone de Santé
ROI	Règlement d'ordre intérieur
SMCL	Structure mixte de concertation locale
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SSP	Soins de santé primaires

1 Fiche projet

Nom Project	Programme d'appui au système de santé aux niveaux intermédiaire et périphérique volet 3 (ASSNIP 3)
Code Projet	RDC 0708711
Zone d'intervention	DISTRICTde la LUKAYA – BAS CONGO
Budget	5 400 000 euros
Instance Partenaire	Ministère de la santé
Date Convention de mise en œuvre	1er avril 2008 – 31 mars 2012
Durée (mois)	Initialement 60 mois mais réduit à 48 mois
Groupes cibles	Les populations des zones de santé de KISANTU, NSELO et NGIDINGA
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 sont progressivement améliorés en qualité (soins globaux, continus, intégrés, efficaces, efficients, accessibles) par des processus d'amélioration progressifs qui forment un modèle largement productible dans la RDC.
Résultats attendus	A 01 Résultat 1: Les zones de santé du district de Lukaya sont encadrées par l'équipe cadre provinciale du Bas-Congo
	A 02 Résultat 2: Dans les zones de santé ciblées les équipes cadres de zones sont fonctionnelles
	A 03 Résultat 3: L'hôpital général de référence de Kisantu est progressivement rationalisé
	A 04 Résultat 4: Les centres et les postes de santé de Kisantu sont progressivement rationalisés
	A 05 Résultat 5: L'institut Technique Médical de Kisantu répond progressivement mieux aux besoins de formation de base complémentaire et continue
	A 06 Résultat 6: Les structures de la zone sanitaire de Ngidinga sont progressivement rationalisées
	A 07 Résultat 7: Les structures de la zone sanitaire de Nselo sont progressivement rationalisées
	A 08 Résultat 8: Le niveau central est alimenté en informations pertinentes pour la planification du secteur résultant de recherches effectuées par le programme
Personnes clés	eric.demilliano@btcctb.org genevieve.martin@btcctb.org
Rédacteur	Dr. Jacques Kimfuta

2 Résumé

2.1 Aperçu de l'intervention

Logique d'intervention	Efficience	Efficacité	Durabilité
Objectif Spécifique Les soins de santé offerts aux populations des trois zones de santé ciblées sont progressivement améliorés en qualité par des processus d'amélioration progressive qui forment un modèle largement productible dans la RDC	B	B	D
Résultat 1: Les zones de santé du district de Lukaya sont encadrées par l'équipe cadre provinciale du Bas-Congo	B	B	D
Résultat 2: Dans les zones de santé ciblées les équipes cadres de zones sont fonctionnelles	A	B	B
Résultat 3: L'hôpital général de référence de Kisantu est progressivement rationalisé	A	B	D
Résultat 4: Les centres et les postes 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 complémentaire et continue	B	B	D
Résultat 6: Les structures de la ZS de Ngidinga sont progressivement rationalisées	B	B	C
Résultat 7: Les structures de la zone sanitaire de Nselo sont progressivement rationalisées	B	B	C
Résultat 8: Le niveau central est alimenté en informations pertinentes pour la planification du secteur résultant de recherches effectuées par le programme	C	B	C

Budget	Dépense par année	Dépenses totales au 31/12/2011	Solde budget	Taux d'exécution
5 400 000 euros	2008 : 327 779,77 2009 : 1 154 749,84 2010 : 1 655 784,17 2011 : 1 309 566	4 448 781	951 219	82%

2.2 Points saillants

Fin de 2011, avec la réplication des reformes introduites dans la zone de Kisantu aux zones de santé de Ngidinga et Nselo, le projet a obtenu des résultats très encourageants. L'accès aux soins de santé s'améliore progressivement.

La sélection de l'homologue et membre de l'équipe cadre provinciale basée à Kisantu à partir du mois de juin 2011 a amélioré l'encadrement des zones de santé de Nselo et Ngidinga à accès difficile.

Contrairement à la zone de santé de Kisantu, les résultats attendus pour les zones de santé Nselo et Ngidinga seront plus atteints au courant de l'année suivante mais à condition que la phase de consolidation qui venait d'être accepté en SMCL démarre réellement en avril 2012 et que la réhabilitation des infrastructures se fassent aussi dans un bref délai.
L'exécution budgétaire a suivi le rythme du projet mais les lignes budgétaires construction/réhabilitations réaménagées n'ont pas été consommées suite à des retards divers au cours des procédures de passation de marché.

Le projet a reçu une mission de suivi scientifique qui s'est focalisé à la capitalisation des réformes menées à Kisantu, dans la perspective de trouver un partenaire repreneur à la fin du projet en décembre 2013.

Le résultat attendu pour ce suivi scientifique est d'écrire une monographie sur les réformes de Kisantu pour en faire un document de base pour le stage des autres zones de santé mais surtout un document de plaidoyer pour l'après 2013.
Les équipes d'ASSNIP1 et 2 sont venues à Kisantu pour partager l'expérience de Kisantu afin de la dupliquer chez elles.

2.3 Risques clé

Ces résultats étant très fragiles, ils risquent de disparaitre s'il n'ya pas soudure avec la phase de consolidation et appropriation par les équipes cadres de zone et provinciale.

2.4 Leçons apprises et recommandations clé

La présence d'homologue au second semestre a amélioré l'encadrement de proximité des zones de santé de Nselo et Ngidinga dans la mise en place et le suivi des réformes. Ceci a fortement contribué dans l'atteinte des résultats.
Etant donné que, dans la phase de consolidation, le bureau du projet sera basé à Matadi, il sera nécessaire de renforcer le bureau de l'antenne DPS à Kisantu pour continuer à assurer cet encadrement de proximité.
En plus, l'exécution rapide de la première phase du plan directeur des HGR Nselo et Ngidinga s'avère nécessaire.

3 Analyse de l'intervention

3.1 Contexte

3.1.1 Evolution du contexte

La stabilisation de la monnaie franc-congolaise a permis de maintenir les tarifs mis en place depuis 2010. Ceci a facilité une bonne planification budgétaire au niveau des structures des soins.
Par contre sur le plan politique, 2011 a été une année électorale. Les tensions avant, pendant et après les élections ont entraîné un certain immobilisme et une crainte de l'arrêt du projet suite à l'insécurité potentielle.
Les multiples campagnes de riposte contre le poliovirus sauvage dans le district et spécifiquement dans les zones d'intervention du projet ont influé négativement sur l'exécution des activités de routine.

3.1.2 Ancrage institutionnel

Tel que décrit dans le DTF, l'encrage institutionnel est approprié.
Sur le terrain durant l'année 2011 les relations se sont améliorées avec l'équipe cadre provinciale, bien qu'elle ne soit pas sélectionnée, mais elle a offert une bonne collaboration au projet.
La sélection de l'homologue a encore amélioré d'avantage ces relations.

3.1.3 Modalités d'exécution

Les modalités d'exécution semblent peu appropriées parce qu'elles n'ont pas permis une vraie appropriation du projet et du processus par le niveau intermédiaire qui est censé en faire le suivi sur le terrain.

