



CTB



RAPPORT DES RESULTATS 2012

**PROJET D'APPUI AU SYSTEME DE
SANTE AUX NIVEAUX
INTERMEDIAIRE ET PERIPHERIQUE
(ASSNIP) DANS 3 ZONES DE
SANTE DE LA VILLE DE
KISANGANI : PHASE DE
CONSOLIDATION DES ACQUIS**

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>	16
2.3 OUTPUT 1.....	20
2.3.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	20
2.3.2 <i>Exécution budgétaire</i>	21
2.3.3 <i>Critères de qualité</i>	21
2.4 OUTPUT 2.....	23
2.4.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	23
2.4.2 <i>Exécution budgétaire</i>	24
2.4.3 <i>Critères de qualité</i>	24
2.5 OUTPUT 3.....	25
2.5.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	25
2.5.2 <i>Exécution budgétaire</i>	27
2.5.3 <i>Critères de qualité</i>	27
2.6 OUTPUT 4.....	28
2.6.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	28
2.6.2 <i>Exécution budgétaire</i>	28
2.6.3 <i>Critères de qualité</i>	29
3 THEMES TRANSVERSAUX	30
3.1 GENRE.....	30
3.2 ENVIRONNEMENT.....	30
3.3 AUTRE.....	30
4 PILOTAGE ET APPRENTISSAGE	31
4.1 PLAN D'ACTION.....	31
4.2 ENSEIGNEMENTS TIRES.....	31
5 ANNEXES	33

5.1	CADRE LOGIQUE D'ORIGINE.....	34
5.2	CADRE LOGIQUE MIS A JOUR	41
5.3	APERÇU DES MORE RESULTS	41
5.4	RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS (Y – M) »	42
5.5	RESSOURCES	44
5.6	DECISIONS PRISES PAR LA SMCL ET SUIVI.....	45

Acronymes

AMBABEL	Ambassade de Belgique
ASSNIP	Appui au Système de Santé aux Niveaux Intermédiaire et Périphérique
ATI & ATN	Assistant Technique International & Assistant Technique National
BDOM	Bureau Diocésain des Œuvres Médicales
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
CAG	Cellule d'Appui et de Gestion
CAMEKIS	Centrale d'Achat de Médicaments de Kisangani
CDR	Centrale de Distribution Régionale
COMPAR	Comité des Partenaires
CPN	Consultation Pré-Natale
CPP	Comité de Pilotage Provincial
CPS	Consultation Pré-Scolaire
CS	Centre de Santé
CTB	Agence Belge de Développement
DEP	Division d'Etudes et Planification
DFID	Department for International Development
DLM	Division de la Lutte contre la Maladie
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DPS	Division Provinciale de la Santé
DTC Hep 3	Troisième dose du Vaccin combiné contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et l'Hépatite
DTF	Dossier Technique et Financier
ECP	Equipe Cadre Provincial
ECZ	Equipe Cadre de Zone
EMP	Evaluation Mi-Parcours
EPP	Encadreur Polyvalent Provincial
FED	Fonds Européen de Développement
FOSA	Formation sanitaire
HGR	Hôpital Général de Référence
IRC	International Rescue Committee
M&E	Monitoring et Evaluation
MCZ	Médecin chef de zone
MDH	Médecin Directeur de l'Hôpital Général de Référence
MIP	Médecin Inspecteur Provincial
MSP	Ministère de la Santé Publique
ND	Pas de Données
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAIDECO	Programme d'Appui aux Initiatives du Développement Communautaire
PAO	Plan d'Action Opérationnelle
PPDS	Plan Provincial de Développement Sanitaire
PROVIC	Programme Intégré du VIH/SIDA en RDC
RAF	Responsable Administratif et Financier
REGIDESO	Régie de Distribution d'Eau

SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SMCL	Structure Mixte de Concertation Locale
SNEL	Société Nationale d'Electricité
SRSS	Stratégie du Renforcement du Système de Santé
TOM	Taux d'Occupation Moyen
UNICEF	United Nations Children's Fund
UNIKIS	Université de Kisangani
VAR	Vaccin Anti-Rougeoleux
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZS	Zone Sanitaire

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

1.1 Fiche projet

Nom du projet	Appui au système de santé aux niveaux intermédiaire et périphérique dans 3 zones de sante de la ville de Kisangani : Phase de consolidation des acquis (ASSNIP Kisangani)
Code du projet	RDC 10 158 11
Emplacement	Kisangani
Budget	3.468.000 €
Institution partenaire	Ministère de la Sante Publique
Date de la Convention de mise en œuvre	12 Décembre 2011
Durée (mois)	36 mois
Groupes cibles	<ul style="list-style-type: none"> • Les populations des 3 zones de santé appuyées • Le personnel de santé des structures et des niveaux intermédiaires • Le niveau central (Ministère de la Santé Publique)
Impact ¹	Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans les zones d'intervention dans la Tshopo dans le cadre global de lutte contre la pauvreté.
Outcome	Le système de santé de la Tshopo est consolidé de manière durable à travers le renforcement de la DPS et des ZS de Makiso-Kisangani, Kabondo et Lubunga
Outputs	L'ECP assure un appui de qualité aux ZS et est placée dans les conditions optimales pour piloter la mise en œuvre du PPDS.
	Les équipes cadres en place dans les ZS de Makiso K., Kabondo et Lubunga assurent l'encadrement des FOSA de 1er contact (CS) et de 1er 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
	Dans chacune des trois ZS, l'accès aux soins, la qualité des soins et la qualité de la gestion de l'HGR ainsi que des Centres de Santé retenus dans le plan de couverture sont rationalisés. Ces FOSA fonctionnent dans un système intégré conforme aux prescriptions de la SRSS
	L'apprentissage basé sur les évidences et expériences de terrain est assuré en vue de renforcer la politique de santé du MSP 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

Tableau logique d'intervention : Remplir sur la base des données introduites dans 2.2.4, 2.3.3, 2.4.3... (uniquement attribuer une note A, B, C ou D²).

	Efficienc	Efficacit	Durabilit
Outcome	A	B	D
Output 1	B	B	C
Output 2	A	B	C
Output 3	B	B	C
Output 4	A	C	B

1.3 Exécution budgétaire

Budget total	Dépenses année N	Solde	Taux de décaissement total
3.468.000 €	828.728 €	2.639.272 €	24%

1.4 Résumé

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

- Bien que le projet soit une continuation des activités commencées en 2006, pendant l'année 2012 les indicateurs clés sur les activités curatives et préventives dans les HGR et CS ont connu une amélioration constante avec quelques contreperformances
- Le résultat 1 concernant l'appui à la réforme du niveau intermédiaire avec la mise en place de la nouvelle DPS de la Tshopo ne sera pas atteint complètement à cause de manque de financement
- L'état d'avancement des marchés publics est conforme à la planification et il y a bon espoir que tous se réaliseront avant décembre 2013
- Les constructions, réhabilitations, dotation d'équipement et matériel devraient idéalement déjà être terminées avant de commencer une phase de consolidation des acquis.
- La durabilité de l'intervention reste une inquiétude majeure à cause du manque de mécanisme de pérennisation des acquis du projet. Il est clair que les HGR, et certaines CS, ne puissent fonctionner sans subventions. Le même problème se pose pour les structures de coordination (DPS et ECZ) qui dépendent en grande partie de l'appui CTB pour leur fonctionnement quotidien.

² A = Très bonnes performances, B = Bonnes performances, C = Faibles performances, D = Problématique



Fonctionnaire exécution nationale ³	Fonctionnaire exécution CTB ⁴
Dr. Jean-Marc MAMBIDI Médecin Inspecteur Provincial Province Orientale	Dr. Tony DE GROOTE Assistant Technique International ASSNIP Kisangani - CTB

2 Analyse de l'intervention³

2.1 Contexte

2.1.1 Contexte général

Le 3 Novembre 2012, le Ministre de la Santé Publique a signé l'Arrêté Ministériel sur la réforme des Divisions Provinciales de la Santé, ce qui possiblement donnera un nouvel élan au processus de réforme de la DPS Tshopo.

En 2012, plusieurs épidémies ont été déclarées dans la Province Orientale : notamment, le choléra, le paludisme / salmonellose, la rougeole et l'Ebola. La riposte, organisée par la Division Provinciale de la Santé (DPS), avait occupé plusieurs personnes essentielles pour les activités du projet, les rendant ainsi indisponibles pendant des périodes prolongées.

La résurgence de la rébellion dans l'Est de la République Démocratique du Congo, surtout avec la prise de la ville de Goma par le groupe M23 le 20 Novembre 2012, a causé des démonstrations violentes dans la ville de Kisangani.

Bien que ces événements ne fussent que de courte durée, les discussions entre l'Etat Congolais, les pays voisins et les rebelles ne sont toujours pas terminés, laissant le risque d'insécurité et de perturbations du bon déroulement des activités du projet réel.

2.1.2 Contexte institutionnel

L'ancrage du projet ASSNIP Kisangani prévoit, une Assistance Technique Internationale (ATI) en santé publique à temps plein, au niveau de la Division Provinciale de la Santé (DPS) de la Tshopo ainsi qu'une Assistance Technique Internationale (ingénieur/architecte et un RAF) basée au niveau central (CAG) à temps partiel pour ledit projet.

