



BTC



RAPPORT DES RESULTATS 2012

PROJET ASSNIP1 BAS CONGO :
PHASE DE CONSOLIDATION DES ACQUIS
CODE NAVISION : RDC1015711



REMISE ET REPRISE CHARROI VEHICULE DPS/ZS PAR ASSNIP 1 BC

ACRONYMES	4
1 APERÇU DE L'INTERVENTION (MAX. 2 PAGES)	6
1.1 FICHE PROJET	6
1.2 PERFORMANCES DU PROJET	7
1.3 EXECUTION BUDGETAIRE.....	7
1.4 RESUME.....	7
2 ANALYSE DE L'INTERVENTION	9
2.1 CONTEXTE	9
2.1.1 <i>Contexte général</i>	9
2.1.2 <i>Contexte institutionnel</i>	9
2.1.3 <i>Contexte de gestion : modalités d'exécution</i>	10
2.1.4 <i>Contexte HARMO</i>	10
2.2 OUTCOME	11
2.2.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	11
2.2.2 <i>Gestion des risques</i>	14
2.2.3 <i>Impact potentiel</i>	16
2.2.4 <i>Critères de qualité</i>	17
2.3 OUTPUT 1	21
2.3.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	21
2.3.2 <i>Exécution budgétaire</i>	23
2.3.3 <i>Critères de qualité</i>	23
2.4 OUTPUT 2	24
2.4.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	24
2.4.2 <i>Exécution budgétaire</i>	25
2.4.3 <i>Critères de qualité</i>	25
2.5 OUTPUT 3	26
2.5.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	26
2.5.2 <i>Exécution budgétaire</i>	27
2.5.3 <i>Critères de qualité</i>	28
2.6 OUTPUT 4	29
2.6.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	29
2.6.1 <i>Exécution budgétaire</i>	30
2.6.2 <i>Critères de qualité</i>	30
3 THEMES TRANSVERSAUX	31
3.1 GENRE	31

3.2	ENVIRONNEMENT	31
3.3	AUTRE	31
4	PILOTAGE ET APPRENTISSAGE	32
4.1	PLAN D'ACTION	32
4.2	ENSEIGNEMENTS TIRES.....	39
5	ANNEXES.....	41
5.1	CADRE LOGIQUE D'ORIGINE.....	41
5.2	CADRE LOGIQUE MIS A JOUR	47
5.3	APERÇU DES MORE RESULTS.....	48
5.4	RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS (Y – M) »	49
5.5	DECISIONS PRISES PAR LA SMCL ET SUIVI.....	51

Acronymes

ASSNIC	Appui au Système de Santé au Niveau Central
ASSNIP	Appui au Système de Santé au Niveau Intermédiaire et Périphérique
AT (I ou N)	Assistant Technique (International ou National)
BC	Bas-Congo
CA	Conseil d'Administration
BDOM	Bureau Diocésaine des Œuvres Médicales
CAAMEBO	Centrale d'Achat et d'Approvisionnement en Médicament du Bas-Congo-Ouest
CDR	Centrale de Distribution Régionale (de médicaments et consommables médicaux)
COGE	Comité de Gestion
COMPAR	Comité de Pilotage des Partenaires
CS	Centre de Santé
CTB	Coopération Technique Belge
CPP-SS	Comité provincial de Pilotage du Secteur de Santé
DAO	Dossier d'Appel d'Offre
DEP	Direction des Etudes et de la Planification du Ministère de la Santé Publique
DGD	Direction Générale au Développement
PS	Division Provinciale de la Santé
DSNIS	Division du Système National d'Information Sanitaire (division de la DSSP)
DSSP	Direction des soins de santé primaires
DTF	Document Technique et Financier
ECP	Equipe Cadre Provinciale
ECZS	Equipe Cadre des Zones de Santé
EEP	Encadreur Provincial Polyvalent
ETD	Entités Territoriales Décentralisées
FM/ATM	Fond Mondial de lutte contre la malaria, tuberculose et VIH/SIDA
GAVI/RSS	Global Alliance for Immunization and Vaccination / Renforcement du Système de Santé
HGR	Hôpital Général de Référence
IMP	Inspection Médicale Provinciale
IPS	Inspection Provinciale de la Santé
ITM	Institut Technique Médical
M&E	Monitoring et Evaluation
MEG	Médicaments Essentiels et Génériques
MIP	Médecin Inspecteur Provincial
MP	Marchés Publiques
MSP	Ministère de la Santé Publique
MSPP	Ministère de la Santé Publique Provinciale
NI	Niveau Intermédiaire
NIP	Niveau Intermédiaire et Périphérique

OMD	Objectif du Millénaire de Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAO/PF	Plan d'Action Opérationnel / Plan Financier (pour l'année)
PCA	Paquet complémentaire d'activités
PDH	Plan Directeur Hospitalier
PIP	Pharmacien Inspecteur Provincial
PMA	Paquet minimum d'activités
PNAME	Programme Nationale d'Approvisionnement en Médicaments
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNDRH	Plan de Développement National Des Ressources Humaines
PPDS	Plan Provincial de Développement Sanitaire
PDZS	Plan de Développement de la Zone de Santé
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
Q1, Q2	Trimestres (de point de vue du décaissement financier)
RH	Ressources Humaines
ROI	Règlement d'ordre intérieur
SG	Secrétaire General
SMCL	Structure mixte de concertation locale
SR	Santé de la Reproduction
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SSP	Soins de santé primaires
SWAP	Sector Wide Approach
THA	Programme de Lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine
ZS	Zone de Santé

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

1.1 Fiche projet

Nom du projet	Projet d'appui au système de santé aux niveaux intermédiaire et périphérique (ASSNIP) dans 5 zones de santé du Bas-Congo: phase de consolidation des acquis
Code du projet	RDC1015711
Emplacement	Bas Congo (Division Provinciale de la Santé à été Matadi et cinq(5) Zones de Santé en développement: Boma, Lukula, Kisantu, Nselo et Ngidinga
Budget	Total : 7.633.000€
Institution partenaire	Ministère de la Santé Publique
Date de la Convention de mise en œuvre	12 décembre 2011 (effective : avril 2012) – Décembre 2013
Durée (mois)	24 mois (effective 21 mois)
Groupes cibles	La DPS de Matadi et les populations des zones de santé appuyées
Impact ¹	L'état de santé de la population est amélioré dans les zones d'intervention dans le cadre global de lutte contre la pauvreté
Outcome	Le système de santé du Bas-Congo de manière durable à travers le renforcement de la DPS et des ZS de Kisantu, Nselo, Ngidinga, Boma et Lukula est consolidé.
Outputs	Résultat 1 : L'ECP assure un appui de qualité aux ZS et est placée dans les conditions optimales pour piloter la mise en œuvre du PPDS.
	Résultat 2 : Les équipes cadres en place dans les ZS de Kisantu, Nselo, Ngidinga, Lukula et Boma assurent l'encadrement des formations sanitaires de premier contact (CS) et de premier niveau de référence (HGR) conformément aux directions données par la SRSS en permettant la poursuite de l'expérimentation de la mise en œuvre de cette stratégie
	Résultat 3 : Dans les ZS de Kisantu, Nselo, Ngidinga, Boma et Lukula, l'HGR et un nombre limité de formations sanitaires de premier contact faisant partie de la carte sanitaire de la ZS, sont rationalisés par rapport l'accessibilité financière, à la qualité des soins et à la qualité de gestion. Ces formations sanitaires fonctionnent dans un système intégré conforme aux prescriptions de la SRSS.
	Résultat 4 : L'apprentissage basé sur les évidences et expériences de terrain est assuré en vue de renforcer la politique de santé au niveau provincial et au niveau central.

¹ L'impact équivaut à l'objectif général, l'outcome à l'objectif spécifique et l'output au résultat

1.2 Performances du projet

	Effizienz	Efficacité	Durabilité
Outcome Consolider le système de santé du Bas-Congo de manière durable à travers le renforcement de la DPS et des ZS de Kisantu, Nselo, Ngidinga, Boma et Lukula	C	C	D
Output			
R1 : L'ECP assure un appui de qualité aux ZS et est placée dans les conditions optimales pour piloter la mise en œuvre du PPDS.	C	C	D
R2 : Les équipes cadres en place dans les ZS de Kisantu, Nselo, Ngidinga, Lukula et Boma assurent l'encadrement des formations sanitaires de premier contact (CS) et de premier niveau de référence (HGR) conformément aux directions données par la SRSS en permettant la poursuite de l'expérimentation de la mise en œuvre de cette stratégie	B	B	C
R3 : Dans les ZS de Kisantu, Nselo, Ngidinga, Boma et Lukula, l'HGR et un nombre limité de formations sanitaires de premier contact faisant partie de la carte sanitaire de la ZS, sont rationalisés par rapport l'accessibilité financière, à la qualité des soins et à la qualité de gestion. Ces formations sanitaires fonctionnent dans un système intégré conforme aux prescriptions de la SRSS.	B	B	D
R4 : L'apprentissage basé sur les évidences et expériences de terrain est assuré en vue de renforcer la politique de santé au niveau provincial et au niveau central.	B	B	C

1.3 Exécution budgétaire



Budget total	Dépenses année N	Solde	Taux de décaissement total
7.633.000 €	1 569 127 €	6 063 873€	21%

1.4 Résumé

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

- L'implémentation des activités a effectivement débuté en juin 2012. Et sera clôturée en décembre 2013. Par contre l'exécution des travaux des MP sera poursuivie en 2014. La durée effective pour atteindre les quatre résultats de «consolidation» est de 18 mois

- L'appui à la réforme du niveau intermédiaire et périphérique NIP a commencé en 2007 tel que prévu dans le document stratégique du ministère de la santé. La perception actuelle du projet est que les préalables au démarrage de la mise en œuvre de la réforme sectorielle au niveau intermédiaire n'ont pas été négociés d'une manière efficace avec le gouvernement congolais dans le contexte de la réforme de l'administration publique. La Constitution a établi la Décentralisation comme mode de gestion des affaires provinciales et locales par des organes élus. Elle confère aux provinces des compétences exclusives dans l'organisation et la gestion des soins de santé primaires. Ce nouveau mode de gestion nécessite un transfert de compétences, des ressources et des charges aux provinces et aux Entités Territoriales Décentralisées (ETD), et donc, une clarification des missions des trois niveaux de l'exercice du pouvoir (le centre, les provinces et les ETD). A ce jour, moins des préalables se sont matérialisés après 6 ans de la signature de la constitution à savoir la dotation par le ministère de la stratégie sectorielle et son plan de mise en œuvre et en fin un cadre organique provisoire en voie de vulgarisation. La Stratégie de renforcement du système de santé (SRSS) et le PNDS 2011-2015 sont des documents techniques et non politiques pour amorcer un tel processus de réforme de l'administration publique qui demande une volonté et un engagement politique éclairés. En plus la rationalisation qui est un axe important de la réforme est extrêmement complexe en absence d'un PNDRH national et provincial. Subséquemment les rationalisations déjà effectuées ne sont pas protégées. Pour la rationalisation des RH par exemple un nouveau personnel est régulièrement affecté dans les formations sanitaires déjà rationalisées sans tenir compte des normes créant ainsi des tensions et la confusion.
- L'ancien IMP fonctionnel actuellement au niveau intermédiaire du Bas-Congo est composé de la DPS avec les 13 bureaux basés à Matadi, les 5 bureaux de districts sanitaires (Bas-Fleuve, Boma, cataractes, Lukaya et Matadi) et les 17 coordinations des programmes spécialisés caractérisé par: pléthore de personnel (545 fonctionnaires), népotisme, organigramme découpé en programmes verticaux non coordonnés, siphonage des ressources financières de la base au sommet, résistance acharnée à la mise en place d'un système de santé provincial basée sur les principes d'efficience, efficacité, professionnalisme, sélection du personnel sur la base de leur gradient de compétence.
- Appui au fonctionnement de la Division Provinciale de Santé (14 cadres sélectionnés), de cinq Zones de Santé, une mutuelle et un Institut Technique Médicale (ITM) à Kisantu.
- Des conventions ont été signées avec le District de Santé et le 5 Zones de Santé pour définir un cadre institutionnel de partage de responsabilités.