3.2 Objectif spécifique

3.2.1 Indicateurs

Indicateurs	**Valeur 'Baseline'**	**Progrès année N-1**	**Progrès année N**	**Commentaires**
Taux utilisation des services de santé(1er échelon)en NC/AN/HAB	0 ,4	0,62	0 ,57	**Augmentation visible dans tous les CS**
Taux de patients référés des CS vers HGR et arrivés effectivement (%)	4,7	8	8	
Durée moyenne de séjour (jours)	9,4	9	8	
Taux occupations de lits(%)	39,6	79	83	
Taux d'accouchement assisté(%)	86,3	98	99	

3.2.2 Analyse des progrès réalisés

L'action menée et les résultats obtenus concernent surtout la zone de santé de Kisantu car cette zone bénéficie de 63% du budget alloué aux activités. Il était donc question de rationaliser le fonctionnement de la zone de santé de Kisantu et de répliquer ensuite ce modèle à Nselo et Ngidinga.
En 4 mois de réplication à Nselo et Ngidinga, les résultats obtenus sont prometteurs et encourageants.

3.2.3 Critères de qualité

Critères	Score	Commentaires
Efficience	B	Les ressources des activités sont reconverties en résultats de façon économe. Un effort considérable a été fourni pour utiliser les ressources rationnellement dans un contexte où les besoins sont énormes et les ressources limitées.
Efficacité	B	Les soins de santé offerts à la population de Kisantu sont améliorés en qualité et en accessibilité surtout financière. Ils le sont dans une moindre mesure dans les zones de santé de Nselo et Ngidinga.
Durabilité	D	Initialement prévu sur une durée de 15 ans, puis 5 ans et actuellement réduit à 4 ans (contrainte budgétaire),la probabilité de maintenir les acquis de l'intervention sur un long terme semble très faible s'il n'ya pas un repreneur.
Pertinence	A	L'intervention est pertinente car elle s'inscrit dans la stratégie de renforcement du système de santé et met en œuvre le plan national de développement sanitaire.

3.2.4 Impact potentiel

L'augmentation de l'accessibilité, surtout financière, et de la qualité des soins ajoutée à la viabilité financière des structures des soins va avoir un impact sur la santé de la population. Ce système, créant une régulation du mode de paiement des soins, va réduire sensiblement les dépenses de santé au niveau des ménages, leur permettant de consacrer davantage aux autres secteurs sociaux de base, telle l'éducation.

3.2.5 Recommandations

A ce stade-ci, les recommandations concernent principalement la pérennité des résultats obtenus.
Il faudra donc une appropriation du processus par les équipes cadres provinciales et par les zones, ainsi qu'un appui continu, car il semble utopique de pérenniser ces résultats après 4 ans .

3.3 Résultat 1 : Les zones de santé du district de Lukaya sont encadrées par l'équipe cadre provinciale du Bas-Congo

3.3.1 Indicateurs

Indicateurs	Valeur 'Baseline'	Progrès année N-1	Progrès année N	Commentaires
Nombre de supervisions des ECZ par ECP	**0**	**4**	**12**	La présence de l'homologue et membre de l'ECP a amélioré la réalisation des supervisions
Nombre de réunions de coordination		**1 à 2 par trimestre**	**1 à 2 par trimestre**	

3.3.2 Bilan activités

Activités	Déroulement				Commentaires (uniquement si la valeur est C ou D)
	A	B	C	D	
1. Bureau pour le CT, Comptable, ECP		x			
2 .supervision des ECZ et voiture de supervision		x			
3. fonctionnement ECP		x			

3.3.3 Analyse des progrès réalisés

Hormis la supervision des ECZ par l'ECP qui n'a été effective qu'au second semestre, les autres activités se sont déroulées normalement

3.3.4 Critères de qualité

Critères	Score	Commentaires
Efficience	B	
Efficacité	B	
Durabilité	C	L'appropriation du processus par l'ECP est encore faible.

3.3.5 Exécution budgétaire

	Budget Initial	Dépenses totales au 31/12/2011	Taux d'exécution
Résultat 1	183 000 €	163 699 €	89%

3.4 Résultat 2 : Dans les zones de santé ciblées les équipes cadres de zones sont fonctionnelles

3.4.1 Indicateurs

Indicateurs	Valeur 'Baseline'	Progrès année N-1	Progrès année N	Commentaires
Taux de réalisation des supervisions des CS par ECZ (moyenne pour les 3 ECZ)	**83%**	**74%**	**75%**	Les multiples campagnes de riposte au poliovirus sauvage et les tensions politiques n'ont pas permis l'exécution normale des activités de routine
Existence de plans de développement et des plans d'action opérationnels(PAO)	non	oui	oui	

3.4.2 Bilan activités

Activités	**Déroulement**				**Commentaires** (uniquement si la valeur est C ou D)
	A	B	C	D	
Supervisions formatives, avec analyse des observations		x			
Suivi initiatives (organisation et offre des soins)		x			
Appui ECZ & HGR pour analyse indicateurs performance		x			

3.4.3 Analyse des progrès réalisés

La réplication des réformes à Nselo et Ngidinga ainsi que l'appui technique apporté par l'homologue au second semestre ont donné une grande impulsion dans ces 2 zones de santé. Petit à petit les résultats se font sentir.
Mais ces équipes méritent un suivi régulier pour bien intérioriser le processus et s'en approprier.
Dans l'ensemble, les 3 ECZ ont amélioré leur organisation et fonctionnement.

3.4.4 Critères de qualité

Critères	**Score**	**Commentaires**
Efficience	B	
Efficacité	B	
Durabilité	B	

3.4.5 Exécution budgétaire

	Budget Initial	**Dépenses totales au 31/12/2011**	**Taux d'exécution**
Résultat 2	69 000 €	59 990 €	87%

3.5 Résultat3: L'hôpital général de référence de Kisantu est progressivement rationalisé

3.5.1 Indicateurs

Indicateurs	Valeur 'Baseline'	Progrès année N-1	Progrès année N	Commentaires
Nombre de personnes travaillant à l'HGR de Kisantu	197	137	135	
% personnel médical	53%	53%	60%	
Taux d'occupation des lits	39,6%	79%	83%	
Durée moyenne de séjour	9jr	8jr	8jr	
Taux de recouvrement des coûts	45%	85%	87%	

3.5.2 Bilan activités

Activités	Déroulement				Commentaires (uniquement si la valeur est C ou D)
	A	B	C	D	
Plan directeur global HGR et appui à la réhabilitation et construction			x		Budget insuffisant
Plan d'action annuel sur base du plan directeur		x			
Nouvelle gestion du personnel et mise à la retraite		x			
Nouvelle gestion financière	x				
Appui à l'initiative de mutualisation	x				
Développer standards de prise en charge clinique	x				
Renforcer la gestion des médicaments		x			
Organiser lieux de stage pour élèves infirmiers et étudiants et restriction du nombre des stagiaires			x		Difficile : Pas de budget, ni de franche collaboration avec les instituts de formation
Appuyer nouvelle politique des malades chroniques		x			

3.5.3 Analyse des progrès réalisés

La majorité des activités sont déjà menées et les résultats déjà obtenus mais il faut maintenant les maintenir car ils sont encore fragiles.

3.5.4 Critères de qualité

Critères	Score	Commentaires
Efficience	B	
Efficacité	B	
Durabilité	B	.

3.5.5 Exécution budgétaire

Au 31 décembre 2011, l'exécution budgétaire est de 105%. L'atteinte rapide des résultats (taux d'occupation à 83%) a entrainé ce dépassement, essentiellement lié à la subvention des soins.

