



CTB



RAPPORT ANNUEL 2011
PROJET ASSNIP 5
RDC 07 101 11

DOCUMENT TYPE: Template	DOCUMENT TITLE : Annual report	DOCUMENT OWNER : M. Van Parijs, M&E expert	DATE OF APPLICATION : 25/05/2011	VERSION : 3.0
	Rapport Annuel ASSNIP 5 - 2011	Edouard Guévard	2011 12 15	

ABRÉVIATIONS	4
1 FICHE PROJET.....	5
2 RÉSUMÉ.....	6
2.1 APERÇU DE L'INTERVENTION	6
2.2 POINTS SAILLANTS.....	6
2.3 RISQUES CLE	7
2.4 LEÇONS APPRISSES ET RECOMMANDATIONS CLE	7
3 ANALYSE DE L'INTERVENTION.....	9
3.1 CONTEXTE	9
3.1.1 <i>Evolution du contexte</i>	9
3.1.2 <i>Ancrage institutionnel</i>	10
3.1.3 <i>Modalités d'exécution</i>	11
3.1.4 <i>Dynamique « Harmo »</i>	11
3.2 OBJECTIF SPECIFIQUE	12
3.2.1 <i>Indicateurs</i>	12
3.2.2 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	13
3.2.3 <i>Risques et hypothèses</i>	14
3.2.4 <i>Critères de qualité</i>	15
3.2.5 <i>Impact potentiel</i>	15
3.2.6 <i>Recommandations</i>	16
3.3 RESULTAT 1.....	17
3.3.1 <i>Indicateurs</i>	17
3.3.2 <i>Bilan activités</i>	18
3.3.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	18
3.3.4 <i>Risques et hypothèses</i>	19
3.3.5 <i>Critères de qualité</i>	20
3.3.6 <i>Exécution budgétaire</i>	20
3.3.7 <i>Recommandations</i>	20
3.4 RESULTAT 2.....	21
3.4.1 <i>Indicateurs</i>	21
3.4.2 <i>Bilan activités</i>	21
3.4.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	22
3.4.4 <i>Risques et hypothèses</i>	22
3.4.5 <i>Critères de qualité</i>	23
3.4.6 <i>Exécution budgétaire</i>	23
3.4.7 <i>Recommandations</i>	23
3.5 RESULTAT 3.....	24
3.5.1 <i>Indicateurs</i>	24
3.5.2 <i>Bilan activités</i>	25
3.5.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	26
3.5.4 <i>Risques et hypothèses</i>	26
3.5.5 <i>Critères de qualité</i>	27

DOCUMENT TYPE: Template	DOCUMENT TITLE : Annual report	DOCUMENT OWNER : M. Van Parijs, M&E expert	DATE OF APPLICATION : 25/05/2011	VERSION : 3.0
	Rapport Annuel ASSNIP 5 - 2011	Edouard Guévert	2011 12 15	

3.5.6	<i>Exécution budgétaire</i>	27
3.5.7	<i>Recommandations</i>	27
3.6	RESULTAT 4	28
3.6.1	<i>Indicateurs</i>	28
3.6.2	<i>Bilan activités</i>	28
3.6.3	<i>Analyse des progrès réalisés</i>	29
3.6.4	<i>Risques et hypothèses</i>	29
3.6.5	<i>Critères de qualité</i>	29
3.6.6	<i>Exécution budgétaire</i>	30
3.6.7	<i>Recommandations</i>	30
3.7	RESULTAT 5	31
3.7.1	<i>Indicateurs</i>	31
3.7.2	<i>Bilan activités</i>	31
3.7.3	<i>Analyse des progrès réalisés</i>	32
3.7.4	<i>Risques et hypothèses</i>	32
3.7.5	<i>Critères de qualité</i>	32
3.7.6	<i>Exécution budgétaire</i>	33
3.7.7	<i>Recommandations</i>	33
4	THÈMES TRANSVERSAUX	34
4.1	GENRE	34
4.2	ENVIRONNEMENT.....	34
5	DÉCISIONS PRISES PAR LA SMCL & SUIVI	35
6	LEÇONS APPRISES	36
7	ANNEXES	37
7.1	CADRE LOGIQUE.....	37
7.2	ACTIVITES M&E.....	37
7.3	RAPPORT “BUDGET VERSUS ACTUELS (Y – M)”	37
7.4	BENEFICIAIRES	37
7.5	PLANIFICATION OPERATIONNELLE Q1-2011	37

DOCUMENT TYPE: Template	DOCUMENT TITLE : Annual report	DOCUMENT OWNER : M. Van Parijs, M&E expert	DATE OF APPLICATION : 25/05/2011	VERSION : 3.0
	Rapport Annuel ASSNIP 5 - 2011	Edouard Guévert	2011 12 15	

Abréviations

CDR	Centrale de Distribution Régionale (de médicaments et consommables médicaux)
CTB	Coopération Technique Belge
DEP (D7)	Direction des Etudes et de la Planification du Ministère de la Santé Publique
DLM (D4)	Division de la lutte contre la maladie
DPS	Division Provinciale de la Santé
DRH (D1)	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 (D5)	Direction des soins de santé primaires
DTF	Document Technique et Financier
ECP	Equipe Cadre Provinciale
ECZ	Equipe Cadre de Zone
H GR	Hôpital Général de Référence
IEM	Institut d'Etudes Médicales
ITM	Institut Technique Médical
ISTM	Institut Supérieur de Techniques Médicales
M&E	Monitoring and Evaluation
MINCIR	Ministère de la Coopération Internationale et Régionale
MIP	Médecin Inspecteur Provincial
MS P	Ministère de la Santé Publique
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
PAO	Plan d'Action Opérationnel (pour l'année)
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PPDS	Plan Provincial de Développement Sanitaire
PDZS	Plan de Développement de la Zone de Santé
SMCL	Structure mixte de concertation locale
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SSP	Soins de santé primaires

DOCUMENT TYPE: Template	DOCUMENT TITLE : Annual report	DOCUMENT OWNER : M. Van Parijs, M&E expert	DATE OF APPLICATION : 25/05/2011	VERSION : 3.0
	Rapport Annuel ASSNIP 5 - 2011	Edouard Guévert	2011 12 15	

1 Fiche projet

Nom Project	ASSNIP 5
Code Projet	RDC 07 101 11
Zone d'intervention	Division Provinciale Santé Kwilu (Province de Bandundu)
Budget	3 696 813 € (10 000 000 pour ASSNIP 4 & 5)
Personnes clés	Médecin Inspecteur Provincial de Bandundu Membres de l'équipe Cadre Provinciale
Instance Partenaire	Expert Capitalisation de la DEP (Ministère de la Santé)
Date Convention de mise en œuvre	12 06 2009
Durée (mois)	36 mois
Groupes cibles	Equipe Cadre Provinciale Equipes cadres des zones de santé Direction des Etudes et de la Planification (MSP)
Objectif Global	L'état de santé de la population est amélioré dans les territoires d'intervention du programme : future province du Sud-Ubangi, Province de l'Equateur et future province du Kwilu, Province du Bandundu
Objectif Spécifique	Les soins de santé offerts aux populations de zones sélectionnées sont progressivement améliorés en qualité (soins globaux, continus, intégrés, efficaces, efficients, accessibles) par des processus d'amélioration progressive qui forment un modèle largement reproductible dans la République Démocratique du Congo.
Résultats attendus	L'Equipe Cadre Provinciale est opérationnelle Des Equipes Cadres de Zones sont opérationnelles Les structures opérationnelles sont progressivement renforcées Le niveau central est alimenté en informations pertinentes pour la planification du secteur à partir de recherches effectuées L'approvisionnement des ZS de la future province en médicaments est amélioré

DOCUMENT TYPE: Template	DOCUMENT TITLE : Annual report	DOCUMENT OWNER : M. Van Parijs, M&E expert	DATE OF APPLICATION : 25/05/2011	VERSION : 3.0
	Rapport Annuel ASSNIP 5 - 2011	Edouard Guévert	2011 12 15	

2 Résumé

2.1 Aperçu de l'intervention

Logique d'intervention	Efficienc	Efficacité	Durabilité
Objectif Spécifique Les soins de santé offerts aux populations de zones sélectionnées sont progressivement améliorés en qualité (soins globaux, continus, intégrés, efficaces, efficients, accessibles) par des processus d'amélioration progressive qui forment un modèle largement reproductible dans la République Démocratique du Congo	X	C	B
Résultat 1 L'Equipe Cadre Provinciale est opérationnelle	B	C	B
Résultat 2 Des Equipes Cadres de Zones sont opérationnelles	B	C	C
Résultat 3 Les structures opérationnelles sont progressivement renforcées	x	D	X
Résultat 4 Le niveau central est alimenté en informations pertinentes pour la planification du secteur à partir de recherches effectuées par le volet 5	B	B	B
Résultat 5 L'approvisionnement des ZS du District en médicaments est amélioré	X	D	D

Budget	Dépenses par année		Dépenses totales	Solde budget	Taux d'exécution
3 696 814,00	2009	114 326,74	114 326,74	3 582 487,26	3 %
	2010	57 592,61	171 919,35	3 524 894,65	5 %
	2011	155 423,74	327 343,09	3 369 470,91	9 %

2.2 Points saillants

La DPS a démarré avec les partenaires un lent processus d'appropriation du projet et de la stratégie nationale de renforcement du système de santé :

La sélection de l'ECP a permis de réaliser l'état des lieux des zones de santé prioritaires, de démarrer la révision des plans de développement, l'intégration des appuis et programmes, la normalisation de la gestion du médicament. Ceci permet de prévoir le renforcement des structures opérationnelles en 2012.

Le niveau central a clairement choisi d'appuyer la Province de Bandundu comme un modèle de renforcement du système de santé à capitaliser.

Les partenaires du niveau intermédiaire : OMS, UNICEF, GIZ, MEMISA Belgique se concertent en continu pour la mise en œuvre de cette stratégie.

Ces résultats positifs ont pu être atteints malgré les hypothèses fatales qui sont demeurées des réalités et les graves menaces et faiblesses institutionnelles qui ont ralenti la mise en route des réalisations concrètes.

La lenteur du processus d'appropriation de la réforme du niveau intermédiaire explique les retards aux réalisations concrètes et justifie la nécessité de prolonger le projet pour atteindre des résultats durables.

DOCUMENT TYPE: Template	DOCUMENT TITLE : Annual report	DOCUMENT OWNER : M. Van Parijs, M&E expert	DATE OF APPLICATION : 25/05/2011	VERSION : 3.0
	Rapport Annuel ASSNIP 5 - 2011	Edouard Guévart	2011 12 15	

2.3 Risques clé

Le principal risque concernant la mise en œuvre de la réforme du niveau intermédiaire, préalable à toutes les réalisations concrètes du projet au niveau des zones de santé est celui de la décentralisation : découpage des Provinces, création officielle des 26 DPS, localisation du Chef Lieu de la DPS du Kwilu à Kikwit, institution de l'ECP du Kwilu et de son leadership, restent suspendus à des décisions administratives et politiques, dans un contexte électoral propice à l'immobilisme.

Le même immobilisme risque de ralentir l'intégration des projets, programmes et appuis des partenaires.

L'absence de rationalisation à tous les niveaux : ressources humaines de l'Inspection Provinciale de la Santé et des ECZ, implantation des formations sanitaires et couverture sanitaire, effectifs des formations sanitaires, organisation et fonctionnements. Ce risque est hautement probable et son impact sur le système de santé extrêmement élevé. La rationalisation demanderait d'énergiques décisions à tous les niveaux : fonction publique, DRH du MSP, Gouvernement Provincial, Inspection Provinciale de la Santé.

Il s'agit donc d'hypothèses fatales ou de risques à probabilité très élevée et à incidence importante sur la réforme du système de santé.