L'ancrage du projet au niveau de la DPS de la Tshopo s'explique facilement, tout d'abord, parce que la Province Orientale sera découpée en quatre provinces et ensuite parce que les trois Zones de Santé sélectionnées durant la 1^{ère} phase d'ASSNIP 2, se trouvent déjà dans la Ville de Kisangani.

Par ailleurs, la Coopération belgo-congolaise via son projet PAIDECO investit également beaucoup dans les districts de cette nouvelle province.

Néanmoins, à cause de manque d'espace dans le bâtiment de la DPS, le bureau du projet est installé dans l'enceinte de l'HGR de Makiso-Kisangani.

Bien que la distance qui sépare le bureau du projet et celui de la DPS ne soit que de 200 mètres, le fait de ne pas être abrité dans le même bâtiment ne facilite pas la collaboration.

ASSNIP Kisangani est donc ancré dans une structure, la DPS Tshopo, qui au début du projet n'existait pas et qui pour le moment est toujours dans une phase embryonnaire.

La mise en œuvre d'une DPS pour la future province de la Tshopo est un processus en développement.

Pour l'instant, il y a toujours de chevauchement entre les activités de la DPS Province Orientale et celle de la future DPS de la Tshopo.

³ Dans le présent document : L'impact équivaut à l'objectif général, l'outcome à l'objectif spécifique et l'output au résultat

En conclusion : l'ancrage du projet ASSNIP Kisangani au niveau de la DPS de la Tshopo est approprié.

2.1.3 Contexte de gestion : modalités d'exécution

Conformément aux procédures de la Coopération belgo-congolaise en vigueur en République Démocratique du Congo, le projet ASSNIP Kisangani est mis en œuvre en régie par la CTB en concertation avec l'ensemble des partenaires concernés et plus particulièrement avec le Ministère de la Santé Publique.

La Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL) de démarrage s'est réunie à Kisangani le 20 Juin 2012.

La coordination technique du projet est assurée conjointement par le MIP et l'ATI d'une façon transparente et concertée et se déroule bien.

Une réunion de coordination trimestrielle entre tous les volets (appuis décentralisés c'est à dire les ASSNIPs et appuis au niveau national notamment, DEP, DLM, CDR) n'a eu lieu qu'une seule fois en 2012 au courant du mois de septembre à Kisantu dans la Province du Bas-Congo.

Bien que la collaboration des 3 autres projets ASSNIP avec les projets DLM et CDR du niveau national, une collaboration explicite de ces derniers avec le projet ASSNIP Kisangani n'est pas inclus dans leur DTF.

Au niveau du secteur de la Santé, en République Démocratique du Congo, un regroupement des projets a été mis en œuvre pour optimiser la gestion de l'ensemble. Cette unité de gestion était localisée au niveau de la représentation de la CTB, mais a été transféré vers la Cellule d'Appui et de Gestion (CAG) qui a récemment été créée au sein du Ministère de la Santé Publique (MSP).

Pour guider les réhabilitations des infrastructures sanitaires, un Assistant Technique International de profil Ingénieur / Architecte, travaille pour le projet, à raison d'un tiers temps.

Un expert de passation de marchés selon les procédures Fonds Européen de Développement (FED), a renforcé l'équipe Marchés Publics de la CTB à Kinshasa vers la fin de 2012.

L'Assistant Technique International, demeure la seule personne du secteur santé avec mandat CTB basé à Kisangani. La deuxième signature pour toutes les commandes >500€ et pour tout virement bancaire en ligne, est apposée par la Responsable Administratif Financier ou le Représentant Résident Adjoint qui sont basés à Kinshasa. Bien que la procédure est laborieuse (scan et envoi, imprimer, signature, scan et ré-envoi), une bonne organisation et communication résulte dans un minimum de délai.

En conclusion : les modalités d'exécution sont appropriées.

2.1.4 Contexte HARMO

Les activités du projet ASSNIP Kisangani sont complémentaires aux domaines d'intervention des autres Partenaires Techniques et Financiers.

L'appui de la CTB est un appui global, avec objectif de renforcer le bon fonctionnement des formations sanitaires. Ainsi, un environnement est créé où les programmes, en majorité des programmes verticaux, des autres intervenants (UNICEF, OMS, Fonds Mondial, Père Damien, PROVIC, etc.) trouvent des formations sanitaires déjà fonctionnelles. Les interventions respectives apportent toutes leurs contributions pour

une amélioration de l'état de santé de la population des zones sanitaires de Makiso-Kisangani, Kabondo et Lubunga.

Les partenaires avec la même vision d'appui globale dans la Province Orientale déploient leurs activités dans d'autres zones géographiques (Union Européenne, IRC sous financement DFID, Malteser).

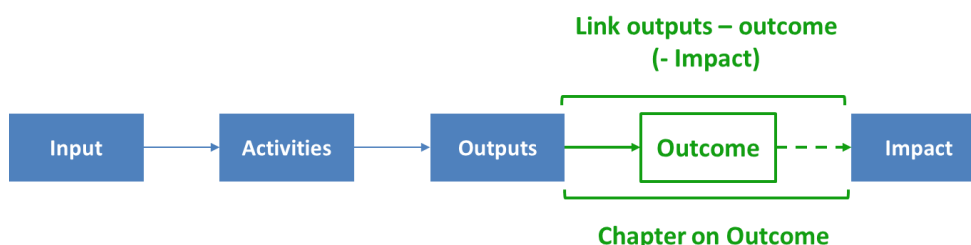
Pour les niveaux de coordination (DPS Tshopo et ECZ des 3 zones sanitaires) le projet ASSNIP Kisangani est de loin le bailleur de fonds le plus important.

Les activités du projet sont complètement alignées à la politique nationale et le Plan Provincial de Développement Sanitaire de la Province Orientale.

L'absence d'un PAO pour l'année 2012, a été remédiée en organisant des séances de planification trimestrielle participative, avec une transparence complète de la part de la CTB en ce qui concerne le budget disponible. Les décisions majeures sont donc prises par la partie congolaise qui d'ailleurs était déjà impliquée dans l'élaboration du DTF.

2.2 Outcome

Donner un aperçu de l'atteinte potentielle de l'outcome et de la dynamique autour de cet outcome (voir figure infra).



2.2.1 Analyse des progrès réalisés

Se limiter à remplir le tableau⁴

Outcome ⁵ : Le système de santé est consolidé de manière durable via le renforcement de la DPS de la Tshopo et des ZS Makiso – Kisangani, Kabondo et Lubunga						
Indicateurs ⁶	Valeur de <i>Baseline</i> ⁷ (Mars 2012)	Progrès année N-1 ⁸	Progrès année N ⁹ (Avr à Déc 2012)	Cible année N ¹⁰	Cible finale ¹¹	Commentaires ¹²
Taux d'utilisation des services curatifs et						

⁴ De toute évidence, des lignes devront être ajoutées/supprimées en fonction du nombre d'indicateurs et du nombre d'activités principales.

En fonction de l'âge du projet, des colonnes doivent être ajoutées pour les années précédentes (si cela est applicable), afin de pouvoir évaluer les progrès accomplis par rapport à la valeur de l'année précédente. Un rapport cumulatif permet de déterminer avec précision les progrès réalisés au cours de la période de rapportage.

Ne pas écrire de texte sous le tableau. Les commentaires doivent se limiter à ceux dans le tableau.

⁵ Reprendre la formulation de l'outcome, telle qu'elle figure dans le cadre logique (DTF) ou dans la dernière version du cadre logique validée par la SMCL.

⁶ Reprendre les indicateurs tels qu'ils figurent dans le cadre logique.

⁷ La valeur de l'indicateur au temps 0. Se réfère à la valeur des indicateurs au début de l'intervention.

⁸ La valeur de l'indicateur à la fin de l'année N-1.

⁹ La valeur de l'indicateur à la fin de l'année N. Si la valeur n'a pas changé depuis la *Baseline* ou depuis l'année précédente, il y a lieu de répéter cette valeur.

¹⁰ La valeur cible à la fin de l'année N.

¹¹ La valeur cible à la fin de l'intervention.