	Budget Initial	Dépenses totales au 31/12/2011	Taux d'exécution
Résultat 3	**1 821 000 €**	-95 309 €	105 %

3.6 Résultat 4: Les centres et les postes de santé de Kisantu sont progressivement rationalises

3.6.1 Indicateurs

Indicateurs	Valeur 'Baseline'	Progrès année N-1	Progrès année N	Comme ntaires
Taux d'utilisation de la zone	42%	62%	57%	
Taux de référence	4,7%	8%	8%	
Taux de décès maternel au CS	98/100000	61/100000	36/100000	
Taux d'accouchement assisté	86%	98%	99%	
Nombre des CS rationalisés	0	2	4	

3.6.2 Bilan activités

Activités	Déroulement				Commentaires (uniquement si la valeur est C ou D)
	A	B	C	D	
Développer la carte de couverture ZS y compris la rationalisation du personnel		x			
Introduire PMA de qualité dans les CS(fourniture et équipements)	x				
Appuyer réhabilitation infrastructures prioritaires			x		Budget insuffisant
Appuyer intégration programme verticaux		x			
Appuyer initiative mutualiste		x			

3.6.3 Analyse des progrès réalisés

Les réformes mises en place à l'HGR de kisantu mais visant tout le système ont entrainé une augmentation significative du taux d'utilisation et de référence aux centres de santé.
Le processus de rationalisation des centres de santé étant long, nous n'avons repris que les centres où le processus est achevé.

3.6.4 Critères de qualité

Critères	Score	Commentaires
Efficience	B	
Efficacité	B	
Durabilité	C	**Si la phase de consolidation ne démarre pas en avril 2012, les résultats obtenus peuvent s'effondrer**.

3.6.5. Exécution budgétaire

Au 31 décembre 2011, seuls 63% du budget est consommé. Ceci est dû au fait que les investissements(réhabilitation/construction) de deux centres de santé prévu au cours de l'année n'ont pas eu lieu.

	Budget Initial	Dépenses totales au 31/12/2011	Taux d'exécution
Résultat 4	545 000 €	204 351 €	63 %

3.7 Résultat 5: L'institut Technique Médical de Kisantu répond progressivement mieux aux besoins de formation de base complémentaire et continue

3.7.1 Indicateurs

Indicateurs	Valeur 'Baseline'	Progrès année N-1	Progrès année N	Commentaires
Nombre d'élèves inscrits par an	50	24	25	
Nombre de prof.à temps plein	2	5	5	
Nombre de prof. à temps partiel	11	6	5	
Taux de réussite	ND	75%	100%	

3.7.2 Bilan activités

Activités	Déroulement				Commentaires (uniquement si la valeur est C ou D)
	A	B	C	D	
Appuyer réhabilitation & réfection bâtiment existant		x			
Appuyer rationalisation ressources humaines		x			
Fournir complément équipement pour ITM		x			
Appuyer formation initiale, complémentaire et recyclage		x			
Financer les stages		x			

3.7.3 Analyse des progrès réalisés

La rationalisation des ressources humaines a été déjà menée. Au cours de cette année, le projet a démarré le financement des stage en dehors de Kisantuet l'octroi d'une bourse d'études (seulement frais d'internat) à 14 élèves ayant rempli les conditions.
Un protocole d'accord est signé entre les parents d'élèves, l'école et les zones de santé respectives ayant présenté ces candidats. A la fin de leur formation, ces élèves doivent rentrer travailler dans leur zone de santé respective sans condition.

3.7.4 Critères de qualité

Critères	Score	Commentaires
Efficience	B	
Efficacité	B	
Durabilité	D	Sans appui financier pour la prime des enseignants, l'ITM recrutera plusieurs élèves pour faire face à cette charge.

3.7.5 Exécution budgétaire

	Budget Initial	Dépenses totales au 31/12/2011	Taux d'exécution
Résultat 5	195 750 €	138 086 €	71 %

3.8 Résultat 6: Les structures de la ZS de Ngidinga sont progressivement rationalises

3.8.1 Indicateurs

Indicateurs	Valeur 'Baseline'	Progrès année N-1	Progrès année N	Commentaires
Taux d'utilisation des CS de la ZS	41%	42%	41%	
Taux d'occupation des lits	32%	36%	42%	
Taux de référence	0,2%	1%	2%	
Décès intra hospitalier	2,9%	5,9%	3%	
Nb de personnel travaillant à l'HGR	28	34	34	
% personnel médical	75%	76%	76%	

3.8.2 Bilan activités

Activités	Déroulement				Commentaires (uniquement si la valeur est C ou D)
	A	B	C	D	
Plan directeur global HGR		x			
Plans d'action annuels sur base du plan de développement		x			
Plan couverture sanitaire, y compris rationalisation RH		x			
Appuyer fonctionnement HGR sous condition de rationalisation		x			
Appuyer réhabilitations infrastructures&équipements			x		
Achat véhicule de la ZS		x			
Fonctionnement véhicule et formation chauffeur		x			

3.8.3 Analyse des progrès réalisés

Les progrès sont moindres car la mise en place des réformes est intervenue seulement au début du second semestre. On note quelques résultats prometteurs mais il faut attendre l'année prochaine pour mieux les apprécier. Toutefois, un dynamisme s'installe progressivement chez les acteurs locaux avec un grand souci d'apprendre.

3.8.4 Critères de qualité

Critères	Score	Commentaires
Efficience	B	
Efficacité	B	
Durabilité	C	Faible appropriation des réformes par les acteurs locaux

3.8.5 Exécution budgétaire

Seuls 51% du budget est consommé en raison des retards au démarrage des travaux de la réhabilitation /construction.

	Budget Initial	Dépenses totales au 31/12/2011	Taux d'exécution
Résultat 6	621 000 €	319 629 €	51 %

3.9 Résultat 7: Les structures de la zone sanitaire de Nselo sont progressivement rationalises

3.9.1 Indicateurs

Indicateurs	Valeur 'Baseline'	Progrès année N-1	Progrès année N	Comentaires
Taux d'utilisation des CS	42%	41%	37%	
Taux de référence des CS	2%	3%	4,5%	
Taux d'occupation des lits	23%	26%	52%	
Taux de décès hospitalier	3,5%	4%	4%	
Nb de personnes travaillant à l'HGR	30	34	27	
% de personnel médical	53%	56%	65%	

3.9.2 Bilan activités

Activités	Déroulement				Commentaires
	A	B	C	D	
Plan directeur global HGR		x			
Plans d'action annuels sur base du plan de développement		x			
Plan couverture sanitaire y compris rationalisation RH		X			
Appuyer fonctionnement HGR sous condition de rationalisation		X			
Appuyer réhabilitations infrastructures et équipements		X			
Achat véhicule de la ZS		X			
Fonctionnement véhicule et formation chauffeur		x			

3.9.3 Analyse des progrès réalisés

A l'instar du résultat 6, les progrès sont moindres car la mise en place des réformes est intervenue seulement au début du second semestre. Les premiers résultats sont prometteurs mais il faut attendre l'année prochaine pour les apprécier. Toutefois, un dynamisme s'installe progressivement chez les acteurs locaux
En plus une réduction du nombre des lits (de 55 à 50 lits) a été opérée à l'HGR Nselo. Ce qui a amélioré son taux d'occupation.

3.9.4 Critères de qualité

Critères	Score	Commentaires
Efficience	B	
Efficacité	B	
Durabilité	C	Faible appropriation du processus par les acteurs locaux.

3.9.5 Exécution budgétaire

62% de taux de déboursement en raison des retards dans le démarrage des travaux de réhabilitations/construction.