Les autres risques à probabilité élevée et haut impact sont plus sensibles aux mesures qui peuvent être prises au niveau du projet :

Faiblesse du leadership et méconnaissance de la SRSS peuvent répondre aux activités de formation et de suivi.

La méconnaissance du rôle du médicament dans la qualité du système de santé répondra aux travaux de l'ECP.

Les difficultés liées aux procédures de marchés publics sont en voie de correction.

2.4 Leçons apprises et recommandations clé

La principale contrainte du projet est sa durée, qui ne correspond pas :

- Aux principes de durée et pérennité clairement énoncés dans le DTF
- A l'ambition de changer durablement les structures institutionnelles et les comportements
- Aux investissements à mettre en œuvre au deuxième niveau de l'intervention (zones de santé encadrées par l'ECP)

Les résistances au changement auraient dû être prises en compte dans la formulation du projet : résistances institutionnelles et individuelles, référence aux textes établis en contradiction avec la SRSS et l'esprit de la réforme.

Au contraire il existe une volonté clairement affichée auprès de plusieurs directions du niveau central pour appuyer la réforme et la rationalisation des ressources et des fonctionnements. Le niveau central veut promouvoir le renforcement du système de santé à Bandundu comme un modèle quasi-expérimental pour les autres provinces.

Importance de la démarche de recherche action et de la capitalisation des expériences, processus et bonnes pratiques.

DOCUMENT TYPE: Template	DOCUMENT TITLE : Annual report	DOCUMENT OWNER : M. Van Parijs, M&E expert	DATE OF APPLICATION : 25/05/2011	VERSION : 3.0
	Rapport Annuel ASSNIP 5 - 2011	Edouard Guévert	2011 12 15	

Recommandations	Source	Acteur	Deadline
Obtenir la signature de l'arrêté ministériel portant création des 26 DPS et de nomination des membres de l'ECP Kwilu	3.2.2, 3.2.3	DPS, DEP, MSP	Q1 2012
Accélérer l'application des résolutions issues de l'état des lieux des ITM et IEM	3.2.3	MSP (D1, D9) DPS	Q4 2011 Q1-2 2012
Appuyer le travail d'encadrement des zones de santé prioritaires par l'ECP (plan de développement, plan d'action).	3.2.2, 3.2.5	DPS, DEP, DSSP ASSNIP	Q 4 2011 Q1-2 2012
Elaborer les plans directeurs des Hôpitaux de Mosango et Mokala (zones de santé prioritaires)	3.2.2, 3.2.3, 3.2.5	ASSNIP, ECP, ECZ	Q 3-4 2011 Q1-2 2012
Elaborer le protocole de recherche action sur la réduction de mortalité maternelle (Bandundu et Mosango)	3.2.1	ASSNIP, DPS, ECZ, PNSR, DEP	Q 3-4 2011 Q1-2 2012
Poursuivre la cartographie des zones de santé et l'implantation des logiciels d'information sanitaire	3.2.1	ASSNIP, DPS DSNIS (DSSP)	Q 3-4 2011 Q1-2 2012
Prévoir la prolongation du projet ASSNIP jusque fin 2013, à soumettre au Comité des Partenaires. Prendre des dispositions pour la poursuite du projet en allongeant sa durée.	3.2.2, 3.2.6, 3.3.2, 3.3.4, 3.3.5	MSP, Portfolio, HQ EST	Q1 2012
Commencer la rationalisation des structures de soins et d'encadrement	3.3.2	DPS, ECP, ECZ, DRH (MSP)	Q2 2011
Alimenter des lignes de crédit auprès de la CDR pour les zones qui appliquent une gestion rigoureuse du médicament	3.7.2 3.7.3	DPS, ASSNIP	Q1 2012
Transformer la CDR de Bandundu en dépôt secondaire de la CDR Kikwit	3.7.4	DPS, Port folio (projet CDR)	Q1 2012

DOCUMENT TYPE: Template	DOCUMENT TITLE : Annual report	DOCUMENT OWNER : M. Van Parijs, M&E expert	DATE OF APPLICATION : 25/05/2011	VERSION : 3.0
	Rapport Annuel ASSNIP 5 - 2011	Edouard Guévert	2011 12 15	

3 Analyse de l'intervention

3.1 Contexte

3.1.1 Evolution du contexte

Le projet ASSNIP 5 reposait sur plusieurs hypothèses concernant le contexte. Les hypothèses fatales évoquées dans le DTF sont restées d'actualité :

- le découpage des provinces reste en attente et ne semble pas près d'être mis en œuvre à brève échéance,
- la localisation de la capitale du Kwilu reste controversée,
- la rationalisation des ressources et des fonctionnements ne se met pas en place, ni au niveau des structures de soins, ni au niveau de l'encadrement, ni au niveau des instituts de formation.

De plus l'analyse préalable du contexte dans la Province de Bandundu ne pouvait pas prendre en compte quelques éléments à considérer :

- les débats et contradictions concernant le découpage des nouvelles provinces,
- les mêmes paradoxes concernant la capitale d'une future province du Kwilu,
- les fortes influences extérieures au secteur de la santé dans la mise en œuvre des décisions importantes comme la rationalisation des effectifs, des structures de soins ou des écoles de formation,
- la verticalité des programmes, partenaires et financements sur la mise en œuvre effective de la politique de santé, en contradiction avec les principes de responsabilité mutuelle, alignement, intégration. Ainsi par exemple la majorité des partenaires et programmes continuent à utiliser leur propre réseau d'approvisionnement et leur propre système de gestion du médicament.
- L'existence d'une centrale d'approvisionnement en médicaments à Bandundu dont la viabilité est gravement compromise par son enclavement, la faible étendue de son « marché » (maximum 3 zones de santé, en réalité une seule zone) et les modalités d'approvisionnement et de gestion du médicament dans ces zones de santé.
- La présence à la Division Provinciale d'un noyau de cadres prêts à s'investir de manière désintéressée dans le renforcement du système de santé.

Le contexte politique a influencé la mise en œuvre du projet dans le sens d'un ralentissement, voire de périodes d'immobilisme, eu égard aux perturbations au niveau du Gouvernement Provincial puis à la période électorale législative et présidentielle au niveau National.

L'évolution du contexte épidémiologique a ralenti les activités de la Province et du projet : épidémies récurrentes de poliomyélite dans tous les districts de la Province, ayant motivé 9 passages d'activités vaccinales supplémentaires (campagnes de vaccination) qui mobilisent chaque fois tout le secteur de la santé et toutes ses ressources humaines pendant plusieurs semaines ; épidémies de choléra, épidémies de fièvre typhoïde dans la ville de Kikwit. Non seulement ces épidémies absorbent les ressources du système de santé mais elles favorisent la fragmentation de l'aide et découragent l'alignement des partenaires et l'harmonisation de leurs procédures.

Toutefois le contexte du Ministère de la Santé Publique a beaucoup évolué dans le sens de la réforme et de la création des 26 Divisions Provinciales de la Santé : il ne s'agit pas seulement d'anticiper le découpage territorial prévu par la constitution et la décentralisation. Il est surtout question d'expérimenter la mise en place d'un niveau intermédiaire plus opérationnel qu'administratif, de substituer aux structures

DOCUMENT TYPE: Template	DOCUMENT TITLE : Annual report	DOCUMENT OWNER : M. Van Parijs, M&E expert	DATE OF APPLICATION : 25/05/2011	VERSION : 3.0
	Rapport Annuel ASSNIP 5 - 2011	Edouard Guévert	2011 12 15	

bureaucratiques pléthoriques et inefficaces de petites équipes cadres orientées sur le développement des zones de santé en vue d'offrir à la population des soins globaux de qualité accessibles. Dans ce processus de réforme, la Province de Bandundu fait office de pionnier et fait l'objet d'un accompagnement particulier de la part du niveau central. Ainsi le projet d'arrêté ministériel de création des 26 DPS, dont la signature a été solennellement promise pour une échéance brève, situerait désormais le chef-lieu de la DPS du Kwilu à Kikwit, géographiquement mieux située que Bandundu. Cette localisation devrait permettre à l'équipe cadre de fonctionner plus efficacement.

Fortes synergies entre les différents projets santé de la CTB au Congo : ASSNIP Sud Ubangi, Bas Congo et Kisangani, appui à la DEP, à la DLM et aux CDR.

Forte synergie également avec l'expert capitalisation pris en charge par les ASSNIP 4 et 5 au niveau de la DEP et avec les directions du niveau central, principalement les directions des ressources humaines, de la lutte contre la maladie, des soins de santé primaires et des études et planification (D 1, 4, 5, 7).

L'implication des principaux partenaires du niveau intermédiaire de la Province de Bandundu est un acquis fondamental pour la mise en œuvre de la réforme : OMS, UNICEF, Memisa Belgique, GIZ.

3.1.2 Ancrage institutionnel

Score: très approprié

Pour assurer la pérennité des appuis au niveau opérationnel, l'expérience des 3 premiers projets ASSNIP a montré la nécessité d'un appui institutionnel au niveau intermédiaire et d'une capitalisation systématique au niveau central.

Le principal objectif du projet ASSNIP5 est donc de contribuer au renforcement du système de santé au niveau intermédiaire dans la future province du Kwilu, conformément à la Stratégie Nationale (SRSS)

- par le renforcement qualitatif de l'équipe d'encadrement de la future province,
- chargée à son tour du renforcement des équipes cadres des zones de santé
- et par l'amélioration de l'accessibilité du médicament pour l'ensemble de la Province.

Un second objectif est de tirer les leçons de l'expérience et d'alimenter le ministère de la santé en informations pertinentes et utiles à l'amélioration de la politique nationale de santé.

Le projet ASSNIP 5 s'est fortement ancré au niveau de la Division Provinciale de la santé à Bandundu :

- mise au point du processus de sélection de l'équipe cadre polyvalente provinciale (Institution par le Comité Provincial de Pilotage et le Ministre Provincial de la Santé d'un comité Provincial de sélection pour toutes les fonctions et toutes les futures Provinces du Bandundu, sélection et mise en route des 8 premiers Encadreurs Polyvalents et sélection des autres fonctions de l'équipe Cadre de la future DPS Kwilu)
- participation aux groupes de travail provinciaux (groupe planification, groupe approvisionnements et médicament)
- contribution à la révision du plan de développement sanitaire provincial, à la préparation des plans annuels opérationnels 2011 et 2012 et aux réunions du comité provincial de pilotage.

Le recrutement d'un expert pour la capitalisation au niveau de la DEP du Ministère de la Santé Publique a largement facilité le processus de mise en œuvre de la réforme du niveau intermédiaire et de le capitaliser pour le transformer en décisions du niveau central.

Ainsi l'ancrage institutionnel, très approprié, a permis de réaliser le premier résultat du

DOCUMENT TYPE: Template	DOCUMENT TITLE : Annual report	DOCUMENT OWNER : M. Van Parijs, M&E expert	DATE OF APPLICATION : 25/05/2011	VERSION : 3.0
	Rapport Annuel ASSNIP 5 - 2011	Edouard Guévert	2011 12 15	

projet malgré le contexte décrit ci-dessus et de contribuer au 4^{ème} résultat.

3.1.3 Modalités d'exécution

Score: peu appropriées

Les outils disponibles pour atteindre l'objectif se répartissent en :

- Appuis technique et financier au fonctionnement (équipes cadres de province et de zones)
- Investissements et équipements dans quelques structures « pilotes », de démonstration ou expérimentales dans un cadre de recherche action.
- Financement du médicament selon des modalités à définir avec l'équipe cadre provinciale.
- Suivi scientifique pour appuyer la démarche de recherche-action et la capitalisation.

De fortes résistances au changement institutionnel et aux exigences du renforcement du système de santé (rationalisation en particulier) n'ont permis de mettre effectivement en place que les premières étapes du projet. Ainsi l'exécution peut être jugée insuffisante et donc encore peu appropriée.