¹² Commentaires sur les progrès réalisés, à savoir une appréciation de la valeur de l'indicateur atteinte à la fin de l'année N par rapport aux valeurs « *Baseline* » (temps 0) et/ou à la valeur de l'année précédente, et par rapport à la valeur intermédiaire attendue pour l'année N. Il convient de limiter au maximum les commentaires.

préventifs de 1er échelon (CS) dans les ZS ciblées (Makiso-K., Kabondo et Lubunga)					
Taux d'utilisation consultation curatif Total	36%		41%		
Makiso-K	43%		43%		
Kabondo	35%		42%		
Lubunga	27%		36%		
Nombre de cas référés par mois Total	245		298		
Makiso-K	96		92		
Kabondo	83		101		
Lubunga	66		105		
Taux d'utilisation CPN 1 Total	80%		80%		
Makiso-K	70%		68%		
Kabondo	96%		100%		
Lubunga	77%		78%		
Taux d'accouchements assistés Total	80%		82%		
Makiso-K	69%		68%		
Kabondo	102%		105%		
Lubunga	73%		76%		
Taux de vaccination BCG Total	78%		91%		
Makiso-K	79%		72%		
Kabondo	106%		131%		
Lubunga	50%		79%		
Taux de vaccination DTC3 Total	67%		83%		
Makiso-K	71%		71%		
Kabondo	65%		98%		
Lubunga	64%		82%		
Taux de vaccination VAR Total	56%		75%		
Makiso-K	62%		62%		
Kabondo	57%		92%		
Lubunga	46%		74%		
Taux de CPS1 <1 ans Total	86%		95%		
Makiso-K	81%		78%		
Kabondo	110%		129%		
Lubunga	70%		87%		
Taux d'utilisation des services curatifs de première référence par service (pédiatrie, médecine interne, maternité, chirurgie) dans les HGR des ZS ciblées					
Taux d'utilisation HGR Makiso-K (nombre d'admission par 100.000 habitants)	275		258		Inclus aussi des autres services : urgences, psychiatrie.
Médecine interne	40		43		
Pédiatrie	62		60		
Maternité et Gynécologie	93		87		
Chirurgie	34		32		
Taux d'utilisation HGR Kabondo (nombre d'admission par 100.000 habitants)	310		310		Inclus aussi des autres services : urgences, psychiatrie,
Médecine interne	31		37		
Pédiatrie	62		87		
Maternité et Gynécologie	73		68		
Chirurgie	27		42		
Taux d'utilisation HGR Lubunga (nombre d'admission par 100.000 habitants)	236		249		Inclus aussi des autres services : urgences, psychiatrie,
Médecine interne	65		72		
Pédiatrie	58		72		
Maternité et Gynécologie	34		23		
Chirurgie	20		18		

Analyse des progrès réalisés par rapport à l'outcome : Analyser la dynamique entre la réalisation des outputs et l'atteinte probable de l'outcome (voir Guide de rapport des résultats) :	
<i>Lien entre les outputs et l'outcome : (Comment) les outputs contribuent-ils (toujours) à l'atteinte de l'outcome ?</i>	Les services curatifs et préventifs clés des deux niveaux de soins de santé des zones sanitaires représentent la contribution du système de santé à l'amélioration de l'état de santé de la population.
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'outcome (sur la base d'indicateurs) :</i>	<p><u>Pour les Centres de Santé</u></p> <p>Tous les indicateurs suivis ont connu une amélioration depuis le début du projet en Avril 2012 (sauf le taux d'utilisation de la Consultation Pré-Natale qui est resté status quo). La zone de santé de Lubunga, qui avait le point de départ le plus faible, a montré le progrès le plus grand. La performance de la zone de santé de Makiso-Kisangani a baissée sur certains indicateurs : bien que leurs résultats soient toujours acceptables, leur performance doit être suivie pendant 2013 et des mesures nécessaires doivent être prises pour remédier cette baisse.</p> <p><u>Pour les Hôpitaux Généraux de Référence</u></p> <p>Le progrès n'est pas de la même hauteur que pour la performance des Centres de Santé. Contrairement au projet antérieur, le projet actuel ne prévoit pas de financement séparé pour les médicaments et le renouvellement du stock de médicaments doit se faire des recettes propres et la subvention CTB. Surtout l'hôpital de Makiso-Kisangani est confronté à une pénurie de médicaments.</p> <p><u>Remarque</u> : Le projet ASSNIP Kisangani est la continuation d'un autre projet. le baseline (mars 2012, le mois avant le début du nouveau projet) était donc déjà le résultat d'un appui CTB. La valeur du progrès en 2012 est la moyenne d'avril à décembre 2012</p>
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>	Les activités de vaccination ont souffert de plusieurs ruptures d'intrants. Pour une grande partie cette baisse de performance a été corrigée par des campagnes de vaccination.
<i>Résultats inattendus :</i>	

2.2.2 Gestion des risques

Indiquer l'évolution des risques¹³ et la façon dont ils ont été gérés. Les risques identifiés comprennent les risques émanant du DTF et/ou de l'étude Baseline ainsi que les risques significatifs identifiés durant la mise en œuvre de l'intervention. Certains risques peuvent aussi être identifiés lors du suivi des résultats.

- Décrire le risque.
- Noter la probabilité que le risque survienne : Élevée, Moyenne, Faible
- Noter l'impact du risque s'il devait survenir : Élevé, Moyen, Faible

Si une note C ou D est attribuée à un risque, détailler les mesures qui ont été/seront prises et indiquer la personne/l'acteur responsable. Pour plus de détails sur la notation : voir le Guide

Identification du risque			Analyse du risque			Traitement du risque			Suivi du risque	
Description du risque	Période identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Date limite	État d'avancement	Statut
La volatilité de la situation politico-militaire	DTF	Développement	Elevée	Elevée	D	Le risque ne peut être influencé au niveau du projet				
Le non-paiement des factures d'eau et électricité des structures confessionnelles par l'Etat	DTF	Développement / Réputation	Elevée	Elevée	D	Plaidoyer par toutes les parties prenantes à tous les niveaux	AMBABEL, CTB KIN, COMPAR, MSP, Min Coop Int ASSNIP Kis, DPS,	Avant l'élaboration du budget national 2013	Pas de résultats. La situation s'est même aggravée puisque l'HGR de Makiso, une structure publique pour	A continuer

¹³ Se limiter aux risques de développement et aux risques liés à la réputation

							ECZ, BDOM, Gouvernement Provincial, SNEL, REGIDESO		laquelle la facture est payé, n'est approvisionné d'électricité que sporadiquement.	
La réforme de la DPS se déroule dans un vide juridique	DTF	Développement	Elevée	Elevée	D				L'Arrêté Ministériel a été signé le 3 Novembre 2012	Résolu
Incertitude concernant la continuation d'appui aux 3 zones sanitaires du District Sanitaire de la ville de Kisangani et la DPS	DTF	Réputation / Développement	Elevée	Moyenne	C	Identifier autre PTF qui reprend l'appui ET /OU Plaidoyer pour la continuation de l'appui bilatérale Belgo-Congolaise	AMBABEL , CTB KIN, COMPAR, MSP, Min Coop Int ASSNIP Kis, DPS, Gouvernement Provincial	ASAP mais certainement avant fin 2013	Les négociations pour continuer l'appui belge bilatéral ont recommencé vers fin 2012	

2.2.3 Impact potentiel

Impact : Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans les zones d'intervention dans la Tshopo dans le cadre global de lutte contre la pauvreté.

Outcome : Le système de santé de la Tshopo est consolidé de manière durable à travers le renforcement de la DPS et des ZS de Makiso-Kisangani, Kabondo et Lubunga.

Les résultats obtenus après 9 mois d'implémentation du projet ASSNIP Kisangani montrent une amélioration des indicateurs d'utilisation des services de soins de santé, autant au niveau des Centres de Santé que des HGR.

Cependant, nous pouvons conclure que l'appui a, en effet, contribué à un renforcement de la performance des formations sanitaires comme formulé dans l'outcome. Il est difficile d'évaluer si l'état de santé de la population est amélioré puisque cet objectif est dépendant de plusieurs facteurs en dehors de la portée du secteur de santé.

L'outcome de l'appui sur les structures de coordination et planification, les Equipes Cadres de Zones et la Divisions Provinciale de Santé, est plus difficile à évaluer. Néanmoins, nous pouvons conclure que les résultats obtenus dans les formations sanitaires ne sont possible qu'avec un appui de qualité desdites structures de coordination.

La préoccupation majeure est la durabilité de l'intervention après 2013.

L'application de la tarification a mené à une amélioration importante de l'accessibilité financière mais reste conditionnelle à une subvention pour assurer l'équilibre financier des structures, surtout les HGR. La durabilité est pareillement une inquiétude pour les structures de coordination au niveau de la province et des 3 zones sanitaires qui dépendent en grande partie de l'appui du projet pour leur fonctionnement.

Les investissements (1/3 du budget) pour constructions, réhabilitations, dotation équipement et matériel roulant peuvent être considérés comme durable à condition que la bonne gestion et l'entretien des infrastructures et matériel roulant reste assuré.

2.2.4 Critères de qualité

Pour chacun des critères (Efficience, Efficacité, Durabilité et Pertinence), plusieurs sous-critères ont été formulés. En choisissant la formulation qui correspond le mieux à votre intervention, vous pouvez calculer la note totale applicable à ces critères spécifiques (voir infra pour les instructions de calcul).

1. PERTINENCE : le degré dans lequel l'intervention est cohérente avec les politiques et priorités locales et nationales ainsi qu'avec les attentes des bénéficiaires.		
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : Au moins un 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A ; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i>		
1.1 Quel est le degré de pertinence actuel du projet ?		
<input checked="" 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 type="checkbox"/>	B	S'inscrit toujours bien dans les politiques nationales et la stratégie belge (sans être toujours explicite), relativement compatible avec les engagements en matière d'efficacité de l'aide, pertinent par rapport aux besoins du groupe cible.
<input type="checkbox"/>	C	Quelques questions par rapport à la cohérence avec les politiques nationales et la stratégie belge, l'efficacité de l'aide ou la pertinence.