Fonctionnaire exécution nationale ²	Fonctionnaire exécution CTB ³
Dr. Oscar MAVILA, MIP	Dr. Mario Maritano, Chef de Projet
	
² Nom et signature	³ Nom et signature

2 Analyse de l'intervention²

2.1 Contexte

2.1.1 Contexte général

La réforme du secteur santé est cruciale à l'amélioration et le suivi de la performance des ECZ et de la qualité des soins. L'arrêté ministériel du 03 novembre 2012 portant réorganisation des divisions provinciale prévoit de créer 26 Divisions Provinciales de la Santé, dont les fonctions se résument en 4 métiers: Appui aux zones, Information Sanitaire, Inspection-Contrôle et Gestion de Ressources. Durant ces 6 ans de mise en œuvre, la réforme a été orienté par les documents stratégiques dont la SRSS et le PNDS sans support législatif et politique légaux. De ce fait, la mise en œuvre de phase de consolidation du projet ASSNIP 1 Bas-Congo éprouve des difficultés à travailler sur tous les piliers de la réforme à savoir:

- la mise en place d'un niveau intermédiaire à un seul échelon
- l'intégration des programmes verticaux
- la rationalisation des ressources humaines
- la mise en place du métier Inspection-Contrôle

La feuille de route nécessaire pour faire la transition de l'ancienne Inspection Médicale Provinciale (IMP) à la nouvelle DPS déconcentrées n'est pas encore élaborée. Subséquemment après 6 ans d'appui à la réforme, les textes réglementaires pouvant faire l'objet de la négociation politique ne suivent pas pour implémenter une réforme sectorielle si importante et drastique à l'intérieur d'une administration publique aliénée par les principes théoriques de réforme. Les retards politiques ont contribué à consolider l'immobilisme dans la prise de décisions. La nomination du personnel continue à se faire sur base des appartenances politiques» et non sur les principes de transparence, efficacité et efficacité.

2.1.2 Contexte institutionnel

Le processus de réforme du niveau intermédiaire dans le domaine de la santé en RDC s'inscrit dans la lignée du mouvement de décentralisation impulsé par la constitution. Dans le cadre de la réforme du niveau intermédiaire, les DPS sont en train de vivre un double processus de transformation. D'une part, le passage d'une organisation basée sur treize bureaux et une dizaine de coordinations provinciales de programmes spécialisés vers une organisation basée sur quatre métiers, intégrant en son sein les coordinations des programmes. D'autre part, le passage d'une administration déconcentrée dépendant hiérarchiquement du niveau central du ministère de la santé publique vers une administration décentralisée instituée par chaque parlement provincial et dépendant hiérarchiquement de chaque gouvernement provincial. Cette double transformation n'est pas un processus simple et rapide à mener. L'accompagnement de la DEP et la DLM au projet ASSNIP 1 Bas-Congo (BC) pour mettre en œuvre la réforme et l'intégration des programmes verticaux témoigne d'un ancrage entre les ASSNIP et ASSNIC. Malgré tous les efforts des ambiguïtés importantes continuent à persister. Les goulots d'étranglement majeurs se situent au niveau politique et systémique. Les progrès achevés ne se basent pas encore sur un système qui est conscient du besoin d'évoluer.

² Dans le présent document : L'impact équivaut à l'objectif général, l'outcome à l'objectif spécifique et l'output au résultat

Après 6 ans de mise en œuvre de la SRSS au Bas-Congo, les dysfonctionnements existants dans les ZS sont liés à une faiblesse de leadership à tous les niveaux, due à une politisation de l'administration publique. Subséquemment les dysfonctionnements systémiques des IMP font qu'elles n'arrivent pas à exercer un accompagnement de proximité adéquat comme DPS.

2.1.3 Contexte de gestion : modalités d'exécution

Le projet intervient donne son appui au niveau intermédiaire (DPS de Matadi) et périphérique (5 ZS) en suivant les orientations de la Stratégie National du Système de Santé.

La restructuration de l'Inspection Provinciale de la Sante a été accompagnée par une missions d'évaluation participative et d'accompagnement au changement des structures organisationnelles du niveau intermédiaire et par un atelier formatif des cadres sélectionnés et non aux 4 métiers.

Les métiers appui aux ZS, cœur des fonctions de la DPS, et le métier gestion des ressources sont en cours d'implémentation. Quant aux ZS, le projet continue à maintenir les acquis des phases précédentes dont les équipes cadre des ZS fonctionnelles, la tarification forfaitaire subsidiées de la demande et de l'offre des soins dans les formations sanitaires rationalisées et la mise en place d'un CS de démonstration.

Le support à la Réforme du Secteur Santee dans le cadre de la décentralisation de la fonction publique est un processus très long et onéreux ou plusieurs obstacles individuels et institutionnels doivent être surmontés à tous les niveaux. L'intervention de cette phase de consolidation des acquis nous paraît appropriée par ce qu'il s'inscrit dans la stratégie de la réforme sectorielle nationale et cohérente avec la Constitution du pays qui prévoit la décentralisation de l'administrions publique. Par contre le processus et les changements nécessaires à matérialiser pour compléter la réforme ne sont pas compatible avec l'échéance court terme du projet.

2.1.4 Contexte HARMO

La grande majorité des intervenants et PTF dans la province du Bas-Congo continuent à opérer a côté et en parallèles du système de santé provinciale. Ceci persiste même si des nouveaux mots creux ont été ajoutés depuis quelque année aux interventions de certaines partenaires comme «GAVI/RSS (GAVI / Renforcement du Système de Santé)». Chaque intervenant continue à opérer selon des lignes verticales et selon un mandat qui se focalise sur des aspects très spécifiques et parcellaires du système globale de Santé provincial (ex. UNICEF, GAVI, FM/ATM, H4+, BDOM, Caritas et autres) GAVI supporte 2 ZS, l'Unicef continue à intervenir dans le secteur de protection de l'enfant, H4+ (OMS, UNICEF, UNFPA, USAID) opèrent dans la santé de la reproduction. Chaque partenaire a son mandat, ses canevas, son budget, ses canaux de négociation. Chaque partenaire impose ses propres règles du jeu sans s'intégrer dans un système provincial harmonisé qui souffre du manque d'appropriation de l'autorité congolaise. Une concertation entre partenaires et leur alignement au système de santé nationale pourraient résoudre ce dysfonctionnement.

2.2 Outcome

2.2.1 Analyse des progrès réalisés

Objectif spécifique: Consolider le système de santé du Bas-Congo de manière durable à travers le renforcement de la DPS et des ZS de Boma, Lukula, Kisantu, Nselo et Ngidinga.														
Indicateurs HGR	Valeur 'Baseline' 2010-2011	Progrès année 2011					Progrès année 2012					Cible année 2012	Cible finale (déc. 2013)	Commentaires
		K	B	L	NS	NG	K	B	L	NS	NG			
Taux d'utilisation des services curatifs de premier échelon (CS) dans les ZS ciblées	35%	42%	44%	39%	25%	41%	44%	37%	37%	27%	40%	40%	40%	
Taux d'occupation des services curatifs de première référence dans les HGR des ZS ciblées	80%	85%	64%	82%	58%	42%	88%	58%	77%	59%	37%	80%	80%	
Légende: K=Kisantu, B=Boma, L=Lukula, NS=Nselo, NG=Ngidinga														
<p>Analyse des progrès réalisés par rapport à l'outcome: Le renforcement du système de santé par le projet ASSNIP 1 BC a commencé par la mise en place de quelque composante de la réforme du secteur sanitaire en suivant les orientations de la SRRS et de son PNDS 2011-2015. 1.</p> <p>L'amélioration du taux d'utilisation des services au premier et deuxième échelon traduisent exactement la situation du terrain et dépend de deux éléments: <u>la qualité des soins</u> en amélioration progressive et <u>les coûts des soins</u> abordables appliqués aux malades par la mise en œuvre de la tarification forfaitaire qui doit rester stables dans le temps ou se réduire. Les conditions préalables pour améliorer la qualité des soins se trouvent à plusieurs niveaux: personnel (bien formé et régulièrement recyclé, motivation conséquente, environnement de travail confortable et agréable, esprit d'équipe), un bon leadership (de la part de la hiérarchie, accompagnement régulier pour résoudre les difficultés rencontrés), le respect du code éthique et déontologique (le malade au centre des décisions), un équipement médicale et non médicale en bonnes conditions, approvisionnement régulier en médicaments et consommables.</p> <p>2. La restructuration progressive du système de sante provincial dans le contexte de la Reforme Sectorielle du NI par la mise en place des métiers au sein de la DPS (encadrement des ZS et gestion). 14 cadres ont été sélectionnés pour accompagner les Equipe Cadres des Zones de santé (ECZS) afin d'améliorer l'accessibilité te la qualité des soins au niveau des formations sanitaires</p> <p>3. L'amélioration de la rationalisation des ressources au niveau des ZS. Ce progrès est tangible dans la ZS de Kisantu et en progression dans les autres 4 ZS. De ce fait des missions d'accompagnement à la gestion de la parte de la DPS se déroulent sur base mensuelle.</p>														

