



C-lever.org
Collaborative leverage towards inclusive development



Programme Commun MEMISA-MSV

Rapport d'Evaluation Intermédiaire du programme en RDC

(Partie Kinshasa, Kwango, Kwilu et
Sud-Ubangui)

C-lever.org

en collaboration avec SUCCESS in Africa

Version finale février 2020

C-lever.org

Adresse :

m-Village, Rue des Palais 44 (boîte 66)
1030 Brussel – Bruxelles ; BELGIQUE

Téléphone :

0032 (0)2 290 28 19

E-mail :

info@c-lever.org

N° tva – N° Entreprise :

0671900192

REMERCIEMENTS

Tous nos chaleureux remerciements :

- Au Directeur des Opérations de Memisa en RDC et son équipe pour la sollicitude constante à l'égard de l'équipe d'évaluation. L'accompagnement logistique mis en place a grandement facilité le travail des évaluateurs.
- Aux Bureaux d'Accompagnement Technique du Programme pour leur disponibilité
- Aux acteurs de terrain : les Chefs des Divisions Provinciales de la Santé, Responsables des Bureaux Diocésains des œuvres Médicales, les Médecins Chefs des zones de santé et les Médecins-directeurs des Hôpitaux Généraux de Référence pour leur disponibilité

Table des matières

1. Liste des acronymes	5
2. Résumé exécutif	7
3. Introduction	12
3.1 Contexte et justification de l'évaluation intermédiaire	12
3.2 Description du programme	13
3.3 Objectif de l'Evaluation Intermédiaire (EI)	15
3.4 Méthodologie de l'Evaluation Intermédiaire	15
3.5 Equipe de l'évaluation à mi-parcours	16
3.6 Limites de l'évaluation	16
4. Contexte de la mise en œuvre du programme	17
4.1 Evolution du contexte politique de la RDC	17
4.2 Contexte socio-économique	17
4.3 Contexte institutionnel	17
4.4 Partenariat pour la santé	19
4.5 Contexte épidémiologique	20
5. Principaux constats de terrain & conclusions provisoires	21
5.1 Contexte local de mise en œuvre de l'intervention propre à chaque région	21
5.2 Critères d'évaluation CAD	23
5.2.1 Pertinence	23
5.2.1.1 Pertinence de la conception initiale du programme	23
5.2.1.2 Pertinence de la mise en œuvre opérationnelle (recherche de complémentarité et de synergie)	23
5.2.2 Efficience	24
5.2.3 Efficacité	26
5.2.3.1 Objectif spécifique	26
5.2.3.2 Résultat 1 : la société civile locale est appuyée et la participation communautaire stimulée en interaction avec des équipes cadres fonctionnelles dans la poursuite du droit à la santé	29
5.2.3.3 Résultat 2 : les équipements, les infrastructures et l'approvisionnement en médicaments dans les structures cibles sont améliorés- dans les ZS ciblées.	37
5.2.3.4 Résultat 3 : les compétences médicotéchniques et organisationnelles du personnel des hôpitaux et centres de santé ciblés sont améliorées	42
5.2.3.5 Résultat 4 : l'accès géographique et financier aux soins de santé est amélioré et les soins sont acceptables pour la population des ZS ciblées	49
5.2.4 Impact	52
5.2.5 Durabilité	53
5.2.6 Thèmes Transversaux	54
6. Recommandations	58

7. Annexes	61
7.1 Analyse des risques	61
7.2 Synthèse des observations sur le cadre de suivi du programme	64
7.3 Etapes conceptuelles de la mise en œuvre d'un programme	65
7.4 Un échantillon de l'expertise technique fournie par le BAT de Gemena	66
7.5 Tableaux détaillés d'analyse des hypothèses du programme	68
7.6 Evaluation de la mise en œuvre du trajet de renforcement des compétences	70
7.7 Domaines de formation à l'HGR de Budjala et structures bénéficiaires	72
7.8 Résultats détaillés de l'évaluation de la formation au centre HSLK	73
7.9 Calendrier de la mission de l'évaluation intermédiaire	75
7.10 Listes de présence	76

1. Liste des acronymes

ACNG	Acteur de la coopération non gouvernementale
AS	Aire de santé
ASBL	Association sans but lucratif
ATR	Accompagnateur Technique Régional (de Memisa)
BAT	Bureau d'Accompagnement Technique
BCZ	Bureau central de la zone de santé
BDOM	Bureau Diocésain des Œuvres Médicales
BM	Banque Mondiale
CAD	Comité d'Aide au Développement
CDR	Centrale de distribution régionale
CNCD	Centre national de coopération au développement
CODESA	Comité de santé
CPN	Consultation prénatale
CSC	Cadre Stratégique Commun
CSD	Centre de santé de démonstration
DEP	Direction d'études et planification
DESP	Direction des Etudes, Soins & Partenariat
DGD	Direction générale Coopération au développement
DO	Directeur des Opérations
DPS	Division Provincial de la Santé
DREAM	Drug Resource Enhancement against Aids and Malnutrition
ECZ	Equipe cadre de la zone de santé
EPN	Encadreur polyvalent national
EPP	Encadreur provincial polyvalent
ESP	Ecole de santé Publique
Etc	Etcetera
FABAC	Forum des Acteurs Belge en RDC
FEDECAME	Fédération des centrales d'approvisionnement en médicaments essentiels
FOSA	Formation Sanitaire
GFATM	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
HGR	Hopital général de référence
HSLK	Hôpital St Luc de Kisantu
IMT	Institut de médecine tropical d'Anvers
DHIS2	District Health Information System
LUMOS	Leuvense Universitaire Medische Ontwikkelingssamenwerking en Solidariteit
Masmut	Micro Assurance Santé Mutuelles de Santé
MDM	Médecins du Monde
MDP	Marqueurs de Progrès
MSV	Médecins Sans Vacances