<input type="checkbox"/>	D	Contradictions avec les politiques nationales et la stratégie belge, les engagements en matière d'efficacité de l'aide ; la pertinence vis-à-vis des besoins est mise en doute. Des changements majeurs sont requis.
1.2 La logique d'intervention, telle qu'elle est conçue actuellement, est-elle toujours la bonne ?		
<input type="checkbox"/>	A	Logique d'intervention claire et bien structurée ; logique verticale des objectifs réalisable et cohérente ; indicateurs appropriés ; risques et hypothèses clairement identifiés et gérés ; accompagnement de sortie d'intervention mis en place (si cela est applicable).
<input checked="" type="checkbox"/>	B	Logique d'intervention appropriée bien qu'elle puisse avoir besoin de certaines améliorations en termes de hiérarchie d'objectifs, d'indicateurs, de risques et hypothèses.
<input type="checkbox"/>	C	Les problèmes par rapport à la logique d'intervention peuvent affecter la performance d'un projet et sa capacité à contrôler et évaluer les progrès ; améliorations requises.
<input type="checkbox"/>	D	La logique d'intervention est erronée et nécessite une révision en profondeur pour que le projet puisse espérer aboutir.

2. EFFICIENCE DE LA MISE EN ŒUVRE JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel les ressources de l'intervention (fonds, expertise, temps, etc.) ont été converties en résultats de façon économe (appréciation de l'ensemble de l'intervention)

Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : Au moins un 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A ; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D

2.1 Dans quelle mesure les inputs (finances, RH, biens & équipements) sont-ils correctement gérés ?

<input checked="" type="checkbox"/>	A	Tous les inputs sont disponibles à temps et dans les limites budgétaires.
<input type="checkbox"/>	B	La plupart des inputs sont disponibles dans des délais raisonnables et ne nécessitent pas d'ajustements budgétaires considérables. Une certaine marge d'amélioration est cependant possible.
<input type="checkbox"/>	C	La disponibilité et l'utilisation des inputs posent des problèmes qui doivent être résolus, sans quoi les résultats pourraient courir certains risques.
<input type="checkbox"/>	D	La disponibilité et la gestion des inputs comportent de sérieuses lacunes qui menacent l'atteinte des résultats. Des changements considérables sont nécessaires.

2.2 Dans quelle mesure les outputs sont-ils correctement gérés ?

<input type="checkbox"/>	A	Tous les outputs ont été et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps et de bonne qualité ce qui contribuera aux outcomes planifiés.
<input checked="" 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

Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : Au moins un 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A ; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D

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 checked="" type="checkbox"/>	B	L'outcome sera atteint avec quelques minimales restrictions ; les effets négatifs (s'il y en a) n'ont pas causé beaucoup de tort.
<input type="checkbox"/>	C	L'outcome ne sera atteint que partiellement, entre autres en raison d'effets négatifs auxquels le management n'est pas parvenu à s'adapter entièrement. Des mesures correctives doivent être prises pour améliorer la probabilité de la réalisation de l'outcome.

<input type="checkbox"/>	D	Le projet n'atteindra pas son outcome, à moins que d'importantes mesures fondamentales soient prises.
3.2 Les activités et les outputs sont-ils adaptés sur la base des résultats atteints dans l'optique de réaliser l'outcome (objectif spécifique) ?		
<input type="checkbox"/>	A	Le projet réussit à adapter ses stratégies/activités et outputs en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. Les risques et hypothèses sont gérés de manière proactive.
<input checked="" type="checkbox"/>	B	Le projet réussit relativement bien à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. La gestion des risques est relativement passive.
<input type="checkbox"/>	C	Le projet n'est pas totalement parvenu à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes de façon appropriée ou dans les temps. La gestion des risques a été plutôt statique. Une modification importante des stratégies s'avère nécessaire pour garantir au projet la réalisation de son outcome.
<input type="checkbox"/>	D	Le projet n'est pas parvenu à réagir à l'évolution des circonstances externes ; la gestion des risques a été insuffisante. Des changements considérables sont nécessaires pour réaliser l'outcome.

3. DURABILITÉ POTENTIELLE : le degré de probabilité de préserver et reproduire les bénéfices d'une intervention sur le long terme (au-delà de la période de mise en œuvre de l'intervention).

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

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 type="checkbox"/>	C	Les problèmes doivent être traités en ce qui concerne la durabilité financière soit en termes de frais institutionnels ou liés aux groupes cibles, ou encore d'évolution du contexte économique.
<input checked="" type="checkbox"/>	D	La durabilité financière/économique est très discutable, à moins que n'interviennent des changements majeurs.

4.2 Quel est le degré d'appropriation du projet par les groupes cibles et persistera-t-il au terme de l'assistance externe ?

<input type="checkbox"/>	A	La SMCL et d'autres structures locales pertinentes sont fortement impliquées à tous les stades de la mise en œuvre et s'engagent à continuer à produire et utiliser des résultats.
<input type="checkbox"/>	B	La mise en œuvre se base en grande partie sur la SMCL et d'autres structures locales pertinentes, impliquées elles aussi, dans une certaine mesure, dans le processus décisionnel. La probabilité d'atteindre la durabilité est bonne, mais une certaine marge d'amélioration est possible.
<input checked="" type="checkbox"/>	C	Le projet recourt principalement à des arrangements ponctuels et à la SMCL et d'autres structures locales pertinentes en vue de garantir la durabilité. La continuité des résultats n'est pas garantie. Des mesures correctives sont requises.
<input type="checkbox"/>	D	Le projet dépend totalement des structures ponctuelles n'offrant aucune perspective de durabilité. Des changements fondamentaux sont requis pour garantir la durabilité.

4.3 Quel est le niveau d'appui politique fourni et le degré d'interaction entre le projet et le niveau politique ?

<input type="checkbox"/>	A	Le projet bénéficie de l'appui intégral de la politique et des institutions, et cet appui se poursuivra.
<input checked="" 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 type="checkbox"/>	C	La durabilité du projet est limitée par l'absence d'appui politique. Des mesures correctives sont requises.

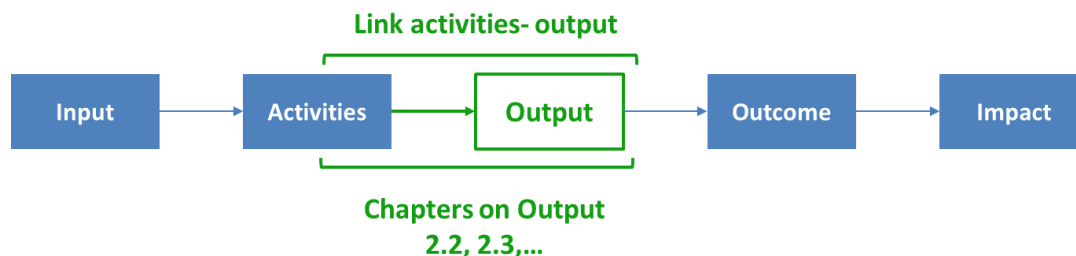
<input type="checkbox"/>	D	Les politiques ont été et seront vraisemblablement en contradiction avec le projet. Des changements fondamentaux s'avèrent nécessaires pour garantir la durabilité du projet.
4.4 Dans quelle mesure le projet contribue-t-il à la capacité institutionnelle et de gestion ?		
<input type="checkbox"/>	A	Le projet est intégré aux structures institutionnelles et a contribué à l'amélioration de la capacité institutionnelle et de gestion (même si ce n'est pas là un objectif explicite).
<input 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 checked="" 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.

Attribuer une note finale à chaque critère. Si une note C ou D a été attribuée à un critère de monitoring, des mesures doivent être proposées dans le Plan d'action (4.1).

Critères	Note
Pertinence	A
Efficacité	B
Durabilité	D
Efficiency	A

2.3 Output 1¹⁴

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 un appui de qualité aux ZS et est placée dans les conditions optimales pour piloter la mise en œuvre du PPDS							
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Progrès année N-1	Progrès année N	Cible année N	Cible finale	Commentaires	
Nombre de supervisions réalisées par ZS par l'ECP selon les normes fixées par le MSP par mois	ND		2	5			
Nombre de réunions de l'ECP par mois	ND		ND	4	4		
Nombre de CPP annuels et de réunions thématiques connexes	2		1	2	2		
Nombre de membres de l'ECP effectivement sélectionné sur base de leurs compétences, tenant compte de l'aspect genre	0		10	10	11	7 EPP et 3 gestionnaires pour la DPS de la Tshopo ont été sélectionnés, aucune femme parmi eux. Les cadres des métiers information sanitaire et inspection – contrôle n'ont pas (encore) été sélectionnés.	
État d'avancement des principales activités ¹⁵			État d'avancement :		Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)		
			A	B			C
1 Sélectionner les cadres de la DPS Tshopo et assurer leur formation initiale					X		La formation initiale n'a pas encore eu lieu
2 Mettre à disposition l'équipement et matériel nécessaires pour un fonctionnement optimal			X				
3 Assurer une prime de motivation pour les cadres sélectionnés			X				
4 Appuyer le fonctionnement de la DPS de la Tshopo			X				
5 Appuyer les réunions de planification et coordination				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.			Les activités peuvent être classifiées en 2 grandes catégories. D'une part les				