<p>Liens entre résultats et objectif spécifique</p>	<p>Les quatre résultats du projet sont intrinsèquement liés afin d'achever l'objectif spécifique. Une DPS efficace, efficiente, performante peut donner un appui aux ECZ pour leur renforcement des capacités et l'amélioration du leadership. Les recommandations données par les missions des EPP et des gestionnaires après leur mission du terrain sont un atout majeur afin d'améliorer progressivement l'accessibilité aux services de santé et la qualité des soins. Un niveau central déterminé à mettre en place la réforme de décentralisation de l'administration publique selon des critères d'efficacité, d'efficacités, transparence, performance, durabilité, montre l'appropriation des orientations à la réforme à travers le respect des engagements politiques et le suivi rapproché des modalités d'implémentation de la réforme au niveau NI. Dans ce contexte le malade comme citoyen payant est mis au centre des décisions nationales et provinciales.</p>
<p>Progrès réalisés par rapport à l'attente de l'objectif spécifique</p>	<p>Par rapport au Résultat 1: (*) Mise en place d'un organigramme de la DPS avec les quatre métiers qui résument les fonctions attendues d'une DPS reformée(*) Un comité de sélection mis en place par le CPP (*) Sélection des cadres de la DPS (onze EPP et 3 gestionnaires sélectionnés et mis en service) sur base des gradients de compétence (*) Réalisation des missions d'accompagnement et audit de la gestion des ressources pour renforcer les capacités des ECZ (*) Mise en place d'un outil d'accompagnement conjointement développé avec les cadres sélectionnés (*) Support régulier au fonctionnement de la DPS (y compris les organes de pilotages)</p> <p>Par rapport au Résultat 2: (*) ECZ en place et fonctionnelles dans les 5 ZS (*) Appui à la logistique pour les supervisions des 5 ZS (*) Appui aux organes de pilotage des zones de sante (*) Appui au système de référence et contre référence (*) Appui au paquet minimum d'activités dans les formations sanitaires de premier contact (*) Appui à la réhabilitation / construction des Centres de Santee</p> <p>Par rapport au Résultat 3 : (*) Appui au paquet complémentaire d'activités dans les formations sanitaires de deuxième contact par le paiement de subsides aux 5 HGR (*) Appui à la rationalisation des ressources dans les HGR (*) Appui à la gestion des médicaments dans les HGR (*) Appui à la réhabilitation / construction des HGR</p> <p>Par Rapport au Résultat 4: (*) Capitalisation de l'expérience de l'HGR de Kisantu dans le volet de financement du système de sante par la mise en place de la tarification forfaitaire subsidiée</p>
<p>Difficultés</p>	<p>Le processus de la Réforme du Niveau Intermédiaire et Périphérique initialement prévu pour un long terme de 15 ans par un programme ASSNIP va être complètement bouclé après 7 ans de mise en œuvre pendant que des étapes importantes ne sont pas encore achevées</p> <p>Le chevauchement entre l'ancien (IMP) à deux échelons et la nouvelle (DPS) à un seul échelon est une des causes de manque d'efficacité, de décision, d'immobilisme et de confusion par manque d'une feuille de route claire pour la transition et la mise en place des nouvelles DPS.</p> <p>Le manque de rationalisation des ressources humaines au sein de l'IMP et le cumul de fonctions est cause de désintérêt par les cadres vis à vis l'aboutissement heureux de la réforme.</p> <p>Manque d'alignement et de consistance du Ministère de la Santé Publique à sa propre Stratégie (SRSS). L'incertitude du futur (la fin du soutien de la CTB au secteur santé en décembre 2013), l'avantage financier du leadership provincial créé par la fragmentation causée par les programmes verticaux, l'absence d'un PNDRH sont parmi les causes du dysfonctionnement au sein du système de santé. La structure de l'IMP présente un ancrage connu et solide au niveau central et périphérique. La nouvelle DPS avec la complexité de la réforme, dépendra de l'évolution de la réforme de la fonction publique dans le cadre de la décentralisation.</p>

	Ambiguïté de direction au sommet de la DPS: le directeur n'est pas encore sélectionné et le MIP actuel est à la fois directeur de la future DPS et Inspecteur Provincial.
	Le cadre organique de la DPS reste encore provisoire.
	L'arrêté ministériel portant sur la réorganisation des nouvelles DPS bien que signé n'est pas encore vulgarisé et la feuille de route pour la mise en place des 26 nouvelles DPS n'est pas encore disponible.
	La mise en place du métier inspection / contrôle est encore hypothétique par manque d'instructions claires du niveau central.
	Le siphonage des revenus publiques de la base au sommet continue (tous les niveaux de la pyramide sanitaires sont régulièrement utilisés par une pompe aspirante des revenus de l'élite sectorielle au niveau périphérique, intermédiaire et central)
	La lourdeur administrative centralisée par les plus hautes autorités politiques
	Le respect du code déontologique et éthique, ou les malades deviennent le centre de la prise de décision n'est pas d'application
Résultats non attendus:	aucun pour le moment

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)	Responsable	Date limite	État d'avancement	Statut
Une faible appropriation de la réforme par la hiérarchie suite au manque de volonté politique.	DTF	Politique	Elevée	Elevée	C	Négocier la matérialisation des préalables avant l'implémentation du processus de réforme	Gouv. RDC	Continue	Les progrès ne semblent pas être encourageants	Impasse
Non-respect du code de déontologie et d'éthique des droits des citoyens qui bénéficié de services de santé de bonne qualité	Mise en œuvre (MEO)	Historique, Social	Elevée	Elevée	C	Négocier la matérialisation des préalables avant l'implémentation des projets	Gouv. RDC	Continue	Les avancements ne semblent pas être encourageants pour mettre le patient au centre des soins	Impasse
Sous-financement du secteur de santé devenu agonisant. Presque 47% des dépenses de la santé en RDC est soutenu par les ménages	MEO	Historique, Social	Elevée	Elevée	C	Négocier l'augmentation de la part du budget alloué à la santé	Gouv. RDC	Continue	Le budget de l'état n'est pas encore voté	Impasse
L'incoordination des interventions des partenaires	DTF	Systémique international	Elevée	Elevée	C	Négocier la matérialisation des préalables avant l'implémentation des programmes	Gouv. RDC	Continue	Les avancements ne semblent pas être encourageants	Impasse
Non-respect des normes de rationalisation dans les formations sanitaires rationalisés	DTF et MEO	Politique	Elevée	Elevée	C	Faire respecter les mesures transitoires sur l'affectation dans les zones de santé à revitaliser	Gouv. RDC	Continue	Les avancements ne semblent pas être encourageants	Impasse
Précarités du renforcement des acquis. Tant que l'Etat ne remplit pas ses engagements dans le financement de la santé, les peu d'acquis achevés continueront à rester	DTF	Politique	Elevée	Elevée	C	Impliquer le MSP dans la réalisation des activités du projet	Gouv. RDC	Continue	Les avancements ne semblent pas être encourageants	Impasse

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)	Responsable	Date limite	État d'avancement	Statut
fragiles et précaires. Le cycle recommencera de zéro chaque fois qu'un financement externe deviendra disponible										
Manque de volonté politique à faire avancer la réforme	MEO	Politique	Elevée	Elevée	C	Négocier la matérialisation des préalables avant l'implémentation des programmes	Gouv. RDC	Continue	Les avancements ne semblent pas être encourageants	Impasse
Gestion inefficace et inefficace des ressources a tous les niveaux	MEO	Systémique	Elevée	Elevée	C	Suivie étroit par le projet Supporter l'équipe de gestion de la DPS Missions d'inspection/control fréquentes	DPS Matadi,	Continue	Progress lents à cause du besoin de modifier tout un système de gestion de ressources en place depuis des décennies	Progress lent
Chevauchement des activités entre l'ancienne IMP et la nouvelle DPS en voie de mise en place	MEO	Systémique	Elevée	Elevée	C	Suivie étroit par le projet Supporter l'équipe de gestion de la DPS Missions d'inspection/control fréquentes	Gouv. RDC	Continue	Démanteler au nom de l'effcience et l'efficacité un système bien rodé de décennies demande énormément de temps et de support politique	Progress lent

2.2.3 Impact potentiel

Il est difficile de juger l'impact du projet ASSNIP 1 BC sur la réforme et son influence sur l'amélioration de l'état de santé des populations de la province. En effet, si les traces d'un impact positif peuvent s'identifier, les contraintes existantes seraient difficile à surmonter et exigeraient des changements radicaux.

De point de vue théorique et ou académique les éléments qui pourraient donner un impact très positif dans la matérialisation de l'objectif général sont les suivants :

1. Le gouvernement central finance le secteur santé de manière adéquate en respectant les agréments d'Abuja et suive étroitement dans l'esprit de la décentralisation, la mise en œuvre au Niveau Intermédiaire des politiques et stratégies sanitaires nationales dans l'optique de la couverture universelle, de qualité de soins pour la durabilité du système national
2. Des représentants du MSP soient régulièrement envoyés dans les provinces pour le transfert des compétences, pour analyser l'évolution des indicateurs de santé et de gestion provinciaux, pour recycler les agents et pour améliorer si possible les tendances des indicateurs
3. Le gouvernement central et les administrations provinciales acceptent seulement les financements pour la mise en œuvre de programmes de développement intégrés en accord avec les priorités sectorielles identifiées par les communautés à la périphérie afin de réduire le risque de dysfonctionnement du système.
4. La DPS soit rationalisée: le leadership du directeur représente un facteur motivant à maintenir une gestion transparente, efficace et efficiente des ressources dans le cadre d'un système sanitaire intégré rodé. L'équipe des EPP, des gestionnaires et tout le personnel de la DPS sont motivés pour améliorer les capacités de gestion et des opérations qui se déroulent sous la responsabilité des ECZS selon une mission et une action quotidienne focalisée sur le bien-être physique, mental, social et financier des populations de la province centrant les soins sur le patient.
5. Les ECZS embrassent la réforme dans toute sa globalité de stabilité et bien être sociale. Le support politique et institutionnel reçu de la hiérarchie pour décider localement avec les représentants communautaires en se basant sur les besoins et les modalités de déroulement des activités de développement des ZS. Les agents de l'état et la société civile devront se mobiliser pour la mise en place des initiatives d'assurances maladies ou les cotisations seront obligatoires. Les assurances maladies obligatoires peuvent améliorer la qualité des services de soins, la solidarité et l'équité dans la communauté.

Si l'environnement au niveau du gouvernement de la RDC et des bailleurs de fonds évolue dans la direction ci-dessus mentionnée, le projet pourrait avoir facilement un impact très positif sur l'amélioration exponentielle de l'état de santé de toute la population provinciale, en permettant d'augmenter la productivité individuelle et collective grâce à un nombre de plus en plus réduit de journées de travail perdues à cause des épisodes maladies et une réduction de la mortalité. Les populations pourront compter sur des stratégies de support de long terme (15-20 ans) et la couverture universelle pourrait devenir un paradigme réalisable.

