



CTB



RAPPORT DES RESULTATS 2012
PROJET ASSNIP VOLET 5, DPS KWILU
RDC 07 101 11

ACRONYMES	4
1 APERÇU DE L'INTERVENTION (MAX. 2 PAGES)	5
1.1 FICHE PROJET	5
1.2 PERFORMANCES DU PROJET	5
1.3 EXECUTION BUDGETAIRE.....	6
1.4 RESUME	6
2 ANALYSE DE L'INTERVENTION.....	7
2.1 CONTEXTE.....	7
2.1.1 <i>Contexte général</i>	7
2.1.2 <i>Contexte institutionnel</i>	7
2.1.3 <i>Contexte de gestion : modalités d'exécution</i>	8
2.1.4 <i>Contexte HARMO</i>	9
2.2 OUTCOME.....	9
2.2.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	9
2.2.2 <i>Gestion des risques</i>	12
2.2.3 <i>Impact potentiel</i>	14
2.2.4 <i>Critères de qualité</i>	14
2.3 OUTPUT 1 : L'EQUIPE CADRE PROVINCIALE EST OPERATIONNELLE	17
2.3.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	17
2.3.2 <i>Exécution budgétaire</i>	19
2.3.3 <i>Critères de qualité</i>	20
2.4 OUTPUT 2 : LES EQUIPES CADRES DES ZONES DE SANTE SONT OPERATIONNELLES	21
2.4.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	21
2.4.2 <i>Exécution budgétaire</i>	22
2.4.3 <i>Critères de qualité</i>	22
2.5 OUTPUT 3 : LES STRUCTURES OPERATIONNELLES SONT PROGRESSIVEMENT RENFORCEES.	23
2.5.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	23
2.5.2 <i>Exécution budgétaire</i>	25
2.5.3 <i>Critères de qualité</i>	26
2.6 OUTPUT 4 : LE NIVEAU CENTRAL EST ALIMENTE EN INFORMATIONS PERTINENTES POUR LA PLANIFICATION DU SECTEUR A PARTIR DES RECHERCHES EFFECTUEES.	27
2.6.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	27
2.6.2 <i>Exécution budgétaire</i>	28
2.6.3 <i>Critères de qualité</i>	28
2.7 OUTPUT 5 : L'APPROVISIONNEMENT DES ZONES DE SANTE EN MEDICAMENT EST AMELIORE	29
2.7.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	29
2.7.2 <i>Exécution budgétaire</i>	30
2.7.3 <i>Critères de qualité</i>	30
3 THEMES TRANSVERSAUX.....	31

3.1	GENRE.....	31
3.2	ENVIRONNEMENT.....	31
3.3	AUTRE : CAPITALISATION.....	31
4	PILOTAGE ET APPRENTISSAGE	32
4.1	PLAN D'ACTION	32
4.2	ENSEIGNEMENTS TIRES.....	33
5	ANNEXES.....	34
5.1	CADRE LOGIQUE D'ORIGINE	34
5.2	CADRE LOGIQUE MIS A JOUR.....	35
5.3	APERÇU DES MORE RESULTS	35
5.4	RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS (Y – M) »	36
5.5	RESSOURCES.....	40
5.6	DECISIONS PRISES PAR LA SMCL ET SUIVI	41

Acronymes

AT	Assistant Technique
CDR	Centrale de Distribution Régionale (de médicaments et consommables médicaux)
Coordo DPS	Coordonateur de la Division Provinciale de la santé Publique
CS	Centre de santé
CTB	Agence belge de développement
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
HGR	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
MSP	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
ProGouv	Gouverneur de Province
SMCL	Structure mixte de concertation locale
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SSP	Soins de santé primaires
ZS	Zone de Santé

1 Aperçu de l'intervention (max. 2 pages)

1.1 Fiche projet

Nom du projet	ASSNIP 5
Code du projet	RDC 07 101 11
Emplacement	Division Provinciale Santé Kwilu (Province de Bandundu)
Budget	3 696 813 € (10 000 000 pour ASSNIP 4 & 5)
Institution partenaire	Inspection Provinciale de la Santé du Bandundu
Date de la 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)
Impact	L'état de santé de la population est amélioré dans le territoire d'intervention du programme : future province du Kwilu, Province du Bandundu
Outcome	Les soins de santé offerts aux populations de zones sélectionnées sont progressivement améliorés en qualité (soins globaux, continus, intégrés, efficaces, efficaces, accessibles) par des processus d'amélioration progressive qui forment un modèle largement reproductible dans la République Démocratique du Congo.
Outputs	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

1.2 Performances du projet

	Efficienc	Efficacit	Durabilit
Outcome	B	C	C
Output 1	C	B	C
Output 2	C	B	C
Output 3	C	C	C
Output 4	B	B	C
Output 5	C	C	C

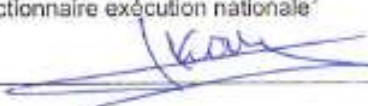

1.3 Exécution budgétaire

Budget total	Dépenses année 2012	Solde	Taux de décaissement total
3 696 813 €	1.146.997	2.148.743	42%

1.4 Résumé

Formuler 5 points clés (brièvement, en une ou deux phrases) dont un lecteur du présent rapport doit se souvenir.

<ul style="list-style-type: none">• Malgré de fortes résistances, l'équipe cadre de la Division Provinciale du Kwilu a été mise en place, ses membres et son coordonnateur sélectionnés.
<ul style="list-style-type: none">• Cette équipe a encore peu d'autonomie : cadre de travail et équipe encore en construction, maîtrise des ressources et décision encore aux mains de l'inspection Provinciale de Bandundu.
<ul style="list-style-type: none">• Le contenu du travail d'accompagnement et d'encadrement des zones de santé reste à préciser, notamment la concentration sur les ZS de développement.
<ul style="list-style-type: none">• l'Equipe Provinciale a permis d'améliorer la qualité des plans de développement et des plans d'action annuels au niveau des zones de santé et les premiers investissements ont enfin débuté
<ul style="list-style-type: none">• Le dispositif d'approvisionnement des zones de santé en médicaments est en place mais l'organisation de la mise à disposition des médicaments aux ZS reste à définir (Equipe Provinciale, Centrale d'Approvisionnement Régionale, Projet CDR 2)

Fonctionnaire exécution nationale ¹ 	Fonctionnaire exécution CTB ² 
Dr Jean Pierre Basake Kalema	Dr Hamed Cheick T. OUEDRAOGO



2 Analyse de l'intervention

2.1 Contexte

2.1.1 Contexte général

Les projets ASSNIP font partie d'un appui belge type programme et il existe une forte synergie entre les différents projets santé de la CTB au Congo : ASSNIP 4 et 5, ASSNIP Bas Congo et Kisangani, appuis à la DEP, à la DLM et aux CDR. Le lien avec le ministère de santé au niveau national est très fort, notamment avec l'expert capitalisation au niveau de la DEP et d'autres directions du niveau central : ressources humaines, lutte contre la maladie, soins de santé primaires, études et planification (D 1, 4, 5, 7).

Au niveau intermédiaire on note une implication des principaux partenaires de la Province de Bandundu : OMS, UNICEF, GIZ et Memisa Belgique.

Vers la fin de 2012, deux arrêtés ont été signés concernant la réforme de la fonction publique et la décentralisation, un portant sur la création des 26 Directions Provinciales de la Santé (DPS) et un autre portant sur la restructuration du cadre organique du niveau central et du niveau intermédiaire du MSP. Pour rappel, la création des DPS était le point de départ pour la formulation des projets ASSNIP 4 et 5 en 2008.

Quatre des hypothèses fatales évoquées dans le DTF restent toujours d'actualité : (i) la non-matérialisation de la découpage constitutionnel des provinces, (ii) la localisation de la capitale de la nouvelle province de Kwilu, (iii) l'équipe d'encadrement polyvalente autonome incomplète mise en place, et le manque de rationalisation au niveau des structures de soins, au niveau de l'encadrement, et au niveau des instituts de formation. Le fait qu'il a pris plus de quatre ans pour la formalisation de la mise en place des DPS a eu des effets négatifs sur l'exécution du projet.

Autres facteurs qui ont perturbé les résultats du projet incluent : (i) fortes influences extérieures au secteur de la santé dans la mise en œuvre des décisions importantes (rationalisation des effectifs, des structures de soins ou des écoles de formation), (ii) le « verticalisme » des programmes, partenaires et financements qui sont en contradiction avec les principes de responsabilité mutuelle, alignement, intégration et avec la SRSS, (iii) une centrale d'approvisionnement en médicaments à Bandundu en quasi faillite, et (iv) la présence au niveau provincial d'un noyau de cadres désintéressée dans le renforcement du système de santé.

2.1.2 Contexte institutionnel

ASSNIP 5 s'est d'abord fortement ancré à l'Inspection Provinciale de la santé à Bandundu, avec un avancement notable sur la contribution du projet aux activités de planification et de sélection des cadres de la DPS Kwilu. Cette situation a aussi facilité l'interaction avec plusieurs partenaires basés à Bandundu Ville.