NIDIAG	Projet de recherche sur l'approche syndromique Neglected infectious diseases
ONG	Organisation non gouvernementale
OSC	Organisation de la société Civile
PADP	Programme d'Appui aux Divisions Provinciales
PAO	Plan d'Action Opérationnel
PDSS	Projet de Développement du Système de Santé
PDZS	Plan de Développement de la Zone de Santé
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PTF	Partenaire technique et financier
Quamed	Quality Medicines for All
RDC	République Démocratique du Congo
RHS	Ressources Humaines en Santé
RIPSEC	Renforcement Institutionnel pour des Politiques de santé basés sur l'Evidence en République Démocratique du Congo (projet IMT)
RN	Représentation Nationale (Memisa)
RP	Responsables de projet
SDG	Sustainable Development Goals
SNAME	Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
SNIS	Système national d'information sanitaire
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SSP	Soins de santé primaires
TOC	Theory of Change
TRC	Trajet de Renforcement des Capacités
VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise
ZOL	Ziekenhuis Oost Limburg
ZS	Zone de santé
ZSD	Zone de Santé de Démonstration

2. Résumé exécutif

Ce rapport présente les résultats et conclusions de l’Evaluation Intermédiaire (EI) du Programme Commun 2017-2021 de MEMISA et Médecins Sans Vacances en République Démocratique du Congo (RDC) dans les zones de Kinshasa, Kwango, Kwilu et Sud-Ubangui. Les objectifs de l’EI sont de fournir des évidences, à toutes les parties prenantes et plus spécifiquement aux instances de pilotage des deux organisations partenaires Memisa et MSV, pour apprécier les résultats atteints en vue d’améliorer le pilotage du programme.

A. Appréciations globales du programme

Ce programme commun constitue une expérience intéressante de collaboration stratégique, programmatique et opérationnelle entre ces deux ACNG belges, aboutissant dans un cadre commun d’appui au secteur de la santé mis en œuvre dans plusieurs pays.

Le programme commun est bien connu dans les zones d’intervention et déclaré pertinent par la majorité des bénéficiaires. Le programme suscite des attentes, qui dans certains cas sont objet de frustration en raison de l’évolution du contexte institutionnel variable d’une province à l’autre. En effet, l’environnement institutionnel est complexe et assez lent à faire évoluer, ce qui dans certains cas limite l’efficacité, l’impact et la durabilité du programme. Il existe toutefois des signes évidents de l’effet positif des actions déployées et de la cohérence des activités menées.

B. Pertinence

L’EI apprécie la *forte pertinence* du programme commun Memisa-MSV, tant sur le plan stratégique qu’opérationnel. Au niveau stratégique, les choix d’appuyer la Division Provinciale de la Santé (DPS), afin de renforcer ses capacités à jouer son rôle d’accompagnement des Zones de Santé (ZS), d’améliorer l’accessibilité financière des populations aux soins de santé de qualité, sont des choix très pertinents alignés sur les priorités récentes du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2019-2022.

Score pertinence : A.

C. Efficiences

Le programme nous a paru assez efficient.

- a. Le programme démontre une utilisation intensive des expertises internes pour réaliser des prestations techniquement hautement qualifiées qui auraient été autrement coûteuses financièrement et en temps.
- b. La majorité des actions clés des plannings opérationnels s’exécutent dans les délais requis, ce qui a permis de disposer des livrables utiles à l’atteinte des résultats attendus.
- c. Des partenariats entre le programme commun et d’autres PTF au niveau provincial d’une part et avec des Acteurs de la coopération non gouvernementale (ACNG) belges ont permis de construire des synergies et complémentarités utiles pour l’atteinte des résultats. Dans certains cas, la réorientation des ressources vers d’autres priorités du secteur par Memisa, pour éviter les doublons, a permis de réaliser des investissements utiles au système local.

Certains facteurs ont toutefois limité l’efficacité du programme: appui technique insuffisant de la DPS aux Equipes Cadres de Zone (ECZ), la coordination et le leadership stratégiques insuffisants au niveau intermédiaire.

Score efficacité : B

D. Efficacité

Plusieurs hypothèses (conditions minimales de succès) sont réalisées, offrant un environnement plutôt favorable à la mise en œuvre du programme. Celles relatives au fonctionnement des centrales de distribution régionale (CDR) de médicaments et de la DPS constituent toutefois des points d'attention pour lesquels des actions systémiques méritent d'être entreprises.

Par ailleurs, le contexte de mise en œuvre du programme est variable d'une région à l'autre. A travers ses zones d'intervention, le programme est donc confronté à des degrés différents d'adaptation au contexte. Cette situation explique que les résultats sont variables d'une zone d'intervention à l'autre. Nonobstant cela, l'analyse sur l'efficacité a permis de constater que le programme a globalement su s'adapter aux principaux changements de contexte tels que les mécanismes de financement de la santé intervenus à la faveur de l'extension du PDSS (FBR, Forfait subsidié) de la Banque Mondiale et qui ont interféré avec un mécanisme similaire mis en œuvre par le programme commun.

Les indicateurs de l'objectif spécifique relatifs à l'utilisation des soins curatifs et au taux d'accouchements professionnellement assistés montrent que la fréquentation des formations sanitaires s'est accrue durant la période d'exécution du programme dans le Kwango, le Kwilu et au Sud-Ubangui.

Les données ne sont malheureusement pas toujours disponibles pour soutenir des constats encourageants faits par l'équipe d'évaluation. Ces constats se résument ainsi :

➤ Résultat 1

Au titre du résultat 1 relatif à « une société civile locale appuyée et la participation communautaire stimulée en interaction avec des équipes cadres fonctionnelles dans la poursuite du droit à la santé », l'EI aboutit aux conclusions résumées ci-après.

- Existence dans plusieurs localités de dynamique communautaire se traduisant par des initiatives à fort impact sur l'accessibilité géographique et financière des populations aux soins et services de santé : (a) prise en charge médicale et nutritionnelle des indigents et la promotion de leur autonomie avec, dans certain cas, une réinsertion socio-économique des personnes vulnérables (Kwango) ; (b) Fonds local de solidarité pour les femmes enceintes (Mbaya) facilitant la prise en charge des complications obstétricales.
- Les équipes cadre de zones (ECZ) ont également démontré une plus grande capacité de gestion et de coordination de la zone de santé, avec un appui aux acteurs communautaires dans le cadre d'un système local de santé plus intégré. La ZS appuie également le développement des initiatives communautaires de prise en charge de la malnutrition infantile, les système de référence, etc.
- Les Bureaux diocésains des œuvres médicales (BDOM) apportent une contribution de premier plan pour une offre de soins de qualité à travers la fourniture d'une expertise médico-technique pour assurer la conformité à aux normes techniques. Les BDOM ne jouent pourtant pas le rôle attendu d'eux pour renforcer la demande de soins en vue d'un dialogue structuré avec l'offre de soins pour le respect de leur droit à accéder aux soins de santé de qualité.