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.		
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	Le DTF du projet et son cadre logique ont été construits dans l'esprit de la SRSS et du PNDS du MSP de la RDC. Ces documents sont consistants avec une vision de support au système de santé sectoriel (SWAP), cœur de la stratégie de la Belgique en plusieurs pays. Par contre le projet soulève certaines préoccupations vis-à-vis l'efficacité et de la durabilité de l'intervention dans un cadre plus vaste de l'efficacité de l'aide au développement en RDC
<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	L'intervention est bien structurée et approprié pour achever les résultats à profit des bénéficiaires ultimes qui sont les populations des cinq ZS du Bas-Congo mais dans un cadre de partage de responsabilités et des engagements équitables entre les deux partenaires. Néanmoins, les engagements entre les parties ne sont pas scrupuleusement respectés pour faire évoluer la réforme qui est le socle du projet.
<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. EFFICACITÉ 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)		
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 checked="" type="checkbox"/>	B	Le projet ASSNIP 1 BC est en régie et l'administration du projet est directement gérée par le projet même. Le contrôle de décaissements suit les règles en vigueur. Sur base des conventions signées avec le partenaire (DPS, ZS) les activités à financer ont été détaillées. Chaque fin du mois les partenaires transmettent au projet les justificatifs pour des remboursements. Pour le fonctionnement, les zones de santé transmettent au projet leurs besoins chaque trimestre. Du point de vue opérationnel les grandes décisions sont toujours prises en partenariat avec l'homologue du projet ASSNIP 1BC: le MIP de la DPS de Matadi. La DPS est informée de l'évolution des dépenses effectuées. Les équipements non médicaux ont été dotés aux bénéficiaires (DPS et ZS), en suivant les orientations du DTF. Tous les équipements sont inventoriés trimestriellement. (Voir annexe 5.5) Les résultats de cet appui n'est proportionnel inputs étant donné les difficultés évoqués ci-haut.
<input 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 checked="" type="checkbox"/>	A La perception du projet est que les résultats sont bien gérés, malgré les grandes défis vécues. Chaque activité du cadre logique a été analysée, des sous activités identifiées et incluses dans le cadre logique et budgétisées. Un PAO/PF détaillé a été développé en avril-mai 2012 et approuvé par la SMCL en juin 2012. Tous les trois mois un exercice de révision et un réajustement stratégique des activités du PAO/PF se fait sur la base des progrès implémentés par résultat et du décaissement. Chaque mois le suivi budgétaire permet au projet de vérifier l'état d'avancement dans l'achèvement des résultats et le décaissement budgétaire. Toutes les dépenses effectuées par les projet sont transmises au MIP et discutées avec lui.
<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 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 N	
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 minimes restrictions ; les effet négatifs (s'il y en a) n'ont pas causé beaucoup de tort.
<input checked="" type="checkbox"/>	C Avant la fin de 2013 il y a encore des efforts à fournir afin que le projet puisse s'approcher à l'atteinte de l'objectif spécifique. La mise en œuvre de la SRSS au Bas Congo et plus spécialement niveau de cinq ZS pilote, sera consolidé mais non pas de manière durable pour les raisons pour plusieurs raisons : 1. La consolidation des acquis du projet ASSNIP sera difficile dans le peu de temps qui reste pour le projet; 2. Le MSP ne prend pas suffisamment la responsabilité du secteur. Les appuis des PTF ne sont pas utilisés de façon optimale et le budget de l'état alloué au secteur de la santé reste faible. Les engagements d'Abuja (dévouer au secteur santé le 15% du PIB) ne sont pas respectés 3. L'ingérence politique dans l'administration publique vont massivement contrecourant a la SRSS et au PNDS et continuent à être massives ; 4. La coexistence de l'IMP (ancien model) cloche avec le nouveau model (DPS) qui est en vogue : (i) la sélection compétitif du personnel vers la nomination népotiste, (ii) l'efficacité et l'efficacité dans la gestion des ressources vers une gestion basées sur l'autoritarisme, et (iii) l'imposition et le siphonage des finances; 5. Le système de mise en place de mutuelles de santé n'est pas encore si développé pour garantir une substitution de l'appui des bailleurs.
<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 Les activités sont conformes et adaptées au processus de renforcement du système de sante provinciale. Il n'y a donc pas de contradictions pour atteindre l'objectif spécifique du projet. Les soucis, les préoccupations, les obstacles sont au niveau des attitudes institutionnelles, sociales, des ingérences politiques et dans la volonté à matérialiser les directives de la SRSS et le PNDS.
<input type="checkbox"/>	C Le projet n'est pas totalement parvenue à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes ;

<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.
--------------------------	----------	--

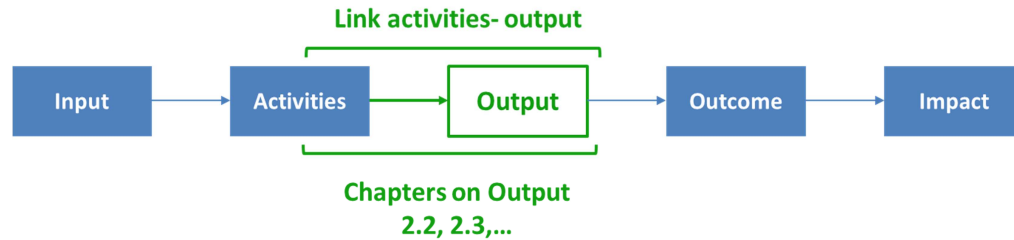
3. DURABILITÉ POTENTIELLE : le degré de probabilité de préserver et reproduire les bénéfices d'une intervention sur le long terme (au-delà de la période de mise en œuvre de l'intervention).		
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : Au moins 3 'A', pas de 'C' ni de 'D' = 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	1. Le retrait de la coopération bilatérale Belgo-Congolaise du secteur santé fin de 2013 (intervention à planifiée pour 15 ans réduit à 7.5 ans) aura comme effet ne permet pas une consolidation suffisante des acquis du projet : la poursuite de la réforme du secteur aux niveaux intermédiaire et périphérique. 2. Le MSP ne prend pas suffisamment la responsabilité du secteur. Le financement extérieur dont celui de la coopération belgo-congolaise du secteur dépasse de loin la part du budget de l'état pour la santé sans évoque du taux de décaissement.
<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	1. Le processus d'appropriation aux changements importants de la décentralisation de la fonction publique et de la réforme du secteur doit être vu comme un objectif à très long terme (voir dizaines d'années) 2. Il y a seulement quatre secteurs seulement de l'administration publique qui sont concernés par la réforme (la santé, l'agriculture, l'environnement et l'éducation) ce qui handicape le processus de restructuration et l'adhésion au processus de réforme du niveau intermédiaire ou la résistance institutionnelle et individuelle est très fort.
<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	A l'état actuel, un début de volonté politique à reformer le secteur commence à se ressentir et nécessite une matérialisation sur le terrain. En effet, mis à part les documents techniques évoqués ci-haut, un cadre organique provisoire du MSP est publié, les arrêtés ministériels portant réorganisation et création de 26 nouvelles provinces dans le cadre de la décentralisation sont signés mais non encore vulgarisés par le journal officiel. Une correspondance de secrétaire général à la santé portant sur les modalités de mise en œuvre de la réforme est disponible. Néanmoins un engagement politique à la réforme liée à la mise en l'administration déconcentrée, représente le principal souci du projet et l'élément moins encourageant. Les négociations politiques entre les bailleurs de fonds et le gouvernement de la RDC doit s'intensifier s'il y aura une volonté réelle à matérialiser dans tous ses aspects de la réforme sectorielle conformément à la constitution de 2006.

<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 checked="" type="checkbox"/>	A	Le projet dans les phases passées et dans l'implémentation actuelle continue à utiliser tous les moyens techniques et financiers nécessaires et appropriés pour renforcer les capacités institutionnelles du partenaire.
<input 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	B
Durabilité	C
Efficiace	C

2.3 Output 1

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'ECP assure l'appui aux ZS et est placée dans des conditions optimales pour piloter la mise en œuvre du PPDS.						
Indicateurs	Valeur Baseline	Progrès année N-1	Progrès année N	Cible année N	Cible finale	Commentaires
Nombre de supervisions réalisées dans les ZS par l'ECP avec rapport	-	-	67	60	60	Sur base d'un plan de travail trimestriel les EPP valident le calendrier d'accompagnement des ECZ. Il n'y a pas encore une organisation formelle des réunions avec les EPP à cause de la position qu'occupent ces acteurs dans la province (5 EPP sont à la DPS, autres 6 occupent des positions divers dans les ZS (MCDS, point focaux programmes verticaux).
Nombre de réunions de l'ECP avec PV	-	-	14	12	12	Les missions d'encadrement et de renforcement des capacités des ECZS ont commencées depuis juin 2012 (5 missions déroulées); des missions de gestion et contrôle dans les ZS ont commencées; les outils de gestion du PNAME; orientations sur la gestion des ressources signées et vulgarisées par le MIP;
Nombre de CPP	2	1	2	2	2	
Nombre de réunions de groupes thématiques connexes avec PV	0	0	12	12	12	Les réunions prévues de la commission et groupe de travail encadrement n'ont pas encore été formalisées.
Nombre de PAO officiellement adoptés par le CA de la ZS et de la DPS	-	5	5	5	5	Le processus est très lent et peu transparent. Les

						canevas d'élaboration du PAO sont produits par le niveau central (DEP) en utilisant des mécanismes de concertation lents et complexes. Les PAO des ZS ne se focalisent pas nécessairement sur la solution des vrais problèmes des ZS. L'implémentation des activités n'est pas souvent consistante dans les PAO qui reprennent in extenso les activités budgétisés par les PTF. Il n'y a pas de concertation et de transparence entre bailleurs.	
Nombre de supervisions intégrées de CS réalisées dans chaque ZS avec rapport	-	300	420	550	804	Chaque ZS envoie anticipativement son calendrier de supervision intégrée et le rapport de supervision au projet. Mais la qualité de l'accompagnement des formations sanitaires par les ECZS est très douteux et nécessite une suivi de proximité de la parte des EPP et du projet.	
État d'avancement des principales activités			État d'avancement :				Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)
			A	B	C	D	
Appui au fonctionnement / encadrement de l'ECP pour favoriser l'opérationnalisation de la nouvelle DS			X				
Appui en Equipement y compris véhicules			X				
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).							
Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?) :			VOIR SUPRA 2.2.1 N.B. Dans la lettre du SG au Ministre de SP, ayant comme objet la transmission des mesures administratives pour la mise en application du Nouveau Cadre Organique des DPS persistent des zones d'ombre très importantes: 1. L'arrêté ministériel No. 1250/CAB/MIN/SP008/CJ/OAB/2012 sur les mesures administratives pour la mise en application du nouveau cadre organique de l'Administration sanitaire n'a pas encore été publié par le Journal Officiel malgré la demande envoyée le 08 novembre 2012 les mesures sont donc définies provisoires ; 2 La feuille de route avec costing seront établit par le MSP après vulgarisation de l'arrêté ministériel ; 3. Les paragraphes 2.3 et 2.4. de ladite lettre présentent des zones d'ombres sur le				

	processus de recrutement des agents des DPS et ne spécifient pas la «sélection» comme mode de recrutement;
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>	VOIR SUPRA 2.2.1
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>	<p>VOIR SUPRA 2.2.1</p> <p>(*) Résistance à la mise en place d'une ECP selon les prescrits de la SRSS dans l'esprit de la réforme et attitude à maintenir le statu quo (EPP cumulards, verticalisation des programmes et intérêt bas à consolider la nouvelle DPS), Chevauchement IMP / DPS.</p> <p>(*) Sans la publication de l'arrêté ministériel No. 1250/CAB/MIN/SP008/CJ/OAB/2012 le processus de mise en place des DPS reste une prérogative des bailleurs de fonds. Les engagements de mise en place des DPS de la part des PTF ne pourront être suivis que si le SG vulgarise sa feuille de route budgétisée. Selon la lettre du SG au Ministre de la SP les zones d'ombre sont importantes. La mise en place de la réforme pourrait subir des variations importantes par rapport aux dynamiques suivies, en agrément avec le MSP, la DEP et les projets ASSNIP, depuis 2006</p> <p>(*) Maîtrise insuffisante de la SRSS et de son plan de mise en œuvre.</p> <p>(*) Attitude négative du partenaire : manque de transparence, opérations «virtuelles»</p>
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>	N/A