Par la suite, le projet devait plus nettement s'ancrer au niveau de Kikwit, supposé siège de la future DPS Kwilu. Cet ancrage s'est avéré difficile :

- affectation des cadres sélectionnés différée jusqu'en juin 2012
- mise en route effective suspendue à la mise à disposition d'un cadre de travail en l'absence de locaux suffisants et disponibles à Kikwit
- maintien de fonctions Provinciales (cumul) hors de Kikwit et même hors de la DPS Kwilu pour plusieurs encadreurs sélectionnés
- coexistence avec les structures d'avant la réforme (district sanitaire de Kikwit pléthorique, inclusion de ce district dans une Zone de Santé rurale d'un autre district sanitaire du Kwilu, gestion différenciée des épidémies entre ces deux districts)
- absence de coordination et retard de sélection d'un coordinateur pour l'équipe cadre de la DPS Kwilu (octobre 2012)
- controverses concernant la contractualisation entre les cadres sélectionnés et l'actuelle Inspection Provinciale de la Santé de la Province du Bandundu.

Le processus de recrutement d'un expert pour la capitalisation au niveau de la DEP a été mis en place par les ASSNIP 4 & 5.

Dans l'ensemble l'ancrage institutionnel continue à poser des problèmes en lien avec la dualité « Province de Bandundu et structures administratives d'avant la réforme – Division Provinciale du Kwilu et cadre opérationnel de la réforme »

2.1.3 Contexte de gestion : modalités d'exécution

Ainsi les modalités d'exécution n'ont pas changé pendant la période de rapportage, gestion en régie avec la même équipe d'exécution du projet. La période a été marquée par la survenue de l'évaluation à mi-parcours du projet et le déménagement de l'équipe du projet à Kikwit.

En 2012 trois SMCL extraordinaires se sont tenues conjointement avec le volet 4 (Gemena) du projet :

- 6 juin 2012 : examen du rapport d'évaluation externe du projet et proposition de réaménagement budgétaire pour la prolongation de l'assistance technique internationale de juillet à décembre 2012
- 6 novembre 2012 : examen de la proposition de prolongation du projet à Juin 2013
- 18 décembre 2012 : examen des problèmes de mise en place de la DPS Kwilu

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

- Appuis technique et financier au fonctionnement des équipes cadres sélectionnées de province et de zones
- Investissements et équipements dans quelques structures « pilotes » 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.

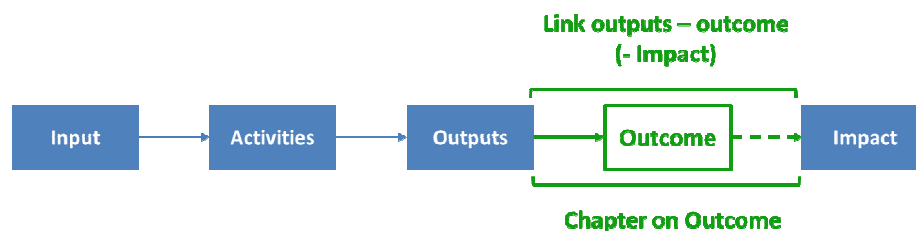
Cette stratégie devait évoluer pour compléter l'équipe cadre Provinciale et organiser l'encadrement de toutes les zones de santé du Kwilu (24 zones de santé). De fortes résistances au changement institutionnel et aux exigences du renforcement du système de santé (rationalisation en particulier) n'ont pas permis de mettre effectivement en place ces stratégies de manière cohérente et continue. Ainsi les modalités d'exécution sont restées peu appropriées à l'évolution du contexte.

2.1.4 Contexte HARMO

En termes d'appui institutionnel, l'harmonisation a parfaitement fonctionné entre tous les partenaires d'appui à la Province au niveau intermédiaire en ce qui concerne le cadre de concertation que constitue le comité Provincial de sélection. Ce comité a permis aux partenaires institutionnels : OMS, UNICEF, GIZ, Memisa Belgique, ASSNIP et aux acteurs du niveau central (Première, Cinquième et Septième Directions) de mettre en place un processus de sélection pour l'ensemble de la Province qui a déjà été répliqué et généralisé pour les autres Provinces de la République.

Toutefois, les résistances institutionnelles évoquées ci-dessus et la faiblesse de l'encadrement Provincial des zones de santé a conduit ces mêmes partenaires à maintenir des modalités opérationnelles de type « vertical » sans partage véritable des engagements techniques, financiers ni même des calendriers d'action. Les difficultés d'élaboration des Plans d'Action Opérationnels en témoignent tant pour la DPS Kwilu que pour ses zones de santé. L'appropriation du projet et la coordination des Partenaires techniques et financiers sont jugées encore faibles par l'ECD.

2.2 Outcome



2.2.1 Analyse des progrès réalisés

Outcome : Les soins de santé offerts aux populations de zones sélectionnées sont progressivement améliorés en qualité (soins globaux, continus, intégrés, efficaces, efficaces, accessibles) par des processus d'amélioration progressive qui forment un modèle largement reproductible dans la République Démocratique du Congo						
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Progrès année 2010	Progrès année 2011	Progrès année 2012	Cible finale	Commentaires
Les pathologies importantes	Non disponible	D	D	C		Les données de base disponibles ne sont pas encore complètes mais

(césarienne, péritonite...) en provenance de la zone, sont correctement prises en charge à l'Hôpital Général de Référence						sont en cours de recueil auprès des zones de santé du Kwilu, dans la démarche de revue du système de santé et de planification opérationnelle en cours. Le système National d'Information Sanitaire est encore en voie d'amélioration au niveau de la Province de Bandundu, et un responsable de la gestion de l'information a été sélectionné pour la DPS Kwilu. Les informations disponibles sont donc incomplètes.
Les problèmes de santé de la population couverte sont pris en charge par une équipe de CSI intégrée	Non disponible	D	D	C		Idem. La valeur de cet indicateur est très variable d'un centre de santé à l'autre et d'une Zone de Santé à l'autre.
Des résultats de recherche sur différents thèmes - financement-équipes cadre, assurance de qualité des soins... sont disponibles	Inexistants	D	C	C		Travaux en cours sur la réduction de la mortalité maternelle, sur la gestion du médicament, sur la tarification forfaitaire des soins.
Les soins obstétricaux non-couverts sont diminués sensiblement dans les zones d'intervention	Non disponible	D	C	B		Etude sur les Soins Obstétricaux et Néonataux d'urgence en cours. Les audits de décès maternels ont pris place dans la Province et font l'objet d'une priorité Provinciale et de travaux de recherche (en cours de validation scientifique).
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	C		Etude sur les Soins Obstétricaux et Néonataux d'urgence en cours. Les audits de décès maternels ont pris place dans la Province et font l'objet d'une priorité Provinciale et de travaux de recherche (en cours de validation scientifique).

Analyse des progrès réalisés par rapport à l'outcome : Analyser la dynamique entre la réalisation des outputs et l'atteinte probable de l'outcome (voir Guide de rapport des résultats) :	
<i>Lien entre les outputs et l'outcome</i>	L'atteinte de l'objectif spécifique ne dépendra probablement pas directement de l'efficacité des progrès institutionnels au niveau intermédiaire ni 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.
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'outcome</i>	Mise en place de l'équipe cadre pour la Division Provinciale du Kwilu selon les normes de la SRSS
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence</i>	Les enjeux de la réforme mettent en péril les intérêts et l'influence de ceux qui les possèdent : obstruction, temporisation et évitement sont leurs stratégies vis-à-vis du projet ; domination et neutralisation vis-à-vis des acteurs locaux.
<i>Résultats inattendus :</i>	

Principaux progrès réalisés : mise en place de l'équipe cadre pour la Division Provinciale du Kwilu selon les normes de la SRSS, installation de cette équipe à Kikwit.

Dynamique de mise en place de cette équipe largement partagée avec les partenaires d'appui au niveau intermédiaire : OMS, UNICEF, GIZ, Memisa Belgique et fruit de la collaboration avec le Ministère de la Santé Publique (principalement la DEP) et avec les projets ASSNIC (appui à la DEP, appui à la DLM). Voir ci-dessous Résultat N° 1.

Parmi les recommandations formulées précédemment, seules ont été effectivement mises en œuvre : l'achèvement d'un travail sur la réduction de la mortalité maternelle et infantile et la poursuite de la cartographie de zones de santé.

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

- Définition précise du cadre de travail de la DPS du Kwilu à Kikwit, de ses responsabilités, de son autonomie et de son leadership.
- Renforcement des capacités des Encadreurs Polyvalents sélectionnés, formation des autres cadres sélectionnés, troisième vague de sélection pour compléter l'équipe cadre du Kwilu.
- Rationalisation des structures de soins et de gestion

On peut 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 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.