¹⁴ Le template prévoit jusqu'à 3 outputs (chapitres 2.2, 2.3 et 2.4). Si l'intervention compte plus d'outputs, simplement copier et coller les chapitres supplémentaires relatifs aux outputs. Si l'intervention compte moins de 3 outputs, simplement supprimer les chapitres désuets)

¹⁵ A : Les activités sont en avance
 B : Les activités sont dans les délais
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

<i>(Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?) :</i>	investissements (sélection et formation initiale, matériel roulant, équipement informatique, construction bâtiment) et de l'autre part l'appui au fonctionnement (supervisions, fourniture bureau, primes, réunions de coordination et planification). Les activités se déroulent comme prévues et contribuent à l'atteinte de l'output.
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>	Bien que les activités se déroulent comme planifiées, il est douteux que l'output sera atteint. Les cadres de seulement 2 métiers de la nouvelle DPS ont été sélectionnés et le budget du projet ne permet pas la sélection et paiement de primes pour les cadres des 2 métiers restants. Ainsi, le processus de réforme au niveau intermédiaire risque d'être arrêté à mi-parcours.
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>	La mise en place de la DPS de la Tshopo selon le nouveau cadre organique se déroule dans une situation où les anciennes structures (DPS Province Orientale, Bureaux de Districts) sont toujours fonctionnelles. En plus, les cadres sélectionnés pour la nouvelle DPS continuent à exercer leur ancienne position au sein de la DPS de la Province Orientale. Et il faut encore ajouter la situation de vide juridique par manque de signature des arrêtés ministériels autorisant la mise en place des DPS selon le nouveau découpage en provinces du pays et la réforme institutionnelle des DPS selon les 4 métiers. Le résultat est que le développement de la DPS de la Tshopo est un processus en évolution qui n'a pas encore atteint l'élan désiré et demeure avec un niveau d'activités assez bas. Le coût de la réforme du niveau intermédiaire a été sous-estimé dans le DTF et le financement disponible ne suffit pas pour accompagner le processus jusqu'à la fin.
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>	

2.3.2 Exécution budgétaire

Voir annexe 5.4

Le taux d'exécution budgétaire de l'output 1 est à 30% et conforme à la planification puisque une grande partie des marchés publics seront exécutés pendant 2013.

2.3.3 Critères de qualité

Attribuer, sur la base des éléments susmentionnés, une note A, B, C ou D ¹⁶ aux critères suivants :

- **Effizienz** : le degré dans lequel les ressources de l'intervention (fonds, expertise, temps, etc.) ont été converties en outputs de façon économe.
- **Efficacité** : le degré dans lequel l'output a été réalisé, tel que prévu à la fin de l'année N.
- **Durabilité** : le degré de probabilité de préserver et/ou de reproduire les outputs de l'intervention sur le long terme (au-delà de la période de mise en œuvre de l'intervention).

¹⁶

- A : Très bonne performance
 B : Bonne performance
 C : Performance assortie de problèmes ; des mesures doivent être prises
 D : Manque de performance / difficultés majeures : des mesures doivent être prises

Si un critère ne peut pas être évalué (parce que le projet vient tout juste de démarrer, par ex.), attribuer la note X au critère. Expliquer pour quelle raison le critère n'a pas été évalué.

Critères	Note
Efficienc	B
Efficacit	B
Durabilit	C

2.4 Output 2

2.4.1 Analyse des progrès réalisés

Output 2 : Les EC en place dans les ZS de Makiso-K., Kabondo et Lubunga 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.						
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Progrès année N-1	Progrès année N	Cible année N	Cible finale	Commentaires
Nombre de PAO officiellement adoptés par le CA de la ZS	3		0 (2012) 3 (2013)	3	3	Aucun PAO pour 2012 n'a été adopté. Les PAO 2013 pour les 3 ZS appuyées ont été adoptés en Décembre 2012
Nombre de supervisions intégrées de CS réalisées dans chaque ZS avec rapport par mois						
Makiso-Kisangani	ND		25			
Kabondo			20			
Lubunga			17			
Nombre de visites d'inspection contrôle effectuées par l'ECP/DPS	ND		ND			
% des membres de l'ECZ qui font régulièrement des supervisions dans les CS	100%		100%	100%	100%	
% de femmes dans les structures de gestion aux différents niveaux	28%		28%	28%	39%	
Makiso- Kisangani	33%		33%	33%	33%	
Kabondo	50%		50%	50%	50%	
Lubunga	0%		0%	0%	33%	
l'intégration de la SSR/VIH, genre et environnement dans les plans d'actions opérationnels officiellement adoptés par le Conseil d'administration de la ZS	Non		Non	Oui	Oui	Les PAO n'ont pas été adoptés
État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :				Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)	
	A	B	C	D		
1 Appuyer les réunions de coordination et planification	X					
2 Appuyer les supervisions	X					
3 Assurer la formation continue des membres des ECZ				X	Aucune formation formelle avec financement CTB a été exécutée, sauf l'aspect accompagnement qui a été réalisé par l'ECP	
4 Appuyer le fonctionnement des ECZ	X					
5 Assurer une prime de motivation	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) :	Les activités représentent un appui global prenant en charge la majorité des activités de cette structure de coordination qui n'a pas de propres recettes.					
Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :	Les ECZ dans les 3 zones sanitaires appuyées sont fonctionnelles.					

Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :	<p>La mauvaise affectation des ressources en accordant une faible proportion de budget à l'approvisionnement aux médicaments, avec comme conséquence des ruptures de stock peut avoir une incidence sur la qualité des soins.</p> <p>Non réalisation de monitoring selon TANASHI n'a pas permis d'évaluer à mi-parcours les effets du projet à travers la couverture effective de l'intervention par rapport aux cibles.</p>
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>	

2.4.2 Exécution budgétaire

Voir Annexe 5.4.

Le taux d'exécution budgétaire de l'output 2 est à 17% (20% sans marché publique). En 2013, un effort devra être fait pour intensifier le nombre de supervisions et planifier les formations continues pour les membres des ECZ.

2.4.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficience	A
Efficacité	B
Durabilité	C

2.5 Output 3

2.5.1 Analyse des progrès réalisés

Output 3 : Dans chacune des trois ZS, l'accès aux soins, la qualité des soins et de la gestion de l'HGR ainsi que des CS retenus dans le plan de couverture sont rationalisés. Ces FOSA fonctionnent dans un système intégré conforme aux prescriptions de la SRSS						
Indicateurs	Valeur Baseline (mars 2012)	Progrès année N-1	Progrès année N (avr-déc 2012)	Cible année N	Cible finale	Commentaires
TOM et DMS par service dans les HGR						
HGR de Makiso Kisangani TOM	108%		109%			
Médecine Interne	102%		90%			
Pédiatrie	92%		108%			
Maternité et Gynécologie	47%		56%			
Chirurgie	98%		112%			
HGR de Kabondo TOM	62%		85%			
Médecine Interne	59%		93%			
Pédiatrie	51%		94%			
Maternité et Gynécologie	53%		58%			
Chirurgie	82%		121%			
HGR de Lubunga TOM	50%		47%			
Médecine Interne	59%		54%			
Pédiatrie	69%		76%			
Maternité et Gynécologie	32%		39%			
Chirurgie	47%		32%			
HGR de Makiso Kisangani DMS	7		8			
Médecine Interne	10		11			
Pédiatrie	6		6			
Maternité et Gynécologie	4		5			
Chirurgie	13		12			
HGR de Kabondo DMS	6		7			
Médecine Interne	8		9			
Pédiatrie	5		5			
Maternité et Gynécologie	7		7			
Chirurgie	9		14			
HGR de Lubunga DMS	6		5			
Médecine Interne	6		6			
Pédiatrie	6		4			
Maternité et Gynécologie	5		5			
Chirurgie	6		8			
Pourcentage de cas référé par les CS par rapport au nombre total de cas vus en consultation à l'HGR						
Makiso – Kisangani	19%		15%			
Kabondo	18%		19%			
Lubunga	73%		43%			
Pourcentage de cas en hospitalisation qui ont été référés par un centre de santé						
Makiso – Kisangani	14%		19%			
Kabondo	13%		23%			
Lubunga	82%		51%			
Taux de létalité hospitalière globale et après 48 heures d'hospitalisation						
Makiso – Kisangani						
Globale	3%		6%			
Après 48 heures	2%		3%			
Kabondo						
Globale	9%		9%			
Après 48 heures	5%		4%			
Lubunga						
Globale	4%		5%			
Après 48 heures	2%		2%			