2.3.2 Exécution budgétaire

Résultat 1	Budget Initial	Budget Révisé (approuvé SMCL juin 2012)	Dépenses totales au 31/12/2012	Taux d'exécution
l'ECP assure l'appui aux ZS et est placée dans des conditions optimales pour piloter la mise en œuvre du PPDS.	269 067 €	740 000 €	228 519€	30,8%

2.3.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficiences	A
Efficacité	C
Durabilité	C

2.4 Output 2

2.4.1 Analyse des progrès réalisés

Output 2 :						
Indicateurs	Valeur Baseline	Progrès 2011	Progrès 2012	Cible 2012	Cible 2013	Commentaires
Nombre de PAO officiellement adoptés par le CA de la ZS	5	5	5	5	5	Le conseil d'administration a adopté respectivement les cinq PAO des ZS.
Nombre de supervisions intégrées des CS réalisées dans chaque ZS	350	357	476	500	500	Les ZS présentent chaque mois au projet un plan de supervision et les rapports des supervisions effectuées
Nombre de visites d'inspection contrôle effectuées par l'ECP/DPS	ND	ND	ND	ND	ND	Deux missions conjointes d'inspection contrôle (équipe gestion DPS et projet) ont eu lieu à Boma et Lukula pour la mise en place d'un système acceptable de gestion des finances liées à la vente des médicaments. Une (1) mission d'audit interne de la gestion des recettes générées par la vente des MEG est prévue au Q1 2013. Plusieurs missions d'inspection contrôle sont planifiées en 2013 (MEG).
Le % de femmes dans les structures de gestion aux différents niveaux						
% des membres de l'ECZ qui font régulièrement des supervisions dans les CS	100%	75%	80%	100%	100%	
L'intégration de la SR dans les plans d'actions l'attention aux aspects genre et environnement	5%	0,7%	2,6%	3,5%	5%	
L'intégration du VIH, dans les plans d'actions	100%	ND	ND	ND	ND	Chiffres pas connues. VIH est un programme vertical
État d'avancement des principales activités	État d'avancement :				Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)	
	A	B	C	D		
Appui au fonctionnement des ECZS (5 ZS) = primes encadreurs, fonctionnement ECZ, carburant supervision et autres			X			
Appui en équipement y compris véhicules			X			
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).						
Lien entre les activités et l'output.	Le projet a focalisé son attention sur la mise en place d'un système rationalisé de					

<i>(Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?) :</i>	gestion des ressources par les ECZS dans le but d'arriver à une amélioration progressive de la qualité des soins et de l'accessibilité aux soins par les populations. Les supervisions formatives au CS et HGR par les ECZS représentent le focus crucial de tout le projet. Les ECZS sont accompagnées par les encadreurs provinciaux afin de renforcer leurs capacités dans la conduite des supervisions formatives des CS et HGR. Une attention particulière est orientée vers la gestion des médicaments et des finances afin d'assurer la pérennisation des MEG à la fin du projet. La bonne gestion des MEG sera utilisée comme porte d'entrée pour travailler sur la qualité des soins dans les deux HGR. L'approche à tenir dans les derniers 12 mois du projet est de se concentrer sur l'amélioration de la qualité des missions d'accompagnement des gestionnaires et des EPP ainsi que sur la qualité des visites de supervisions des formations sanitaires. Un effort sera aussi fait au niveau des formations sanitaires dans la conduite d'une étude sur la qualité des soins et les visites d'échange des infirmiers des CS dans le CS intégré de démonstration de Makungu-Lengi
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>	Au niveau des zones de santé, toutes les activités prévues ont été exécutés. Les équipes cadres de zones de santé qui ont été mises en place au cours de la première phase du projet bénéficient d'un appui global (fourniture de bureau, carburants pour les supervisions, maintenance et réparations des voitures et motos, motivation des ECZ pour les supervisions). Les réunions des organes de pilotage communautaire sont aussi supportées. Les ZS de Boma et Lukula ont été appuyées par plusieurs missions pour réajuster les modalités de gestion des ressources. Une énième mission d'inspection / control / audit interne est prévue pour le mois de janvier 2013.
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>	(*) Politisation de l'administration publique au niveau opérationnelle. (*) Gestion calamiteuse des ressources à l'HGR de Boma (*) Approche vertical des programmes de la grande partie des partenariats(*) Les problèmes qui persistent dans les ZS de Boma et Lukula sont liés à des fortes ingérences politiques, corruption et manque de leadership a tout le niveau de résoudre une situation de mauvaise gestion persistante depuis 6-7 ans.
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>	N/A

2.4.2 Exécution budgétaire

Résultat 2	Budget Initial	Budget Révisé (approuvé SMCL juin 2012)	Dépenses totales au 31/12/2012	Taux d'exécution
Les équipes cadres en place dans les ZS de Lukula et Boma de Kisantu, Nselo et Ngidinga assurent l'encadrement des formations sanitaires de premier contact (CS) et de premier niveau de référence (HGR) conformément aux directions données par la SRSS en permettant la poursuite de l'expérimentation de la mise en œuvre de cette stratégie.	390 433€	390 200 €	131 168 €	33,6 %

2.4.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficiency	A
Efficacité	C
Durabilité	C

2.5 Output 3

2.5.1 Analyse des progrès réalisés

Output 3 : Dans les ZS appuyées l'HGR et un nombre limité de formations sanitaires de premier contact sont rationalisés par rapport l'accessibilité financière, à la qualité des soins et à la qualité de gestion. Ces formations sanitaires fonctionnent dans un système intégré conforme aux prescriptions de la SRSS.						
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Progrès 2011	Progrès 2012	Cible 2012	Cible 2013	Commentaires
TOM par HGR	80%	17%	63%	80%	80%	A Boma et 6 Kisantu il y a des services d'orthopédie fonctionnels
DMS par HGR	7					L'HGR de Boma est utilisé comme CS et il ne joue pas son rôle de référence
Pourcentage de cas référé par les CS par rapport au nombre total de cas vus en consultation à l'HGR	>50%	60%	65%	>50%	>50%	L'HGR de Boma est utilisé comme CS et il ne joue pas son rôle de référence
Pourcentage de cas en hospitalisation qu'ont été référés par un centre de santé	>50%	63%	69%	>50%	>50%	
Taux de létalité hospitalière globale	<5%	6,5%	6,5%	<5%	<5%	
Taux de létalité hospitalière après 48 heures d'hospitalisation	-	12%	57%	-	50%	
% de la population de chaque ZS adhérant à une mutuelle de santé.	-	1,5%	2,5%	-	50%	
Nombre et le pourcentage d'accouchements assistés par du personnel professionnel formé	100%	85%	88%	80%	90%	
État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :				Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)	
	A	B	C	D		
CSC, Travaux au niveau des 2 CS, Equipements CS +HGR (y compris suivi des travaux)		X				
Travaux/ Equipements HGR (y compris étude, suivi et équipement)		X				
Appui au fonctionnement des HGR y compris audit financier	X					
Appui au fonctionnement des CS y inclus appui aux CDR et renforcement capacités	X					

Appui Mutuelles			X		Appui à la sensibilisation communautaire. Taux de pénétration reste faible. Appui indirecte à la mutuelle de Kisantu par les subventions CTB aux soins des mutualisés qui sont référés à l'HGR de Kisantu.
Appui ITM		X			
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. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?) :</i>	L'appui du projet aux HGR des 5 ZS est cohérent avec la stratégie sectorielle nationale (SRSS) pour améliorer la qualité des soins et l'offre du paquet complémentaire d'activités. Les HGR de Kisantu et Lukula bénéficieront de deux blocs médicaux-techniques et 6 nouveaux CS seront construits dans 3 ZS et 2 CS réhabilités dans la ZS de Kisantu. 4HGR recevront une dotation en équipement médical et non médical. Sur l'axe de la Lukaya (ZS de Kisantu, Nselo et Ngidinga) le processus du programme ASSNIP a permis de solidifier la gestion financière et de rationaliser les structures sanitaires clés : HGRs et tous les CS. Sur l'axe Bas-Fleuve et Cataractes (ZS de Boma et Lukula) malgré le même type d'appui aux deux es 2 ZS, le projet ASSNIP 1 et Phase de Pont, la mauvaise gestion des ressources a été dénoncé dans les deux ZS. Le projet a impliqué pour la recherche des solutions les autorités politico-administratives et travaille conjointement avec la DPS et la CAAMEBO pour reconstituer le capital médicament et l'ouverture des comptes afin de sécuriser les fonds générés pour la pérennisation.				
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>	Appui au fonctionnement des HGR (paiement des subsides et compléments salariaux, appui au système de référence et contre-référence) y compris audit financier Depuis le mois d'octobre 2012 un briefing sur la gestion des MEG a été organisé et une commande (en attente de livraison) a été envoyée la CDR de Matadi (CAAMEBO) via le projet a pour approvisionner les deux ZS en médicaments. Les deux ZS devront donner des garanties suffisantes de transparence et de bonne gestion.				
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>	(*) Retards dans la passation des marchés publics, mais depuis quelque mois l'accélération tenue permet d'être optimiste vis à vis la finalisation des marchés en temps utile. (*) La mauvaise gestion des ressources dans les HG et le non-respect du moratoire sur les affectations des RH. (*) Fragmentation et duplication des appuis et des ressources, duplicité, dispersion des ressources, inefficacité des acteurs du système de santé, affaiblissement du système de santé				
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>	N/A				

2.5.2 Exécution budgétaire

Résultat	Budget Initial	Budget Révisé (approuvé SMCL juin 2012)	Dépenses totales au 31/12/2011	Taux d'exécution
Résultat N° 3	5760000 €	5 334 011 €	646 429 €	12%

2.5.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficienc	A
Efficacit	C
Durabilit	C

2.6 Output 4

2.6.1 Analyse des progrès réalisés

Output 4 : L'apprentissage basé sur les évidences et expériences de terrain est assuré en vue de renforcer la politique de santé au niveau provincial et au niveau central						
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Progrès 2011	Progrès 2012	Cible 2012	Cible 2013	Commentaires
Le nombre de missions de supervision effectuées par le niveau central	-	-	5	-	-	
Nombre d'études de coûts réels réalisées	-	-	0	-	-	Il est prévu que la DEP conduit les études planifiées par le projet
Nombre d'études réalisées	-	-	2	-	-	
Le nombre de sujets de réflexion faisant parti d'un dialogue politique sectoriel au niveau central auxquels le projet donne une contribution majeure	-	-	4	-	-	La Réforme du Secteur Sante ; Le financement du Secteur La qualité des soins L'intégration des programmes verticaux dans un système nationale
État d'avancement des principales activités			État d'avancement :			Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)
			A	B	C	
Appui à la réflexion au niveau opérationnel				X		
Appui à la capitalisation au niveau intermédiaire et central				X		
Lien entre les activités et l'output. <i>(Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?) :</i>						
			La mise en œuvre de la réforme a été longtemps freinée suite aux résistances de certains cadres et surtout par manque de directives claires qui accompagnent celle-ci. La revue annuelle 2010 du secteur santé tenue à Lubumbashi a déclenché le processus de réforme en présence des autorités politico-administratives et les PTF. La direction d'étude et de planification (DEP) pilote le processus de réforme et a mis en place différents documents d'orientation stratégique.			
Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :			Une mission de consultance sur la réorganisation du niveau intermédiaire et un atelier formatif sur les métiers dévolus à la DPS ont été organisés dans le cadre de la réforme. Le projet a organisé en collaboration avec la DEP des missions d'échange entre les volets du programme (ASSNIP 1 à 5, DEP, DLM, CDR, THA), et entre le programme et le niveau central. Ces missions ont porté sur la tarification forfaitaire et le subventionnement des services des soins, la réforme du niveau intermédiaire et le renforcement du système de santé. Aucune mission de suivi scientifique n'a été organisée pendant la période d'intervention.			
Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :			Insuffisance d'appropriation, et de suivi-évaluation du processus de restructuration du niveau intermédiaire Une période très brève de consolidation des acquis dans un contexte de phasing out. Le niveau central est fortement en retard dans la matérialisation du cadre législatif institutionnel pour rendre le processus de mise en œuvre de la réforme faisable.			
Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :			ND			