2.2.2 Gestion des risques

Identification du risque			Analyse du risque			Traitement du risque			Suivi du risque	
Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Date limite	État d'avancement	Statut
Décentralisation et le découpage des provinces restent en attente	Depuis 2010	développement	Elevée	Elevée	D	NA	Gouv Central	2011	Non réalisé	NOK ¹
Localisation de la capitale du Kwilu controversée	Novembre 2012	développement	Elevée	Elevée	D	Corriger l'arrêté portant localisation siège DPS au Kwilu	MSP	Dec 2012	Non réalisée	NOK
Pas de rationalisation : Structures de soins, encadrement, instituts de formation	2010	développement	Elevée	Elevée	D	NA	MSP	Janv 2011	Non réalisée	NOK
Absence de leadership pour la DPS du Kwilu	Juin 2011	développement	Elevée	Elevée	D	Appliquer les mesures administratives de mise en œuvre du cadre organique	SG/MIP	T1 2013	En cours	NOK
Faiblesse dans la planification	2011	développement	Moyenne	Elevée		Apprentissage et ateliers de planification	ECP/IPS	2012	En cours	NOK
Maitrise insuffisante de	2012	développement	Moyenne	Elevée	C	Travail de capitalisation sur le « métier »	AT/Expert DEP	immédiat	En cours	NOK

¹ NOK : Non OK ;A suivre

Identification du risque			Analyse du risque			Traitement du risque			Suivi du risque	
Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Date limite	État d'avancement	Statut
la SRSS, des missions de la DPS, de la fonction d'encadrement des zones de santé						d'encadrement, basé sur la pratique et la perception par les encadreurs.				
Méconnaissance des procédures de gestion des lignes de crédit du médicament	2012	développement et réputation	Moyenne	Elevée	C	Groupe de travail de la DPS. Conventions entre la centrale et les zones de santé, Formations à la gestion du médicament.	DPS/ CDR	T1 2013	En cours	NOK
Fonctionnement vertical des programmes et partenariats	2011	développement	Elevée	Elevée	D	Déterminer des axes conjoints avec la commission intégration des activités de lutte contre la maladie	DPS/DLM	T12013	En cours	NOK
Retard dans la réalisation des travaux	2011	réputation	Elevé	Elevé	C	Suivi rigoureux des travaux et	CTB	Dec 2013		

2.2.3 Impact potentiel

Par rapport à l'objectif du projet aucun impact ne peut être attendu avant un ou deux ans à condition que l'équipe cadre mise en route, polyvalente et autonome, puisse poursuivre et approfondir le travail d'encadrement débuté et appuyer les zones de santé dans leur planification, la rationalisation de leurs ressources et de leurs fonctionnements et la mise en œuvre les activités de réhabilitation des structures.

2.2.4 Critères de qualité

1. PERTINENCE : le degré dans lequel l'intervention est cohérente avec les politiques et priorités locales et nationales ainsi qu'avec les attentes des bénéficiaires.	
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : Au moins un 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A ; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i>	
1.1 Quel est le degré de pertinence actuel du projet ?	
<input type="checkbox"/>	A Clairement toujours ancré dans les politiques nationales et la stratégie belge, satisfait aux engagements en matière d'efficacité de l'aide, extrêmement pertinent par rapport aux besoins du groupe cible.
<input checked="" type="checkbox"/>	B S'inscrit toujours bien dans les politiques nationales et la stratégie belge (sans être toujours explicite), relativement compatible avec les engagements en matière d'efficacité de l'aide, pertinent par rapport aux besoins du groupe cible.
<input type="checkbox"/>	C Quelques questions par rapport à la cohérence avec les politiques nationales et la stratégie belge, l'efficacité de l'aide ou la pertinence.
<input type="checkbox"/>	D Contradictions avec les politiques nationales et la stratégie belge, les engagements en matière d'efficacité de l'aide ; la pertinence vis-à-vis des besoins est mise en doute. Des changements majeurs sont requis.
1.2 La logique d'intervention, telle qu'elle est conçue actuellement, est-elle toujours la bonne ?	
<input type="checkbox"/>	A Logique d'intervention claire et bien structurée ; logique verticale des objectifs réalisable et cohérente ; indicateurs appropriés ; risques et hypothèses clairement identifiés et gérés ; accompagnement de sortie d'intervention mis en place (si cela est applicable).
<input checked="" type="checkbox"/>	B Logique d'intervention appropriée bien qu'elle puisse avoir besoin de certaines améliorations en termes de hiérarchie d'objectifs, d'indicateurs, de risques et hypothèses.
<input type="checkbox"/>	C Les problèmes par rapport à la logique d'intervention peuvent affecter la performance d'un projet et sa capacité à contrôler et évaluer les progrès ; améliorations requises.
<input type="checkbox"/>	D La logique d'intervention est erronée et nécessite une révision en profondeur pour que le projet puisse espérer aboutir.
2. EFFICIENCE DE LA MISE EN ŒUVRE JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel les ressources de l'intervention (fonds, expertise, temps, etc.) ont été converties en résultats de façon économe (appréciation de l'ensemble de l'intervention)	
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : Au moins un 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A ; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i>	
2.1 Dans quelle mesure les inputs (finances, RH, biens & équipements) sont-ils correctement gérés ?	
<input type="checkbox"/>	A Tous les inputs sont disponibles à temps et dans les limites budgétaires.
<input type="checkbox"/>	B La plupart des inputs sont disponibles dans des délais raisonnables et ne nécessitent pas d'ajustements budgétaires considérables. Une certaine marge d'amélioration est cependant possible.
<input checked="" type="checkbox"/>	C La disponibilité et l'utilisation des inputs posent des problèmes qui doivent être résolus, sans quoi les résultats pourraient courir certains risques.

<input type="checkbox"/>	D	La disponibilité et la gestion des inputs comportent de sérieuses lacunes qui menacent l'atteinte des résultats. Des changements considérables sont nécessaires.
2.2 Dans quelle mesure les outputs sont-ils correctement gérés ?		
<input type="checkbox"/>	A	Tous les outputs ont été et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps et de bonne qualité ce qui contribuera aux outcomes planifiés.
<input type="checkbox"/>	B	Les outputs sont et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps, mais une certaine marge d'amélioration est possible en termes de qualité, de couverture et de timing.
<input checked="" type="checkbox"/>	C	Certains outputs ne s(er)ont pas livrés à temps ou de bonne qualité. Des ajustements sont nécessaires.
<input type="checkbox"/>	D	La qualité et la livraison des outputs comportent et comporteront plus que vraisemblablement de sérieuses lacunes. Des ajustements considérables sont nécessaires pour garantir au minimum que les outputs clés seront livrés à temps.

3. EFFICACITÉ JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel l'outcome (objectif spécifique) est atteint, tel que prévu à la fin de l'année 2012		
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : Au moins un 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A ; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i>		
3.1 Tel qu'il est mis en œuvre actuellement, quelle est la probabilité que l'outcome soit réalisé ?		
<input type="checkbox"/>	A	La réalisation totale de l'outcome est vraisemblable en termes de qualité et de couverture. Les résultats négatifs (s'il y en a) ont été atténués.
<input type="checkbox"/>	B	L'outcome sera atteint avec quelques minimales restrictions ; les effets négatifs (s'il y en a) n'ont pas causé beaucoup de tort.
<input checked="" type="checkbox"/>	C	L'outcome ne sera atteint que partiellement, entre autres en raison d'effets négatifs auxquels le management n'est pas parvenu à s'adapter entièrement. Des mesures correctives doivent être prises pour améliorer la probabilité de la réalisation de l'outcome.
<input type="checkbox"/>	D	Le projet n'atteindra pas son outcome, à moins que d'importantes mesures fondamentales soient prises.
3.2 Les activités et les outputs sont-ils adaptés sur la base des résultats atteints dans l'optique de réaliser l'outcome (objectif spécifique) ?		
<input type="checkbox"/>	A	Le projet réussit à adapter ses stratégies/activités et outputs en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. Les risques et hypothèses sont gérés de manière proactive.
<input checked="" type="checkbox"/>	B	Le projet réussit relativement bien à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. La gestion des risques est relativement passive.
<input type="checkbox"/>	C	Le projet n'est pas totalement parvenu à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes de façon appropriée ou dans les temps. La gestion des risques a été plutôt statique. Une modification importante des stratégies s'avère nécessaire pour garantir au projet la réalisation de son outcome.
<input type="checkbox"/>	D	Le projet n'est pas parvenu à réagir à l'évolution des circonstances externes ; la gestion des risques a été insuffisante. Des changements considérables sont nécessaires pour réaliser l'outcome.

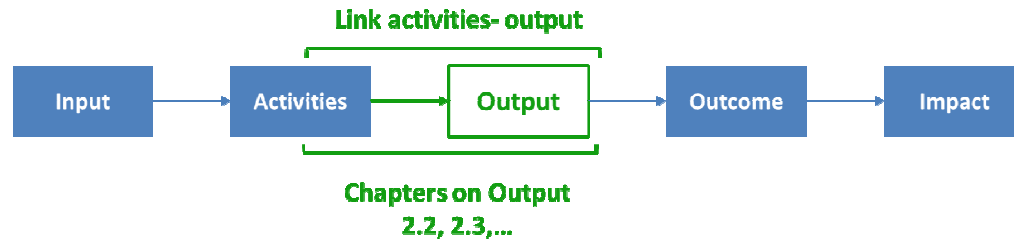
3. DURABILITÉ POTENTIELLE : le degré de probabilité de préserver et reproduire les bénéfices d'une intervention sur le long terme (au-delà de la période de mise en œuvre de l'intervention).		
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : Au moins 3 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A ; Maximum 2 'C', pas de 'D' = B ; Au moins 3 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i>		
3.1 Durabilité financière/économique ?		
<input type="checkbox"/>	A	La durabilité financière/économique est potentiellement très bonne : les frais liés aux services et à la maintenance sont couverts ou raisonnables ; les facteurs externes n'auront aucune incidence sur celle-ci.
<input type="checkbox"/>	B	La durabilité financière/économique sera vraisemblablement bonne, mais des problèmes peuvent survenir en raison notamment de l'évolution de facteurs économiques externes.