	Budget Initial	Dépenses totales au 31/12/2011	Taux d'exécution
Résultat 7	536 000 €	332 603 €	62 %

3.10 Résultat 8: Le niveau central est alimenté en informations pertinentes pour la planification du secteur résultant de recherches effectuées par le programme

3.10.1 Indicateurs

Indicateurs	Valeur 'Baseline'	Progrès année N-1	Progrès année N	Commentaires
Nombre de SMCL effectivement réalisé	NA	2	2	
Nombre d'ateliers de partage d'informations	NA	4	3	

3.10.2 Bilan activités

Activités	Déroulement				Commentaires (uniquement si la valeur est C ou D)
	A	B	C	D	
Appuyer conception en recherches opérationnelle et recherche action		x			
Appuyer et financer les recherches opérationnelle et recherche action		x			
Participer à la rétro information au niveau central		x			

3.10.3 Analyse des progrès réalisés

Le protocole de recherche élaboré l'an passé étant dynamique, il évolue au fur et à mesure que le projet avance. Le projet a financé une enquête de satisfaction /perception de la population sur les réformes initiées dans la zone de santé de Kisantu. Cette étude qualitative vient compléter les résultats quantitatifs largement présentés dans différentes rencontres notamment l'atelier régional de Rubavu (ex Gisenyi au Rwanda).
Le niveau central capitalise les informations remontées par le projet. A titre d'exemple, l'expérience de Kisantu a été reprise dans la 2ème version de la SRSS.

3.10.4 Critères de qualité

Critères	Score	Commentaires
Efficience	B	
Efficacité	B	
Durabilité	C	

3.10.5 Exécution budgétaire

	Budget Initial	Dépenses totales au 31/12/2011	Taux d'exécution
Résultat 8	71 250 €	43 457 €	61 %

4 Thèmes Transversaux

4.1 Genre

Le genre n'est pas particulièrement pris en compte dans ce projet. Les postes de responsabilité sont rarement occupés par des femmes. Les matières « genre spécifique » concernent la santé maternelle sur laquelle les audits cliniques et des décès se font dans les hôpitaux. L'élaboration du PDH prendra en compte les équipements de la maternité afin d'améliorer la prise en charge de parturientes.

4.2 Environnement

Les questions d'environnement apparaissent dans la qualité des soins. En effet la gestion des déchets des activités de soins, en particulier leur destruction par incinération, feront l'objet d'une attention particulière durant la phase de consolidation des acquis tel que décrit dans le DTF.

5 Décisions prises par la SMCL & Suivi

Décisions	Acteur
Signer les PV des SMCL le jour de leur tenue	Secrétariat SMCL
Transmettre les PV à toutes les structures concernées par le suivi des recommandations	Secrétariat SMCL
Transmettre au président de la SMCL, à la CTB, et à l'attaché de l'ambassade de Belgique les remarques éventuelles sur le DTF avant le 22/11/2011	Membres de la SMCL

6 Leçons Apprises

Leçons apprises	Public cible
Il existe une réelle volonté des autorités politico-administratives et du ministère de la santé à faire aboutir le processus de réforme du niveau intermédiaire et périphérique malgré les résistances individuelles et institutionnelles.	CTB, DEP, DPS et ZS
L'aboutissement du processus de réforme demande l'implication intense du ministère de la santé pour le changement du comportement institutionnel.	DEP(MSP), DPS et ZS
La rationalisation doit prendre en compte les besoins en infrastructures et équipements au moment opportun dans le processus.	CTB,MSP

TROISIEME PARTIE. ANNEXES.

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

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

Résultat 1 : Les zones de santé du district de Lukaya sont encadrées par l'équipe cadre provinciale du Bas-Congo

Malgré les nombreux efforts fournis par l'équipe du projet et les encouragements répétés de la Direction des Etudes et Planifications, le niveau provincial au Bas Congo n'a pas encore sélectionné les membres de son équipe cadre. Une Equipe temporaire est désignée mais ses membres ont souvent peu d'expérience de terrain et ont parfois moins de compétences que les Médecins chefs de zone qu'ils sont censés supervisés. Des supervisions ont officiellement lieux mais il s'agit le plus souvent de simples visites administratives, sans réel objectif ni impact sur le fonctionnement des zones de santé.

Néanmoins, avec l'impulsion donnée par le 5ème volet ASSNIP au Bandundu qui a prioritairement travaillé sur ce point -et est arrivé à mettre en place une Equipe Cadre Provinciale dont tous les membres, à l'exception du Médecin Inspecteur Provincial, ont fait l'objet d'une sélection par jury- le processus est relancé. En attendant, le projet appuie à minima l'équipe en place afin que le travail de base (surtout administratif) puisse être réalisé.

Il faut aussi noter qu'il existe une exception due à la suspension du médecin chef de district de la Lukaya suite à laquelle le projet a insisté pour que son remplaçant soit le premier membre de la future ECP à déjà être sélectionné, ce qui a été fait.

Un audit organisationnel est sur le point de se faire (début prévu ce mois de novembre 2011) afin d'aider la future ECP dans l'organisation de son travail et de son fonctionnement.

Résultat 2 : Dans les zones de santé ciblées les équipes cadres de zones sont fonctionnelles

Les Equipes cadres de Zone ont été constituées en début de projet et sont fonctionnelles. Elles se réunissent de façon hebdomadaire et assurent un suivi des décisions. Dans chacune des 3 ZS, les ECZ ont pris le leadership et ont travaillé avec l'équipe du projet.

Elles ont également organisé de nombreux échanges entre elles mais également avec les ECZ d'autres volets ASSNIP.

Résultat 3 :L'hôpital général de référence de Kisantu est progressivement rationalisé

L'Hôpital Général de Référence a été, tel que prévu dans le DTF, l'élément le plus important dans le projet (45% du budget des activités et 60% du temps de l'ATI). On a voulu, partant d'une vision du système dans son entièreté, y apporter des changements qui avaient pour but d'améliorer le système de toute la zone de santé, de tout le système local.

On a voulu aussi augmenter de façon drastique l'accès aux soins de qualité au premier et second échelon en régulant la tarification. Et ceci a fait l'objet de 8 mois de négociations (avec à l'époque, une perspective de 15 ans d'appui, comme le stipule le DTF) avant que les acteurs du terrain n'osent se lancer dans ce processus de rationalisation.

Au niveau de l'hôpital, cela s'est traduit par la mise en place d'une tarification forfaitaire

par service, subsidiée pour chaque patient qui utiliserait l'échelon le plus adéquat. En effet, pour que le système dans sa globalité soit amélioré et rationalisé, il fallait que l'Hôpital cesse de jouer le rôle d'un centre de santé au détriment des patients hospitalisés et que les centres de santé retrouvent leurs patients. Le patient ne bénéficie donc d'un subside sur les tarifs forfaitaires (versé directement et mensuellement pour chaque patient concerné à l'HGR) que s'il est référé par le centre de santé, par un autre hôpital appuyé par le projet ou si le cas est urgent.
Mais cette mesure a nécessité la mise en œuvre d'autres mesures car en bouleversant un des éléments du système, c'est le système entier qui est ébranlé.
Entre autres et dans une optique de rationalisation du système et de l'utilisation de ses ressources, on a procédé à :

- Une rationalisation des ressources humaines avec plus de 50 départs à la pré-retraite, des redéploiements et l'affiliation de tout son personnel à la mutuelle de santé de Kisantu (MUSAKIS)…

- Une rationalisation de la prescription au moyen de la rédaction de protocoles diagnostiques et thérapeutiques en collaboration avec des universités congolaise et belge

- L'informatisation du système d'information sanitaire, du dossier patient et de la comptabilité

- La réorganisation Equipe de direction (coaching)

L'hôpital a en outre, été doté d'une ambulance, a bénéficié de la réhabilitation de son système électrique et de nombreux équipements médicaux et non médicaux.
Son plan directeur global a été élaboré en 2009 et le cahier de charge des travaux est prêt à être publié pour exécution dès que la seconde phase du projet démarrera.