2.6.1 Exécution budgétaire

Résultat	Budget Initial	Budget Révisé (approuvé SMCL juin 2012)	Dépenses totales au 31/12/2011	Taux d'exécution
Résultat 4	€ 230.500	150.800 €	25 815 €	17 %

2.6.2 Critères de qualité

Critères	Note
Efficienc	A
Efficacité	B
Durabilité	C

3 Thèmes transversaux

3.1 Genre

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

3.2 Environnement

A part la question de traitement et de la gestion des déchets biomédicaux les projets de support au secteur santé n'ont jamais un impact négatif sur l'environnement. Huit centres de santé seront construits avec leurs annexes dont les fosses à placenta, les trous d'ordures et des sanitaires suivant les normes internationales. Les entreprises notifiées pour les réhabilitations et constructions n'utiliseront pas l'asbeste comme matériel pour la couverture de plafonds et contreplis. En RDC la question de défense de l'environnement dépasse largement le secteur santé.

3.3 Autre

4 Pilotage et apprentissage

4.1 Plan d'action

R1: L'ECP de la province du Bas Congo est fonctionnelle et placée dans les conditions optimales pour piloter la mise en œuvre du PPDS																
Activités	Sous activités	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Respons.	Sous activité	
A_01_01 Appui au fonctionnement/ encadrement de l'ECP pour favoriser l'opérationnalisation de la nouvelle DPS	Mettre en place et tenir les réunions mensuelles du groupe de travail et de la commission encadrement technique des zones de santé.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	ATI/MIP	SA/01.01.12	
	Redynamiser et tenir les réunions mensuelles du groupe de travail et de la commission planification, financement et contractualisation de la DPS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	ATI/ATN	SA/01.01.12	
	Appuyer la formation des gestionnaires sur le logiciel comptable (TOMPRO)				x										SA/01.01.12	
	Appuyer la mission d'audit interne de gestion dans les zones de santé avant tout approvisionnement en MEG	x			x										SA/01.01.12	
	Organiser avec le pool de gestion des missions conjointes d'accompagnement (EPP & gestionnaire) dans les ZS appuyées par le projet	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	ATI/ATN	SA/01.01.12	
	Appuyer les missions d'inspection contrôle des pharmacies des zones B3/CAAMEBO/projet pour la pérennité des MEG			x			x			x			x		SA/03.04.03	
	Conduire une évaluation interne conjointe (DEP, DPS, ZS et Projet) des bénéficiaires acquis par les ECZS du travail d'accompagnement de la part des EPP		x												SA/04.01.02	

R1: L'ECP de la province du Bas Congo est fonctionnelle et placée dans les conditions optimales pour piloter la mise en œuvre du PPDS																	
	Organiser avec l'accompagnement du niveau central l'évaluation des EPP en juillet 2013 (grille à préparer)															ATI/EPP	SA/04.02.01
	Octroyer la prime de prestation des services aux encadreurs de la nouvelle DPS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	ATI/ATN	SA/01.01.13
	Participer au financement des activités des organes de pilotages de la DPS		x												x	ATI/ATN	SA/01.01.24 ,25 et 26

R2: Les ECZ en place dans les zones de santé de Boma, Kisantu, Lukula, Ngidinga et Nselo assurent l'encadrement des formations sanitaires															
Activités	Sous activités	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Responsable	Sous activité
A_02_01 : Appui au fonctionnement des ECZS (5 ZS)	Appuyer les échanges d'expériences des ECZ pour améliorer la qualité des soins dans les FOSA					x							x	ATN/EPP	SA/01.02.16
	Contribuer au fonctionnement des bureaux des ECZ (Lukula, Boma, Kisantu, Nselo et Ngidinga), papeterie, maintenance, assurance et lubrifiants des voitures.			x			x			x			x	ATI/ATN	SA/02.01.04, 05, 06 , et 07
	Appuyer le développement des activités des organes de pilotages de la zone	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	ATI/ATN	SA/02.01.09, 10, 11
	Appuyer le financement des activités de planification (Planification/Evaluation)							x					x	ATI/ATN	SA/02.01.12
	Octroyer aux membres des ECZ une prime de supervision suite aux rapports d'accompagnement des encadreurs de la DPS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	ATI/ATN	SA/02.01.14
	Organiser des missions d'échanges d'expérience des prestataires de soins sur la qualité des soins à l'HGR Kisantu et au CS pilote de Makungu Lengi pour le stage de perfectionnement technique des prestataires de soins du premier			x			x			x				ATI/ATN/EPP	SA/02.01.16

R2: Les ECZ en place dans les zones de santé de Boma, Kisantu, Lukula, Ngidinga et Nselo assurent l'encadrement des formations sanitaires

échelon. (Lukula, Boma, Kisantu, Nselo et Ngidinga) -																				
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

R 3: Dans les zones de santé de Boma, Kisantu, Lukula, Ngidinga et Nselo un nombre limité des CS et l'HGR sont rationalisés

Activités	Sous activités	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Responsable	Remarques - difficultés points d'attention, Sous activités
A_03_01 : CSC, Travaux au niveau des 2 CS, Equipements CS +HGR (y compris suivi des travaux)	RDC1015711/04: Réhabilitation de 2 CS dans la ZS de Kisantu (Kikonka et Nkandu), Province du Bas-Congo							x						Arh CTB/ATI	SA/03.01.01 : 146900 euro
	RDC1015711/? Construction (3 CS ZS Boma: KIMBANGU-A, KIZEZE, BUANIONZI; 1 CS ZS Ngidinga: KINDONGO, 1 CS ZS Nselo: NDEMBO et 1 CS ZS Lukula VUNGUSABU							x						Arch CTB	SA/03.01.02 : 780000euro
	RDC1015711/07 : Fourniture d'équipements d'électrification solaire et de communication							x						Arch CTB	SA/03.01.03 :17400 euro

	non médical 4 HGR (Kisantu, Nselo, Ngidinga et Lukula)															
A_03_03 : Appui au fonctionnement des HGR y compris audit financier	Appuyer le subventionnement subsidé des soins dans les HGR appuyés.	x	x	X	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	ATI/ATN	SA/03.03.02, 03, 04, 05 et 06
	Approvisionner les zones de santé de Boma et Lukula en MEG	x			x			x			x			ATI/ATN/EPP	SA/03.03.05 et 06	
A_03_04 : Appui au fonctionnement des CS y inclus appui aux CDR et renforcement capacités	Ouvrir ligne de crédit MEG auprès des CDR pour les 10 CS construits (Kikonka, Malele, Nzao, Nkandu)											X		ATI/ATN	SA/03.04.01	
	Financer 3 Mission de contrôle PIP dans les zones de santé ASSNIP BC		x			x			x			x		ATI/ATN	SA/03.04.03	
A_03_05 : Appui Mutuelles	Appuyer le fonctionnement des mutuelles	x	x	X	x	x	X	x	x	x	x	x	x	ATI/ATN	SA/03.05.01 et SA/03.05.03	
	Appuyer à la sensibilisation	x	x	X	x	x	X	x	x	x	x	x	x	ATI/ATN	SA/03.05.01 et SA/03.05.03	
A_03_06 : Appui ITM	Financer les frais d'internat de 12 boursiers	x			x						x			ATI/ATN	SA/03.06.01	

	Financer le fonctionnement de l'ITM Kisantu	x	x	X	x	x	X			x	x	x	x	ATI/ATN	SA/03.06.02
	Payer le complément salarial au personnel permanent de l'ITM Kisantu	x	x	X	x	x	X	x	x	x	x	x	x	ATI/ATN	SA/03.06.03

R4: Durant la phase du projet des leçons basées sur des évidences sont tirées de l'expérience par central du Ministère de la santé Publique.															
Activités	Sous activités	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Resp.	Sous-activité
A_04_01 : Appui a la réflexion au niveau opérationnel	Organiser une étude sur la qualité des soins au sein des CS et HGR appuyés par le projet à Boma, Kisantu, Lukula, Ngidinga et Nselo				x									ATI/ATN/MSP/ Consultant externe	SA/04.01.03
	Organiser une étude sur les couts de gestion des FOSA (CS et HGR) dans les ZS de Boma et Lukula en vue d'une future rationalisation du personnel et extension de la tarification forfaitaire				X									ATI/ATN/MSP/ Consultant externe	SA/04.01.03
	Organiser une mission d'échange d'expérience avec la		x											ATI/ATN	SA/04.01.02

	DPS Kasai Oriental sur l'organisation de la nouvelle DPS et la mise en place du basket funding																
	Renforcement des capacités recherche-action (KIT)						x								ATI/ATN/MSP	SA/04.01.03	
A_04_02 : Appui à la capitalisation niveaux intermédiaire et central	Identifier avec KIT les thèmes de capitalisation du projet au niveau intermédiaire et opérationnel et organiser les ateliers de capitalisation			x			x			x				x	ATI/ATN/MSP	SA/04.02.01	