L'équipe sélectionnée pour l'encadrement et l'appui au développement des zones de santé s'est mise en route en juin 2011 mais ses compétences et son expérience ne lui ont permis de déployer qu'un appui à l'analyse de situation pour identifier les problèmes prioritaires pour les plans de développement des zones de santé.

3.1.4 Dynamique « Harmo »

La solution des difficultés institutionnelles a beaucoup évolué avec l'appui des partenaires en santé au niveau Provincial (OMS, UNICEF, UNFPA, GIZ, Memisa Belgique) et avec le Ministère de la Santé Publique au niveau central pour accompagner la Division Provinciale de la Santé dans le processus de réforme.

DOCUMENT TYPE: Template	DOCUMENT TITLE : Annual report	DOCUMENT OWNER : M. Van Parijs, M&E expert	DATE OF APPLICATION : 25/05/2011	VERSION : 3.0
	Rapport Annuel ASSNIP 5 - 2011	Edouard Guévert	2011 12 15	

3.2 Objectif spécifique

3.2.1 Indicateurs

Objectif spécifique: Les soins de santé offerts aux populations de zones sélectionnées sont progressivement améliorés en qualité (soins globaux, continus, intégrés, efficaces, efficients, accessibles) par des processus d'amélioration progressive qui forment un modèle largement reproductible dans la République Démocratique du Congo						
Indicateurs	Valeur 'Baseline'	Progrès année N-1	Progrès année N	Valeur Cible année N	Valeur cible	Commentaires
Les pathologies importantes (césarienne, péritonite...) en provenance de la zone, sont correctement prises en charge à l'Hôpital Général de Référence	Non disponible	D	D			Le système National d'Information Sanitaire est encore en voie d'implantation au niveau de la Province de Bandundu, les outils encore inadaptés, les acteurs à former. Les informations disponibles sont donc incomplètes et inexactes.
Les problèmes de santé de la population couverte sont pris en charge par une équipe de CSI intégrée	Non disponible	D	D			Idem
Des résultats de recherche sur différents thèmes - financement-équipes cadre, assurance de qualité des soins... sont disponibles	Non disponible	D	C			La recherche action dépend de l'encadrement effectif des zones de santé. Travaux entrepris sur la réduction de la mortalité maternelle.
Les soins obstétricaux non-couverts sont diminués sensiblement dans les zones d'intervention	Etude sur les Soins Obstétricaux et Néonataux d'urgence en cours	D	C			Les audits de décès maternels ont pris place dans la Province et font l'objet d'une priorité Provinciale et de travaux de recherche.
Les pratiques inadaptées et potentiellement nuisibles aux femmes, notamment les césariennes et transfusions sanguines au niveau des centres de santé sont arrêtées	Non disponible	D	D			Idem

DOCUMENT TYPE: Template	DOCUMENT TITLE : Annual report	DOCUMENT OWNER : M. Van Parijs, M&E expert	DATE OF APPLICATION : 25/05/2011	VERSION : 3.0
	Rapport Annuel ASSNIP 5 - 2011	Edouard Guévert	2011 12 15	

3.2.2 Analyse des progrès réalisés

Les principaux progrès réalisés concernent la mise en place de l'équipe cadre pour la Division Provinciale du Kwilu selon les normes de la SRSS.

La dynamique de mise en place de cette équipe est largement partagée avec les partenaires d'appui au niveau intermédiaire : OMS, UNICEF, GIZ, Memisa Belgique. Elle est également le fruit de la collaboration avec le Ministère de la Santé Publique au niveau central (principalement la DEP) et avec les projets ASSNIC (appui à la DEP, appui à la DLM).

Des progrès plus concrets en rapport avec l'objectif spécifique ne peuvent être attendus ou même mesurés qu'avec la solution des questions institutionnelles :

- Installation de la DPS du Kwilu à Kikwit avec définition précise de son cadre de travail, de ses responsabilités, de son autonomie et de son leadership.
- Renforcement des capacités des Encadreurs Polyvalents sélectionnés et mise en route des autres cadres sélectionnés.
- Rationalisation de toutes les structures de soins et de gestion

On peut même avancer l'hypothèse que l'atteinte de l'objectif spécifique ne dépendra pas directement de l'efficacité de ces progrès institutionnels au niveau intermédiaire ni même du renforcement des équipes opérationnelles au niveau périphérique.

L'amélioration de la qualité des soins est en effet un processus long dépendant de multiples facteurs propres au système de santé et extérieurs à celui-ci ainsi que de la capacité du pays à financer le système et les soins de santé.

En relation avec l'approche « genre » le travail sur la réduction de la mortalité maternelle contribue au 4^{ème} OMD.

DOCUMENT TYPE: Template	DOCUMENT TITLE : Annual report	DOCUMENT OWNER : M. Van Parijs, M&E expert	DATE OF APPLICATION : 25/05/2011	VERSION : 3.0
	Rapport Annuel ASSNIP 5 - 2011	Edouard Guévert	2011 12 15	

3.2.3 Risques et hypothèses

Risque (décrire)	Probabilité (score)	Incidences potentielles		Niveau de Risque (score)
		Décrire	Score	
La décentralisation et le découpage des provinces restent en attente	Elevée	Impossibilité de mettre effectivement en place une DPS autonome	Elevée	D
Localisation de la capitale du Kwilu controversée	Elevée	Impossibilité de mettre effectivement en place une DPS autonome	Elevée	D
Pas de rationalisation : structures de soins, encadrement, instituts de formation	Elevée	Impossibilité de renforcer efficacement les structures, la qualité de l'offre de soins et son accessibilité	Elevée	D
Retard à la signature de l'arrêté ministériel portant création des 26 DPS	Moyenne	Impossibilité de mettre effectivement en place une DPS autonome	Elevée	C
Absence de leadership pour la DPS du Kwilu	Moyenne	Dépendance vis-à-vis du fonctionnement administratif et de la structure bureaucratique de l'Inspection Provinciale	Elevée	C
Faiblesse dans la planification	Moyenne	Inefficacité de l'appui aux zones de santé et aux structures opérationnelles	Elevée	C
Maitrise insuffisante de la SRSS, des missions de la DPS, de la fonction d'encadrement des zones de santé	Moyenne	Idem	Elevée	C
Méconnaissance du rôle du médicament	Moyenne	Mauvaise gestion et utilisation du médicament, incidence sur la qualité de l'offre de soins	Elevée	C
Fonctionnement vertical des programmes et partenariats	Elevée	Fragmentation des appuis, dispersion des ressources et inefficacité des acteurs du système de santé	Elevée	C

DOCUMENT TYPE: Template	DOCUMENT TITLE : Annual report	DOCUMENT OWNER : M. Van Parijs, M&E expert	DATE OF APPLICATION : 25/05/2011	VERSION : 3.0
	Rapport Annuel ASSNIP 5 - 2011	Edouard Guévert	2011 12 15	

3.2.4 Critères de qualité

Critères	Score	Commentaires
Efficacité	C	Le travail effectif n'a démarré que depuis la mi-juin 2011 après la sélection et la mise en place d'une équipe cadre pour le DPS Kwilu.
Efficienc	X	Critère impossible à évaluer en l'absence d'effectivité – efficacité.
Durabilité	B	La lenteur du processus devrait correspondre à une appropriation durable, et à des changements profonds au niveau des comportements et de l'Institution.
Pertinence	A	Entière cohérence avec la politique nationale (SRSS et Plan National De Développement Sanitaire) et appuis du niveau central.

3.2.5 Impact potentiel

Par rapport à l'objectif du projet aucun impact ne peut être attendu en 2011 mais il est prévisible que l'équipe cadre mise en route, polyvalente et autonome, poursuivra le travail d'encadrement débuté et appuiera les zones de santé dans leur planification, la rationalisation de leurs ressources et de leurs fonctionnements et pourra mettre en œuvre les activités de réhabilitation des structures.

DOCUMENT TYPE: Template	DOCUMENT TITLE : Annual report	DOCUMENT OWNER : M. Van Parijs, M&E expert	DATE OF APPLICATION : 25/05/2011	VERSION : 3.0
	Rapport Annuel ASSNIP 5 - 2011	Edouard Guévert	2011 12 15	

3.2.6 Recommendations

Recommandations	Source	Acteur	Deadline
Obtenir la signature de l'arrêté de création des 26 DPS Obtenir l'arrêté de nomination des membres de l'ECP Kwilu	3.2.2 3.2.3	DPS DEP – MSP	Q1 2012
Commencer la rationalisation des structures de soins et d'encadrement	3.2.2 3.2.3	DPS – ECP, ECZ, DRH (D1) du MSP	Q1 2012
Compléter l'équipe cadre pour la DPS Kwilu (CPP août 2011, SMCL novembre 2011, sélection novembre 2011)	3.2.2	DPS CPP	Q3-4 2011 Q1 2012
Installer l'ECP à Kikwit (SMCL du 11 11 2011)	3.2.2 3.2.3	DPS CPP	Q1-2 2012
Accélérer l'application des résolutions issues de l'état des lieux des ITM et IEM afin qu'ils ne constituent pas une menace à la SRSS et au projet (SMCL de 06 2010, 02 2011 et 11 2011)	3.2.3	MSP (D1, D9) DPS	Q4 2011 Q1-2 2012
Appuyer le travail d'encadrement des zones de santé prioritaires par les Encadreurs Sélectionnés (plan de développement, plan d'action, projet d'établissement).	3.2.2 3.2.5	DPS DEP - DSSP ASSNIP	Q 4 2011 Q1-2 2012
Elaborer les plans directeurs des Hôpitaux de Mosango et Mokala (zones de santé prioritaires)	3.2.2 3.2.3 3.2.5	ASSNIP, ECP, ECZ	Q 3-4 2011 Q1-2 2012
Elaborer le protocole de recherche action sur la réduction de mortalité maternelle (Bandundu et Mosango)	3.2.1	DPS, ECZ, PNSR, DEP, ASSNIP	Q 3-4 2011 Q1-2 2012
Poursuivre la cartographie des zones de santé et l'implantation des logiciels d'information sanitaire	3.2.1	DPS, DSNIS (DSSP), ASSNIP	Q 3-4 2011 Q1-2 2012
Prévoir, à la suite de l'évaluation de la mise en œuvre du projet, la préparation d'une fiche d'identification pour la prolongation du projet ASSNIP jusque fin 2013, à soumettre au Comité des Partenaires.	3.2.2 3.2.6	Ministère de la Santé Publique	Q1 2012
Prendre des dispositions pour la poursuite du projet : le modifier en revoyant à la baisse certains objectifs et en allongeant sa durée	3.2.2 3.2.4 3.2.5	MSP Portfolio HQ EST	Q1 2012

DOCUMENT TYPE: Template	DOCUMENT TITLE : Annual report	DOCUMENT OWNER : M. Van Parijs, M&E expert	DATE OF APPLICATION : 25/05/2011	VERSION : 3.0
	Rapport Annuel ASSNIP 5 - 2011	Edouard Guévert	2011 12 15	

3.3 Résultat 1

3.3.1 Indicateurs

Résultat 1: L'Equipe Cadre Provinciale est opérationnelle						
Indicateurs	Valeur 'Baseline'	Progrès année N-1	Progrès année N	Valeur Cible année N	Valeur cible	Commentaires
Un plan de développement provincial a été dressé	Le premier PPDS a été rédigé et adopté par le CPP et le gouvernement provincial en février 2010.	B	B			Le PPDS, remis en harmonie avec le plan national, a été traduit en Plan d'Action Opérationnel pour 2011 et pour 2012 Le travail d'ajustement et de coordination des partenaires est encore en cours pour le PAO 2012.
La composition de l'équipe cadre Provinciale, ses fonctions, ses modes de fonctionnement sont déterminés	L'équipe cadre en place n'a pas la forme ni le fonctionnement attendus	D	B			La sélection des encadreurs polyvalents pour le Kwilu a permis de mettre en place une première ECP complétée dès le 2d semestre 2012. Ses attributions restent à préciser par rapport à l'Inspection Provinciale du Bandundu par l'arrêté ministériel de nomination de cette ECP.
Les actions des bailleurs sont coordonnées au niveau provincial autour de la SRSS	Il existe une concertation entre les partenaires en santé du niveau provincial mais elle reste insuffisante pour coordonner les actions au niveau opérationnel.	C	C			Le travail d'ajustement et de coordination des partenaires est encore en cours et apparaîtra dans les PAO 2012.