Montant moyen de la contribution du patient par type de forfait et le % des recettes que représente cette contribution	ND		ND			
% de patients envoyés en hospitalisation parmi les patients référés en consultation.	ND		ND			
Nombre et le pourcentage d'accouchements assistés par du personnel professionnel formé	80%		82%			
État d'avancement des <u>principales</u> activités	État d'avancement :				Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)	
	A	B	C	D		
1 Subventionner le traitement des malades dans les 38 CS et 3 HGR	X					
2 Préparer les dossiers de réhabilitation de 5 CS de démonstration et construction d'un CS	X					
3 Préparer les dossiers pour la dotation aux CS de démonstration de matériel médical et non-médical	X					
4 Préparer du dossier pour la mise à niveau du plateau technique des 3 HGR	X					
5 Appuyer la rationalisation et la qualité des soins			X		Aucune formation ou stage a été organisé à cause d'absence de PAO ou plan de formations dans les 3 ZS	
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>	Les activités menées assurent la prise en charge des malades qui se présentent dans les formations sanitaires.					
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>	L'output a été atteint partiellement. La couverture géographique est assurée dans la zone d'intervention. Pour 2013 une attention particulière sera mise sur l'amélioration de la qualité des soins, la nécessité et l'urgence sont démontrées par les mauvais résultats des indicateurs de la mortalité intra-hospitalière.					
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>	<p>Le budget du projet n'est pas suffisant pour continuer la subvention des soins au même niveau. Une dégressivité des subventions a été planifiée bien que, surtout pour les hôpitaux, un certain niveau de subventions sera nécessaire pour ne pas compromettre l'accessibilité de la population aux soins de santé.</p> <p>Une mise à niveau du plateau technique des CS et HGR est indispensable avant de travailler sérieusement sur l'amélioration de la qualité des soins. L'achat d'équipement et matériel, la réhabilitation / construction des CS et dans les hôpitaux sont tous des marchés publics qui ne s'exécuteront que au courant de 2013. Idéalement, ces inputs devraient être réalisés pendant la phase précédente du projet et pas dans la phase de consolidation.</p> <p>L'évaluation du cout réel de fonctionnement des structures subventionnées n'est pas réalisée pour juger de la pertinence de la tarification forfaitaire y appliquée (accessibilité et recouvrement des couts)</p>					
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>	La dégressivité des subventions oblige les formations sanitaires de prendre des mesures internes de rationalisation et les prépare de manière accélérée et graduelle à la fin de l'appui du projet ASSNIP Kisangani en décembre 2013.					

2.5.2 Exécution budgétaire

Voir annexe 5.4.

Le taux d'exécution budgétaire de l'output 3 est à 21% (38% sans les marchés publics) et conforme à la planification.

2.5.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficienc	B
Efficacité	B
Durabilité	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 du MSP au niveau provincial et au niveau central						
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Progrès année N-1	Progrès année N	Cible année N	Cible finale	Commentaires
Nombre de mission de supervisions effectuées par le niveau central	ND		ND			
Nombre d'études de couts réels réalisés	0		0	0	2	
Nombre d'études sur la capacité à payer réalisées	0		0	0	1	
Le nombre de sujets de réflexion faisant partie d'un dialogue politique sectoriel au niveau central auxquels le projet donne une contribution majeure	0		0	1	4	
État d'avancement des <u>principales</u> activités			État d'avancement :		Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)	
			A	B	C	D
1 Appuyer des voyages d'études				X		
2 Participer aux réunions nationales / régionales			X			
3 Préparer l'enquête de satisfaction du malade				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>		Les activités pour l'output 4 doivent être intensifiées en 2013. Certaines activités (p.e. la documentation des expériences) sont planifiées en 2013 quand il y aura plus de données disponibles.				
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>		L'output 4 n'a pas encore été atteint mais des résultats majeurs ne sont attendus qu'en fin 2013.				
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>						
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>						

2.6.2 Exécution budgétaire

Voir annexe 5.4.

Le taux d'exécution budgétaire de l'output 4 est à 9% et une attention particulière devra se centrer sur l'accélération des activités.

2.6.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficienc	A
Efficacité	C
Durabilité	B

3 Thèmes transversaux

3.1 Genre

Les femmes – en particulier les parturientes - ont un besoin d'utilisation des services de santé plus élevé que les hommes ; investir sur la santé leur bénéficie donc en priorité. Un soin particulier doit être accordé pour l'amélioration de la provision de soins obstétricaux pour laquelle une subvention substantive est prévue.

Au niveau des Equipes Cadres de Zone, la participation des femmes dans des postes de responsabilité est assurée, deux parmi ces trois Médecins Chefs des Zones sont des femmes.

Mais au niveau de la DPS ce n'est pas le cas. La publication ouverte des postes des cadres de la nouvelle DPS de la Tshopo, a reçu très peu d'applications de femmes et aucune femme n'a été sélectionnée parmi les 11 cadres à cause de leurs résultats insatisfaisants dans les tests.

3.2 Environnement

Le projet ASSNIP Kisangani prévoit la mise en place d'un incinérateur industriel de déchets biomédicaux pour la ville de Kisangani. L'exécution de ce marché publique est planifiée pour 2013.

3.3 Autre

Droits sexuels et santé reproductive/VIH-SIDA

Avec l'introduction de la tarification forfaitaire accompagnée d'une subvention, le projet appuie l'amélioration de l'accès aux soins de santé, et ainsi contribue à l'amélioration du dépistage du VIH. De même, en travaillant sur l'amélioration de la qualité des services dans les structures supportées, cela se répercute sur une amélioration de la prise en charge des maladies opportunistes.

Protection de l'enfance

Les enfants constituent, avec les femmes, une proportion importante des usagers des services de santé. L'amélioration de la santé de ces derniers bénéficie donc directement à cette partie de la population. Les tarifs forfaitaires appliqués dans les CS et les HGR et les montants de la subvention priorisent la prise en charge des enfants, autant pour les services curatifs que pour les activités préventives.

Economie sociale

Il n'y a pas d'activités spécifiques prévues par rapport à ce thème.

4 Pilotage et apprentissage

4.1 Plan d'action

Formuler, sur la base des données et de l'analyse ci-dessus, des actions (décisions) à prendre. Celles-ci peuvent être d'ordre stratégique et/ou opérationnel.

Plan d'action	Source	Acteur	Date limite
Organiser la formation initiale des cadres sélectionnés pour la DPS de la Tshopo et appuyer l'organisation interne pour accélérer leurs activités d'appui aux zones sanitaires	2.3	DPS DEP ATI	Q1
Chercher une solution pour compléter la sélection des 2 métiers restants de la DPS de la Tshopo	2.3	DPS MSP CTB	Q3
Assurer la formation continue pour les membres des ECZ	2.4	DPS ECZ ATI	Q2 - Q4
Organiser le monitoring selon TANAHASHI dans les AS de 3 ZS d'appui ASSNIP2 pour le compte deuxième semestre 2012	2.4	DPS ECZ IT	Q1
Accompagner les formations sanitaires pendant la période de dégressivité des subventions pour essayer d'atteindre un équilibre financier, avec une attention particulière sur le recouvrement de coûts des médicaments, en préparation de la fin de l'appui du projet ASSNIP Kisangani en Décembre 2013	2.5	DPS ECZ ATI UNIKIS Consultance	Q3 – Q4
Mettre en place des lignes de crédit pour les médicaments pour les 38 Centres de Santé appuyés	2.5	DPS ECZ ATI CAMEKIS	Q1
Assurer les formations et stages pour le personnel soignant	2.5	DPS ECZ ATI MSP	Q4
Accélérer les marchés publics pour les réhabilitations et constructions dans les zones de santé et de la construction du bâtiment de la DPS de la Tshopo	2.5	ATIs CTB	Q2
Documenter les expériences pour aider les structures de coordination de prendre des décisions basées sur les données et pour contribuer aux débats au niveau national	2.6	DPS ECZ IT ATI KIT A'dam	Q4

4.2 Enseignements tirés

Tirer les enseignements importants de l'expérience de l'intervention. Les enseignements tirés sont de nouveaux savoirs qui doivent demeurer dans la mémoire institutionnelle de la CTB et des partenaires. Ils peuvent être tirés d'activités, d'outputs, de l'outcome (ou

d'une combinaison de niveaux ou de tout autre aspect de l'intervention et de son contexte).

Enseignements tirés	Public cible
L'appui (paiements, suivi, évaluation) doit être régulier pour atteindre des résultats (par exemple : les subventions des formations sanitaires mensuelles doivent être payées chaque mois sans trop de retard)	CTB siège, CTB Rep CTB projet
Un projet qui se termine nécessite d'avoir une stratégie de sortie explicite décrite dans le DTF	CTB siège
La non-exécution des engagements par la partie bénéficiaires doit mener à des mesures plus drastiques (par exemple : paiement des factures d'eau et électricité des structures confessionnelles par l'Etat Congolais)	AMBABEL CTB siège CTB Rep
L'appropriation par la partie bénéficiaire est indispensable pour la bonne exécution des activités du projet et la pérennisation des acquis du projet.	MSP à tous niveaux