<input checked="" type="checkbox"/>	C	Les problèmes doivent être traités en ce qui concerne la durabilité financière soit en termes de frais institutionnels ou liés aux groupes cibles, ou encore d'évolution du contexte économique.
<input type="checkbox"/>	D	La durabilité financière/économique est très discutable, à moins que n'interviennent des changements majeurs.
4.2 Quel est le degré d'appropriation du projet par les groupes cibles et persistera-t-il au terme de l'assistance externe ?		
<input type="checkbox"/>	A	La SMCL et d'autres structures locales pertinentes sont fortement impliquées à tous les stades de la mise en œuvre et s'engagent à continuer à produire et utiliser des résultats.
<input type="checkbox"/>	B	La mise en œuvre se base en grande partie sur la SMCL et d'autres structures locales pertinentes, impliquées elles aussi, dans une certaine mesure, dans le processus décisionnel. La probabilité d'atteindre la durabilité est bonne, mais une certaine marge d'amélioration est possible.
<input checked="" type="checkbox"/>	C	Le projet recourt principalement à des arrangements ponctuels et à la SMCL et d'autres structures locales pertinentes en vue de garantir la durabilité. La continuité des résultats n'est pas garantie. Des mesures correctives sont requises.
<input type="checkbox"/>	D	Le projet dépend totalement des structures ponctuelles n'offrant aucune perspective de durabilité. Des changements fondamentaux sont requis pour garantir la durabilité.
4.3 Quel est le niveau d'appui politique fourni et le degré d'interaction entre le projet et le niveau politique ?		
<input type="checkbox"/>	A	Le projet bénéficie de l'appui intégral de la politique et des institutions, et cet appui se poursuivra.
<input type="checkbox"/>	B	Le projet a bénéficié, en général, de l'appui de la politique et des institutions chargées de la mettre en œuvre, ou à tout le moins n'a pas été gêné par ceux-ci, et cet appui se poursuivra vraisemblablement.
<input checked="" type="checkbox"/>	C	La durabilité du projet est limitée par l'absence d'appui politique. Des mesures correctives sont requises.
<input type="checkbox"/>	D	Les politiques ont été et seront vraisemblablement en contradiction avec le projet. Des changements fondamentaux s'avèrent nécessaires pour garantir la durabilité du projet.
4.4 Dans quelle mesure le projet contribue-t-il à la capacité institutionnelle et de gestion ?		
<input type="checkbox"/>	A	Le projet est intégré aux structures institutionnelles et a contribué à l'amélioration de la capacité institutionnelle et de gestion (même si ce n'est pas là un objectif explicite).
<input checked="" type="checkbox"/>	B	La gestion du projet est bien intégrée aux structures institutionnelles et a contribué d'une certaine manière au renforcement des capacités. Une expertise supplémentaire peut s'avérer requise. Des améliorations sont possibles en vue de garantir la durabilité.
<input type="checkbox"/>	C	Le projet repose trop sur des structures ponctuelles plutôt que sur des institutions ; le renforcement des capacités n'a pas suffi à garantir pleinement la durabilité. Des mesures correctives sont requises.
<input type="checkbox"/>	D	Le projet repose sur des structures ponctuelles et un transfert de compétences vers des institutions existantes, qui permettrait de garantir la durabilité, est improbable à moins que des changements fondamentaux n'interviennent.

Critères	Note
Pertinence	B
Efficacité	C
Durabilité	C
Efficiences	C

2.3 Output 1 : L'Equipe Cadre Provinciale est opérationnelle

Évaluer la probabilité de l'atteinte de l'output en question et la dynamique entourant l'évolution de cet output.



2.3.1 Analyse des progrès réalisés

Output 1 : L'Equipe Cadre Provinciale est opérationnelle						
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Progrès année 2010	Progrès année 2011	Progrès année 2012	Cible finale	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	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. Pour la première fois un PAO a été élaboré pour l'ensemble de la nouvelle DPS Kwilu mais ce PAO 2012 n'a pas encore été validée en septembre 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	C	B	La sélection des encadreurs polyvalents pour le Kwilu a permis de mettre en place une première ECP qui devait être complétée dès le 2 ^{ème} 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	C	C	C	B	Le Comité Provincial de sélection, institué en août 2010 est un cadre idéal de concertation entre les partenaires. Mais dans la mise en œuvre de leurs programmes, les

	insuffisante pour coordonner les actions au niveau opérationnel.					partenaires continuent à travailler séparément, selon des logiques verticales et sans concertation.
État d'avancement des <u>principales</u> activités		État d'avancement :				Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)
		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. L'extension de cet encadrement à l'ensemble des zones de santé du Kwilu a été décidée depuis mai 2012 mais n'a pas pu être mis en œuvre.
Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats).						
<i>Lien entre les activités et l'output.</i>	Le lien entre les activités mises en œuvre par le projet et l'atteinte de l'output est adapté					
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output</i>	L'ECP commence à s'organiser et a accompagné la Planification des zones de santé, élabore et suit les plans de travail trimestriels.					
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence</i>	La localisation du projet à Kikwit avec la désignation d'un coordonateur a rapproché l'ECP des Zones de santé. la résidence de 2 encadreurs en dehors de Kikwit limite la solidarité de l'équipe cadre. les 4 véhicules acquis depuis 4 mois pour le soutien aux activités de supervision sont encore en stationnement en attendant l'aboutissement du processus de sélection des chauffeurs suspendu depuis lors.					
<i>Résultats inattendus</i>	Départ de l'Assistant technique International au terme de son contrat le 13 décembre 2012.					

Le processus de mise en place de l'ECP pour le Kwilu devait permettre

- 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

La sélection de 8 encadreurs polyvalents semblait indiquer l'atteinte du premier résultat. Mais il restait à approfondir le concept et 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 2013 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 reportée en raison de la décision d'installer l'ECP à Kikwit. La construction a débuté le 18 décembre 2012. Cette installation pourra être l'occasion d'intégrer les programmes actuellement hébergés dans les locaux disponibles au district sanitaire de Kikwit.

Cependant le processus, déjà très lent, puisqu'il avait fallu 17 mois pour mettre en route les premiers encadreurs, a connu des ralentissements supplémentaires dès lors qu'il a fallu :

- Sélectionner les autres membres de l'équipe et mettre en place les autres « métiers » de l'équipe Provinciale (gestion de l'information, gestion des ressources, en attendant le métier « inspection-contrôle ») : 9 mois supplémentaires.
- Mettre en route ces nouveaux métiers : 8 mois supplémentaires.
- Installer à Kikwit l'équipe et chacun de ses membres et désigner son coordonnateur : 5 mois supplémentaires.
- Procéder comme prévu à l'évaluation de la première année d'encadrement polyvalent.

Ainsi l'équipe cadre Provinciale commence à peine à exister depuis novembre 2012 et tente de mener et coordonner les activités qui devraient lui revenir, ne maîtrise que partiellement l'information sanitaire et la surveillance épidémiologique, qui restent sous la responsabilité des bureaux de l'Inspection Provinciale de Bandundu.

De nombreuses interférences, liées aux urgences sanitaires et aux modifications incessantes des calendriers ont empêché jusqu'à ce jour la mise en œuvre effective de l'activité d'encadrement des zones de santé et même la préparation d'un véritable Plan d'Action Opérationnel pour les Zones et pour la DPS du Kwilu.

Ainsi l'équipe cadre Provinciale du Kwilu ne dispose ni d'un cadre de travail (pas de bureaux, ni à Bandundu ni à Kikwit, équipements et véhicules obtenus tardivement) ni surtout de son autonomie, ce qui explique le faible niveau d'atteinte du Résultat 1.

Il semblerait en outre que l'accompagnement du projet dans la mise en place de la DPS et de son ECP par l'expert capitalisation de la DEP soit provisoirement suspendu par le Ministère de la Santé Publique à Kinshasa.

2.3.2 Exécution budgétaire

Le taux d'exécution budgétaire est passé de 9% au 31/12/2011 à 42% au 31/12/2012. Les engagements du projet sont de l'ordre de 477.000 EUR au titre des travaux de construction (bureau de la DPS et 2 centres de santé dans la zone de santé de Mosango).