Résultat 4 :Les centres et les postes de santé de Kisantu sont progressivement rationalisés

Afin de rendre le système de santé local (Zone de Santé) cohérent, un processus de rationalisation a également été mis en œuvre au niveau des Centres de Santé, avec entre autres :

- Une rationalisation des Ressources Humaines, notamment au moyen de départs en pré-retraite et de redéploiements

- Une rationalisation de la prescription grâce à la formation à l'utilisation d'ordinogrammes et à leur mise à disposition dans tous les CS

- Un appui à la prise en charge des patients par une supervision intensive incluant progressivement tous les CS intégrés dans la ZS

- Un appui à la gestion financière et à la gestion de la pharmacie

- Une dotation en médicaments pour les CS en démarrage ou redémarrage

- Un appui en équipement médical et non médical

Le projet a financé la réhabilitation du CS de la Gare ainsi que du CS de Ngeba, conformément aux priorités déterminées par l'ECZ de Kisantu. Les réhabilitations des CS de Nkandu et de Kikonka commenceront dans le courant du mois de décembre et devraient pouvoir être terminées avant la fin du projet.
Enfin, l'ECZ a bénéficié tout au long du projet d'un appui pour son fonctionnement ainsi que de motos pour ses supervisions.
En ce qui concerne la mutuelle de santé de Kisantu (MUSAKIS), un appui lui a été fourni de deux façons :

1. Un appui direct, notamment pour ses activités de sensibilisation et de récupération des radiés

2. Un appui indirect en lui permettant de ne payer à l'hôpital que la partie non subsidiée de ses affiliés, la CTB payant alors directement à l'HGR le subside sur les tarifs forfaitaires. Ceci a permis à la MUSAKIS de ne pas devoir augmenter les cotisations de ses adhérents.

Il est intéressant, à ce stade de voir, à l'aide de quelques graphiques, l'évolution des principaux indicateurs du projet entre 2008 et 2011. L'année 2011 n'étant pas encore terminée, les pourcentages sont calculés sur les 9 premiers mois de l'année lorsque c'est pertinent.

Tableau 1 : Evolution du taux d'occupation de l'HGR de Kisantu

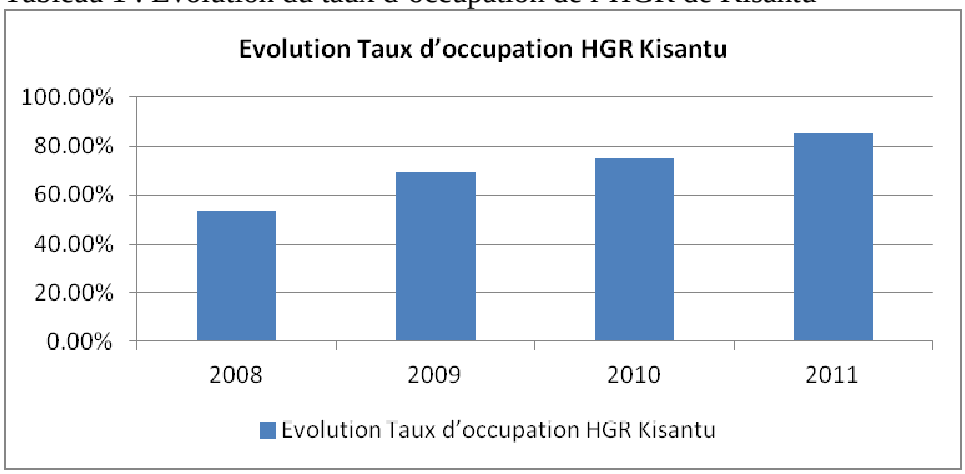


Tableau 2 : Evolution du taux d'hospitalisation pour la population de la ZS de Kisantu

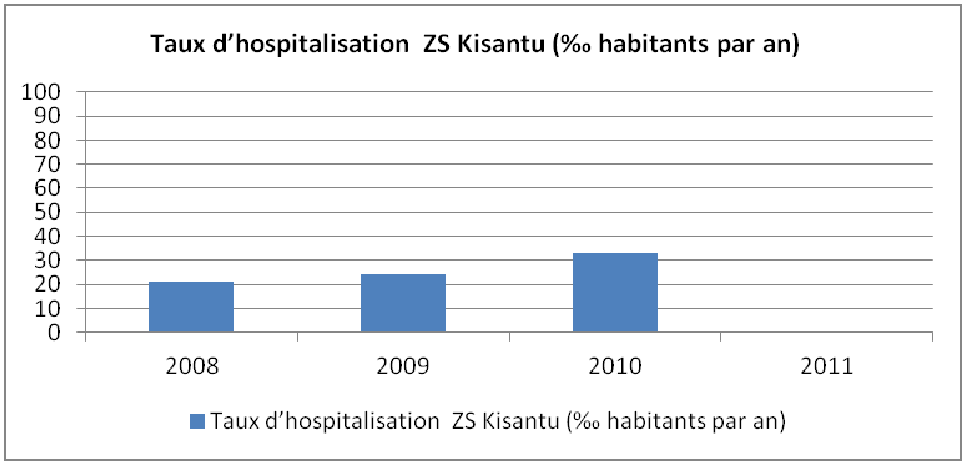


Tableau 3 : Evolution du taux d'utilisation du premier échelon pour la population de la ZS de Kisantu

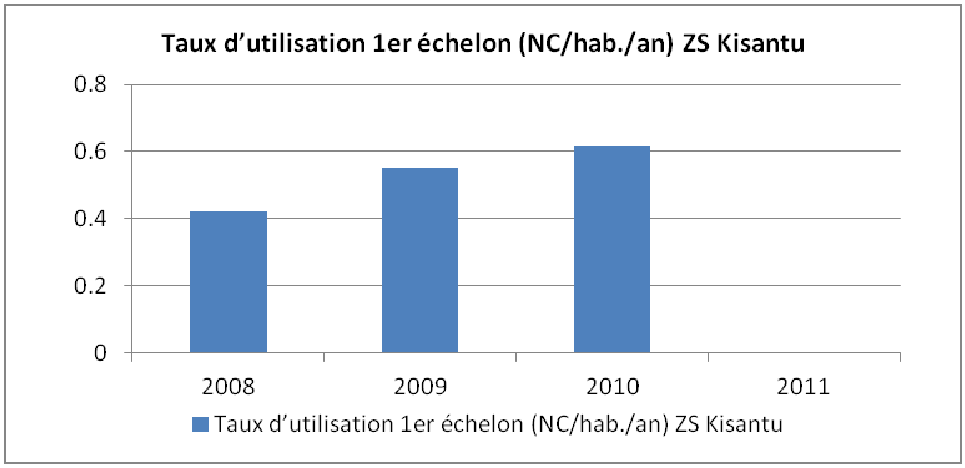


Tableau 4 : Evolution des décès maternels dans les structures intégrées de la ZS de Kisantu (= 85% des accouchements attendus dans la ZS)