➤ *Résultat 2*

Au niveau du Résultat 2, concernant « *les équipements, les infrastructures et l'approvisionnement en médicaments dans les structures cibles sont améliorés- dans les ZS ciblées* », on note que l'offre des soins s'est amélioré et diversifiée grâce à l'amélioration du plateau technique et le développement des ressources humaines qualifiées. De nouvelles filières de soins et services, répondant aux besoins et attentes des populations, ont été créées : bactériologie et biochimie, dentisterie, kinésithérapie, ophtalmologie, imagerie, ophtalmologie, transfusion sanguine, etc.

Un système de maintenance préventive et curative est également en place et assure de façon structurée les services requis, dont la qualité se reflète à travers le taux de *disponibilité du matériel biomédical acheté et en utilisation*, qui est supérieur à 90%. Cependant, l'absence d'un d'un système de maintenance fonctionnel dans les hôpitaux ne garantit pas sa pérennisation.

Le *système de référence* dans plusieurs zones de santé a également été renforcé, grâce à la fourniture soit d'ambulances ou des motos ambulances selon le cas. Le système de gestion communautaire des moto-ambulances permet d'assurer un contrôle citoyen et un accès équitable de la communauté à la référence et garantit l'appropriation de l'initiative et sa pérennisation.

➤ *Résultat 3*

L'analyse des progrès du résultats 3 relatif à l'amélioration des « *compétences médicotéchniques et organisationnelles du personnel des hôpitaux et centres de santé ciblés* » indique que la stratégie du Trajet de Renforcement des Capacités (TRC) a été bien acceptée par les bénéficiaires, mise en œuvre telle que planifiée et a contribué substantiellement au renforcement des compétences individuelles et organisationnelles des hôpitaux bénéficiaires. La contribution des TRC à l'amélioration du niveau de qualité des soins est soulignée par plusieurs acteurs, notamment en termes de processus et de satisfaction des usagers des soins. L'hôpital pédiatrique de Kalembe Lembe est un exemple de l'effet systémique du TRC sur la qualité de la gestion et de l'organisation des soins.

La stratégie de développement de zones de santé en zone de santé de démonstration (ZSD) a également montré des effets bénéfiques sur la performance des HGR et quelques centres de santé de démonstration. On observe des ressources humaines en santé dont les capacités médico-techniques ont été développées, grâce aux formations organisées (au centre de formation St Luc de Kisantu), et qui sont motivées. L'effet multiplicateur ('spill over') de ces ZSD au profit d'autres ZS de la province est effectif. De 2018 à 2019, l'HGR de Budjala a formé 61 agents de santé provenant de huit (08) ZS du Sud-Ubangui dans onze (11) domaines. Toutefois, l'effet de la ZSD s'est limité à l'HGR et le Centre de santé de démonstration, et n'a pas impacté le fonctionnement de la ZS dans son ensemble.

Le Centre de formation Saint Luc de Kisantu, qui a servi de lieu de formation aux personnels des ZSD, présente une offre de formations diversifiée. Il s'est engagé dans la professionnalisation du parcours d'acquisition des compétences, depuis l'accueil des apprenants jusqu'au suivi post-formation en milieu de travail. L'élaboration des curricula et l'évaluation de la formation sont quelques-unes des améliorations apportées. L'absence, cependant, d'évaluation de l'acquisition des compétences à différentes phases du processus, afin de personnaliser l'expérience et en apprécier l'efficacité, reste l'un des points faibles à corriger.

➤ *Résultat 4*

De nombreuses initiatives sont soutenues par le programme pour renforcer « l'accès géographique et financier aux soins de santé pour la population des ZS ciblées ».

Les données disponibles indiquent que l'utilisation des soins s'est accrue au cours des dernières années. La proportion de ZS où le taux d'utilisation est supérieur à 50% a progressé de 37% en 2015 à 52% en 2017, mais a de nouveau reculé en 2018 (44%), niveau qui reste proche de la cible qui est de 45%. Ces résultats découlent de l'effet combiné des axes d'intervention et non de quelques initiatives isolées. La contribution synergique des initiatives porteuses, listées ci-dessous, méritent d'être soulignées :

- a. gratuité de la référence vers l'HGR grâce aux mécanismes de solidarité communautaire qui facilitent le fonctionnement optimal des moyens roulants
- b. prévention et la prise en charge gratuite de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans utilisant les aliments locaux, avec une réelle participation de la communauté dans la plupart des ZS
- c. Fonds de solidarité pour les femmes enceintes permet de couvrir environ 35% du coût de la césarienne.
- d. Gratuité de la prise en charge des indigents dans certaines localités (Bokonzi)

Nous avons attribué à l'efficacité le **score B**.

E. Impact

Le potentiel d'impact d'un programme aussi complexe n'est pas aisé à apprécier et démontrer, certainement pas lors d'une évaluation à mi-parcours. Comme indiqué plus haut, certains changements résultant du programme sont de nature systémique et auront probablement un impact positif sur tout le fonctionnement du système à long terme. Il s'agit par exemple des changements suivants : les ZSD qui commencent à assumer leur rôle de démonstration et de « spill over », les TRC avec les effets sur l'organisation des soins, les mécanismes de couverture financière communautaire des soins et le système de référence qui permettent de réduire les barrières aux soins.

Toutefois, en dépit du potentiel de ces initiatives, leur impact sur le système et la santé de la population reste actuellement limité.

Le potentiel d'impact a obtenu le **score B**

F. Durabilité

L'EI observe des perspectives en termes de durabilité de certaines initiatives dont l'ancrage communautaire et systémique sont bonnes. Il s'agit en particulier : des initiatives mutualistes, de la prise en charge des enfants malnutris, de la référence avec les moto-ambulances et de la diversification de l'offre de soins dans les HGR des ZSD. Un plan de consolidation de ces initiatives lors de la deuxième phase d'exécution du programme doit toutefois être élaboré et mis en œuvre pour consolider ces perspectives.