2.3.3 Critères de qualité

Critères	Note
Effcience	C
Efficacité	B
Durabilité	C

2.4 Output 2 : les Equipes Cadres des Zones de santé sont opérationnelles

2.4.1 Analyse des progrès réalisés

Output 2 : Des Equipes Cadres de Zones sont opérationnelles						
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Progrès année 2010	Progrès année 2011	Progrès année 2012	Cible finale	Commentaires
L'équipe cadre de la ZS Mosango 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	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. Le projet d'établissement hospitalier vient d'être élaboré.
Idem pour la ZS Mokala	Idem pour la ZS de Mokala	D	C	C		La démarche est la même pour la ZS de Mokala mais la progression est plus lente.
Idem pour la ZS Bandundu	La ZS de Bandundu a été retenue comme 3 ^{ème} zone prioritaire par le PPDS	D	D	D		L'ECZ a subi de nombreux remaniements et rencontre des problèmes apparemment insurmontables de - dysfonctionnement de l'ECZ, pléthorique - pléthore de structures de santé et de leurs effectifs - mauvaise gestion de toutes les ressources y compris les médicaments.
État d'avancement des <u>principales</u> activités			État d'avancement :		Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)	
			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 débuté en Q3 2011
Formation de l'ECZ à la préparation de son Plan de Développement					C	Activité débutante en Q4
Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats).						
<i>Lien entre les activités et l'output.</i>	Les activités d'encadrement de l'ECZ par les encadreurs de la DPS doivent être renforcées. un soutien du projet à la réalisation des supervisions intégrées des CS et des HGR devra être mis en œuvre en 2013					

<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output</i>	L'ECZ de Mosango a un fonctionnement jugé bon. cependant on note une baisse de performance avec le départ en stage de santé publique du MCZ. qui nécessitera un appui plus marqué de l'équipe d'encadrement de la DPS.
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence</i>	Les ECZ ont un faible appui pour la supervision des ZS et n'ont pas bénéficié d'une formation en management des soins de santé primaires basé sur les référentiels de compétences. stabilité en poste des membres des ECZ non assurée.
<i>Résultats inattendus</i>	

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 2013. La formation à la supervision formative a été débutée.

Les Zones de Santé disposent de leur connexion satellitaire avec énergie solaire. Pour Bandundu la situation semble trop problématique pour viser actuellement les mêmes résultats. Depuis mai 2012 l'équipe des encadreurs polyvalents a décidé d'accompagner toutes les zones de santé du Kwilu (soit 3 zones de santé par EPP) mais dans les faits ceci n'a pas encore démarré.

2.4.2 Exécution budgétaire

Le niveau d'exécution du projet est passé de 9% en fin 2011 à 46% en fin 2012 avec l'acquisition de véhicules de supervision. Le renforcement de l'encadrement des Equipes Cadres des zones de santé par l'ECP et à la réalisation des supervisions intégrées des CS et de l'HGR permettront d'améliorer l'utilisation du budget en 2013.

2.4.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficienc	C
Efficacité	B
Durabilité	C

2.5 Output 3 : les structures opérationnelles sont progressivement renforcées.

2.5.1 Analyse des progrès réalisés

Output 3 : Les structures opérationnelles sont progressivement renforcées						
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Progrès année 2010	Progrès année 2011	Progrès année 2012	Cible finale	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	C	B	La Zone de Santé de Mosango a élaboré son Projet d'Établissement Hospitalier. il y'a un besoin d'une unité de soins intensifs
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	C	C	B	Changements récents dans l'ECZ, demandent de renforcer l'accompagnement par l'EPP.
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	C	B	Nécessité de mettre en œuvre le plan directeur récemment élaboré.
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	D	D	C	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	D	D	D	C	Hôpital appartenant au Diocèse mais non géré par lui. Aucun appui structuré depuis longtemps. Peu d'implication dans l'élaboration de son Plan de Développement et son PAO.

	dont 2 non viables)					
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	D	D	C	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 mais sous-équipées	D	D	D	C	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	D	D	C	Pléthore apparemment 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	D	D	C	Le plan de développement de la zone prévoit l'installation d'une unité de soins intensifs

État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :				Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)
	A	B	C	D	
Renforcer la Zone de Santé de Mosango			B		
Renforcer la Zone de Santé de Mokala			C		Dépendra du PAO et de l'encadrement par l'EPP
Renforcer la Zone de Santé de Bandundu			C		Dépendra du PAO et de l'encadrement par l'EPP
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 et dépendant de l'implication de l'ECZ
Equiper les structures de soins (CS, HGR)			C		Les procédures de marchés publics ont abouti à la sélection des entreprises qui vont débiter les constructions de 2 centres de santé. Les véhicules destinés à la supervision et à la référence des patients vers l'Hôpital Général de Référence ont été remis.
Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats).					
<i>Lien entre les activités et l'output.</i>	Besoins de renforcer les activités de formation/encadrement du personnel, dotation en petit équipement médical, appui pour permanence l'amélioration de la disponibilité de l'énergie électrique dans les HGR				
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output</i>	Les activités de l'HGR de Mosango sont en constante amélioration avec l'effet conjugué du concours de l'ONG Belge « médecin sans vacances » et la présence d'un projet de contrôle de maladies neurologique en partenariat avec l'IMT d'Anvers.				
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence</i>	Les ECZ n'a pas encore un focus sur le développement des CS selon la progressivité.				
<i>Résultats inattendus</i>	Opportunité de l'implantation du laboratoire provincial à Mosango qui bénéficie d'un potentiel important aurait permis un plus grand impact de santé public plutôt qu'à Bandundu.				

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 marchés publics en vue de la construction de 2 centres de santé dans la zone de santé de Mosango a été attribué fin décembre 2012, le cahier de charge pour la construction de 2 CS dans la zones de santé de Mokala est en cours d'élaboration (début des travaux prévu au premier trimestre 2013). Leurs équipements sont en cours de commande.

2.5.2 Exécution budgétaire

L'exécution budgétaire est passée de 4% à 25% avec l'acquisition des véhicules pour l'appui aux activités et la commande de kits de communication internet VSAT

2.5.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficienc	C
Efficacité	C
Durabilité	C

2.6 Output 4 : Le niveau central est alimenté en informations pertinentes pour la planification du secteur à partir des recherches effectuées.

2.6.1 Analyse des progrès réalisés

Output 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 de la <i>Baseline</i>	Progrès année 2010	Progrès année 2011	Progrès année 2012	Cible finale	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	B	B	Capitalisation au niveau national et répliation 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 2011) et transformés en mémoire de Master 2 en Santé publique à l'Université de Nancy.	
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	B	B	La documentation concernant le processus de sélection des encadreurs polyvalents est complète. La documentation concernant la mise en route de l'ECP est en cours. Etude des déterminants des épidémies de typhoïde à Kikwit en cours. Résultats préliminaires présentés à Bobo-Dioulasso (JSSB 2012) et à Marseille (Pharo 2012)	
État d'avancement des principales activités				État d'avancement :		Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)	
				A	B		C
Renforcer la DEP (expert national)					A		
Organiser les échanges entre les volets du programme et entre le programme et le niveau central					A		
Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats).							
<i>Lien entre les activités et l'output.</i>	L'impact du lien avec le niveau central a facilité la prise en compte des innovations sur les sites ASSNIP4&5 sur la mise en œuvre de la réforme au niveau central.						
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de</i>	Les documents de capitalisation ont été rédigés avec l'encadrement de l'AT et les inputs du suivi scientifique. On peut aussi noter le rôle catalyseur de l'étude GRAP-PA sur la décentralisation sur les réflexions sur les réformes.						

<i>l'output</i>	
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence</i>	L'équipe cadre a encore le défi d'un encadrement rapproché dans le domaine de la recherche action et la rédaction médicale pour achever les documents entamés. un encadrement de proximité dans la démarche de capitalisation est nécessaire pour escompter une appropriation et une durabilité des acquis.
<i>Résultats inattendus</i>	L'opportunité du contrat cadre CTB/KIT dans le cadre de la capitalisation

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) en septembre 2011 sur l'approche systémique des soins de santé primaires. Une autre réunion régionale s'est tenue en octobre 2012 sur le financement des soins de santé et leur qualité. Une rencontre interprovinciale a été organisée à Bandundu sur la réforme du Niveau Intermédiaire pour les 4 Provinces appuyées par les ASSNIP. D'autres échanges ont permis aux EPP du Kwilu de partager les expériences de Kisangani (organisation et préparation de la revue Provinciale et du Comité Provincial de Pilotage du secteur de la santé, tarification forfaitaire au Bas Congo). Les thèmes de recherche ont déjà été identifiés et portent 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, participation communautaire). L'équipe internationale de suivi technique et scientifique intervient régulièrement depuis avril 2012 (retards liés aux procédures de marchés publics) et appuie tant la recherche documentaire et la rédaction que la recherche action.

2.6.2 Exécution budgétaire

On note une utilisation satisfaisante des lignes budgétaires passé de 38% à 61%.