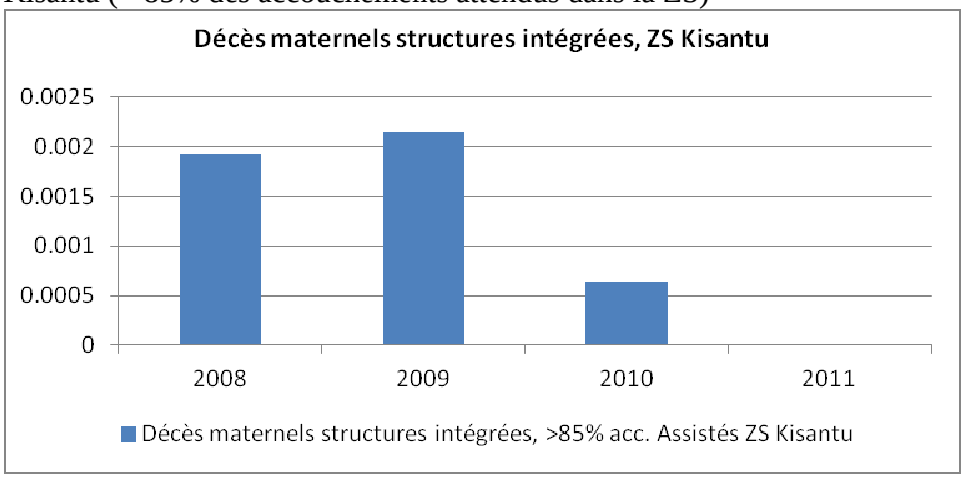


Tableau 5 : Evolution du % de patients référés en consultation à l'HGR de Kisantu

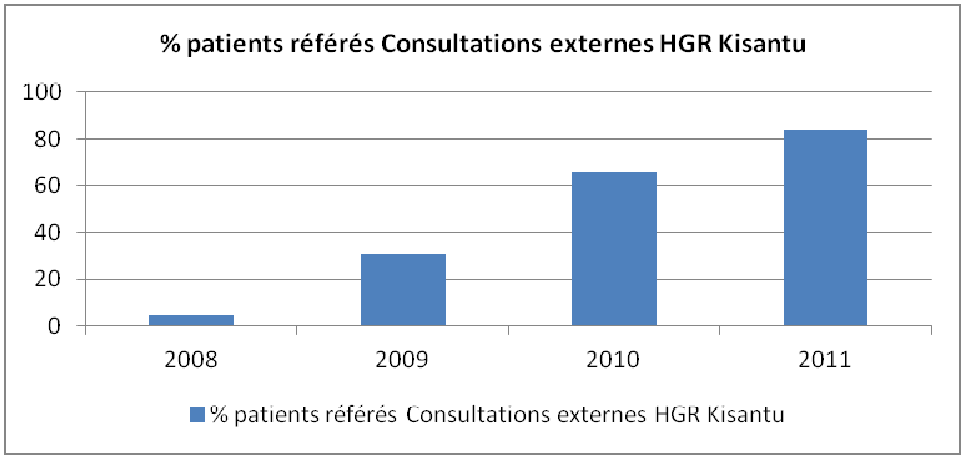


Tableau 6 : Evolution du % de patients référés dans les services d'hospitalisation de l'HGR de Kisantu

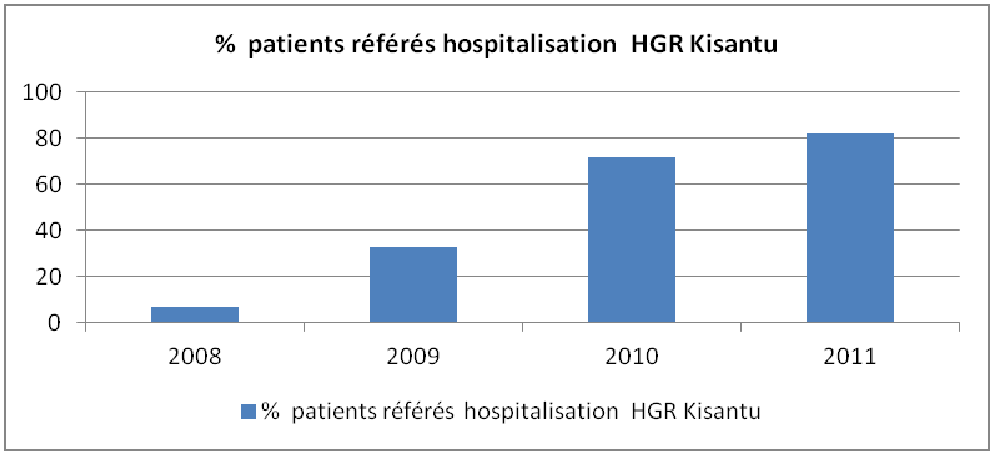


Tableau 7 : Evolution du % de la population de la ZS de Kisantu affiliée à la MUSAKIS

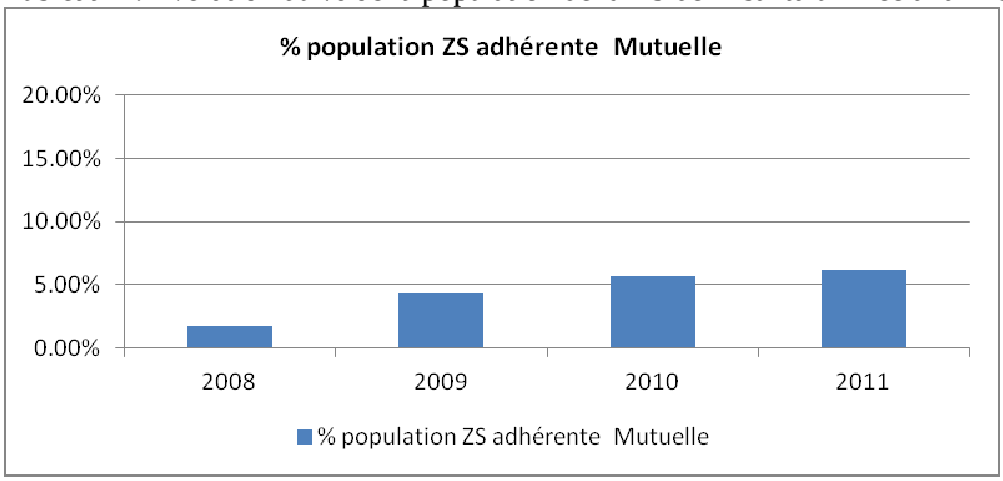
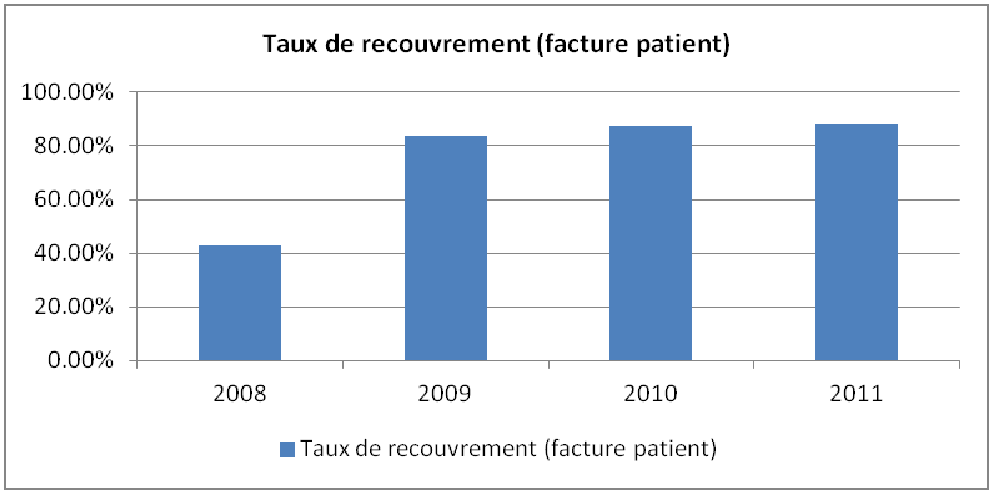


Tableau 8 : Evolution du taux de recouvrement de la facture du patient à l'HGR de Kisantu



Les indicateurs repris ci-dessus ne le sont pas de façon exhaustive. Mais ils donnent une idée des changements introduits dans la Zone de santé. Des éléments tels que la fermeture spontanée de Centres de Santé privés à but lucratif où l'on répond souvent à des demandes irrationnelles et où l'on prescrit au patient ce qui rapporte de l'argent plutôt que ce dont il a besoin sont également des indicateurs exprimant l'amélioration de l'accès aux soins de qualité pour la population de Kisantu.