DOCUMENT TYPE: Template	DOCUMENT TITLE : Annual report	DOCUMENT OWNER : M. Van Parijs, M&E expert	DATE OF APPLICATION : 25/05/2011	VERSION : 3.0
	Rapport Annuel ASSNIP 5 - 2011	Edouard Guévert	2011 12 15	

3.3.2 Bilan activités

Activités <i>(Voir lignes directrices pour l'interprétation des scores)</i>	Déroutement				Commentaires (uniquement si la valeur est C ou D)
	A	B	C	D	
Mobiliser les expertises nécessaires au fonctionnement de l'ECP		B			
Soutenir l'élaboration du plan de développement de la Province		B			
Soutenir l'élaboration de modèles de partenariat public/privé				D	Ces modèles partiront des expériences dans les zones de santé.
Soutenir les appuis aux zones de santé		B			Débuté par l'encadrement de 7 zones de santé prioritaires

3.3.3 Analyse des progrès réalisés

La mise en place de l'ECP pour le Kwilu a permis

- D'obtenir l'adhésion de la Province et de l'Inspection Provinciale du Bandundu aux principes de la réforme du système de santé au niveau intermédiaire
- De sélectionner objectivement des cadres capables de prendre en charge le développement des zones de santé prioritaires
- De mettre en route l'encadrement de ces zones de santé

Ainsi le premier résultat est déjà atteint même s'il reste à approfondir l'activité d'encadrement et à formaliser la mise en place de l'équipe par l'arrêté ministériel de nomination et par son installation à Kikwit.

Ce processus était la condition préalable à toutes les autres avancées du projet (voir ci-dessous) C'est également un processus qui a été capitalisé et validé au niveau central de telle manière qu'il est reproductible dans les autres DPS, comme ce fut déjà le cas au Sud Ubangi et comme cela a débuté au Bas Congo et à Kisangani.

Le Plan Provincial de Développement Sanitaire et les Plans d'Action Opérationnels 2012 demandent encore à être améliorés pour être réalistes et intégrer toutes les ressources disponibles, nationales et venues des partenaires.

La construction des locaux de la DPS pour accueillir l'équipe cadre du Kwilu a été remise en cause par la décision d'installer l'ECP à Kikwit. L'état des lieux et les négociations ont débuté à Kikwit. Cette installation sera l'occasion d'intégrer les programmes actuellement hébergés dans les locaux disponibles au district sanitaire de Kikwit.

DOCUMENT TYPE: Template	DOCUMENT TITLE : Annual report	DOCUMENT OWNER : M. Van Parijs, M&E expert	DATE OF APPLICATION : 25/05/2011	VERSION : 3.0
	Rapport Annuel ASSNIP 5 - 2011	Edouard Guévert	2011 12 15	

3.3.4 Risques et hypothèses

Identiques aux risques et hypothèses en 3.2.4

Risque (décrire)	Probabilité (score)	Incidences potentielles		Niveau de Risque (score)
		Décrire	Score	
La décentralisation et le découpage des provinces restent en attente	Elevée	Impossibilité de mettre effectivement en place une DPS autonome	Elevée	D
La localisation de la capitale du Kwilu est controversée	Elevée	Impossibilité de mettre effectivement en place une DPS autonome	Elevée	D
Pas de rationalisation : structures de soins, encadrement, instituts de formation	Elevée	Impossibilité de renforcer efficacement les structures, la qualité de l'offre de soins et son accessibilité	Elevée	D
Retard à la signature de l'arrêté ministériel portant création des 26 DPS	Moyenne	Impossibilité de mettre effectivement en place une DPS autonome	Elevée	C
Absence de leadership pour la DPS du Kwilu	Moyenne	Dépendance vis-à-vis de la structure bureaucratique de l'Inspection Provinciale	Elevée	C
Faiblesse dans la planification	Moyenne	Inefficacité de l'appui aux zones de santé et aux structures opérationnelles	Elevée	C
Maitrise insuffisante de la SRSS, des missions de la DPS, de la fonction d'encadrement des zones de santé	Moyenne	Idem	Elevée	C
Méconnaissance du rôle du médicament	Moyenne	Mauvaise gestion et utilisation du médicament, incidence sur la qualité de l'offre de soins	Elevée	C
Fonctionnement vertical des programmes et partenariats	Elevée	Fragmentation des appuis, dispersion des ressources et inefficacité des acteurs du système de santé	Elevée	C

DOCUMENT TYPE: Template	DOCUMENT TITLE : Annual report	DOCUMENT OWNER : M. Van Parijs, M&E expert	DATE OF APPLICATION : 25/05/2011	VERSION : 3.0
	Rapport Annuel ASSNIP 5 - 2011	Edouard Guévert	2011 12 15	

3.3.5 Critères de qualité

	Score	Commentaires
Efficacité	C	Le travail effectif ne démarre que depuis la mi-juin 2011 après la sélection et la mise en place d'une équipe cadre pour le DPS Kwilu.
Efficiency	B	
Durabilité	B	La lenteur du processus pourrait correspondre à une appropriation durable, et à des changements profonds au niveau des comportements et de l'Institution.
Pertinence	A	Entière cohérence avec la politique nationale (SRSS et Plan National De Développement Sanitaire) et appuis du niveau central.

3.3.6 Exécution budgétaire

36 % en date du 30 11 2011

3.3.7 Recommandations

Recommandations	Source	Acteur	Deadline
Partir des expériences de partenariat public privé observées dans les zones de santé pour mettre en place un modèle	3.3.2	DPS, ASSNIP, DEP	Q2 2012
Obtenir l'arrêté de nomination des membres de l'ECP Kwilu	3.3.2 3.3.3	DPS, DEP – MSP	Q1 2012
Commencer la rationalisation des structures de soins et d'encadrement	3.3.2	DPS, ECP ECZ DRH du MSP	Q2 2011
Prendre des dispositions pour la poursuite du projet : le modifier en revoyant à la baisse certains objectifs et en allongeant sa durée	3.3.2 3.3.4 3.3.5	MSP Portfolio HQ EST	Q3-4 2011 Q1 2012
Etablir l'état des lieux (locaux, occupation, partenariats, intégration) du District Sanitaire de Kikwit pour en faire le siège de la DPS Kwilu. (SMCL novembre 2011)	3.3.3	DPS, DS Partenaires	Q4 2011 Q1 2012
Démarrer la mise en place de la DPS du Kwilu à Kikwit (SMCL)	3.3.3	MSP	Q4 2011 Q1 2012
Poursuivre l'accompagnement de la mise en place de la DPS Kwilu suivant le contenu du projet d'arrêté ministériel (SMCL)	3.3.3	MSP	Q4 2011 Q1-2 2012
Réévaluer les compléments de rémunération et le budget de fonctionnement de l'ECP Kwilu, en vue de leur pérennité.	3.3.3	ASSNIP DPS SMCL	Q1 2012
Appuyer le travail d'encadrement des zones de santé prioritaires par les Encadreurs Sélectionnés (plan de développement, plan d'action).	3.3.3 3.3.4	DPS DEP DSSP ASSNIP	Q 3-4 2011 Q1-2 2012

DOCUMENT TYPE: Template	DOCUMENT TITLE : Annual report	DOCUMENT OWNER : M. Van Parijs, M&E expert	DATE OF APPLICATION : 25/05/2011	VERSION : 3.0
	Rapport Annuel ASSNIP 5 - 2011	Edouard Guévert	2011 12 15	

3.4 Résultat 2

3.4.1 Indicateurs

Résultat 1: Des Equipes Cadres de Zones sont opérationnelles						
Indicateurs	Valeur 'Baseline'	Progrès année N-1	Progrès année N	Valeur Cible année N	Valeur cible	Commentaires
L'équipe cadre de la ZS 5/1 est en place. Le travail des membres est distribué de façon à ce que l'équipe fonctionne de manière intégrée	Formellement l'équipe cadre de la ZS de Mosango existe et fonctionne.	D	B			L'ECZ de Mosango est accompagnée par l'ECP. Son plan de développement sanitaire a été analysé et recadré. Le Plan d'Action Opérationnel 2012 est en cours de validation.
Idem pour la ZS 5/2	Idem pour la ZS de Mokala	D	C			La démarche est la même pour la ZS de Mokala mais la progression est plus lente.
Idem pour la ZS 5/3	La ZS de Bandundu a été retenue comme 3 ^{ème} zone prioritaire par le PPDS	D	D			Idem. A noter des problèmes apparemment insurmontables de - dysfonctionnement de l'ECZ, pléthorique - pléthore de structures de santé et de leurs effectifs

3.4.2 Bilan activités

Activités <i>(Voir lignes directrices pour l'interprétation des scores)</i>	Déroulement				Commentaires (uniquement si la valeur est C ou D)
	A	B	C	D	
Mettre en place l'ECZ de la ZS de Mosango		B			
Formation de l'ECZ à la préparation de son Plan de Développement			C		Activité débutée en Q3, encore en cours en Q4
Mettre en place l'ECZ de la ZS de Mokala			C		ECZ non fonctionnelle et instable L'accompagnement a réellement débuté en Q3
Formation de l'ECZ à la préparation de son Plan de Développement			C		Activité débutante en Q4
Analyse de situation pour la ZS de Bandundu		B			

DOCUMENT TYPE: Template	DOCUMENT TITLE : Annual report	DOCUMENT OWNER : M. Van Parijs, M&E expert	DATE OF APPLICATION : 25/05/2011	VERSION : 3.0
	Rapport Annuel ASSNIP 5 - 2011	Edouard Guévert	2011 12 15	

3.4.3 Analyse des progrès réalisés

Les zones de santé prioritaires ont été déterminées dans le cadre du Plan Provincial de Développement Sanitaire et confirmées dès le plan d'action opérationnel 2011.

Pour Mosango et Mokala, le diagnostic de situation est posé et leur plan de développement est en cours de recadrage de même que leur plan d'action opérationnel 2012.

La formation à la supervision formative a été débutée.

Elles disposent de leur connexion satellitaire.

Pour Bandundu la situation semble trop problématique pour viser actuellement les mêmes résultats.

3.4.4 Risques et hypothèses

Parmi les risques et hypothèses liés à l'objectif spécifique et au résultat 1, il faut reprendre avec insistance :

Risque (décrire)	Probabilité (score)	Incidences potentielles		Niveau de Risque (score)
		Décrire	Score	
Pas de rationalisation : structures de soins, encadrement, instituts de formation	Elevée	Impossibilité de renforcer efficacement les structures, la qualité de l'offre de soins et son accessibilité	Elevée	D
Absence de leadership pour la DPS du Kwilu	Moyenne	Dépendance vis-à-vis de la structure bureaucratique de l'Inspection Provinciale	Elevée	C
Faiblesse dans la planification	Moyenne	Inefficacité de l'appui aux zones de santé et aux structures opérationnelles	Elevée	C
Maitrise insuffisante de la SRSS, des missions de la DPS, de la fonction d'encadrement des zones de santé	Moyenne	Idem	Elevée	C
Méconnaissance du rôle du médicament	Moyenne	Mauvaise gestion et utilisation du médicament, incidence sur la qualité de l'offre de soins	Elevée	C
Fonctionnement vertical des programmes et partenariats	Elevée	Fragmentation des appuis, dispersion des ressources et inefficacité des acteurs du système de santé	Elevée	C

DOCUMENT TYPE: Template	DOCUMENT TITLE : Annual report	DOCUMENT OWNER : M. Van Parijs, M&E expert	DATE OF APPLICATION : 25/05/2011	VERSION : 3.0
	Rapport Annuel ASSNIP 5 - 2011	Edouard Guévart	2011 12 15	

3.4.5 Critères de qualité

	Score	Commentaires
Efficacité	C	Le processus d'encadrement des zones par l'ECP a débuté, les plans de développement des zones de santé est en cours de recadrage et les ECZ en voie de rationalisation.
Efficience	B	Faible utilisation des ressources pour un faible résultat
Durabilité	C	L'accompagnement des ECZ et le renforcement de leur leadership, ainsi que l'intégration des programmes et partenaires devrait permettre des résultats durables dès 2012.
Pertinence	B	Stratégie dans la droite ligne de la SRSS et du PNDS : un appui par le niveau intermédiaire au renforcement et au développement du niveau opérationnel.