2.6.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficiences	B
Efficacité	B
Durabilité	C

2.7 Output 5 : L'approvisionnement des Zones de santé en médicament est amélioré

2.7.1 Analyse des progrès réalisés

Output 5: L'approvisionnement des ZS du District en médicaments est amélioré						
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Progrès année 2010	Progrès année 2011	Progrès année 2012	Cible finale	Commentaires
Ruptures de stocks dans les HGR et les CS diminués.-	Ruptures de stocks fréquentes et régulières ; approvisionnements désordonnés.	D	D	C	B	<p>Une ligne de crédit a été ouverte au profit de la CDR de Kikwit. La signature de conventions entre CDR et ASSNIP d'une part, entre CDR et zones de santé d'autre part permettra d'améliorer la gestion du médicament.</p> <p>La CDR de Bandundu est en faillite et n'a pas mis en œuvre les solutions proposées par les partenaires.</p>
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	C	B	<p>Les principes de gestion et d'utilisation du médicament dans la Zone de Santé ont été adoptés par les zones de santé ayant signé convention avec la CDR et pourraient être rendus contraignants par le CPP.</p>
État d'avancement des <u>principales</u> activités			État d'avancement :		Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)	
			A	B	C	D
Ouvrir une ligne budgétaire au profit du CDR Kikwit				B		
Analyse de la gestion du médicament dans les zones						C
<p>Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats).</p>						
<i>Lien entre les activités et</i>	La collaboration avec le projet CDR2 a permis de débiter des activités d'inspection médicale. les					

<i>l'output.</i>	activités d'encadrement, de sensibilisation et formation du personnel à la gestion des médicaments et la rationalisation de la prescription médicale seront un atout pour aborder l'année 2013.
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output</i>	2 Zones de santé ont signé des conventions avec la CDR et disposent d'un premier stock de médicaments
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence</i>	Faible coordination des intervenants et pas encore de consensus sur les critères d'attribution de dotations aux zones de santé dans le respect de la pérennité de l'approvisionnement en médicament.
<i>Résultats inattendus</i>	Apport de médicaments anti malaria par la coopération coréenne

En l'absence d'un groupe de travail formel 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 défaut de remplir cette condition, ASSNIP en collaboration avec le projet CDR 2 a établi un dispositif basé sur une convention entre la CDR et les zones de santé pour qu'elles puissent bénéficier d'une ligne de crédit auprès de la centrale, alimentée en fonction des contributions de la Zone de Santé et qu'elles améliorent objectivement la gestion de leurs médicaments.

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

La gestion du médicament dans les zones est en cours d'amélioration et ces progrès en cours de capitalisation. Un travail conjoint entre le Programme National d'Approvisionnement en Médicaments (PNAM), le projet CTB CDR2, la Centrale de Distribution Régionale de Bandundu, le BDOM d'Idiofa et l'équipe de la DPS Kwilu permet de préparer la pérennité de l'approvisionnement en médicaments dans chaque Zone de Santé.

2.7.2 Exécution budgétaire

L'évolution de la consommation de la ligne budgétaire (de 11% à 47%) est tributaire des délais ayant été nécessaires pour la négociation de la signature des conventions de collaboration avec la CDR Kikwit.

2.7.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficienc	C
Efficacité	C
Durabilité	C

3 Thèmes transversaux

3.1 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, surtout en Province.
- 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 a été mené dans la Zone de Santé de Bandundu.

3.2 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.

3.3 Autre : capitalisation

Capitalisation : deux acquis notables.

- 1- Les membres de l'ECP du Kwilu ont été formés à la capitalisation, processus de documentation et analyse continues, débouchant sur l'écriture et l'analyse d'expériences en vue de la diffusion des leçons apprises et bonnes pratiques. Cette capacité à capitaliser constitue une étape vers le processus de recherche action.
- 2- Les expériences déjà capitalisées ont pu être diffusées sous forme de bonnes pratiques à usage national : processus de sélection des cadres Provinciaux, formation des équipes cadres Provinciales, mutuelles des femmes enceintes, clinique du diabète, gestion du médicament.

4 Pilotage et apprentissage

4.1 Plan d'action

Plan d'action	Source	Acteur	Date limite
<i>Description de l'action/la décision à prendre.</i>	<i>Le sous-chapitre auquel l'action/la décision se réfère</i>	<i>Le responsable de la prise de décision/action</i>	<i>l'année 2013</i>
Renforcement de l'organisation de la DPS	2.3.1	coordo DPS	Q1, Q2
Renforcer les cadres de concertations (opportunité du CCIA)	2.3.1	coordo DPS	Q1, Q2
Renforcer le métier de gestion des ressources (formation, encadrement, audit)	2.3	Coordonateur DPS	Q1, Q2
Encadrer intensément les ECZ et les focaliser sur les ZS de développement de Mosango et Mokala	2.3.1	coordo DPS	Q1, Q2
Finaliser les documents de capitalisation entamés	2.6	Coordo DPS	Q1, Q2
Appuyer prioritairement la mise en œuvre des activités du PMA dans l'HGR et au moins 1 CS de la ZS de Mosango (équipement, encadrement intensif, formation à l'utilisation des ordinogrammes)	2.5	Cordo DPS et MCZ	Q1, Q2 ; Q3, Q4
Edicter des procédures d'approvisionnement en MEG des ZS et assurer un encadrement intensif de la gestion des MEG selon les conventions	2.7.1	Coordo DPS et MCZ	Q1, Q2

4.2 Enseignements tirés

Enseignements tirés	Public cible
<p>La mise en place d'une réforme rencontre obligatoirement des résistances qui se traduisent par des stratégies de diversion et de temporisation sous-tendues par des attitudes de discours, accaparement et opacité, de « neutra-domination » et d'évitement.</p> <p>Cette expérience permet de démontrer que le modèle de planification de ce type d'intervention ne peut pas être basé sur la gestion du cycle de projet (ou cadre logique) mais plutôt sur une approche systémique.</p> <p>S'agissant d'un processus de changement où les interactions entre environnement, acteurs et interventions doivent continuellement être prises en compte, une approche systémique comme celle de la méthodologie outcome mapping pourrait probablement être plus adaptée à ce type d'appui institutionnel.</p>	<p>Siège de la CTB : EST pour la formulation, Direction pour l'approche.</p>

5 Annexes

5.1 Cadre logique d'origine

Logique de l'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses et risques
Objectif général			
L'état de santé de la population est amélioré dans les territoires d'intervention du programme : la future province du Sud-Ubangi, Province de l'Equateur et la 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, efficaces, accessibles) par des processus d'amélioration progressive qui forment un modèle largement reproductible dans la République Démocratique du Congo	Les pathologies importantes (césarienne, péritonite...) en provenance de la zone, sont correctement prises en charge à l'HGR	Rapports des Hôpitaux	1. Le contexte politico-militaire demeure stable et ne provoque aucun changement de nature à induire une interruption de la coopération
	Les problèmes de santé de la population couverte sont puis en charge par une équipe de CSI intégrée	Organisation du Travail au CSI	2. La situation socio-économique s'améliore et entraîne une amélioration du pouvoir d'achat des populations
	Des résultats de recherche sur différents thèmes - financement- équipes cadre, assurance de qualité des soins... sont disponibles	Documentation du programme	3. Un engagement significatif de l'Etat dans le financement de la santé
	Les soins obstétricaux non-couverts sont diminués sensiblement dans les zones d'intervention Les pratiques inadaptées et potentiellement nuisibles aux femmes, notamment les césariennes et transfusions sanguines au niveau des centres de santé sont arrêtées		4. Le processus de réforme du secteur de la santé se poursuit 5. Les différents intervenants acceptent de financer le plan de couverture de la province
Volet 5 : Kwilu			
Résultat V5/R1			
L'Equipe Cadre Provinciale est opérationnelle	Un plan de développement provincial a été dressé	Document disponible	La décentralisation se poursuit sans troubles politiques
	Sa composition, ses fonctions, ses modes de fonctionnement sont déterminés	Progress reports disponibles	Les autorités sanitaires au niveau central s'engagent dans un recrutement objectif des membres des équipes cadres
	Les actions des bailleurs sont coordonnées au niveau provincial autour de la SRSS	PV de réunions de l'ECP	
V5/R1/A1 Mobiliser les expertises nécessaires au fonctionnement de l'ECP			
V5/R1/A2 Soutenir l'élaboration du plan de développement de la Province			
V5/R1/A3 Soutenir l'élaboration de modèles de partenariat public/privé			
V5/R1/A4 Soutenir les appuis aux zones de santé			
Résultat V5/R2			
Des Equipes Cadres de Zones sont opérationnelles	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	Document reprenant la répartition du travail de l'Equipe disponible	Les autorités sanitaires au niveau central et provincial s'engagent dans un recrutement objectif des membres des équipes cadres
V5/R2/A1 Mettre en place l'Equipe Cadre de la ZS 5/1			
V5/R2/A2 Mettre en place l'Equipe Cadre de la ZS 5/2			

Resultat V5/R3			
Les structures opérationnelles sont progressivement renforcées	L'hôpital assure le PCA et au moins un CSI assure le PMA intégré dans la ZS 5/1	Rapports de l'HGR et de la ZS	Le personnel de santé au niveau opérationnel est rationalisé
	L'équipe de direction de l'HGR de la ZS 5/1 est en place.		
	L'HGR de la ZS 5/1 est organisé en Unités Fonctionnelles et assure le PCA pour la zone	Rapport de l'HGR	
V5/R3/A1 Renforcer la Zone de Santé 5/1			
V5/R3/A2 Renforcer la Zone de Santé 5/2			
Resultat V5/R4			
Le niveau central est alimenté en informations pertinentes pour la planification du secteur à partir de recherches effectuées par le volet 5	Contribution de l'assistance technique au développement de la Province Médicale et de la Zone de Santé	Rapports de la SMCL	La désignation par le MSP d'un cadre additionnel à la DEP est réalisée à temps en tenant compte de capacités réelles de la personne
	La documentation des travaux de recherche est effective	Documents disponibles	
V5/R4/A1 Renforcer la DEP (expert national)			
V5/R4/A2 Organiser les échanges entre les volets du programme et entre le programme et le niveau central			
Resultat V5/R5			
L'approvisionnement des ZS de la future province en médicaments est amélioré	Ruptures de stocks dans les HGR et les CS diminués	Rapport d'activité des FS	La vaste majorité des médicaments est disponible au niveau des Centrales d'achat
	Accroissement des transactions entre les ZS et le CDR	Rapport d'activité du CDR	
V5/R5/A1 Ouvrir une ligne budgétaire au profit du CDR Kikwit			

5.2 Cadre logique mis à jour

Le cadre logique ne subit pas de modification pour la période restante du projet.