5 Annexes

5.1 Cadre logique d'origine

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses
OG	Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans les zones d'intervention de la Tshopo dans le cadre global de lutte contre la pauvreté	CMD 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 - La situation socio-économique s'améliore et entraîne une amélioration du pouvoir d'achat des populations - Un engagement significatif de l'Etat dans le financement de la santé
OS	Le système de santé est consolidé de manière durable via le renforcement de la DPS de la Tshopo et des ZS Makiso-K., Kabondo et Lubunga	<ul style="list-style-type: none"> - Taux d'utilisation des services curatifs et préventifs de 1er échelon (CS) dans les ZS ciblées (Makiso-K., Kabondo et Lubunga) - Taux d'utilisation des services curatifs de première référence par service (pédiatrie, médecine interne, maternité, chirurgie) dans les HOR des ZS ciblées 	<ul style="list-style-type: none"> - Registres SNIS premier contact et premier niveau de référence - Collecte d'informations spécifiques dans les 2 HOR 	<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 28 provinces, disparition de la fonction « DS ») - Pas d'affectation non justifiée de personnel dans les formations sanitaires
R 1	L'ECP assure un appui de qualité aux ZS et est placée dans les conditions optimales pour piloter la mise en œuvre du	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de supervisions réalisées par ZS par l'ECP selon les normes fixées par le MSP ; - Nombre de réunions de l'ECP; 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapport de l'ECP; visites d'inspection contrôlé par le MSP (DS, DEP) - Rapports des ECZ et de l'AT 	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place du cadre organisationnel de la DPS de la Tshopo en 4 métiers. - Les différents partenaires au niveau

	PPDS.	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de CPP annuels et de réunions thématiques connexes - Nombre de membres de l'ECZ effectivement sélectionnés sur base de leurs compétences, tenant compte de l'aspect genre 		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	Les EC en place dans les ZS de Makiso-K., Kabondo et Lubunga assurent l'encadrement des formations sanitaires de 1 ^{er} contact (CS) et de 1 ^{er} 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 contrôlée effectuées par l'ECZ/DPS. - % des membres de l'ECZ qui font régulièrement des supervisions dans les CS; - % de femmes dans les structures de gestion aux différents niveaux - l'intégration de la SSR/VIH, genre et environnement dans les plans d'actions opérationnels officiellement adoptés par le Conseil d'administration de la ZS 	<ul style="list-style-type: none"> - Visites d'inspection contrôlée par l'ECZ/DPS; - Rapports annuels des ECZ PAO; rapports SNIS; 	<ul style="list-style-type: none"> - Recrutement national du personnel de l'ECZ (en fonction de critères objectifs)
R 3	Dans chacune des trois ZS, l'accès aux soins, la qualité des soins et de la gestion de l'HGR ainsi que des CS retenus dans le plan de couverture sont rationalisés. Ces POSA fonctionnent dans un système intégré conforme aux	<ul style="list-style-type: none"> - TOM et DMS par service dans les HGR - Pourcentage de cas référés par les CS par rapport au nombre total de cas vus en consultation à l'HGR. - Pourcentage de cas en hospitalisation qui ont été référés par 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapport SNIS; - Rapport de supervision des ECZ de l'ECZ 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 transparente des fonds de ZS et

	<p>prescriptions de la SRSS</p>	<p>un centre de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. - Nombre et le pourcentage d'accouchements assistés par du personnel professionnel formé 		<p>redistribution intégrale aux formations sanitaires) selon des critères objectifs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Offre de service locale adéquate en matière de travaux de réhabilitation/ construction - Le niveau FEDECAME/ CDR est fonctionnel - actualisation de la convention avec le secteur confessionnel - accord entre les ZS et les représentants de l'Armée congolaise sur les modalités de remboursement des frais de soins prodigués gratuitement aux familles des hommes en uniforme ;
R 4	<p>L'apprentissage basé sur les évidences et expériences de terrain est assuré en vue de renforcer la politique de santé du MSP au niveau provincial et au niveau central</p>	<ul style="list-style-type: none"> - le nombre de mission de supervision effectuées par le niveau central - Nbre d'études de coûts réels réalisées - Nbre d'études sur la capacité à payer réalisées - Le nombre de sujets de réflexion faisant partie d'un dialogue politique sectoriel au niveau central auxquels le projet donne une contribution majeure. 	<p>Journaux internationaux de santé publique</p>	

	Activités pour atteindre le Résultat 1	Moyens	Contribution belge
R 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.		367 000 €
A 1.	<p>APPUYER LA MISE EN PLACE DE LA DPS TSHOPO</p> <p>1. Clarifier les missions des différentes structures et les ressources nécessaires</p> <p>2. Appuyer la mise en place des structures santé de la Tshopo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Budgets de fonctionnement pour réunions, ateliers revues, Budgets carburant, perdiems - Expertise technique locale - Assistance Technique - Achat de matériel informatique, de mobilier, réhabilitations sommaires - Achat véhicule 	200.000 €
A 2	<p>APPUYER LE DEVELOPPEMENT, LA M.E.O. ET L'EVALUATION DES PLANS DE DEVELOPPEMENT DES DIFFERENTES STRUCTURES DE LA TSHOPO</p> <p>1.Appuyer l'élaboration des plans de développement et d'actions des différentes structures de la Tshopo</p> <p>2. Appuyer la m.e.o. de ces plans par rapport aux 4 métiers</p> <p>3. Assurer le suivi et l'évaluation de ces plans</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Budgets de fonctionnement, perdiems - Financements ateliers - Expertise technique locale Assistance Technique 	167.000 €

	Activités pour atteindre le Résultat 2	Moyens	Contribution belge
R 2	Les ECZ de Makiso-K., Kabondo et Lubunga assurent l'encadrement des formations sanitaires de 1 ^{er} contact (CS) et de 1 ^{er} 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.		297 000 €
B.1	APPUYER LE DEVELOPPEMENT, LA MISE EN ŒUVRE ET L'EVALUATION DES PLANS DE DEVELOPPEMENT DANS LES 3 ZS APPUIEES DANS LA TSHOPO 1. Assurer l'organisation et le fonctionnement des organes de gestion 2. Appuyer la mise à jour du plan de développement des ZS et l'élaboration du plan opérationnel multi-bailleurs 3. Appuyer la mise en œuvre des plans des ZS 4. Assurer le suivi et évaluation de ces plans 5. Assurer la formation continue pour les membres de l'ECZ suivant le plan de formation	- Budgets de fonctionnement, Budgets carburant, perdems - Financements ateliers, - Expertise technique locale - Assistance Technique	252.000 €
B.2	ASSURER LA REHABILITATION DES INFRASTRUCTURES PRIORITAIRES 1. Réhabiliter/construire/équiper l'infrastructure de l'ECZ de Lubunga (= à titre indicatif) 2. Réhabilitation de la maison du MCZ de Lubunga (= à titre indicatif)	- Achat de matériel informatique, de mobilier, réhabilitations sommaires - Expertise technique externe - Assistance Technique	45.000 €
	Activités pour atteindre le Résultat 3	Moyens	Contribution belge
R 3	Dans chacune des trois ZS, l'accès aux soins, la qualité des soins et de la gestion de l'HGR ainsi que des CS retenus dans le plan de couverture sont rationalisés. Ces FOA fonctionnent dans un système intégré conforme aux prescriptions de la SRSS		1 650 000 €

C.1	RENFORCER LA COUVERTURE DU 1er ECHELON 1. Assurer le paquet de soins complet du premier échelon dans les CS de démonstration par ZS : 2. Assurer la continuité des soins (basé sur le PMA) dans les CS appuyés suivant le plan 3. Assurer les réhabilitations prioritaires selon le plan de développement de la ZS	- Budgets pour travaux et équipements - Bureaux d'Etudes Techniques, AT	300.000 €
C.2	ASSURER LA MISE A NIVEAU DU PLATEAU TECHNIQUE DANS LES 4 UP DES 3 HGR 1. Assurer les réhabilitations/extensions prioritaires. A titre indicatif : - HGR de Makiso K.: extension/réhabilitation des urgences et soins intensifs - HGR de Kabondo: extension/réhabilitation des urgences et soins intensifs - HGR de Lubunga: idem + construction de 2 bâtiments - pédiatrie, maternité 2. Assurer les équipements prioritaires conformes au Paquet de Soins Complémentaires au niveau HGR 3. M.e.o. l'informatisation du système de gestion des patients (dossier médical)		550.000 €
C.3	CONTRIBUER AU FONCTIONNEMENT DES HGR	- Enveloppe budgétaire correspondantes - Experts recrutés ad hoc, AT	700.000 €
C.4	APPUYER LA RATIONALISATION ET LA QUALITE DE L'OFFRE 1. Appuyer la rationalisation de l'offre des soins et l'organisation du système de référence et contre-référence 2. Renforcer le système d'assurance qualité des soins au niveau CS et HGR 3. Améliorer la transparence et l'efficacité dans la gestion financière, les MEC et la tarification 4. Renforcer le dialogue avec les communautés locales	- Enveloppe budgétaire correspondantes, AT	240.000 €

	Activités pour atteindre le Résultat 4	Moyens	Contribution belge
R.4	Durant le projet des leçons basées sur des évidences sont tirées de l'expérience et alimentent les niveaux intermédiaire et central du MSP au niveau provincial et au niveau central		214 000 €
D.1	<p>APPUYER LA REFLEXION AU NIVEAU OPERATIONNEL</p> <p>1. Observer et renforcer la dynamique de prise de décision et de réflexion documentée au sein des ECG et ECP ('gestion scientifique')</p> <p>2. Accompagner les groupes de travail technique autour des thématiques prioritaires</p> <p>3. Prévoir un pool d'expertises (ponctuelle & perite)</p> <p>À titre indicatif :</p> <p>4. Approfondir le dossier de recherche-action sur la tarification forfaitaire</p> <p>5. Documenter l'expérience référence et de contre-référence dans les 3 ZS</p> <p>6. Documenter l'expérience de Kabondo par rapport au PTME en réseau</p> <p>7. Documenter la participation communautaire de l'aire de santé de St André (Lubunga)</p> <p>8. Compléter le guide des protocoles thérapeutiques pour les hôpitaux</p> <p>9. Traitement des violences sexuelles et des fistules vésico-vaginales</p>	<p>- AT/IT et CT;</p> <p>- Cadres du niveau central et intermédiaire</p>	134.000 €
D.2.	<p>APPUYER LA CAPITALISATION AU NIVEAUX INTERMEDIAIRE ET CENTRAL</p> <p>1. Assurer la validation des expériences documentées au niveau de la province</p> <p>2. Contribuer à des ateliers de capitalisation à différents niveaux</p> <p>3. Réaliser des voyages d'études à différents niveaux</p> <p>4. Assurer l'accompagnement par le niveau national afin de capitaliser pour les autres provinces</p>	<p>- AT/CT</p> <p>- Enveloppe budgétaire pour réunions et ateliers</p>	50.000 €

5.2 Cadre logique mis à jour

Le cadre logique n'a pas été mis à jour, néanmoins, celui d'origine est toujours valable.