Résultat 5 :L'institut Technique Médical de Kisantu répond progressivement mieux aux besoins de formation de base complémentaire et continue

L'Institut Technique Médical de Kisantu (ITMK) a été la première structure appuyée par le projet à entamer un processus de rationalisation notamment par :

- Une diminution du nombre d'élèves admis en première année afin de mieux les encadrer
- Une diminution des professeurs à temps partiel au profit des professeurs à temps plein afin d'augmenter la cohérence du corps enseignant et d'en diminuer les coûts
- La mise en place de bourses pour étudiants provenant de ZS rurales avec engagement de ces étudiants à servir quelques années dans la zone dont ils proviennent afin de remédier au manque de ressources humaines qualifiées en milieu rural.

L'ITMK a bénéficié d'un appui à son fonctionnement et d'une réhabilitation profonde incluant des travaux visant à contrôler l'érosion des bâtiments par les eaux de pluie.

Résultat 6 : Les structures de la ZS de Ngidinga sont progressivement rationalisées
Et
Résultat 7 : Les structures de la ZS de Nselo sont progressivement rationalisées

Ces deux résultats peuvent être analysés ensemble car ils ont bénéficié d'un appui fort similaire en contenu et en chronologie.

IL aura fallu attendre l'obtention des résultats de la ZS de Kisantu pour assurer la pertinence d'une reproduction du processus de rationalisation dans les ZS de Nselo et de Ngidinga. Et il aura fallu, à l'instar de ce qu'il a fallu pour la ZS de Kisantu, de nombreux mois de négociation et de préparation pour y mettre en place un système de tarification forfaitaire subsidié similaire mais adapté aux zones rurales. La mise en place de ce système ne date que de juillet 2011 et l'on manque encore de recul pour en analyser l'impact. Par contre, il est déjà clair que les taux d'occupation des Hôpitaux Généraux de Référence de ces 2 ZS ont fortement augmenté ainsi que le taux de patients référés, en hospitalisation et en consultation.
Mais d'autres activités ont également été réalisées et ce, bien avant la mise en place de la tarification forfaitaire subsidiées, entre autres :

- La mise en place d'ordinogrammes et la formation du personnel soignant à leur utilisation afin de rationaliser la prescription dans les CS
- Un appui au fonctionnement des ECZ
- La réhabilitation des BCZ dans les 2 ZS
- La dotation en ambulances et en véhicules pour les supervisions des CS par les ECZ dans les 2 ZS (Au total 2 Landcruisers et 2 motos pour chacune des deux ZS)
- La dotation en médicaments pour les CS en redémarrage
- L'équipement des CS et des BCZ en matériel médical et non médical
- L'élaboration de plans directeurs hospitaliers pour chacun des deux HGR

En outre la construction des CS de Malele (ZS Ngidinga) et de Kinzau (ZS Nselo) est prévue pour le mois de décembre et devrait s'achever avant la fin du projet ainsi que la réalisation des travaux de réhabilitation et d'équipement tels que prévus dans la 1ère phase des plans directeurs de chaque hôpital. Les secondes et troisièmes phases de ces plans directeurs seront exécutées au cours de la phase d'extension du projet ASSNIP 3 qui sera alors intégrée dans le projet ASSNIP Bas Congo.

Résultat 8 : Le niveau central est alimenté en informations pertinentes pour la planification du secteur résultant de recherches effectuées par le projet

De façon régulière tout au long du projet, des réunions de rétro-information, de réflexion ont eu lieu tant au niveau central qu'au niveau provincial mais en général, à l'initiative du projet. Le projet a également rédigé un protocole de recherche reprenant la description et l'analyse de la situation de départ, la justification technique des priorités choisies et des changements mise en œuvre ainsi que les résultats obtenus.
La Direction des Etudes et Planification a organisé début 2011 un atelier d'échange et de réflexion visant à capitaliser les résultat obtenus dans les différents volets du programme ASSNIP.
Enfin, le projet a souhaité répondre à une préoccupation du niveau central en ce qui concerne la perception des changements introduits par les différentes parties prenantes en

organisant une enquête au sein des différents groupes de détenteurs d'enjeux (population générale, patients au CS et à l'HGR, prestataires de services de santé et gestionnaires du système local de santé).

L'analyse des résultats obtenus est encore en cours.

ANNEXE 2: ETAT DES DEPENSES

BUDGET ASSNIP3	Budget Total	Planification 2011	Dépenses du 01/01/2011 au 31/10/2011	Dépenses totales au 31/10/2011	% Exécution 2011	% Exécution du projet
A 01 Résultat 1: Les zones de santé du district de Lukaya sont encadrées par l'équipe cadre provinciale du Bas-Congo	183 000,00	34 872,00	36 839,00	144 140,00	106	**79**
A 02 Résultat 2: Dans les zones de santé ciblées les équipes cadres de zones sont fonctionelles	69 000,00	31 451,00	13 065,00	51 867,00	42	**75**
A 03 Résultat 3: L'hôpital général de référence de Kisantu est progressivement rationalisé	1 821 000,00	303 552,00	397 539,00	1 862 442,00	131	**102**
A 04 Résultat 4: Les centres et les postes de santé de Kisantu sont progressivement raitonalisés	545 000,00	175 115,00	87 086,00	328 121,00	50	**60**
A 05 Résultat 5: L'institut Technique Médical de Kisantu répond progressivement mieux aux besoins de formation de base complémentaire et continue	195 750,00	78 417,00	23 991,00	130 848,00	31	**67**
A 06 Résultat 6: Les structures de la ZS de Ngidinga sont progressivement rationalisées	621 000,00	309 928,00	112 984,00	301 435,00	36	**49**
A 07 Résultat 7: Les structures de la zone sanitaire de Nselo sont progressivement rationalisées	536 000,00	296 647,00	133 067,00	320 357,00	45	**60**
A 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	20 779,00	22 779,00	38 822,00	110	**54**
TOTAL	**4 042 000,00**	**1 250 761,00**	**827 350,00**	**3 178 032,00**	**66**	**79**
X 01 Réserve Budgétaire	13 500	0	0,00	0,00	0	**0**
TOTAL	**13 500**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0**	**0**
Z 01 Frais de Personnel	905 714	236 636	177 857	788 956	75	**87**
Z 02 Investissements	44 500	592	620	35 057	105	**79**
Z 03 Frais de fonctionnement	257 538	82 425	46 105	161 134	56	**63**
Z 04 Suivi et Evaluation	136 748	63 541	81 119	108 186	128	**79**
TOTAL	**1 344 500**	**383 194,00**	**305 701,21**	**1 093 332,89**	**80**	**81**
TOTAL	**5 400 000,00**	**1 633 955,00**	**1 133 051,21**	**4 271 364,89**	**69**	**79**