5.3 Aperçu des MoRe Results

Résultats ou indicateurs du cadre logique modifiés au cours des 12 derniers mois ?	Non
Rapport de <i>Baseline</i> enregistré dans PIT ?	Pas d'études baseline spécifique réalisée
Planning de l'EMP	Réalisé en Avril-mai 2012
Planning de l'évaluation finale	Non
Missions de backstopping depuis le 01/01/2012	Novembre 2012

5.4 Rapport « Budget versus Actuels (y – m) »

Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of RDC0710111												
Project Title : ASSNIP : volet 4 : Equateur Nord et Bandundu - Districts du Sud-Ubangi et Kwilu												
Budget Version : D04 Year to month : 31/12/2012												
Currency : EUR												
YIM : Report includes all closed transactions until the end date of the closed closing												
Status	Fin Mode	Amount	2012				Total	Total Exp	Balance	% Exec		
			2011	Q1	Q2	Q3					Q4	
A LES SOINS DE SANTÉ AU SUD-		3,924,653,00	321,201,72	329,949,76	199,668,52	128,360,85	281,843,45	339,628,78	1,760,330,60	2,193,322,50	45%	
01 L'Equipe Cadre Provinciale		897,620,00	311,629,03	86,275,45	45,370,85	32,279,53	40,175,21	187,101,04	499,030,09	398,569,92	50%	
	01 Mobiliser les expertises	REGIE	585,470,00	187,709,80	40,175,14	34,650,27	27,636,07	18,409,68	120,851,67	309,859,87	277,310,13	53%
	02 Soutenir l'élaboration du	REGIE	67,895,00	15,762,81	11,259,10	1,059,75	1,427,41	15,594,56	29,329,90	45,092,71	22,802,29	66%
	03 Soutenir l'élaboration de	REGIE	21,000,00	0,00						0,00	21,000,00	0%
	04 Soutenir les appuis aux	REGIE	222,265,00	109,567,42	13,891,12	13,621,83	5,216,05	6,161,07	36,910,00	146,277,50	76,977,50	65%
02 Des Equipes Cadres de		476,513,00	220,100,00	21,624,51	28,090,58	31,781,39	20,516,00	181,953,14	322,153,13	154,359,87	68%	
	01 Mettre en place l'Equipe	REGIE	165,000,00	71,528,99	7,894,52	10,934,24	10,235,62	12,000,51	40,865,30	112,404,38	52,595,62	68%
	02 Mettre en place l'Equipe	REGIE	138,513,00	83,085,91	11,282,99	6,301,76	6,703,62	3,550,85	29,931,23	93,027,14	43,485,86	68%
	03 Mettre en place et	REGIE	100,000,00	58,387,71	899,17	5,555,32	5,506,33	2,533,88	14,804,70	73,902,41	26,997,59	73%
	04 Mettre en place et	REGIE	75,000,00	27,157,39	1,967,82	5,259,15	7,013,82	2,321,03	16,561,81	43,719,20	31,280,80	58%
03 Les structures		1,670,000,00	47,541,60	58,475,76	45,231,15	41,328,65	51,804,05	226,840,80	274,382,62	1,395,617,38	16%	
	01 Renforcer la Zone de Santé	REGIE	700,000,00	45,555,69	41,820,73	16,493,21	12,314,27	18,147,65	58,776,16	134,332,08	586,667,95	19%
	02 Renforcer la Zone de Santé	REGIE	520,000,00	679,69	38,495,03	13,965,70	5,258,90	11,773,54	73,490,58	74,169,27	448,830,73	14%
	03 Renforcer la Zone de Santé	REGIE	250,000,00	651,39	3,961,31	7,385,62	7,483,58	3,237,12	22,077,65	22,729,04	227,270,93	9%
	04 Renforcer la Zone de Santé	REGIE	200,000,00	565,83	4,177,69	7,395,62	12,293,06	16,540,54	42,495,43	43,152,26	156,847,74	22%
04 Le niveau central est		243,620,00	62,721,83	15,104,71	28,974,31	13,970,75	25,979,45	83,929,82	146,651,65	96,968,35	60%	
	01 Renforcer la DEP (expert	REGIE	187,840,00	45,561,78	15,104,71	28,974,31	13,970,75	21,729,37	79,773,74	125,335,52	62,504,46	67%
		REGIE	10,000,000,00	2,476,491,30	620,790,82	473,632,02	722,058,16	1,016,619,64	2,832,010,63	5,308,411,94	4,691,588,06	53,90
		COGEST										
		TOTAL	10,000,000,00	2,476,491,30	620,790,82	473,632,02	722,058,16	1,016,619,64	2,832,010,63	5,308,411,94	4,691,588,06	53,90



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

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

Budget Version : **D04** Year to month : **31/12/2012**

Currency : **EUR**

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

	Status	Fin Mode	Amount	2012				Total	Total Exp.	Balance	% Exec	
				2011	Q1	Q2	Q3					Q4
02 Organiser les échanges		REGIE	66.680,00	17.190,05			4.190,06	4.190,06	21.316,13	34.363,87	38%	
05 L'approvisionnement des ZS			637.000,00	178.819,06	139.486,34	49.231,45	8.828,12	143.268,05	339.793,98	618.613,02	118.386,98	81%
01 Ouvrir une ligne budgétaire		RFGIE	637.000,00	178.819,06	139.486,34	49.231,45	8.828,12	143.268,05	339.793,98	518.613,02	118.386,98	81%
6 LES SOINS DE SANTE AU			3.696.814,00	481.074,12	98.665,65	130.539,58	380.227,49	627.564,25	1.146.696,96	1.548.071,09	2.149.742,91	42%
01 L'Equipe Cadre Provinciale			584.620,00	154.083,98	59.258,64	53.161,34	46.629,66	135.943,77	281.584,41	445.960,40	138.051,60	78%
01 Mobiliser les expertises		REGIE	534.620,00	147.780,75	65.199,75	62.678,80	46.424,06	97.703,66	252.306,45	400.087,21	134.532,78	75%
02 Soutenir l'élaboration du		RFGIE	0,00	0,00			48,30		48,30	48,30	-48,30	0%
03 Soutenir l'élaboration de		RFGIE	0,00	0,00			48,31		48,31	48,31	-48,31	0%
04 Soutenir les appuis aux		REGIE	50.000,00	8.303,22	1.058,89	182,55		38.299,62	39.481,36	45.784,66	4.216,42	92%
02 Des Equipes Cadres de			577.430,00	21.570,35	32.317,39	46.877,39	62.841,38	113.789,78	244.618,83	266.187,23	311.242,77	48%
01 Mettre en place l'Equipe		REGIE	352.260,00	21.570,35	32.317,39	44.471,31	52.503,71	113.660,02	242.853,03	264.423,38	87.836,52	75%
02 Mettre en place l'Equipe		RFGIE	225.170,00	0,00		1.405,42	137,67	220,76	1.763,65	1.763,65	223.406,15	1%
03 Les structures			1.749.094,00	87.270,39	1.863,51	3.895,20	76.087,01	255.427,40	537.353,21	434.653,67	1.314.430,43	25%
01 Renforcer la Zone de Santé		REGIE	1.280.528,00	86.486,38	1.413,51	3.645,20	75.647,01	246.315,68	528.621,60	415.408,56	806.117,44	32%
02 Renforcer la Zone de Santé		REGIE	468.566,00	8.783,40	450,00	450,00	450,00	9.111,61	10.461,61	18.246,01	449.312,69	4%
04 Le niveau central est			205.680,00	53.128,81	3.226,10	27.505,70	14.518,44	22.412,22	72.662,46	125.791,27	75.888,73	61%
01 Renforcer la DEP (expert)		REGIE	0,00	0,00					0,00	0,00	0,00	0%
02 Organiser les échanges		REGIE	205.680,00	53.128,81	3.226,10	27.505,70	14.518,44	22.412,22	72.662,46	125.791,27	75.888,73	61%
		REGIE	10.000.000,00	2.478.401,30	620.700,82	473.632,02	722.058,16	1.015.619,64	2.832.010,63	5.308.411,94	4.691.588,06	53,00
		COGEST										
		TOTAL	10.000.000,00	2.478.401,30	620.700,82	473.632,02	722.058,16	1.015.619,64	2.832.010,63	5.308.411,94	4.691.588,06	53,00



Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of RDC0710111 - Year to Month 31/12/2012

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

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

Budget Version : **D04**

Year to month : 31/12/2012

Currency : **EUR**

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

	Status	Fin Mode	Amount	2012				Total	Total Exp.	Balance	% Exec.	
				2011	Q1	Q2	Q3					Q4
05 L'approvisionnement des ZS			500.000,00	75.020,62			203.450,00	203.450,00	275.470,82	504.528,39	47%	
01 Ouvrir une ligne budgétaire		REGIE	500.000,00	75.020,62			203.450,00	203.450,00	275.470,82	504.528,39	47%	
X RESERVE BUDGETAIRE (MAX)			0,00	0,00					0,00	0,00	?	
01 Réserve budgétaire			0,00	0,00					0,00	0,00	?	
01 Réserve budgétaire REGIE		REGIE	0,00	0,00					0,00	0,00	?	
Z MOYENS GENERAUX			2.378.533,00	1.254.126,46	162.084,41	143.223,52	203.661,03	205.411,93	745.394,89	1.999.810,36	579.022,65	84%
01 Frais de personnel			1.588.438,00	981.632,01	144.986,59	105.393,38	105.313,19	118.228,81	475.674,93	1.457.566,94	130.871,08	82%
01 Engager un conseiller		RFCIE	1.138.033,00	667.918,59	61.869,68	66.110,25	66.836,84	80.514,50	353.228,37	1.021.146,96	118.886,05	90%
02 Ressources financières et		REGIE	200.000,00	165.340,78	45.866,18				45.866,18	231.306,94	18.693,06	93%
03 Engager équipe du projet		REGIE	200.405,00	128.432,67	17.636,50	20.263,01	18.675,55	20.714,32	76.680,38	205.113,06	-4.708,05	102%
02 Investissements (pour les			95.200,00	69.803,00	260,29	402,06	521,14	2,68	1.188,48	70.889,48	25.210,62	74%
01 2 véhicules (1 pour chaque		RFCIE	50.000,00	30.000,00						30.000,00	20.000,00	60%
02 Equipement bureaux CT		REGIE	12.000,00	12.376,07	18,35	106,46	36,54	2,58	162,32	12.538,39	-538,36	104%
03 Equipement IT bureaux CT		REGIE	17.000,00	17.439,52	243,84		48,90		292,84	17.732,36	-732,36	104%
04 Aménagements du bureaux		RFCIE	17.200,00	5.997,41		296,61	495,74		731,35	10.716,73	6.481,27	62%
03 Frais de fonctionnement			421.950,00	125.177,21	29.045,92	37.034,06	34.387,14	44.296,01	144.703,13	268.880,34	152.088,89	64%
01 Loyer du bureau		REGIE	13.800,00	10.107,87	288,45	2.643,88	2.602,03	2.321,40	7.555,74	17.863,61	-4.363,61	132%
02 Services et frais de		REGIE	10.100,00	12.745,84	5.193,93	4.608,50	4.984,63	2.586,49	17.640,54	30.286,18	-20.186,18	300%
		REGIE	10.000.000,00	2.476.401,39	820.700,82	473.832,02	722.058,16	1.015.619,64	2.832.010,63	5.306.411,94	4.691.588,06	63,00%
		COGEST										
		TOTAL	10.000.000,00	2.476.401,39	820.700,82	473.832,02	722.058,16	1.015.619,64	2.832.010,63	5.306.411,94	4.691.588,06	63,00%



Document Access: "Budgets Month" by Quarter of RDC0710111 - Period: 31/12/2012

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

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

Budget Version : **D04** Year to month : 31/12/2012

Currency : **EUR**

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

	Status	Fin Mode	Amount	2012				Total	Total Exp.	Balance	% Exec	
				2011	Q1	Q2	Q3					Q4
03 Frais de fonctionnement		REGIE	45.000,00	23.038,09	5.819,24	3.546,71	5.077,84	3.554,69	19.103,28	42.236,37	2.789,85	94%
04 Télécommunications		REGIE	24.700,00	15.233,63	2.903,24	435,85	1.378,32	2.116,94	6.536,74	22.070,37	2.929,85	69%
05 Fournitures de bureau		REGIE	14.800,00	6.083,76	1.830,56	1.106,34	178,56	1.586,38	4.801,97	13.685,72	-1.686,77	116%
06 Missions CT		REGIE	54.750,00	32.626,96	6.375,56	3.586,36	884,53	474,31	10.325,66	43.152,82	11.607,88	79%
07 Frais de représentation et		REGIE	6.000,00	828,17	467,41	228,76	169,26	31,20	866,54	1.716,81	4.283,19	29%
08 Formation; bourses		REGIE	290.000,00	14.697,47	4.189,20	18.965,50	13.298,60	27.467,13	61.909,42	76.597,89	173.402,11	31%
09 Frais financiers		REGIE	6.000,00	6.815,85	2.929,82	3.712,89	4.916,77	3.796,58	15.355,14	22.170,77	-16.170,77	370%
04 Audit et Suivi et Evaluation			271.945,00	77.643,68	19.205,29	-576,97	63.439,05	42.844,13	125.013,00	202.656,55	68.288,45	75%
01 Monitorer et évaluer le		REGIE	200.000,00	76.133,97	18.012,96	-707,35	53.678,09	42.644,13	114.128,23	188.282,20	10.737,80	95%
02 Audits annuels		REGIE	45.000,00	1.192,56						1.182,08	43.847,94	3%
03 Backstopping		REGIE	26.945,00	1.357,55	1.192,32	-131,68	9.580,46		10.884,78	12.242,29	14.732,71	45%
99 Conversion rate adjustment			0,00	-180,32	-1.382,64				-1.382,64	-1.582,96	1.582,66	2%
98 Conversion rate adjustment		REGIE	0,00	-180,32	-1.382,64				-1.382,64	-1.582,96	1.582,66	2%
		REGIE	10.000.000,00	2.476.401,30	620.700,82	473.632,02	722.058,16	1.015.619,64	2.832.010,63	5.308.411,94	4.691.588,06	53,00
		COGEST										
		TOTAL	10.000.000,00	2.476.401,30	620.700,82	473.632,02	722.058,16	1.015.619,64	2.832.010,63	5.308.411,94	4.691.588,06	53,00



Document Actions (Year to Month, by Quarter) of RDC0710111 - Period as of 31/12/2012

5.5 Ressources

L'acquisition des véhicules permettra d'assurer une plus grande mobilité des équipes cadres au niveau de la DPS et des ZS. Une dotation plus accrue de ressources pour la supervision et le fonctionnement des ECZ permettra d'accélérer l'atteinte de l'output sur la qualité des soins dans les formations sanitaires.

Plusieurs documents/rapports sont disponibles sur la mise en œuvre du processus de réforme, et ont été présentés lors de conférences internationales et sous régionales avec l'accompagnement de l'assistance technique.

5.6 Décisions prises par la SMCL et suivi

Décision à prendre					Action			Suivi	
Décision à prendre	Période d'identification	Timing	Source	Acteur	Action(s)	Resp.	Date limite	État	Statut
Prendre un arrêté instituant de manière formelle les DPS	juin 2012	Aout 2012	SMCL	MSP	Signature arrêté		Aout 2012	Réalisé nov 2012	OK
Accélérer les procédures de constructions et réhabilitation des infrastructures	Nov 2011		SMCL	CTB	Utilisation de l'expertise de l'architecte de la CTB pour finaliser les CSC	CTB	Déc 2012	réalisé	
Harmoniser les procédures et actions entre ASSNIP 5 et CDR 2	Nov 2012		SMCL	SMCL	Planification concertée inter projet	AT	T1 2013	En cours	
Mettre à disposition un terrain pour construction du bureau de la DPS à Kikwit, en attendant allouer bureau PNMLS provisoirement	Juin 2012		PROGO UV	SMCL	Octroi terrain et bureau DPS	Gouv	Nov 2012	réalisé	OK
Prolongation du projet jusqu'au 31 12 2013	06 11 2012	1 an	SMCL		A soumettre au COMPAR	Prés SMCL	1mois	OK	OK
Adoption du réaménagement budgétaire proposé	06 11 2012	1 an	SMCL						
Tenir une SMCL extra-ordinaire à Kikwit pour étudier La problématique de mise en œuvre de la DPS Kwilu	06 11 2012	1 mois	SMCL	SMCL	Organiser une réunion à Kikwit	SMCL	12 2012	réalisé le 18 12	OK
Pourvoir à la vacance de l'Assistance technique	18.12. 2012	1mois	SMCL	SMCL	L'AT en charge du volet ASSNIP4 assure la coordination	CTB	immédiat	réalisé	OK
Motiver le choix de Kikwit comme siège de la DPS Kwilu	18.12.2012	1 mois	SMCL	ProGouv	Lettre de plaidoyer au Ministère de la santé	Gouverneur	1 mois	En cours	
					Revisiter l'arrêté DPS	MSP	1 mois	En cours	