Concernant les initiatives pour lesquelles il y a une faible appropriation par les acteurs, il importe d'entamer dès à présent le désengagement progressif et un transfert de compétences.

Les thèmes transversaux tels que le genre, l'environnement et la digitalisation ont fait l'objet d'une attention récente du programme, et ne se traduisent pas encore en actions concrètes. Certaines activités existantes sont cependant déjà genre sensible et contribuent significativement à l'accès équitable des femmes et des personnes plus vulnérables aux soins

de santé. La poursuite des efforts du programme visant une intégration du genre est certainement requise. Quant à l'environnement, la promotion de l'utilisation de l'énergie renouvelable (énergie solaire) en est l'action principale. La digitalisation n'est pas encore effective

G. Recommandations

L'équipe d'évaluation a fait une série de recommandations, visant le court et moyen terme, destinées à réorienter certains axes de travail ou renforcer l'existant. Ci-dessous sont présentées quelques-unes d'entre elles:

- Renforcer l'appui technique de proximité afin de susciter le leadership stratégique au sein des ECZ et équipe DPS.
- Systématiser les rencontres et les différents flux d'information entre Memisa & MSV afin de renforcer le partenariat stratégique et opérationnel.
- Organiser périodiquement des missions de suivi conjointes, surtout lors des instances de coordination du secteur, en particulier dans les ZS de convergence, afin de démontrer la complémentarité entre les deux partenaires et éviter des discours et réponses divergents face aux acteurs de terrain.
- Accompagner les acteurs dans l'élaboration des plans de travail sur le genre et l'environnement, afin de tracer des directives opérationnelles claires issues des fiches techniques pour les équipes de terrain ; ceci facilitera également le S/E avec des indicateurs qui seront définis dans ces plans de travail
- Intégrer l'analyse genre des budgets dans le processus de planification afin de mieux prendre en compte ce volet déjà à cette phase
- Appuyer la spécialisation en santé publique au profit des 2 médecins des BDOM de Budjala et de Popokabaka, afin de renforcer leurs capacités techniques et managériales.
- Amorcer les mécanismes de désengagement progressif afin d'éviter une rupture brutale de l'appui qui sera préjudiciable à leur pérennité

H. Limite de l'évaluation

La durée de l'évaluation, pourtant supérieure à celle envisagée dans les TDR, demeure insuffisante au regard des résultats attendus de l'EI. Par ailleurs, le temps consacré aux trajets représente plus de 50% de celui dont les évaluateurs disposent réellement pour collecter les données factuelles de terrain. En outre, de nombreuses interférences et conflits d'agenda ont contraint à l'annulation de certaines rencontres des évaluateurs avec des acteurs de terrain ou leur participation aux échanges.

3. Introduction

La République Démocratique du Congo (RDC), comme de nombreux pays en développement en Afrique, ne dispose pas d'un système de santé performant qui améliore l'état de santé de sa population et contribue, dans le cadre global d'une politique intersectorielle, à réduire la pauvreté. La performance peu optimale du système de santé actuel ne permet pas un accès équitable aux soins et ne répond pas à une perspective de couverture de santé universelle.

Conscient de ce mandat, le Ministère de la santé a entrepris un processus de réorganisation du secteur avec l'actualisation du plan national de développement sanitaire (PNDS), du document de Stratégie de renforcement du système de santé (SRSS), mettant un accent sur la décentralisation et le rôle plus important des divisions provinciales de la santé (DPS) dans la coordination du sous-secteur provincial. Dans cet effort de restructuration, le soutien des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et des Organisations Non Gouvernementales de développement (ONGD) intervenant dans la santé constitue un levier précieux pour l'amélioration de la santé des communautés et la mobilisation des ressources requises en vue de progresser vers la couverture sanitaire universelle et l'atteinte des autres cibles des objectifs de développement durable liés à la santé à l'horizon 2030.

Memisa et Médecins sans vacances (MSV) sont deux ONGD belges avec des expertises complémentaires et une longue expérience en renforcement du système de santé en RDC. La formalisation de leur collaboration, autrefois informelle dans plusieurs pays africains, dans le cadre d'un programme commun, vise à maximiser leur potentiel respectif. Ce programme commun 2017-2021, financé principalement par la Direction Générale de Coopération au Développement (DGD), vise des changements significatifs dans l'accès des populations aux soins de qualité dans plusieurs pays dont la RDC.

L'objectif spécifique du programme est « *d'améliorer la qualité des soins de santé et permettre l'accès au plus grand nombre par le renforcement des acteurs du système de santé du niveau périphérique avec une attention particulière aux populations vulnérables* ».

Trois axes d'intervention sont retenus pour le déploiement de l'intervention. Il s'agit de :

1. Promotion de la bonne gouvernance
2. Amélioration de l'offre de soins
3. Appui à la demande en stimulant et en encourageant les initiatives locales, par exemple mutualistes pour améliorer l'accès financier.

3.1 Contexte et justification de l'évaluation intermédiaire

Le programme quinquennal 2017-2021 qui fait l'objet de cette EI est un programme commun de Memisa et MSV, mis en œuvre en RDC et au Burundi. Quoique les axes stratégiques d'intervention dans les deux pays soient communs, ils présentent des spécificités liées au contexte d'évolution de chaque pays et de chaque système de santé, notamment en ce qui concerne les acteurs et le type de partenariat stratégique et local.

Le cycle du programme prévoit une évaluation à mi-parcours, ce qui explique l'exercice actuel. Un exercice d'apprentissage dans une perspective d'optimisation continue suivant une approche de recherche-action. Il s'agit d'analyser dans quelle mesure l'action est en bonne voie, de formuler des recommandations pour la suite du projet, en vue d'adaptations futures ou de réorientations de la mise en œuvre, tant au niveau opérationnel que stratégique. L'évaluation s'inscrit également dans une dynamique de redevabilité et de capitalisation des expériences afin

que les leçons tirées servent de base d'apprentissage pour l'enrichissement de l'intervention dans d'autres contextes où Memisa et MSV interviennent (une forme de benchmarking et de triangulation). C'est aussi tout l'enjeu de la revue intermédiaire.