3.4.6 Exécution budgétaire

9 %

3.4.7 Recommandations

Recommandations	Source	Acteur	Deadline
Partir des expériences de partenariat public privé observées dans les zones de santé pour mettre en place un modèle	3.4.2	DPS ASSNIP DEP	Q2 2012
Equiper les ECZ des moyens nécessaires (logistiques, bureautiques)	3.4.3	ASSNIP 5	Q2 2011
Recadrer le Plan de développement sanitaire des zones de santé prioritaires et leur PAO. (SMCL Novembre 2011)	3.4.2 3.4.3	ECP ECZ	Q4 2011 Q1 2012

DOCUMENT TYPE: Template	DOCUMENT TITLE : Annual report	DOCUMENT OWNER : M. Van Parijs, M&E expert	DATE OF APPLICATION : 25/05/2011	VERSION : 3.0
	Rapport Annuel ASSNIP 5 - 2011	Edouard Guévert	2011 12 15	

3.5 Résultat 3

3.5.1 Indicateurs

Résultat 1: Les structures opérationnelles sont progressivement renforcées						
Indicateurs	Valeur 'Baseline'	Progrès année N-1	Progrès année N	Valeur Cible année N	Valeur cible	Commentaires
L'hôpital assure le PCA et au moins un CSI assure le PMA intégré dans la ZS de Mosango	PMA très incomplets dans les CS. PCA incomplet à l'HGR	D	D			L'hôpital de Mosango est géré par le Diocèse. La ZS est soutenue par Memisa Belgique. Le PAO 2012 est en voie d'achèvement.
L'équipe de direction de l'HGR de la ZS de Mosango est en place	Equipe en place, bien structurée. Nouveau Médecin Directeur nommé en avril 2010	D	D			Nécessité de revisiter le « projet d'établissement » (plan directeur)
L'HGR de la ZS de Mosango est organisé en Unités Fonctionnelles et assure le PCA pour la zone	Bâtiments bien construits mais peu fonctionnels. Organisation en 4 UF. Unités manquantes (laboratoire, imagerie, urgence, soins intensifs ...)	D	D			Nécessité d'un plan directeur.
L'hôpital assure le PCA et au moins un CSI assure le PMA intégré dans la ZS de Mokala	PMA très incomplet dans les CS PCA très incomplet à l'Hôpital Général de Référence		D			Le potentiel de développement de cette Zone de Santé est « limite »
L'équipe de direction de l'HGR de la ZS de Mokala est en place	Equipe insuffisante et instable. Mauvaise répartition des médecins dans la zone (1 HGR et 4 Hôpitaux secondaires dont 2 non viables)		D			Hôpital appartenant à l'Eglise Catholique mais non géré par elle. Bénéficiant de quelques subventions de la Province. Aucun appui structuré depuis longtemps.

.../...

DOCUMENT TYPE: Template	DOCUMENT TITLE : Annual report	DOCUMENT OWNER : M. Van Parijs, M&E expert	DATE OF APPLICATION : 25/05/2011	VERSION : 3.0
	Rapport Annuel ASSNIP 5 - 2011	Edouard Guévert	2011 12 15	

.../...

L'HGR de la ZS de Mokala est organisé en Unités Fonctionnelles et assure le PCA pour la zone	Aucune organisation. L'hôpital de Mokala fonctionne comme un gros dispensaire. Deux des hôpitaux secondaires sont en réalité des cabinets de consultation médicalisés		D			Revoir le Plan de Développement de la Zone de Santé.
L'hôpital assure le PCA et au moins un CSI assure le PMA intégré dans la ZS de Bandundu	PMA très incomplet dans les CS PCA très incomplet à l'Hôpital Général de Référence Pléthore de structures de soins		D			Pléthore extrême dans toute la zone de Bandundu : 34 centres de santé pour 19 aires de santé, plus de 10 « maternités » dans la ville, près de 30 soignants par centre de santé pour moins de 5 malades par semaine, plus de 300 effectifs à l'HGR.
L'équipe de direction de l'HGR de la ZS de Bandundu est en place	Pas d'équipe fonctionnelle		D			Pléthore impossible à maîtriser
L'HGR de la ZS de Bandundu est organisé en Unités Fonctionnelles et assure le PCA pour la zone	Organisé en services peu fonctionnels ayant peu de relations entre eux.		D			Le plan de développement de la zone prévoit l'installation d'une unité de soins intensifs

3.5.2 Bilan activités

Activités <i>(Voir lignes directrices pour l'interprétation des scores)</i>	Déroulement				Commentaires (uniquement si la valeur est C ou D)
	A	B	C	D	
Renforcer la Zone de Santé de Mosango			C		Dépendra du PAO
Renforcer la Zone de Santé de Mokala			C		Dépendra du PAO
Renforcer la Zone de Santé de Bandundu			C		Dépendra du PAO
Formation des prestataires				D	Subordonné au PDZS et au PAO
Rationalisation des structures (effectifs, organisation, tarifications, gestion du médicament)				D	Subordonné au PDZS et au PAO
Equiper les structures de soins (CS, HGR)				D	Subordonné au PDZS, au PAO et aux procédures de passation de marché

DOCUMENT TYPE: Template	DOCUMENT TITLE : Annual report	DOCUMENT OWNER : M. Van Parijs, M&E expert	DATE OF APPLICATION : 25/05/2011	VERSION : 3.0
	Rapport Annuel ASSNIP 5 - 2011	Edouard Guévert	2011 12 15	

3.5.3 Analyse des progrès réalisés

Les premiers progrès sont liés à l'activité de l'ECP concernant le fonctionnement des ECZ (résultat 2), la révision des PDZS et l'élaboration des PAO.

Les plans directeurs des Hôpitaux Généraux de Référence de Mosango et Mokala sont suspendus à la procédure de passation de marchés.

Les équipements sont subordonnés aux PAO et à la participation des partenaires (Memisa, BDOM, Village assaini, PNSR etc.)

3.5.4 Risques et hypothèses

Parmi les risques et hypothèses liés à l'objectif spécifique et au résultat 1, il faut reprendre avec insistance :

Risque (décrire)	Probabilité (score)	Incidences potentielles		Niveau de Risque (score)
		Décrire	Score	
Pas de rationalisation : structures de soins, encadrement, instituts de formation	Elevée	Impossibilité de renforcer efficacement les structures, la qualité de l'offre de soins et son accessibilité	Elevée	D
Absence de leadership pour la DPS du Kwilu	Moyenne	Dépendance vis-à-vis de la structure bureaucratique de l'Inspection Provinciale	Elevée	C
Faiblesse dans la planification	Moyenne	Inefficacité de l'appui aux zones de santé et aux structures opérationnelles	Elevée	C
Maitrise insuffisante de la SRSS, des missions de la DPS, de la fonction d'encadrement des zones de santé	Moyenne	Idem	Elevée	C
Méconnaissance du rôle du médicament	Moyenne	Mauvaise gestion et utilisation du médicament, incidence sur la qualité de l'offre de soins	Elevée	C
Fonctionnement vertical des programmes et partenariats	Elevée	Fragmentation des appuis, dispersion des ressources et inefficacité des acteurs du système de santé	Elevée	C

DOCUMENT TYPE: Template	DOCUMENT TITLE : Annual report	DOCUMENT OWNER : M. Van Parijs, M&E expert	DATE OF APPLICATION : 25/05/2011	VERSION : 3.0
	Rapport Annuel ASSNIP 5 - 2011	Edouard Guévert	2011 12 15	

3.5.5 Critères de qualité

	Score	Commentaires
Efficacité	D	Le travail effectif n'a pas démarré formellement mais le processus d'encadrement des zones devrait déboucher sur le renforcement des structures opérationnelles à partir de 2012.
Efficience	X	Critère impossible à évaluer en l'absence d'effectivité – efficacité
Durabilité	X	Critère impossible à évaluer en l'absence d'effectivité – efficacité
Pertinence	X	Critère impossible à évaluer en l'absence d'effectivité – efficacité

3.5.6 Exécution budgétaire

4 %

3.5.7 Recommandations

Recommandations	Source	Acteur	Deadline
Prendre en compte les compétences des cadres dans la mise en place des ECZ des Zones de santé en développement (SMCL Novembre 2011)	3.5.2 3.5.3 3.5.7	DPS ECP	Q1 2012
Recadrer le Plan de développement sanitaire des zones de santé prioritaires et leur PAO. (SMCL Novembre 2011)	3.5.2 3.5.3	ECP ECZ	Q4 2011 Q1 2012
Préparer les projets d'établissement des structures de soins des zones de santé (Plans directeurs)	3.5.2 3.5.3	ECP ECZ	Q4 2011 Q1 2012
Equiper les ECZ des moyens nécessaires (logistiques, bureautiques)	3.5.3	ASSNIP 5	Q4 2011 Q1 2012

DOCUMENT TYPE: Template	DOCUMENT TITLE : Annual report	DOCUMENT OWNER : M. Van Parijs, M&E expert	DATE OF APPLICATION : 25/05/2011	VERSION : 3.0
	Rapport Annuel ASSNIP 5 - 2011	Edouard Guévert	2011 12 15	

3.6 Résultat 4

3.6.1 Indicateurs

Résultat 4: Le niveau central est alimenté en informations pertinentes pour la planification du secteur à partir de recherches effectuées par le volet 5						
Indicateurs	Valeur 'Baseline'	Progrès année N-1	Progrès année N	Valeur Cible année N	Valeur cible	Commentaires
Contribution de l'assistance technique au développement de la Province Médicale et de la Zone de Santé	Aucune activité de recherche action, ni au niveau de la Province ni au niveau des zones.	C	B			Capitalisation au niveau national et réplication dans les autres Provinces appuyées par ASSNIP du processus de sélection de l'ECP. Etude de la pratique des audits de décès maternels. Résultats présentés aux Actualités du Pharo en santé tropicale (Marseille)
La documentation des travaux de recherche est effective	Le processus de documentation / capitalisation était déjà effectif pour les ASSNIP 1, 2 et 3.	B	B			La documentation concernant le processus de sélection des encadreurs polyvalents est complète. La documentation concernant la mise en toute de l'ECP est en cours. La documentation concernant les difficultés de l'accompagnement des zones de santé est en cours.

3.6.2 Bilan activités

Activités <i>(Voir lignes directrices pour l'interprétation des scores)</i>	Déroulement				Commentaires (uniquement si la valeur est C ou D)
	A	B	C	D	
Renforcer la DEP (expert national)	A				
Organiser les échanges entre les volets du programme et entre le programme et le niveau central	A				

DOCUMENT TYPE: Template	DOCUMENT TITLE : Annual report	DOCUMENT OWNER : M. Van Parijs, M&E expert	DATE OF APPLICATION : 25/05/2011	VERSION : 3.0
	Rapport Annuel ASSNIP 5 - 2011	Edouard Guévert	2011 12 15	

3.6.3 Analyse des progrès réalisés

La collaboration continue entre les ASSNIP 4 & 5 a permis de faire progresser la mise en place des deux ECP pour le Kwilu et pour le Sud Ubangi.