5.3 Aperçu des MoRe Results

Résultats ou indicateurs du cadre logique modifiés au cours des 12 derniers mois ?	Non
Rapport de <i>Baseline</i> enregistré dans PIT ?	Non
Planning de l'EMP	Pas d'EMP prévue puisque le projet n'a qu'une durée de 21 mois et représente une phase de consolidation
Planning de l'évaluation finale	Q4 2013
Missions de backstopping depuis le 01/01/2012	Aucune

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

FIT - [Budget Execution Year-to-Date]

Fichier Edition Affichage Insertion Format Enregistrements Scripts Fenêtre Aide

Budget vs Actuals (Year to Month) of RDC1015811

Project Title : **Projet d'appui au système de santé aux niveaux intermédiaire et périphérique (ASSNIP 2) dans trois Zones de Santé de la ville de Kisangani : phase de consolidation des acquis**

Budget Version: **C01** Year to month : **31/12/2012**

Currency: **EUR**

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

Print
Quit

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2011	Expenses 2012	Total	Balance	% Exec
A LE SYSTÈME DE SANTÉ DE LA TSHOPO EST CONSOLIDÉ À			2.728.000,00	0,00	565.425,28	565.425,28	2.162.574,72	21%
01 L'ECP assure de façon efficiente la fonction			367.000,00	0,00	109.416,05	109.416,05	257.583,95	30%
01 Appuyer la mise en place des structures de santé de		REGIE	200.000,00	0,00	60.504,54	60.504,54	139.495,46	30%
02 Appuyer le développement, la mise en œuvre et		REGIE	167.000,00	0,00	48.911,51	48.911,51	118.088,49	29%
02 Les ECZ des 3 ZS - Makiso-K., Kabondo et Lubunga -			297.000,00	0,00	50.338,12	50.338,12	246.661,88	17%
01 Appuyer le développement, la mise en œuvre et		REGIE	252.000,00	0,00	50.338,12	50.338,12	201.661,88	20%
02 Assurer la réhabilitation des infrastructures prioritaires		REGIE	45.000,00	0,00	0,00	0,00	45.000,00	0%
03 Dans chacune des trois Zones de santé, l'accès aux			1.850.000,00	0,00	386.023,33	386.023,33	1.463.976,67	21%
01 Renforcer la couverture au premier échelon de		REGIE	300.000,00	0,00	731,03	731,03	299.268,97	0%
02 Assurer la mise à niveau du plateau technique dans		REGIE	550.000,00	0,00	434,18	434,18	549.565,82	0%
03 Contribuer au fonctionnement des formations		REGIE	760.000,00	0,00	375.785,04	375.785,04	384.214,96	49%
04 Appuyer la rationalisation et la qualité des soins		REGIE	240.000,00	0,00	9.073,08	9.073,08	230.926,92	4%
04 L'apprentissage basé sur les évidences et			214.000,00	0,00	19.647,78	19.647,78	194.352,22	9%
01 Appuyer la réflexion au niveau opérationnel		REGIE	134.000,00	0,00	5.984,38	5.984,38	128.015,62	4%
02 Appuyer la capitalisation au niveau intermédiaire et		REGIE	80.000,00	0,00	13.663,40	13.663,40	66.336,60	17%
X RÉSERVE BUDGÉTAIRE			27.000,00	0,00	0,00	0,00	27.000,00	0%
01 Réserve budgétaire			27.000,00	0,00	0,00	0,00	27.000,00	0%
01 Réserve budgétaire régie		REGIE	27.000,00	0,00	0,00	0,00	27.000,00	0%
Z MOYENS GÉNÉRAUX			713.000,00	0,00	263.302,48	263.302,48	449.697,52	37%
01 Frais de personnel			495.000,00	0,00	224.239,97	224.239,97	270.760,03	45%
		REGIE	3.468.000,00	0,00	828.727,76	828.727,76	2.639.272,24	24%
		COGEST						
		TOTAL	3.468.000,00	0,00	828.727,76	828.727,76	2.639.272,24	24%

MOYENS GÉNÉRAUX		713.000,00	0,00	263.302,48	263.302,48	449.697,52	37%
11 Frais de personnel		495.000,00	0,00	224.239,97	224.239,97	270.760,03	45%
01 1 ATI LT + 1 ARCHI 1/3 temps	REGIE	435.000,00	0,00	187.552,76	187.552,76	247.447,24	43%
02 staff national	REGIE	60.000,00	0,00	36.687,21	36.687,21	23.312,79	61%
12 Frais de fonctionnement		161.000,00	0,00	39.062,51	39.062,51	121.937,49	24%
01 frais de fonctionnement AT	REGIE	60.000,00	0,00	23.550,19	23.550,19	36.449,81	39%
02 Appui CAG y comirs MAF int. (CAG) 1/5 temps	REGIE	101.000,00	0,00	15.512,32	15.512,32	85.487,68	15%
13 Suivi, évaluation, audit		57.000,00	0,00	0,00	0,00	57.000,00	0%
01 Audit projet, Audits médicaments, Backstopping,	REGIE	57.000,00	0,00	0,00	0,00	57.000,00	0%
	REGIE	3.468.000,00	0,00	828.727,76	828.727,76	2.639.272,24	24%
	COGEST						
	TOTAL	3.468.000,00	0,00	828.727,76	828.727,76	2.639.272,24	24%



Budget vs Actuals (Year to Month) of RDC1015011 Printed on donderdag 31 januari 2013

page: 7

5.5 Ressources

Dans la présente annexe optionnelle, les interventions doivent mentionner tout matériel disponible sur les effets de l'intervention sur les bénéficiaires. Le recours à du matériel utilisant des méthodes centrées sur les bénéficiaires est grandement apprécié (« story telling »...). Indiquer également si du matériel audiovisuel, des études, des rapports de capitalisation ou des publications (scientifiques) mettant en évidence les effets de l'intervention sur les bénéficiaires, ont été produits et sont disponibles.

5.6 Décisions prises par la SMCL et suivi

Fournir un aperçu des décisions stratégiques importantes prises par la SMCL et assurer le suivi de ces décisions.

Décision à prendre					Action			Suivi	
Décision à prendre	Période d'identification	Timing	Source	Acteur	Action(s)	Resp.	Date limite	État d'avancement	Statut
Que l'Etat Congolais prenne en charge la fourniture d'eau et électricité aux formations sanitaires confessionnelles comme prévu					Plaidoyer	Tous les acteurs	Avant l'élaboration du budget national	<i>Plaidoyer fait mais toujours pas de résultat positif</i>	NOK
Organiser une réunion de concertation de tous les partenaires sur l'appui à l'émergence de la DPS Tshopo avant la tenue de la prochaine réunion du CPP-SS					Organiser la réunion	MIP DPS	Fin 2012	<i>Pas réalisé Le CPP-SS a été reporté aussi</i>	NOK
Transmettre le Plan d'Action Opérationnel multi-bailleurs de la DPS Tshopo au niveau central pour servir comme support de plaidoyer afin de chercher des partenaires pour continuer l'appui à la Tshopo dans le domaine de la santé.					Elaborer le Plan	MIP	Fin Juin 2012	<i>Pas réalisé</i>	NOK
					Transmettre le Plan				
Suivre l'application rigoureuse de recouvrement des coûts des médicaments et le réapprovisionnement des ZS dans les CDR afin de garantir aux patients la délivrance sans faille des					Faire l'état de lieu sur le recouvrement de couts et prendre des mesures si	DPS	Décembre 2013	<i>En marche</i>	OK
						ECZ			
						AT ASSNIP			

traitements inclus dans la tarification forfaitaire.					nécessaire				
Accélérer la transmission des factures des subventions en souffrance					Accélérer le processus	FOSA	asap	<i>Réalisé, toutes les factures en souffrance payé</i>	OK
						ECZ			
						DPS			
Accélérer le processus de passation des marchés d'infrastructures et équipements					Employer un expert en passation de marchés procédures FED	CTB	asap	<i>Réalisé</i>	OK