3.2 Description du programme

Le programme commun Memisa-MSV a démarré en janvier 2017 pour une durée de cinq ans. Le budget du projet est de : € 20.231.602,36 y compris les coûts de gestion qui s'élèvent à € 3 331 039,36, ce qui représente 16,46% du budget.

Le montant du budget consacré à la mise en œuvre opérationnelle s'élève ainsi à € **16.900.563,00** réparti comme suit :

- Investissement : € 4.084.200,00
- Fonctionnement : € 9.210.900,00
- Personnel : € 3.605.463,00

Les investissements représentent donc 20,3% du budget, indiquant clairement l'option fait dès le départ d'une intervention orientée vers le renforcement tant institutionnel (processus) que du fonctionnement des structures appuyées, avec des investissements qui viennent en soutien desdits processus.

Les frais du personnel représentent 19,7% du budget de l'intervention, ce qui se situe dans les standards habituels d'un programme de développement.

Cinquante-quatre pourcent (54%) du budget sont consacrés au fonctionnement, ceci incluant aussi bien les coûts opérationnels (de réalisation des activités) que les coûts de fonctionnement des bureaux.

Structure d'exécution (centrale et décentralisée)

L'équipe de mise en œuvre de l'intervention est structurée comme suit :

Pour Memisa

Au niveau du siège : Responsable de Projet, pour chacune des provinces. Il est le répondant technique du bureau d'appui technique régional au siège de Memisa

Au niveau national ou central (à Kinshasa)

- Un Directeur des Opérations (DO) au niveau de la Représentation Nationale (RN) de Memisa. Il est le « responsable et l'organe de décision au niveau de la Représentation nationale ».
- Un Conseiller médical : il est chargé entre autres « du contrôle de qualité, de la recherche et développement et de la capitalisation des connaissances » développées par les interventions « supervise le contenu et la réalisation des actions de formation dans les zones de santé de démonstration ».
- Les aspects de gestion administrative et financière sont confiés à une équipe placée sous la hiérarchie du DO qui soutient les équipes de terrain.

Au niveau opérationnel, il existe un bureau technique régional en charge de l'exécution de l'intervention, dénommé Bureau d'Accompagnement Technique (BAT). En fonction de la localité, il est composé d'un Coordonnateur, d'un responsable administratif et financier, et d'un personnel d'appui (logisticien, secrétaire et d'un conducteur de véhicule administratif)

Dans le Kwango, le Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM), placé à Popokabaka, joue le rôle du BAT avec un Accompagnateur Technique Régional –ATR (ce poste est vide

depuis mars 2019 et le processus est en cours pour le pourvoir), un responsable technique, un chef de projet, un comptable et un personnel d'appui.

Pour MSV

Au niveau du siège : un responsable de région, travaille en binôme avec le médecin conseiller.

Au niveau national (à Kinshasa) : MSV a un bureau local (national) avec comme personnel le médecin conseiller, un consultant chargé de l'administration et des finances et un chauffeur. Le médecin conseiller est le représentant national de MSV et travaille en binôme avec le responsable de région. Ils sont responsables dans l'élaboration de trajet de renforcement des capacités, dans le suivi de l'exécution opérationnelle de l'intervention sur les volets appuyés directement par MSV et dans la coordination du programme commun quinquennal.

Il représente MSV localement dans les relations de collaboration entre les deux structures. Par ailleurs, il participe aux activités du Hub santé pour lequel Memisa assure le lead actuellement.

Hormis son bureau à Kinshasa, MSV a également un bureau régional pour la région des Grands Lacs à Bujumbura. Ce bureau est entre autres responsable pour la mise en œuvre et le suivi du programme au Sud-Kivu. Il travaille en binôme avec le responsable de la région des Grands Lac au siège.

Quant à **la coordination de l'intervention**, en dehors des échanges techniques qui ont lieu entre les BAT et le Conseiller Médical (CM) Memisa, les cadres formels d'échanges consistent essentiellement aux réunions de monitoring périodiques (ateliers annuels) réunissant les différents coordinateurs des BAT et des BDOM sous le lead de la Représentation Nationale (RN).

Le Responsable de Projet (RP) fait office de 'responsable stratégique et technique' de l'intervention au niveau opérationnel (régional). La ligne de décisions stratégiques et techniques fonctionne de prime abord entre les coordonnateurs BAT et le RP. Par ailleurs, la circulation de l'information pour certains volets paraît très fragmentée. En particulier, l'information sur les données des indicateurs et les niveaux d'exécution financières de l'intervention au niveau d'un BAT sont plus du côté du RP, qu'au niveau du BAT concerné et de la RN. L'information est plus souvent disponible au niveau du RP que du bureau BAT et de la RN. La coordination nationale de l'intervention par la RN de Memisa et MSV paraît donc à cet égard insuffisante.

Pour MSV le médecin conseiller et le responsable régional élaborent ensemble le budget annuel. Le médecin conseiller avec l'aide de la chargée des finances et administration font le suivi et le rapportage pour les activités gérées localement ; la responsable régionale fait le suivi du budget au niveau du siège.

Zones d'intervention

Le programme quinquennal intervient dans neuf provinces de la RDC dont 05 provinces de convergence, du nord au sud et de l'est à l'ouest avec des appuis d'intensité et de cibles variables.

1. Nord-Est : Sud-Kivu, Ituri, Haut-Uele
2. Nord-Ouest : Sud-Ubangui
3. Sud-Ouest : Kwilu, Kongo Central, Kinshasa, Kwango
4. Centre : Sankuru

Un mémorandum d'entente est signé entre le Programme (représenté par Memisa pour le Sud-Ubangui) et les DPS au début de l'intervention qui définit clairement les responsabilités des uns et des autres. Dans le Kwango Memisa a signé un protocole d'accord (pour la période 2017-

2021) avec le diocèse qui est chargé de la mise en œuvre opérationnelle des activités du programme quinquennal dans le Kwango tandis que dans le Kwilu, le programme est mis en œuvre par le bureau d'accompagnement technique régional basé à Mosango. Actuellement, Il n'existe pas une note d'entente entre Memisa et BDOM Kikwit pour les interventions dans les Hôpitaux qui sont sous leur La convention n'est pas encore signée, et constitue une source de tension entre les 2 parties.