L'expert DEP a suivi et appuyé tout le processus, relayant au niveau central les étapes et difficultés du niveau Provincial et relayant pour celui-ci les recommandations du Ministère de la Santé Publique.

Les échanges ont été organisés entre tous les projets du secteur santé (ASSNIP 1 à 5, DEP, DLM, CDR, THA) en vue de préparer la rencontre de Gisenyi (Rwanda) sur l'approche systémique des soins de santé primaires.

Une rencontre interprovinciale a été organisée à Bandundu sur la réforme du Niveau Intermédiaire pour les 4 Provinces appuyées par les ASSNIP.

Les thèmes de recherche ont déjà été identifiés ensemble et porteront autant sur les processus (sélection et mise en route des équipes d'encadrement, gestion du médicament dans la Zone de Santé, tarification des prestations) que sur les résultats (audits des décès maternels, utilisation des services de santé, qualité des soins).

L'équipe internationale de suivi technique et scientifique n'a pas encore pu être sélectionnée (retards au niveau de la passation de marché), ce qui retarde l'avancement de la recherche action.

3.6.4 Risques et hypothèses

Risque (décrire)	Probabilité (score)	Incidences potentielles		Niveau de Risque (score)
		Décrire	Score	
Longueur des procédures de marché public : risque de retard à la mise en œuvre du suivi scientifique	Elevée	Impossibilité de renforcer efficacement les capacités de l'assistance technique et de l'ECP en recherche action. Impossibilité de mener à bien la recherche action dans les zones de santé	Elevée	D

3.6.5 Critères de qualité

	Score	Commentaires
Efficacité	B	La documentation du processus de sélection a été complète et a déjà pu être capitalisée et reproduite au niveau national. Les autres processus sont en cours de documentation. Les autres thèmes de recherche action n'ont pas encore été développés.
Efficienc	B	
Durabilité	B	La reproductibilité déjà démontrée pour un projet doit encore être éprouvée dans d'autres contextes en RDC Le principe-même de la capitalisation est la durabilité. Les processus expérimentés et capitalisés sont devenus irréversibles.
Pertinence	A	Les principes de la capitalisation justifient le projet ASSNIP en complémentarité avec les ASSNIC pour générer des informations pertinentes et permettre au Ministère de la Santé Publique d'en tirer les leçons et les décisions utiles.

DOCUMENT TYPE: Template	DOCUMENT TITLE : Annual report	DOCUMENT OWNER : M. Van Parijs, M&E expert	DATE OF APPLICATION : 25/05/2011	VERSION : 3.0
	Rapport Annuel ASSNIP 5 - 2011	Edouard Guévert	2011 12 15	

3.6.6 Exécution budgétaire

38 %

3.6.7 Recommandations

Recommandations	Source	Acteur	Deadline
Activer le marché de suivi technique et scientifique	3.6.3	ASSNIP Portfolio	Q4 2011
Mettre au point les protocoles de recherche action pour chacun des thèmes retenus	3.6.3	ASSNIP DEP	Q1 2012
Mettre en œuvre ces protocoles	3.6.3	ASSNIP DEP	Q1 2012
Achever le travail commencé sur les audits maternels	3.6.3	ASSNIP DEP	Q1 2012

DOCUMENT TYPE: Template	DOCUMENT TITLE : Annual report	DOCUMENT OWNER : M. Van Parijs, M&E expert	DATE OF APPLICATION : 25/05/2011	VERSION : 3.0
	Rapport Annuel ASSNIP 5 - 2011	Edouard Guévert	2011 12 15	

3.7 Résultat 5

3.7.1 Indicateurs

Résultat 4: L'approvisionnement des ZS du District en médicaments est amélioré						
Indicateurs	Valeur 'Baseline'	Progrès année N-1	Progrès année N	Valeur Cible année N	Valeur cible	Commentaires
Ruptures de stocks dans les HGR et les CS diminués.-	Ruptures de stocks fréquentes et régulières ; approvisionnements désordonnés.	D	D			Une ligne de crédit a été ouverte au profit de la CDR de Kikwit mais la gestion actuelle du médicament dans les zones de santé est si chaotique qu'elle n'a pas encore pu être utilisée. Pour survivre la CDR de Bandundu pourrait se transformer en dépôt de celle de Kikwit.
Accroissement transactions entre ZS et CDR.	Achats de médicaments par les zones de santé et Hôpitaux Généraux de Référence aux plus offrants et moins disant sur le marché parallèle.	D	D			Les principes de gestion et d'utilisation du médicament dans la Zone de Santé doivent être rendus contraignants par le CPP

3.7.2 Bilan activités

Activités <i>(Voir lignes directrices pour l'interprétation des scores)</i>	Déroulement				Commentaires (uniquement si la valeur est C ou D)
	A	B	C	D	
Ouvrir une ligne budgétaire au profit du CDR Kikwit			C		
Analyse de la gestion du médicament dans les zones				D	Pas d'adhésion véritable de la commission médicaments.

DOCUMENT TYPE: Template	DOCUMENT TITLE : Annual report	DOCUMENT OWNER : M. Van Parijs, M&E expert	DATE OF APPLICATION : 25/05/2011	VERSION : 3.0
	Rapport Annuel ASSNIP 5 - 2011	Edouard Guévert	2011 12 15	

3.7.3 Analyse des progrès réalisés

En l'absence d'un groupe de travail efficace sur les approvisionnements et la gestion des médicaments pour la Zone de Santé, il n'a pas été possible de soumettre au CPP un dispositif contraignant de gestion pour sécuriser le médicament et le rendre disponible aux malades. A cette condition les zones de santé pourront bénéficier d'un crédit auprès de la centrale.

Il existe une deuxième CDR, à Bandundu, actuellement non viable.

Une ligne de crédit a été ouverte au profit de la CDR de Kikwit mais la gestion actuelle du médicament dans les zones de santé est si chaotique qu'elle n'a pas encore pu être utilisée.

Pour survivre la CDR de Bandundu pourrait se transformer en dépôt de celle de Kikwit.

La gestion du médicament dans les zones est quasi inexistante

3.7.4 Risques et hypothèses

Risque (décrire)	Probabilité (score)	Incidences potentielles		Niveau de Risque (score)
		Décrire	Score	
Pas de décision contraignante du CPP concernant la gestion du médicament par les zones de santé	Moyenne	Impossibilité d'améliorer le circuit et l'utilisation du médicament dans les zones de santé et donc la qualité des soins et l'utilisation de la ligne budgétaire	Elevée	C
Persistance de la Cameband comme Centrale régionale inefficace	Elevée	Impossibilité d'améliorer le circuit et l'utilisation du médicament dans les zones de santé et donc la qualité des soins et l'utilisation de la ligne budgétaire	Elevée	D

3.7.5 Critères de qualité

	Score	Commentaires
Efficacité	D	La gestion du médicament est un préalable à la mise à disposition des lignes de crédit
Efficience	X	Critère impossible à évaluer en l'absence d'effectivité – efficacité
Durabilité	D	La durabilité des appuis en médicaments n'est possible qu'avec un dispositif de gestion lui-même durable
Pertinence	A	Le médicament est l'un des piliers du système de santé et aucun renforcement de ce système ni aucune amélioration de la qualité des soins n'est possible sans un approvisionnement régulier et durable.

DOCUMENT TYPE: Template	DOCUMENT TITLE : Annual report	DOCUMENT OWNER : M. Van Parijs, M&E expert	DATE OF APPLICATION : 25/05/2011	VERSION : 3.0
	Rapport Annuel ASSNIP 5 - 2011	Edouard Guévert	2011 12 15	

3.7.6 Exécution budgétaire

11 %

3.7.7 Recommandations

Recommandations	Source	Acteur	Deadline
Mettre en route effectivement le groupe de travail Provincial sur la gestion du médicament dans les zones de santé.	3.7.2 3.7.3 3.7.4	ASSNIP 5 Expert DEP	Q4 2011
Alimenter des lignes de crédit pour les zones qui appliquent une gestion rigoureuse du médicament	3.7.2 3.7.3	ASSNIP DEP	Q1 2012
Transformer la CDR de Bandundu en dépôt secondaire de Kikwit	3.7.4	DPS Port folio (projet CDR)	Q1 2012

DOCUMENT TYPE: Template	DOCUMENT TITLE : Annual report	DOCUMENT OWNER : M. Van Parijs, M&E expert	DATE OF APPLICATION : 25/05/2011	VERSION : 3.0
	Rapport Annuel ASSNIP 5 - 2011	Edouard Guévert	2011 12 15	

4 Thèmes Transversaux

4.1 Genre

D'une manière générale le genre n'est pas particulièrement pris en compte dans ce projet en ce sens qu'il est neutre. A noter toutefois

- 1- Il est évident que les postes de responsabilité sont exceptionnellement occupés par des femmes, en particulier le « *sex ratio* » des médecins est extrêmement défavorable aux femmes.
- 2- Les matières « genre spécifique » concernent la santé maternelle sur laquelle est mis un accent particulier eu égard à une mortalité maternelle très élevée, déclarée cause Provinciale lors du CPP d'août 2010, rejoignant ainsi l'OMD N°4. Un travail de recherche action sur la pratique des audits de décès maternels et sur la qualité des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence est en cours dans la Zone de Santé de Bandundu.

4.2 Environnement

Les questions d'environnement apparaîtront lors de l'avancement du projet dans la qualité des soins. En effet la sécurité des soins et la gestion des déchets des activités de soins, en particulier leur destruction par incinération, feront l'objet d'une attention particulière qui n'a pas été évoquée dans le DTF.

DOCUMENT TYPE: Template	DOCUMENT TITLE : Annual report	DOCUMENT OWNER : M. Van Parijs, M&E expert	DATE OF APPLICATION : 25/05/2011	VERSION : 3.0
	Rapport Annuel ASSNIP 5 - 2011	Edouard Guévart	2011 12 15	

5 Décisions prises par la SMCL & Suivi

Décisions	Source	Acteur	Timing de décision	État
Mise en place de l'ECP Kwilu par sélection	Rapport annuel 2010	DPS, ASSNIP	Q2 2011 Q1 2012	En cours
Localiser la DPS Kwilu à Kikwit	DTF Arrêté Ministériel en cours de signature	MSP DPS	Immédiat	Ouvert
Accélérer l'application des résolutions issues de l'état des lieux des ITM et IEM	Rapport annuel 2010 SMCL 2010	MSP	Immédiat	Ouvert
Informier le comité des partenaires en prévision de la demande de prolongation de la durée de mise en œuvre du projet ASSNIP 5	SMCL nov- 2011	MINCIR MSP	Q1 2012	Ouvert
Accélérer et adapter les procédures de marchés publics	SMCL nov- 2011	CTB	Immédiat	Ouvert
Activer le groupe de travail sur la gestion du médicament dans les zones de santé	Rapport annuel 2010	MIP	Immédiat	Ouvert
Elaborer un cahier des charges standardisé pour les équipements et réhabilitation des centres de santé	SMCL nov- 2011	ASSNIP	Immédiat	Ouvert
Identifier les zones de santé qui pourront bénéficier de la ligne de crédit à la CDR.	SMCL nov- 2011	DPS	Immédiat	Ouvert

DOCUMENT TYPE: Template	DOCUMENT TITLE : Annual report	DOCUMENT OWNER : M. Van Parijs, M&E expert	DATE OF APPLICATION : 25/05/2011	VERSION : 3.0
	Rapport Annuel ASSNIP 5 - 2011	Edouard Guévert	2011 12 15	