ANNEXE 4 : Personnel de la prestation

Type de personnel (titre, nom et genre)	Durée de recrutement (date début et fin)	Commentaires (délais de recrutement, pertinence de la fonction ou du profil…)
Personnel national mis à disposition par le Pays Partenaire		
Personnel d'appui recruté localement	Secrétaire caissier (avril 2008-avril 2012) Comptable (Avril 2008-Novembre 2010) Chauffeur (Août 2008-Avril 2011) Nettoyeur (Avril 2008-Avril 2012)	
Personnel d'encadrement recruté localement		
Personnel International (hors CTB)		
5. Expert en Coopération Internationale (CTB)	ATI Avril 2008-Décembre 2011	

ANNEXE 5 : Marchés publics

PROGRAMMATION MARCHES PUBLICS 2011

Projet ASSNIP 3

										Milestones (réalisés ou planifiés)				
Numéro du marché	**Intitulé du marché**	**Briève description du marché**	**Type du marché**	**Devise**	**Montant (estimé / réalisé)**	**Code(s) Budgétaire(s)**	**Mode de passation**	**Etat d'avancement**	**Remarques**	**Date(s) / période(s) Preparation Cahier de charges**	**Date(s) / période(s) Publication**	**Date(s) / Période(s) d'Attribution**	**Date(s) / Période(s) d'Exécution**	**Date(s) / Période(s) Paiement**
RDC 518	Elaboration plan directeur HGR Kisantu	Elaboration d'un plan directeur global hospitalier incluant un plan architectural	Services	Euros	59 000	A_03_01	Contrat Cadre HQ	Exécuté		Septembre-Octobre 2008		01-janv-09	Février-Mars 2009	juin-09
RDC 651	Réhabilitation CS Ngeba	Réhabilitation et constructions	Travaux	Euros	23 000	A_04_03	PNSP	Exécuté	Travaux jamais finalisés par l'adjudicataire	Décembre 2008-Mars 2009	mai-09	01-juin-09	Juillet-Septembre2009	oct-09
RDC 656	Réhabilitation BCZ Nselo	Rehabiliation et constructions	Travaux	Euros	23 000	A_04_03	PNSP	Exécuté	Travaux jamais finalisés par l'adjudicataire	Décembre 2008-Mars 2009	mai-09	01-juin-09	Juillet-Septembre2009	oct-09
RDC 663	Réhabilitation du circuit électrique hôpital de Kisantu	Réhabilitation système électrique hôpital Kisantu	Travaux	Euros	250 000	A_03_01	Adjudication	Exécuté		Octobre 2009	août 2009	Novembre 2009	Janvier-avril 2010	2010
RDC 688	Consultance rationalisation laboratoire	Consultance pour la rationalisation du laboratoire de l'HGRK	Services	Euros	46 394	A_03_04	PNSP	Exécuté		Août 2009	septembre 2009	Octobre 2009	Octobre2009-Juin 2010	Mensuel
RDC 714	Réhabilitation ITMK	Réhabilitation	Travaux	Euros	20 000	A_05_01	PNSP	Exécuté		Juin 2009	Septembre 2009	Octobre 2009	Novembre 2009-janvier 2010	Février 2010
RDC811	Expertise protocoles hospitaliers	Mise en place de protocoles hospitaliers HGR Kisantu	Services	Euros	60 000	A_03_03	PNSP	Exécuté		février 2010	mars 2010	Mars 2010	Avril-Octobre 2010	Mensuel
RDC 948	Elaboration Plan directeur HGR de Ngidinga et de Nselo	Redaction plan directeur	Services	Euros	60 000	A_06_01 et A_07_01	PNSP	Exécuté		Juin 2010	Juillet-2010	Septembre 2010	Janvier-Mars 2011	Avril 2011
RDC 978	Elaboration du plan architectural détaillé de l'HGR de Kisantu	Redaction partie technique CSC pour travaux de réhabilitation	Services	USD	54 500	A_03_01	PNSP	Exécuté		Mai 2010	Septembre 2010	Octobre 2010	Décembre 2010-Août 2011	Septembre 2011
RDC 0708711/01	Conception CSC réhabilitation 5 CS et 2 HGR	Conception projet réhabilitation	Services	Euros	55 000	A_06_05; A_07_05; A_04_03	PNSP	Exécuté		Janvier 2011	Avril 2011	Juin 2011	Juillet-Août 2011	Septembre 2011
RDC 0708711/02	Suivi technique et scientifique	Suivi technique et scientifique du projet ASSNIP 3	Services	Euros	60 000	Z_04_01	PNSP	En cours d'exécution		Février 2011	Avril 2011	Juin 2011	Septembre 2011-Mai 2012	Après chaque mission
RDC 0708711/03	Consultance pour coaching de l'équipe de direction de l'HGR Kisantu	Appui, coaching de l'équipe de direction HGR Kisantu avec suivi des recommandations de l'audit financier de novembre 2011	Services	Euros	82 500	A_03_03 et Z_03_01	Adjudication suivi de procédure négociée pour absence d'offre	En cours d'exécution		Juin-décembre 2010	Avril 2011	Juillet 2011	Août 2011- juin 2012	Mensuel
RDC 0708711/04	Réhabilitation HGR Nselo et Ngidinga + 4CS	Réhabilitation et constructions	Travaux	Euros	600 000	A_07_05	AO	En cours d'exécution		Juillet-Août 2011	Octobre 2011	Novembre 2011	Décembre 2011-Mars 2012	Par tranche d'exécution
RDC 0505211/070 8711/01	Audit institutionnel	Audit organisationnel	Services	Euros	52 000 (sur ASSNIP 1, 2 et 3)	A_03_01, A_02_03	PNSP	En cours d'exécution		Septembre 2011	Octobre 2011	Novembre 2011	Décembre 2011-Mars 2012	
	Evaluation à Mi parcours	Evaluation	Services	Euros	54 000	Z_04_03	Contrat cadre HQ	Exécuté		mars 2010		Mai 2010	Décembre 2010	Fin année
	Audit HGRK	Audit financier	Services	Euros	15 500	Z_04_02	Contrat Cadre HQ	Exécuté		Septembre 2010		Novembre 2010	Juin 2011	
	Radios HF ZS Nselo	Mise en place d'un système de radiophonie dans la ZS de Nselo	Biens	Euros	22 000	A_07_03	PNSP	Exécuté		Octobre 2010	Novembre 2010	Janvier 2011	Mai 2011	Livraison

Annexe 7. Formations

Type de formation	Pays, Institution, Durée	Nom ou Nombre de personnes formées	Dates de la formation	Sujet ,contenu et niveau
Stage				
Bourse	**Belgique ULB**	**1** **1**	**6 semaines Juin 2011** **2 semaines Novembre 2011**	**Gestion hospitalière** **Gestion mutuelles de santé**
Workshop	**Rwanda, Université Gisenyi** **RDC Kinshasa, DEP**	**3** **8**	**12-15 septembre 2011** **3 jours, janvier 2011**	**Renforcement des systems de santé au Rwanda, Burundi et en RDC** **Atelier de capitalisation des volets du programme ASSNIP**
Autres	**Visite de terrain en Ouganda** **Visite terrain Maniema**	**7** **2**	**2 semaines Mai 2010** **1 semaine Mai 2011**	**Analyse système de santé et organisation soins hospitaliers** **Organisation et gestion des services d'appoints de l'hôpital (pharmacie et labo)**

ANNEXE 8. Interventions des Bailleurs de fonds

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

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