Pour la mise en œuvre opérationnelle du programme une convention de collaboration est signée entre Memisa et les DPS au début de l'intervention pour la période 2017-2021 qui définit clairement les responsabilités des uns et des autres. Dans le Kwango Memisa a signé un protocole d'accord (pour la période 2017-2021) avec le diocèse qui est chargé de la mise en œuvre opérationnelle des activités du programme quinquennal dans cette province tandis que dans le Kwilu, le programme est mis en œuvre par le bureau d'accompagnement technique régional basé à Mosango. Actuellement, Il n'existe pas une note d'entente entre Memisa et BDOM Kikwit pour les interventions dans les Hôpitaux partenaires.

Sur un plan géographique, les localités d'intervention sont assez éparées, s'expliquant par le fait que les deux partenaires ont conservé les zones d'appui 'historiques ou traditionnelles' qui étaient initialement différentes, même si certaines d'entre elles dans le cadre du programme commun sont convergentes, comme dans le Sud-Ouest, le Kwilu et le Kwango.

La population bénéficiaire finale de l'intervention est estimée à 7000 000 habitants. Les bénéficiaires directs de l'appui sont le personnel des structures de soins (les HGR et les hôpitaux spécialisés en particulier), les équipes de gestion de la santé et les organisations de la société civile appuyées.

3.3 Objectif de l'Evaluation Intermédiaire (EI)

Les termes de référence indiquent que l'évaluation intermédiaire a pour principal objectif de (p. 5 des TDR) : « fournir un regard externe sur le programme MEMISA-MSV en RDC et au Burundi afin de pouvoir l'améliorer et apporter les éventuelles corrections nécessaires dans une vision d'optimisation continue ».

Cette évaluation vise également à formuler des recommandations d'adaptations futures ou de réorientations de la mise en œuvre, tant au niveau opérationnel (méthodologie, moyens) que stratégique (résultat, activités). Ces recommandations ou propositions devront être formulées au niveau des partenaires et au niveau de l'intervention, et différenciés en fonction du terme (court ou moyen terme).

L'EI est donc une occasion d'apprentissage pour toutes les parties prenantes dans l'intervention et plus spécifiquement pour les instances de pilotage du programme commun 2017-2021 des deux organisations partenaires Memisa et MSV.

3.4 Méthodologie de l'Evaluation Intermédiaire

L'équipe des consultants a recouru aux méthodes suivantes :

- Consultation de documents : politiques et stratégies sectorielles, rapports d'avancement du programme, divers documents programmatiques du programme et de ses partenaires. La liste complète des documents est annexée au rapport.
- Réunions avec les équipes du programme quinquennal aux niveaux central (Direction des opérations) et régional (bureaux d'appui technique)
- Entretiens individuels avec les membres des équipes régionales du programme
- Entretiens avec les partenaires nationaux : Division provinciale de la santé (DPS)

- Réunions avec les équipes cadres de zones de santé et des hôpitaux généraux de référence
- Visites de terrain :
 - structures de soins de premiers échelon et des HGR
 - organisations de la société civile et initiatives communautaires appuyées par le programme

Les entrevues se sont déroulées selon un canevas préétabli de thèmes à traiter, adapté au besoin à la spécificité des groupes d'acteurs rencontrés.

L'agenda des entretiens a été préparé et partagé avec l'équipe du programme qui a ensuite facilité la tenue des rendez-vous.

Lorsque possible, des débriefings ont été organisés suite aux différentes visites de terrain au niveau du bureau central des zones et de la Division provinciale de la santé. Une restitution a été également faite à la représentation nationale de Memisa –MSV à la fin de la mission.

3.5 Equipe de l'évaluation à mi-parcours

Membres de l'équipe d'évaluation

Mme Lenka Tucek

Dr Armand Ekambi Ndema

Dr Paulin Sogbohossou

Equipe de soutien et de coordination de l'évaluation à distance

Dr Mohamed Dramé, Expert en politique de santé et en développement du système de santé

M. Patrick Stoop, spécialiste en développement organisationnel et institutionnel, expert international.

3.6 Limites de l'évaluation

- La durée de l'évaluation, pourtant supérieure à celle envisagée dans les TDR, demeure insuffisante au regard des résultats attendus. Par ailleurs, le temps consacré aux trajets représente plus de 50% de celui dont les évaluateurs disposent réellement pour collecter les données factuelles de terrain.
- Interférence avec d'autres activités au sein de la DPS Kwango : i) un audit de l'inspection générale du MS, ii) préparation de la revue provinciale du 06 au 12/09. Conséquence : chefs de bureau majeurs chevauchant sur plusieurs activités, moins concentrés sur l'exercice d'évaluation.
- A Popokabaka, l'ECZ était en préparation de la revue provinciale et n'était pas disponible le jour de l'entretien de groupe. Par ailleurs, les acteurs étaient peu enclins à répondre aux questions. En outre, nous n'avons pas pu avoir accès aux données de l'HGR Popokabaka
- Impossibilité de rencontrer DPS Kwilu et présence d'un seul responsable à l'antenne de Kikwit, un analyste chargé d'accompagnement, maîtrise moins les dossiers stratégiques.
- Interférence avec des activités de monitoring au bureau central de Mosango et de l'évaluation trimestrielle du PDSS.

4. Contexte de la mise en œuvre du programme

4.1 Evolution du contexte politique de la RDC

La période de mise en œuvre du programme quinquennal de la DGD Memisa – MSV a été marquée par :

- le processus électoral ayant conduit à l'organisation des élections présidentielles et législatives du mois de décembre 2018, avec une alternance politique au sommet de l'Etat. Le processus s'est déroulé sans perturbation majeure et dans une relative accalmie sociale. En dépit du ralentissement des activités socio-économiques inhérent à de telles situations, selon la majorité des acteurs la mise en œuvre du programme n'aurait pas été fondamentalement affectée par ce processus.
- la nomination récente du nouveau gouvernement suivie d'une période d'installation des équipes et la prise de fonction du nouveau Ministre de la Santé, avec l'indisponibilité de plusieurs responsables dont le Secrétaire Général du Ministère que l'équipe d'évaluation était censée rencontrer. Toutefois grâce à l'appui du Directeur des Opérations (DO) et du médecin conseiller MSV, il a été possible d'échanger avec une équipe de la Direction des Etudes et Planification (DEP) puis le Directeur d'Etude de Soins et du Partenariat (DESP).