6 Leçons Apprises

Leçons apprises	Public cible
En aucun cas ASSNIP 5 n'aurait pu être achevé en 30 mois, d'autant qu'aucune des hypothèses fatales n'a été levée	Port Folio EST
Les résistances observées ont imposé de consacrer 12 mois à la construction du réseau relationnel, au repérage des personnes-clés et des opportunités, retardant la mise en œuvre effective des activités du projet et l'utilisation de ses crédits	Port Folio EST
Ces 12 mois ont été mis à profit : évaluation de la situation, analyse institutionnelle, travail relationnel, démarrage d'un projet d'encadrement des zones de santé, mise en route du processus de sélection sont des acquis. Ces acquis seraient fragiles et menacés s'ils n'étaient pas capitalisés et mis à profit.	Port Folio EST
Le niveau central affiche clairement sa volonté de promouvoir le renforcement du système de santé à Bandundu comme un modèle quasi-expérimental pour les autres provinces.	DPS DEP (MSP) Port Folio, EST et projet ASSNIC
Plusieurs médecins de la Province ont spontanément commencé à travailler avec ASSNIP 5 au renforcement du système de santé et à l'intégration des appuis et programmes. Tenir compte de ce potentiel dans la préparation et la mise en œuvre d'un projet	DPS Port Folio EST
Après une phase d'attente et d'impatience des zones de santé vis-à-vis du projet ASSNIP 5, celui-ci semble avoir perdu sa crédibilité. Maintenant que l'ECP est en place il est urgent de mettre en place des réalisations concrètes, visibles autant qu'efficaces.	ASSNIP 5 ECP Port Folio EST
La nécessité d'accompagner le projet d'une démarche de recherche action en vue de la capitalisation au niveau national est confirmée.	ASSNIP 5 ASSNIC DEP MSP Port Folio EST

DOCUMENT TYPE: Template	DOCUMENT TITLE : Annual report	DOCUMENT OWNER : M. Van Parijs, M&E expert	DATE OF APPLICATION : 25/05/2011	VERSION : 3.0
	Rapport Annuel ASSNIP 5 - 2011	Edouard Guévert	2011 12 15	

7 Annexes

7.1 Cadre Logique

Non modifié

7.2 Activités M&E

SMCL le 18 02 2011
SMCL le 11 11 2011
Backstopping du 14 au 25 11 2011

7.3 Rapport “Budget versus actuels (y – m)”

7.4 Bénéficiaires

L'ECP et l'Inspection Provinciale de la Santé sont les premiers bénéficiaires du projet ASSNIP 5. Malgré de légitimes résistances au changement, la stratégie de renforcement du système de santé a été bien intégrée ainsi que le principe d'un encadrement polyvalent pour les 3 futures DPS et celui de la sélection rigoureuse des ECP.

Toute l'équipe a effectivement et librement participé à la préparation de ce processus de sélection pour une structure managériale d'animation et d'encadrement du développement des zones de santé malgré les menaces individuelles qu'il peut représenter pour les cadres d'une structure administrative et bureaucratique.

L'ECP sélectionnée a participé activement à la révision du Plan Provincial de Développement Sanitaire, à l'opérationnalisation du plan d'action provincial annuel. Ils ont débuté les activités de supervision formative et d'accompagnement au recadrage des plans de développement des zones de santé.

Les équipes cadres des zones prioritaires doivent encore intégrer l'intérêt pour leur zone de la stratégie de renforcement du système de santé et du projet ASSNIP 5. Etant donné le retard au démarrage effectif de l'appui aux zones de santé, les équipes cadre de zones ne se sont pas encore investies dans la participation à ce projet mais en attendent beaucoup : non seulement des financements mais aussi le renforcement de leurs capacités (management des soins de santé primaires, Système National d'Information Sanitaire, gestion du médicament, réhabilitation des infrastructures et équipements). Pas de changement significatif observé jusqu'à ce jour.

La Direction des Etudes et Planification au Ministère de la Santé Publique à Kinshasa attend beaucoup du modèle expérimental de Bandundu pour la mise en œuvre de la SRSS et la réforme du niveau intermédiaire comme en témoigne l'appui de la DEP au processus de sélection, à la mise à niveau des encadreurs Provinciaux sélectionnés, à leur mise en route, à la capitalisation de toutes ces étapes pour les autres Provinces et pour le niveau national.

La CDR de Kikwit a déjà bénéficié d'une ligne de crédit et participera au groupe de travail du CPP sur la gestion du médicament au niveau de la Zone de Santé. La CDR accepte de coordonner les formations à la gestion du médicament organisées par les programmes verticaux et les partenaires. La CDR Kikwit est prête à contribuer à la transformation de celle de Bandundu en dépôt secondaire.

Bénéficiaire indirect, la population n'a encore tiré aucun bénéfice de ce projet.

7.5 Planification opérationnelle Q1-2011

Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of RDC0710111

Project Title : **ASSNIP : volet 4 : Equateur Nord et Bandungu - Districts du Sud-Ubangi et Kwilu**

Budget Version : **D02**

Year to month : 31/12/2011

Currency : **EUR**

YtM : **Report includes all closed transactions until the end date of the chosed closing**

	Status	Fin Mode	Amount	2011					Total	Total Exp.	Balance	% Exec
				2010	Q1	Q2	Q3	Q4				
A LES SOINS DE SANTÉ AU SUD-			3.924.653,00	320.080,46	157.153,00	89.516,72	139.978,48	109.005,26	495.653,46	815.733,92	3.108.919,08	21%
01 L'Equipe Cadre Provinciale			579.620,00	132.891,11	36.446,10	42.229,36	43.360,09	51.587,79	173.623,34	306.514,45	273.105,55	53%
01 Mobiliser les expertises		REGIE	406.470,00	106.844,57	18.287,21	3.482,05	14.606,21	44.578,78	80.954,23	187.798,80	218.671,20	46%
02 Soutenir l'élaboration du		REGIE	30.895,00	4.396,72	3.609,13	7.756,96		0,00	11.366,09	15.762,81	15.132,19	51%
03 Soutenir l'élaboration de		REGIE	16.000,00	0,00						0,00	16.000,00	0%
04 Soutenir les appuis aux		REGIE	126.255,00	21.649,82	14.549,76	30.990,35	28.753,89	7.009,02	81.303,02	102.952,84	23.302,16	82%
02 Des Equipes Cadres de			476.513,00	11.488,35	107.336,17	28.535,82	45.777,37	27.052,30	208.701,65	220.190,00	256.323,00	46%
01 Mettre en place l'Equipe		REGIE	165.000,00	2.981,95	34.480,56	8.840,04	12.606,06	12.630,38	68.557,04	71.538,99	93.461,01	43%
02 Mettre en place l'Equipe		REGIE	136.513,00	2.133,51	30.542,33	10.294,06	11.455,66	8.670,34	60.962,40	63.095,91	73.417,09	46%
03 Mettre en place et		REGIE	100.000,00	2.611,88	34.225,06	7.186,98	12.364,01	2.009,77	55.785,83	58.397,71	41.602,29	58%
04 Mettre en place et		REGIE	75.000,00	3.761,01	8.088,22	2.214,73	9.351,63	3.741,81	23.396,38	27.157,39	47.842,61	36%
03 Les structures			1.950.000,00	38.179,25	54,60		5.728,59	3.579,36	9.362,55	47.541,80	1.902.458,20	2%
01 Renforcer la Zone de Santé		REGIE	700.000,00	36.220,64	27,30		5.728,59	3.579,36	9.335,25	45.555,89	654.444,11	7%
02 Renforcer la Zone de Santé		REGIE	700.000,00	651,39	27,30				27,30	678,69	699.321,31	0%
03 Renforcer la Zone de Santé		REGIE	350.000,00	651,39						651,39	349.348,61	0%
04 Renforcer la Zone de Santé		REGIE	200.000,00	655,83						655,83	199.344,17	0%
04 Le niveau central est			243.520,00	7.359,18	5.732,15	9.456,30	13.728,30	26.392,67	55.309,43	62.668,61	180.851,39	26%
01 Renforcer la DEP (expert		REGIE	187.840,00	0,00	2.761,69	4.970,06	13.526,49	24.250,32	45.508,56	45.508,56	142.331,44	24%
		REGIE	10.000.000,00	1.155.793,26	395.933,37	245.732,12	374.792,46	304.150,12	1.320.608,07	2.476.401,32	7.523.598,68	25,00
		COGEST										
		TOTAL	10.000.000,00	1.155.793,26	395.933,37	245.732,12	374.792,46	304.150,12	1.320.608,07	2.476.401,32	7.523.598,68	25,00

Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of RDC0710111

Project Title : **ASSNIP : volet 4 : Equateur Nord et Bandungu - Districts du Sud-Ubangi et Kwilu**

Budget Version : **D02**

Year to month : 31/12/2011

Currency : **EUR**

YtM : **Report includes all closed transactions until the end date of the chosed closing**

	Status	Fin Mode	Amount	2010	2011				Total	Total Exp.	Balance	% Exec
					Q1	Q2	Q3	Q4				
02 Organiser les échanges		REGIE	55.680,00	7.359,18	2.970,46	4.486,24	201,81	2.142,35	9.800,87	17.160,05	38.519,95	31%
05 L'approvisionnement des ZS			675.000,00	130.162,57	7.583,98	9.295,25	31.384,13	393,14	48.656,49	178.819,06	496.180,94	26%
01 Ouvrir une ligne budgétaire		REGIE	675.000,00	130.162,57	7.583,98	9.295,25	31.384,13	393,14	48.656,49	178.819,06	496.180,94	26%
B LES SOINS DE SANTÉ AU			3.696.814,00	172.716,82	20.000,19	13.503,69	77.327,09	44.500,37	155.331,34	328.048,17	3.368.765,83	9%
01 L'Equipe Cadre Provinciale			314.620,00	42.861,44	14.862,70	10.543,17	34.059,36	10.604,44	70.069,67	112.931,11	201.688,89	36%
01 Mobiliser les expertises		REGIE	314.620,00	42.861,44	14.862,70	10.543,17	32.198,83	10.604,44	68.209,14	111.070,58	203.549,42	35%
02 Soutenir l'élaboration du		REGIE	0,00	0,00						0,00	0,00	??%
03 Soutenir l'élaboration de		REGIE	0,00	0,00						0,00	0,00	??%
04 Soutenir les appuis aux		REGIE	0,00	0,00			1.860,53		1.860,53	1.860,53	-1.860,53	??%
02 Des Equipes Cadres de			242.430,00	1.072,45			6.634,13	13.863,77	20.497,90	21.570,35	220.859,65	9%
01 Mettre en place l'Equipe		REGIE	152.260,00	1.072,45			6.634,13	13.863,77	20.497,90	21.570,35	130.689,65	14%
02 Mettre en place l'Equipe		REGIE	90.170,00	0,00						0,00	90.170,00	0%
03 Les structures			2.409.084,00	53.762,31	4.104,27	2.960,52	29.404,60	7.038,67	43.508,06	97.270,37	2.311.813,63	4%
01 Renforcer la Zone de Santé		REGIE	1.640.526,00	48.613,68	3.064,13	2.222,74	28.503,94	6.082,47	39.873,28	88.486,96	1.552.039,04	5%
02 Renforcer la Zone de Santé		REGIE	768.558,00	5.148,63	1.040,14	737,78	900,66	956,20	3.634,78	8.783,41	759.774,59	1%
04 Le niveau central est			55.680,00	0,00	1.033,23		7.229,01	12.993,48	21.255,72	21.255,72	34.424,28	38%
01 Renforcer la DEP (expert		REGIE	0,00	0,00						0,00	0,00	??%
02 Organiser les échanges		REGIE	55.680,00	0,00	1.033,23		7.229,01	12.993,48	21.255,72	21.255,72	34.424,28	38%
		REGIE	10.000.000,00	1.155.793,26	395.933,37	245.732,12	374.792,46	304.150,12	1.320.608,07	2.476.401,32	7.523.598,68	25,00
		COGEST										
		TOTAL	10.000.000,00	1.155.793,26	395.933,37	245.732,12	374.792,46	304.150,12	1.320.608,07	2.476.401,32	7.523.598,68	25,00

Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of RDC0710111

Project Title : **ASSNIP : volet 4 : Equateur Nord et Bandungu - Districts du Sud-Ubangi et Kwilu**

Budget Version : **D02**

Year to month : 31/12/2011

Currency : **EUR**

YtM : **Report includes all closed transactions until the end date of the chosed closing**

	Status	Fin Mode	Amount	2010	2011				Total	Total Exp.	Balance	% Exec
					Q1	Q2	Q3	Q4				
05 L'approvisionnement des ZS			675.000,00	75.020,62					75.020,62	599.979,38	11%	
01 Ouvrir une ligne budgétaire		REGIE	675.000,00	75.020,62					75.020,62	599.979,38	11%	
X RÉSERVE BUDGÉTAIRE (MAX			258.033,00	0,00					0,00	258.033,00	0%	
01 Réserve budgétaire			258.033,00	0,00					0,00	258.033,00	0%	
01 Réserve budgétaire REGIE		REGIE	258.033,00	0,00					0,00	258.033,00	0%	
Z MOYENS GÉNÉRAUX			2.120.500,00	662.995,98	218.780,18	142.711,71	157.486,88	150.644,49	669.623,26	1.332.619,23	787.880,77	63%
01 Frais de personnel			1.330.405,00	447.869,45	180.200,02	104.923,04	132.788,62	115.910,88	533.822,55	981.692,00	348.713,00	74%
01 Engager un conseiller		REGIE	900.000,00	333.617,14	82.266,96	86.402,60	75.109,50	90.522,37	334.301,43	667.918,57	232.081,43	74%
02 Ressources financières et		REGIE	250.000,00	62.695,74	83.333,33		39.311,69		122.645,02	185.340,76	64.659,24	74%
03 Engager équipe du projet		REGIE	180.405,00	51.556,57	14.599,73	18.520,44	18.367,43	25.388,51	76.876,10	128.432,67	51.972,33	71%
02 Investissements (pour les			96.200,00	93.885,33	1.070,83	1.701,29	3.018,48	127,08	5.917,68	99.803,00	-3.603,00	104%
01 2 véhicules (1 pour chaque		REGIE	50.000,00	60.000,00						60.000,00	-10.000,00	120%
02 Equipement bureaux CT		REGIE	12.000,00	10.555,92		1.328,67	491,48		1.820,15	12.376,07	-376,07	103%
03 Equipement IT bureaux CT		REGIE	17.000,00	13.342,80	1.070,03	372,62	2.527,00	127,08	4.096,72	17.439,52	-439,52	103%
04 Aménagements du bureaux		REGIE	17.200,00	9.986,61	0,80				0,80	9.987,41	7.212,59	58%
03 Frais de fonctionnement			421.950,00	64.484,09	19.285,28	20.102,69	17.741,90	22.685,21	79.815,09	144.299,18	277.650,82	34%
01 Loyer du bureau		REGIE	13.600,00	0,00	2.249,12	2.369,56	2.481,73	3.007,46	10.107,87	10.107,87	3.492,13	74%
02 Services et frais de		REGIE	10.100,00	3.267,65	3.496,89	1.578,83	2.834,64	1.567,64	9.478,00	12.745,65	-2.645,65	126%
		REGIE	10.000.000,00	1.155.793,26	395.933,37	245.732,12	374.792,46	304.150,12	1.320.608,07	2.476.401,32	7.523.598,68	25,00
		COGEST										
		TOTAL	10.000.000,00	1.155.793,26	395.933,37	245.732,12	374.792,46	304.150,12	1.320.608,07	2.476.401,32	7.523.598,68	25,00

Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of RDC0710111

Project Title : **ASSNIP : volet 4 : Equateur Nord et Bandungu - Districts du Sud-Ubangi et Kwilu**

Budget Version : **D02**

Year to month : 31/12/2011

Currency : **EUR**

YtM : **Report includes all closed transactions until the end date of the chosed closing**

	Status	Fin Mode	Amount	2011					Total	Total Exp.	Balance	% Exec
				2010	Q1	Q2	Q3	Q4				
03 Frais de fonctionnement		REGIE	45.000,00	15.861,00	2.348,03	4.837,33	4.218,59	2.483,33	13.887,28	29.748,28	15.251,72	66%
04 Télécommunications		REGIE	24.700,00	7.039,99	1.547,92	1.377,82	2.045,14	3.222,76	8.193,64	15.233,63	9.466,37	62%
05 Fournitures de bureau		REGIE	11.800,00	4.154,55	1.009,45	949,02	792,87	1.977,86	4.729,21	8.883,76	2.916,24	75%
06 Missions CT		REGIE	54.750,00	31.652,20	4.872,46	3.394,68	1.247,92	3.536,01	13.051,05	44.703,25	10.046,75	82%
07 Frais de représentation et		REGIE	6.000,00	104,47	134,81	140,14	137,55	311,20	723,70	828,17	5.171,83	14%
08 Formation: bourses		REGIE	250.000,00	0,00		7.473,48	2.333,73	4.890,25	14.697,47	14.697,47	235.302,53	6%
09 Frais financiers		REGIE	6.000,00	2.404,23	3.626,61	-2.018,18	1.649,73	1.688,71	4.946,87	7.351,10	-1.351,10	123%
04 Audit et Suivi et Evaluation			271.945,00	56.765,68	18.405,79	15.984,69	3.937,89	11.921,33	50.249,70	107.015,37	164.929,63	39%
01 Monitorer et évaluer le		REGIE	200.000,00	56.765,68	18.405,79	14.832,63	3.937,89	10.563,79	47.740,10	104.505,78	95.494,22	52%
02 Audits annuels		REGIE	45.000,00	0,00		1.152,06			1.152,06	1.152,06	43.847,94	3%
03 Backstopping		REGIE	26.945,00	0,00				1.357,53	1.357,53	1.357,53	25.587,47	5%
99 Conversion rate adjustment			0,00	-8,57	-181,75				-181,75	-190,32	190,32	?%
98 Conversion rate adjustment		REGIE	0,00	-8,57	-181,75				-181,75	-190,32	190,32	?%
		REGIE	10.000.000,00	1.155.793,26	395.933,37	245.732,12	374.792,46	304.150,12	1.320.608,07	2.476.401,32	7.523.598,68	25,00
		COGEST										
		TOTAL	10.000.000,00	1.155.793,26	395.933,37	245.732,12	374.792,46	304.150,12	1.320.608,07	2.476.401,32	7.523.598,68	25,00

Description des activités	RDC 0710111	Coût Total Contribution Belge
Province de l'Equateur (Gemena)		
Les soins de santé offerts aux populations du district du Sud-Ubangisont progressivement améliorés en qualité		
LB	L'Equipe Cadre Provinciale est opérationnelle	579,620
A_01_01	Mobiliser les expertises nécessaires au fonctionnement de l'ECP	406,470
A_01_02	Soutenir l'élaboration et le suivi -évaluation (revues) du plan de développement de la Province	30,895
A_01_03	Soutenir l'élaboration de modèles de partenariat public/privé	16,000
A_01_04	Soutenir les appuis techniques aux Zones de santé (supervision intégrée, encadrement de proximité, suivi ME	126,255
LB	Des Equipes Cadres de Zones sont opérationnelles	476,513
A_02_01	Mettre en place l'Equipe Cadre de la ZS 4/1 (Bwamanda)	165,000
A_02_02	Mettre en place l'Equipe Cadre de la ZS 4/2 (Tandala)	136,513
A_02_03	Mettre en place et contribuer au fonctionnement de l'Equipe Cadre de la ZS de Gemena	100,000
A_02_04	Mettre en place et contribuer au fonctionnement de l'Equipe Cadre de la ZS de Budjala	75,000
LB	Les structures opérationnelles sont progressivement rationalisées	1,950,000
A_03_01	Renforcer la Zone de Santé 4/1 (Bwamanda)	700,000
A_03_02	Renforcer la Zone de Santé 4/2 (Tandala)	700,000
A_03_03	Renforcer la Zone de Santé de Gemena	350,000
A_03_04	Renforcer la Zone de Santé de Budjala	200,000
LB	Le niveau central est alimenté en informations pertinentes pour la planification du secteur à partir de recherches effectuées par le volet 4	243,520
A_04_01	Renforcer la DEP (expert national)	187,840
A_04_02	Organiser les échanges entre les deux volets du programme et entre le programme et le niveau central	55,680
LB	l'approvisionnement des ZS du Distict en médicaments est amélioré	675,000
A_05_01	Ouvrir une ligne budgétaire au profit du CDR	675,000
TOTAL BUDGET VOLET 4 District du Sud-Ubangi		3,924,653
Les soins de santé offerts aux populations du district du Kwilu sont progressivement améliorés en qualité		
LB	L'Equipe Cadre Provinciale est opérationnelle	314,620
B_01_01	Mobiliser les expertises nécessaires au fonctionnement de l'ECP	314,620
B_01_02	Soutenir l'élaboration du plan de développement de la Province	0
B_01_03	Soutenir l'élaboration de modèles de partenariat public/privé	0
B_01_04	Soutenir les appuis aux Zones de santé	0
LB	Des Equipes Cadres de Zones sont opérationnelles	242,430
B_02_01	Mettre en place l'Equipe Cadre de la ZS 5/1	152,260
B_02_02	Mettre en place l'Equipe Cadre de la ZS 5/2	90,170
LB	Les structures opérationnelles sont progressivement rationalisées	2,409,084
B_03_01	Renforcer la Zone de Santé 5/1	1,640,526
B_03_02	Renforcer la Zone de Santé 5/2	768,558
LB	Le niveau central est alimenté en informations pertinentes pour la planification du secteur à partir de recherches effectuées par le volet 4	55,680
B_04_01	Renforcer la DEP (expert national) voir V4R4A1	0
B_04_02	Organiser les échanges entre les deux volets du programme et entre le programme et le niveau central	55,680
LB	l'approvisionnement des ZS du Distict en médicaments est amélioré	675,000
B_05_01	Ouvrir une ligne budgétaire au profit du CDR Kikwit	675,000
TOTAL BUDGET VOLET 5 District de Kwilu		3,696,814
Réserve budgétaire (max 3% total activités)		
LB	Réserve budgétaire	258,033
X_01_01	Réserve budgétaire REGIE	258,033
S/TOTAL Résultat X01		258,033
TOTAL RESERVE BUDGETAIRE		258,033
Ministère Carrières		
LB	Frais de personnel	1,330,405
Z_01_01	Engager un Conseiller technique pour chaque volet	900,000
Z_01_02	Ressources financières et procurement (PFM)	250,000
Z_01_03	Engager équipe du projet (chauffeur, secrétaire et comptable pour chaque volet	180,405
LB	Investissements (pour les deux volets)	96,200
Z_02_01	2 véhicules (1 pour chaque volet)	50,000
Z_02_02	Equipement bureaux CT	12,000
Z_02_03	Equipement IT bureaux CT	17,000
Z_02_04	Aménagements du bureaux CT	17,200
LB	Frais de fonctionnement (pour les deux volets)	421,950
Z_03_01	Loyer du bureau	13,600
Z_03_02	Services et frais de maintenance	10,100
Z_03_03	Frais de fonctionnement des véhicules	45,000
Z_03_04	Télécommunications	24,700
Z_03_05	Fournitures de bureau	11,800
Z_03_06	Missions CT	54,750
Z_03_07	Frais de représentation et de communication externe	6,000
Z_03_08	Formation : bourse d'études	250,000
Z_03_09	Frais financiers	6,000
LB	Audit et Suivi et Evaluation	271,945
Z_04_01	Monitorer et évaluer le programme (Suivi scientifique)	200,000
Z_04_02	Audits annuels	45,000
Z_04_03	Backstopping	26,945
Z_99_98	Conversion rate adjustment	0
Total Coûts globaux		2,120,500
Total Budget général		10,000,000