4.2 Enseignements tirés

Enseignements tirés	Public cible
Les supports a la mise en œuvre des Reformes de décentralisation, même s'il s'agit d'un seul secteur, doivent se matérialiser une fois que les préalables législatifs et institutionnels du gouvernement sont satisfaits (la RDC manque, pour exemple, une politique et une stratégie nationale de décentralisation de l'administration Publique)	Bailleurs, RDC
Le support aux reformes de décentralisation sectorielles dans des pays socialement et politiquement fragiles doivent se matérialiser seulement s'il y a un engagement à très long terme (15-20 ans de support sans interruption)	Bailleurs, RDC
Le fait que le cadre organique de futures DPS reste désormais provisoire (l'arrêté ministériel n'est pas encore publié sur le Journal Officiel) et le fait que la publication de l'arrêté ministériel déclenche entre autres le développement, de la part du SG du MSP, des orientations pour l'intégration des programmes, la rationalisation du personnel, la disparition des district sanitaires, les modalités de recrutement du personnel, fait penser que la méthodologie adoptée par les projets ASSNIP pourrait être remise en question (le cadre organique provisoire et la lettre du SG ne mentionnent pas le cadre d'EPP, le groupement des fonctions en Métiers et la sélection par compétition des agents.	MSP, Ministère de la Fonction Publique, bailleurs
L'approche SWAP est techniquement complexe quand appliquée à des pays où la corruption et le népotisme sont institutionnalisées et affectent toute la pyramide sociale et gouvernementale.	Bailleurs
C'est surprenant qu'il n'y a pas suffisamment de focus sur le fait que un Plan National de Développement des Ressources Humaines est absent. Les structures ont été et sont rationalisées ou recommandées à être rationalisées mais le personnel pléthorique est transféré ailleurs en aggravant la situation de pléthore déjà existante	MSP / DEP
Appui aux mutuelles ou assurances maladie : il y a le besoin d'une stratégie nationale et de réflexion suffisante avant de s'aventurer à supporter les mutuelles au sein de projets de renforcement des systèmes de santé. Le concept de mutuelles et /ou assurance maladie nécessite des programmes de support intégrés et à long terme	MSP
Grandes ambitions systémiques sans tenir compte du temps nécessaire à l'implémentation et surtout des difficultés déjà envisageables au moment de la conception des hypothèses du cadre logique du DTF. Chaque hypothèse qui ne se matérialise pas avant ou pendant le projet est une menace à la bonne réussite du projet. Pourtant la connaissance du pays devrait donner des indications claires à la formulation des résultats attendus	CTB, MSP, DPS
Manque de leadership de la part de la DPS / MIP dans la prise de décisions locales. Le processus d'appropriation de la réforme à tous les niveaux du MSP est long et très onéreux.	DPS

Un moyen important pour revitaliser un secteur santé agonisant est de commencer à prendre de décisions courageuses y compris l'application des sanctions disciplinaires et financières suite aux détournements des fonds	MSP, DPS
--	----------

5 Annexes

5.1 Cadre logique d'origine

	Logique d'intervention	Indicateurs vérifiables	objectivement	Sources de vérification	Hypothèses
OG	<p>Objectif général : Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans les zones d'intervention dans le cadre global de lutte contre la pauvreté</p>	OMD 3, 4 et 5		Enquêtes EDS, MICS...	<ul style="list-style-type: none"> • Le contexte politico-militaire demeure stable et ne provoque aucun changement de nature à induire une interruption de la coopération • Une actualisation des conventions entre l'état congolais et le secteur confessionnel. • La situation socio-économique s'améliore et entraîne une amélioration du pouvoir d'achat de la population • Un engagement significatif de l'Etat dans le financement de la sante
OS	<p>Objectif spécifique : Le système de santé du Bas-Congo est consolidé de manière durable à travers le renforcement de la DPS et des ZS ciblées</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Taux d'utilisation des services curatifs et préventifs de premier échelon (CS) dans les ZS ciblées - Taux d'utilisation des services curatifs de première référence par service (pédiatrie, médecine interne, maternité, chirurgie) dans les HGR des ZS ciblées 		Registres SNIS premier contact et premier niveau de référence Collecte d'informations spécifiques dans les 2 HGR	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de réforme du secteur de la santé se poursuit • Le processus de réforme de la fonction publique se poursuit • Le processus de décentralisation territoriale se poursuit avec la mise en application pratique des prescriptions de la Constitution (passage à 26 provinces, disparition de la fonction "District sanitaire"...) • Pas d'affectation non justifiée de personnel dans les formations sanitaires • Les modalités de poursuite de l'appui aux

				administrations et structures de soins appuyés par le projet sont identifiées par l'Etat
R 1	Résultat Attendu N° 1 l'ECP assure l'appui aux ZS et est placée dans des conditions optimales pour piloter la mise en œuvre du PPDS.	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de supervisions réalisées par ZS par l'ECP avec rapport ; - Nombre de réunions de l'ECP avec PV - Nombre de CPP annuels et de réunions thématiques connexes avec PV - nombre de membres de l'ECP effectivement sélectionné sur base de leurs compétences, tenant compte de l'aspect genre 	Rapport de l'ECD; visites d'inspection contrôle par le niveau central (D5 DEP); Rapports des ECZs; rapports de l'AT	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place du cadre organisationnel de la Division Provinciale de La Santé en 4 métiers. • Présence d'un plan de développement consolidé et validé par le Conseil d'Administration • Les différents partenaires au niveau provincial et local intègrent leurs activités dans le Plan Provincial de Développement Sanitaire dans une logique horizontale s'orientant vers un SWAP provincial
R 2	Résultat Attendu N° 2 Les équipes cadres en place dans les ZS de Lukula et Boma de Kisantu, Nselo et Ngidinga assurent l'encadrement des formations sanitaires de premier contact (CS) et de premier niveau de référence (HGR) conformément aux directions données par la SRSS en permettant la poursuite de l'expérimentation de la mise en œuvre de cette stratégie.	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de PAO officiellement adoptés par le CA de la ZS - Nombre de supervisions intégrées de CS réalisées dans chaque ZS avec rapport. - Nombre de visites d'inspection contrôle effectuées par l'ECP/DPS. - % des membres de l'ECZ qui font régulièrement des supervisions dans les CS; - Le % de femmes dans les structures de gestion aux différents niveaux ; - L'intégration de la SSR et le vih, l'attention aux aspects genre et environnementaux dans les plans d'actions opérationnels officiellement adoptés par le Conseil d'administration de la ZS 	Visites d'inspection contrôle par l'ECP/DPS; Rapports annuels des ECZ PAO; rapports SNIS:	<ul style="list-style-type: none"> • Recrutement indépendant du personnel de l'ECP (en fonction de critères objectifs)
R 3	Résultat Attendu N° 3 Dans les ZS appuyées l'HGR et un nombre limité de formations sanitaires de premier contact faisant partie de la carte sanitaire de la ZS, sont rationalisés par rapport l'accessibilité financière, à la qualité des	<ul style="list-style-type: none"> - TOM et DMS par service dans les HGR - Pourcentage de cas référé par les CS par rapport au nombre total de cas vus en consultation à l'HGR. 	Rapport SNIS; rapport de supervision des ECZ de l'ECP et de l'AT	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de remise en cause de la composition du personnel ; stabilité du personnel en place • Pas de siphonage de fonds de recettes de formations sanitaires vers l'administration hiérarchique (gestion

	soins et à la qualité de gestion. Ces formations sanitaires fonctionnent dans un système intégré conforme aux prescriptions de la SRSS.	<ul style="list-style-type: none"> - Pourcentage de cas en hospitalisation qui ont été référés par un centre de santé - Taux de létalité hospitalière globale et après 48 heures d'hospitalisation - montant moyen de la contribution du patient par type de forfait et le % des recettes que représente cette contribution. - % de patients envoyés en hospitalisation parmi les patients référés en consultation. - % de la population de chaque ZS adhérant à une mutuelle de santé. - Nombre et le pourcentage d'accouchements assistés par du personnel professionnel formé 		transparente des fonds de la ZS et redistribution intégrale aux formations sanitaires) selon des critères objectifs <ul style="list-style-type: none"> • Offre de service locale adéquate en matière de travaux de réhabilitation/ construction • Le réseau FEDECAME/ CDR est fonctionnel • Il existe une négociation entre les ZS impliquées dans le projet et les représentants de l'Armée congolaise sur les modalités de remboursement des frais de soins prodigués gratuitement aux familles des hommes en uniformes
R 4	Résultat Attendu N° 4 : L'apprentissage basé sur les évidences et expériences de terrain est assuré en vue de renforcer la politique de santé au niveau provincial et au niveau central	<ul style="list-style-type: none"> - Le nombre de missions de supervision effectuées par le niveau central - Nombre d'études de coûts réels réalisées - Nombre d'études réalisées - Le nombre de sujets de réflexion faisant parti d'un dialogue politique sectoriel au niveau central auxquels le projet donne une contribution majeure. 	Journaux internationaux de santé publique ; rapports centraux	

	Activités pour atteindre le Résultat 1	Moyens	Budget
R 1	<u>Résultat 1</u> l'ECP assure l'appui aux ZS et est placée dans des conditions optimales pour piloter la mise en œuvre du PPDS.		Coûts en Euros
A.1.1	Appui à la coordination (CPP, groupes thématiques, ...) <ul style="list-style-type: none"> • Organisation de réunions de coordination 	Budgets de fonctionnement pour réunions, ateliers revues..	269067

<p>A.1.2</p>	<ul style="list-style-type: none"> Echanges entre ZS <p>Appui au fonctionnement/ encadrement de l'ECP, y inclus la rationalisation du personnel et primes aux encadreurs</p> <ul style="list-style-type: none"> Appui au recrutement des encadreurs/membres de l'ECP Appui à la supervision et à l'encadrement des ZS Appui à la rationalisation du personnel (primes, renforcement des compétences...) 	<p>Expertise technique locale</p> <p>Assistance Technique</p> <p>Budgets de fonctionnement, Budgets carburant, perdiems</p> <p>Financements ateliers, voyages d'échanges</p> <p>Expertise technique locale</p> <p>Assistance Technique</p>	
<p>A.1.3</p>	<p>Appui en réhabilitation et équipement (y inclus véhicule)</p> <ul style="list-style-type: none"> Achat 2 véhicules pour la DPS Réhabilitation locaux DPS Equipeement bureau et informatique 	<p>Achat de matériel informatique, de mobilier, réhabilitations sommaires</p> <p>Achats véhicules</p>	

	Activités pour atteindre le Résultat 2	Moyens	Budget
<p>R 2</p>	<p><u>Résultat 2</u> Les équipes cadres en place dans les 5 ZS assurent l'encadrement des formations sanitaires de premier contact (CS) et de premier niveau de référence (HGR) conformément aux directions données par la SRSS en permettant la poursuite de l'expérimentation de la mise en œuvre de cette stratégie.</p>		<p>Coûts en Euros</p>
<p>A 2.1</p>	<p>Appui au fonctionnement des ECZS y inclus la rationalisation du personnel et les primes encadreurs</p> <ul style="list-style-type: none"> Développement des cartes de couvertures sanitaires Développement de plans d'action Appui au fonctionnement des ECZ et à l'exécution du plan d'action Rationalisation du personnel (primes, renforcement des compétences...) Supervision des structures intégrées dans la ZS 	<p>Budgets de fonctionnement, Budgets carburant, perdiems</p> <p>Financements ateliers, voyages d'échanges</p> <p>Expertise technique locale</p> <p>Assistance Technique</p>	<p>390433</p>

A 2.2	<ul style="list-style-type: none"> • Coordination des intervenants dans la ZS • Intégration des programmes verticaux <p>Réhabilitation et équipement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réhabilitation et équipement BCZ 	<p>Achat de matériel informatique, de mobilier, réhabilitations sommaires</p> <p>Achats véhicules</p>	
-------	---	---	--