Sur le plan sécuritaire, en dehors des provinces de l'Est où la situation n'est pas complètement sous contrôle, le reste du pays et notamment des zones d'intervention du programme ont connu une stabilité ; ce qui a permis la mise en œuvre des activités des soins de santé primaires dans toutes les zones de santé.

Cependant, le Sud-Ubangui en particulier la ZS de Budjala a connu en 2019 des tensions inter ethniques occasionnant des destructions d'infrastructures sanitaires ayant perturbé une cessation des activités de soins de façon transitoire et des difficultés d'accès aux soins d'une partie de la population affectée.

4.2 Contexte socio-économique

Sur le plan socio-économique, la RDC est confrontée à une dépréciation récurrente de la monnaie locale qui a sensiblement réduit le pouvoir d'achat des populations avec comme conséquence l'incapacité pour une frange de la population d'honorer les factures des soins de santé, malgré le régime de tarification forfaitaire. Dans certaines régions (cas du Sud-Ubangui) cette situation impacte également le recouvrement du capital médicament au niveau des structures. Par exemple, la Centrale de Distribution Régionale est obligée de faire les acquisitions de médicaments et autres intrants en devises étrangères (Rapport annuel 2018, DPS Sud-Ubangui).

Il existe donc un effet d'accentuation de la pauvreté des ménages et des contraintes d'accès aux soins, en dépit des initiatives de protection financière. En l'absence d'études récentes sur l'évolution du niveau de pauvreté, il est cependant difficile de quantifier l'impact de cette situation et comment elle a pu affecter les capacités à payer les soins de santé des populations.

4.3 Contexte institutionnel

Le contexte institutionnel a été marqué par l'actualisation du plan national de développement sanitaire (PNDS) 2016-2020 avec l'adoption d'un nouveau PNDS pour la période 2019-2022 mettant l'accent sur la stratégie de renforcement du système de santé en vue d'une couverture de santé universelle. Les enjeux de l'accessibilité des populations aux soins de qualité sont

réaffirmés comme une priorité majeure pour le secteur, indiquant ainsi la nécessité pour tous les partenaires appuyant le secteur de mutualiser leurs efforts à cette fin.

Au niveau intermédiaire, le PNDS met un accent sur la poursuite des réformes visant à opérationnaliser les divisions provinciales de la santé (DPS) avec une meilleure intégration des coordinations et antennes des programmes verticaux, et la nécessité du renforcement de leurs capacités à accompagner les zones de santé dans leur développement. Dans certaines provinces, l'effectivité de cet appui est confrontée à l'insuffisance de ressources humaines qualifiées et le départ de nombreux cadres en raison du faible niveau et de l'irrégularité de la rémunération du personnel. Ainsi, les Equipes Cadres Provinciales peu étoffées ne sont pas souvent en mesure d'assurer convenablement l'encadrement des Zones de Santé (ZS).

Le processus d'intégration des programmes verticaux et la suppression des Bureaux de Coordination Provinciale au sein de la DPS a connu des avancées. Au Sud-Ubangui, elle s'est traduite par l'organisation de la revue unique sectorielle 2017, la prise en compte des financements des programmes dans le contrat unique avec le passage des fonds dans les comptes de la DPS et l'organisation de quelques missions conjointes d'accompagnement dans les Zones de santé (PNLS, PEV, CPLT). Certains programmes continuent cependant à fonctionner de façon verticale. C'est le cas du Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine (PNLTHA).

La période de mise en œuvre du programme a été également caractérisée par l'extension progressive, dans certaines zones d'intervention du programme (Sud Ubangi), de mécanismes pilotes de mutualisation et de coordination des ressources externes au niveau provincial.

- **Le Contrat Unique** vise à harmoniser la gestion du financement externe du secteur et un meilleur alignement entre les différentes sources de financement. A la faveur de ce mécanisme, la DPS a pu assurer d'une certaine manière la coordination opérationnelle des interventions en cours sur son territoire avec l'organisation régulière de réunion de suivi hebdomadaire des activités ce qui facilite les échanges techniques et une certaine synergie entre partenaires. Effective en 2017 au Sud-Ubangui, sa mise en œuvre reste encore insuffisante, marquée par le faible respect de l'engagement des partenaires. En 2018, le niveau de respect des engagements était de l'ordre de 60%. Par ailleurs, l'impact de ce mécanisme sur la coordination stratégique de la DPS reste également faible.
 - Dans le Kwango, le contrat unique n'est pas effectif malgré un nombre important de PTF. Le pourcentage du financement Memisa dans le budget de la DPS Kwango en 2018 : sur le total global de 4792506,36\$ Memisa contribue pour 19924\$ soit 0,4%.
 - Les principaux bailleurs sont respectivement Projet de Développement du Système de Santé -PDSS (66%), financement de la Banque Mondiale, l'UNICEF (21%), FM (12%). Par ailleurs, la part du Gouvernement provincial est de 1%, celle du Gouvernement National n'est pas signalée mais faible selon les interviewés. Les PTF contribuent pour plus de 80% du budget total.
- **L'achat de performance** via le financement basé sur les résultats à la faveur du projet de développement du secteur de la santé (PDSS) de la Banque Mondiale mis en œuvre sous forme de recherche action. Démarré en 2017 dans plusieurs des localités d'intervention du programme Commun DGD, ce projet aurait selon certains acteurs induit de nombreux changements au niveau du contexte provincial avec la généralisation de la tarification forfaitaire qui a apporté les ressources supplémentaires pour la mise en œuvre des activités au niveau périphérique du système local de santé.
- **Ces deux mécanismes (achat de performance et tarification forfaitaire)** appuyée par le PDSS convergent avec des stratégies déjà développées par Memisa et soutenues par le