	Activités pour atteindre le Résultat 3	Moyens	Budget
R 3	<u>Résultat 3</u> Dans les 5 ZS l'HGR et un nombre limité de formations sanitaires de premier contact faisant partie de la carte sanitaire de la ZS, sont rationalisés par rapport l'accessibilité financière, à la qualité des soins et à la qualité de gestion. Ces formations sanitaires fonctionnent dans un système intégré conforme aux prescriptions de la SRSS.		Coûts en Euros
A 3.1	<p>Travaux/ Equipements CS (y compris étude et suivi)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etudes et conception des cahiers de charge • Réhabilitation/construction d'au moins un CS dans chaque ZS • Equipement médical et non médical 	<p>Budgets pour travaux et équipements</p> <p>Bureaux d'Etudes Techniques, AT</p>	5760000
A 3.2	<p>Travaux / Equipements HGR (y compris étude et suivi)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboration de PDH et PDI • Réhabilitation/construction au niveau des HGR conformément aux PDH et PDI • Equipement conformément aux directives des PDH 	<p>Budgets pour travaux et équipements</p> <p>Bureaux d'Etudes Techniques, AT</p>	
A 3.3	<p>Appui au fonctionnement des HGR y inclus audits financiers</p> <ul style="list-style-type: none"> • Audits financiers • Appui au fonctionnement • Appui à la rationalisation du personnel soignant • Appui à l'introduction du PCA dans les HGR 	<p>Enveloppe budgétaire correspondantes</p> <p>Auditeurs recrutés ad hoc, AT</p>	
A 3.4	<p>Appui au fonctionnement des CS y inclus appui aux CDR et</p>	<p>Enveloppe budgétaire correspondantes</p>	

	renforcement capacités <ul style="list-style-type: none"> Mise à disposition d'un stock de médicament de démarrage via CDR Appui à l'introduction du PMA dans les CS 	Experts recrutés ad hoc, AT	
A.3.5	Appui Mutuelles <ul style="list-style-type: none"> Appui au fonctionnement Appui aux activités de sensibilisation 	Enveloppe budgétaire correspondantes, AT	
A.3.6	Appui ITM <ul style="list-style-type: none"> Appui au fonctionnement Subside pour les internes sous contrat d'écolage 	Enveloppe budgétaire correspondantes	

	Activités pour atteindre le Résultat 4	Moyens	Budget
R 4	<u>Résultat 4</u> L'apprentissage basé sur les évidences et expériences de terrain est assuré en vue de renforcer la politique de santé au niveau provincial et au niveau central		Coûts en Euros
A 4.1	Appui à la réflexion au niveau opérationnel	AT LT et CT, Cadres du niveau central et intermédiaire	195 500
A 4.2	Appui à la capitalisation au niveau intermédiaire et central	AT CT Enveloppe budgétaire pour réunions et ateliers	

5.2 Cadre logique mis à jour

Pas de changements

5.3 Aperçu des MoRe Results

Le cadre logique n'a pas été modifié depuis le début du projet à part son budget réaménagé. Les indicateurs du cadre logique du DTF restent les mêmes indicateurs à suivre pendant le déroulement du projet jusqu'à décembre 2013.

Par contre une évaluation conjointe interne à mi-parcours est prévue par le mois de février 2013 pour évaluer l'évolution des bénéficiaires des ECZS par les visites d'accompagnement des EPP. L'évaluation finale externe est prévue en novembre 2013

Pour ce qui concerne les missions de back-stopping de la part du siège dont les dates sont à préciser, il n'y a eu aucune mission entre avril et décembre 2012. Pour les missions qui appuieront la composante recherche-action du projet le Siège CTB a finalisé un contrat de prestation de Services avec KIT (Institut Royal Tropiques, Pays-Bas). Les dates d'éventuelles missions sont encore à transmettre.

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

Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of RDC1015711											
Project Title : des acquis		Projet d'appui au système de santé aux niveaux intermédiaire et périphérique (ASSNIP 1) dans le Bas-Congo : phase de consolidation									
Budget Version : Currency : YtM :		Year to month : 31/12/2012 Report includes all closed transactions until the end date of the closed closing									
Status	Fin Mode	Amount	2011	2012				Total	Total Exp.	Balance	% Exec
				Q1	Q2	Q3	Q4				
A OBJECTIF SPECIFIQUE :		6.815.000,00	0,00	83.656,81	346.829,34	603.064,28	1.032.634,11	1.032.634,11	5.562.466,89	16%	
01 R1: l'ECF est fonctionnelle		740.000,00	0,00	20.226,98	78.324,62	133.121,67	229.672,27	229.672,27	510.327,23	31%	
	01 Appui au fonctionnement	655.000,00	0,00	18.652,78	60.136,17	60.051,67	136.894,62	136.894,62	510.106,38	21%	
	02 Appui en réhabilitation et	85.000,00	0,00	1.573,21	18.188,45	73.069,99	90.777,65	90.777,65	45.777,65	107%	
02 R2: Les équipes cadres en		390.200,00	0,00	14.047,72	40.038,52	70.599,44	120.686,68	130.686,68	255.513,32	33%	
	01 Appui au fonctionnement	380.200,00	0,00	14.047,72	40.038,52	70.661,02	124.648,88	124.648,88	255.561,14	33%	
	02 Appui en réhabilitation et	10.000,00	0,00			6.938,42	6.037,82	8.037,82	3.962,18	60%	
03 R3 Dans les deux ZS de		5.334.000,00	0,00	48.377,10	214.100,75	382.882,55	646.386,40	646.386,40	4.687.613,60	12%	
	01 Travaux/ Equipements CS	963.000,00	0,00			770,25	770,25	770,25	962.229,75	0%	
	02 Travaux / Equipements HGR	2.808.782,00	0,00	345,61	20.536,78	182.142,54	213.026,91	213.026,91	2.695.756,09	7%	
	03 Appui au fonctionnement	1.279.923,00	0,00	39.843,04	185.891,47	185.042,15	410.578,68	410.578,68	860.343,34	32%	
	04 Appui au fonctionnement	66.091,00	0,00	860,02			860,02	860,02	64.130,98	1%	
	05 Appui Multifonct	50.940,00	0,00			1.141,77	1.141,77	1.141,77	49.798,23	2%	
	06 Appui ITM	66.264,00	0,00	6.222,42	7.873,52	3.786,87	19.881,81	19.881,81	46.382,19	30%	
04 R4 Durant le projet des		160.800,00	0,00	15.364,18	10.450,80	5.003,08	20.367,24	20.367,24	124.985,24	17%	
	01 Appui à la réflexion au	112.800,00	0,00	15.364,18			20.367,24	20.367,24	92.432,76	19%	
	02 Appui à la capitalisation ex	48.000,00	0,00			5.447,52	5.447,52	5.447,52	32.552,48	14%	
X RÉSERVE BUDGETAIRE		40.000,00	0,00					0,00	40.000,00	0%	
	REGIE	7.633.000,00	0,00	317.135,05	473.046,41	774.657,33	1.564.838,79	1.564.838,79	6.068.161,21	21,00	
	COGEST										
	TOTAL	7.633.000,00	0,00	317.135,05	473.046,41	774.657,33	1.564.838,79	1.564.838,79	6.068.161,21	21,00	



Reported Actuals (Year to Month, by Quarter) of RDC1015711 Project on 11/03/2013

Page: 6

Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of RDC1015711

Project Title : des acquis	Projet d'appui au système de santé aux niveaux intermédiaire et périphérique (ASSNIP 1) dans le Bas-Congo : phase de consolidation		
Budget Version : C02	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	2011	2012				Total	Total Exp.	Balance	% Exec
					Q1	Q2	Q3	Q4				
01 Réserve budgétaire			40.000,00	0,00					0,00	40.000,00	0%	
01 Réserve budgétaire régie		REGIE	40.000,00	0,00					0,00	40.000,00	0%	
Z MOYENS GÉNÉRAUX			978.000,00	0,00	293.484,25	127.217,38	171.693,07	532.304,68	632.304,68	445.586,32	64%	
01 Frais de personnel			734.000,00	0,00	185.518,49	79.030,44	135.079,60	407.597,53	407.597,53	326.402,47	58%	
01 AT LT International, AT LT		REGIE	600.000,00	0,00	114.271,50	79.619,59	64.711,90	275.902,59	275.902,59	324.097,42	49%	
02 RAF 2/5 placé à la CAG		REGIE	134.000,00	0,00	79.246,99	1.380,95	51.367,10	131.694,95	131.694,95	2.305,05	98%	
02 Frais de fonctionnement			194.000,00	0,00	39.930,80	49.219,92	35.524,47	124.672,28	124.672,29	69.327,71	64%	
01 frais de fonctionnement AT		REGIE	73.000,00	0,00	10.995,64	27.929,05	23.003,17	61.522,66	61.522,66	11.477,14	84%	
02 Appui fonctionnement CAG		REGIE	121.000,00	0,00	29.334,25	21.290,68	12.524,30	61.149,43	63.149,43	57.850,57	52%	
03 Suivi, évaluation, audit			50.000,00	0,00		34,88		34,88	34,88	49.965,14	0%	
01 Evaluation finale + audits		REGIE	50.000,00	0,00		34,88		34,88	34,88	49.965,14	0%	

	REGIE	7.633.000,00	0,00	317.135,05	473.046,41	774.657,33	1.564.838,79	1.564.838,79	8.068.161,21	21,00
	COGEST									
	TOTAL	7.633.000,00	0,00	317.135,05	473.046,41	774.657,33	1.564.838,79	1.564.838,79	8.068.161,21	21,00



Budget vs Actuals (Year to Month, by Quarter) of RDC1015711 - Printout for 31/12/2012

Page 11

5.5 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 d'avancement	Statut
Instruire les provinces sur les modalités de mise en œuvre des directives de la SRSS sur l'organisation du niveau intermédiaire, notamment pour les DS qui ne deviendront pas des DPS	Début 2012	Permanent		MSP		SG MSP			Permanente
Prendre les dispositions pour que le processus de réorganisation du niveau intermédiaire arrive à terme durant la période de consolidation	Début 2012	Permanent		MSP	<ul style="list-style-type: none"> - Signature arrêté ministériel - Mise en place des procédures 	SG MSP		Réalisé partiellement	A compléter l'action
Mettre en place un comité d'affectation budgétaire et suivi conjoint pour la deuxième phase	Début 2012	immédiat		MSP-CTB	Mise en place du comité	SMCL		Non réalisé	
Mettre en œuvre le plan d'assainissement de l'HGR de BOMA	Début 2012			Ministre Provincial en charge de la santé	Assainir, si non revoir l'appui belge	MSP		Non - réalisé	Arrêter appui ?
Transmettre aux membres de la SMCL via la DEP les rapports des missions effectuées et éventuellement les décisions prises dans le cadre de l'assainissement de la gestion de la ZS de BOMA	Début 2012	Immédiat		Ministre Provincial en charge de la santé	Audit Provincial Audit de la DPS	DEP / Prov.		Non-réalisé	Arrêter appui ?
Réhabilitation et construction des HGR et CS pour lesquels les	Début 2012	Immédiat		CTB	Commencer la réhabilitation et	CTB		Réalisé	

réaménagements budgétaires ASSNIP 3 ont été approuvés					construction				
Veiller à l'application rigoureuse de recouvrement des couts des médicaments et le réapprovisionnement des ZS dans les CDR afin de garantir aux patients la délivrance sans faille des traitements inclus dans la tarification forfaitaire	Début 2012	Permanant		MIP	Application rigoureuse si non arrêter approvisionnement	MIP		Dispositif de suivi en place faible	Ne plus compléter fonds de roulements LEG