Programme quinquennal de la DGD. L'application de l'achat de la performance par le PDSS dans les zones déjà appuyées par le Programme Commun a amené Memisa à redimensionner son appui structurel et une réorientation du budget prévu à cet effet vers d'autres priorités avec comme conséquences un retrait des primes aux personnels, et une réduction de l'appui en fourniture de médicaments. Dans un environnement marqué par le faible niveau et l'irrégularité ou la faiblesse de rémunération du personnel (salaire et primes), les subsides accordés représentent un incitatif non négligeable. En dépit de cela, de nombreux professionnels de la santé ont exprimé leur insatisfaction par rapport à ce régime tel qu'il est appliqué par le PDSS, du fait qu'ils sont payés avec retard (primes versées parfois avec retard de 3-6 mois) et souvent sur base de critères dont ils ne maîtrisent pas tous les contours. En outre, le PDSS ne cible pas toutes les formations sanitaires dont le personnel se retrouve sans primes ou dans d'autres cas des primes de risque ne sont pas offerts à tout le personnel, ce qui crée une inégalité touchant plus les personnels de santé vulnérables des formations sanitaires rurales. Le passage à l'échelle qui était prévu en 2019 n'est pas encore matérialisé. Cette situation est source de démotivation et engendre des effets pervers.

Le contexte institutionnel est également marqué par l'insuffisance des ressources humaines en santé qualifiées en quantité ne respectant pas les normes établies par le Système de Santé et la précarité de leurs conditions de travail qui est source de démotivation. La situation notée par l'équipe d'évaluation peut être résumée ainsi qu'il suit :

- Insuffisance du financement de l'Etat, qui ne couvre que partiellement les salaires et les primes d'une proportion du personnel n'excédant pas 20 à 40 % selon les structures visitées et quelques investissements (ambulances notamment) ;
- Conditions de travail difficiles avec un niveau de rémunération (salaires et primes) faible et souvent irrégulière. Dans de nombreux cas, le personnel est payé sur les recettes des centres de santé, avec un montant pouvant s'élever quelques fois à 86-90% des recettes mensuelles des dites formations sanitaires.

4.4 Partenariat pour la santé

L'appui au secteur de la santé est diversifié dans la plupart des zones d'intervention du programme.

Dans la plupart des provinces visitées, on dénombre 6 à 7 PTF et d'autres ONG de développement comme partenaires d'appui dans l'exécution des mandats respectifs confiés par le Ministère de la Santé (MS), tant pour la DPS que pour le bureau central de zone de santé y compris les formations sanitaires du niveau périphérique (HGR et Centres de santé). Ce contexte multi bailleurs est une opportunité pour le secteur dans la mesure où des efforts d'harmonisation sont faits afin d'éviter les doublons et d'assurer plus d'efficacité dans la mise en œuvre des interventions.

Au Sud-Ubangui par exemple, la présence du Programme d'Appui aux Divisions Provinciales (PADP) démarré en 2015 (2015-2019) se traduit par un appui concerté et synergique avec le programme dans plusieurs domaines : appui aux initiatives communautaires, renforcement de l'offre de soins (infrastructures, équipements).

4.5 Contexte épidémiologique

- Le profil épidémiologique est marqué par une épidémie à virus Ebola qui sévit dans l'Est du pays depuis 2018 et n'a pas pu encore être contrôlée en dépit des efforts conjoints de la RDC et de la communauté internationale. Au 10 septembre 2019, 3091 cas de malades à virus Ebola (MVE) au total avaient été signalés – 2980 cas confirmés et 111 cas probables, dont 2074 cas mortels (OMS, bulletin du 12 septembre 2019).
- Le Sud-Ubangui a connu en 2017 et 2018, l'éclosion de la Rougeole et de Monkey pox. Cette dernière a enregistré 262 cas occasionnant 10 décès en 2018. (Rapport DPS SU, 2017 et 2018)

5. Principaux constats de terrain & conclusions provisoires

5.1 Contexte local de mise en œuvre de l'intervention propre à chaque région

Il a paru important à l'équipe d'évaluation de faire un point sur le contexte spécifique de chaque localité d'intervention, ce qui permet de mieux comprendre les différences observées à travers les différentes zones d'intervention du programme.

Analyse de l'environnement de mise en œuvre du programme

Les dynamiques de mise en œuvre du programme sont différentes d'une région à l'autre. Ces dynamiques ont été influencées par des faits contextuels liés à l'introduction du FBR par le PDSS évoqués supra, l'historique des relations entre Memisa et MSV avec les partenaires locaux, la pédagogie de mise en route du programme commun et des adaptations intervenues du fait des changements du contexte au cours de l'exécution du programme. Ces dynamiques ont eu une influence déterminante sur les résultats observés.

L'équipe d'évaluation a noté : un réaménagement de l'appui structurel de Memisa suite à la vision de synergie et complémentarité du programme commun

- Niveau des DPS et équipes cadres de la zone de santé (ECZ) : passage d'un appui global à celui plus sélectif dans les stratégies à appuyer.
- Réduction du nombre de ZS couvertes : dans le Kwango, d'abord 17/26 selon les acteurs, puis 10 et depuis le programme commun 2 seulement ; dans le Kwilu, 9 ZS sur 24 ; et 5 au Sud-Ubangui.

Dans le même temps, MSV soutenait en 2019 au total 18 hôpitaux partenaires en RDC : 8 à l'Est et 10 à l'Ouest/Centre dont 6 actuellement en zones de convergence avec Memisa. Ils sont tous dans le programme commun sauf 1 au Bandundu.

- Le retrait de la stratégie d'achat de performance de Memisa, avec les primes qui en résultent, qui sont moins élevées que celles pratiquées par le PDSS, mais régulières et couvrant tous les acteurs des ZS et DPS concernées.
- Selon plusieurs agents de santé des ZS et structures de soins visitées, ils auraient préféré le maintien de la stratégie Memisa : « nous préférons le modèle de Memisa. On savait ce qu'on nous paie, et on pouvait compter là-dessus » (Témoignage d'un professionnel de santé à Budjala). Le retrait a été mal perçu et même mal accepté en dépit de la logique irréfutable qui le sous-tend.
- A l'analyse, il apparaît que la stratégie de retrait n'a pas fait l'objet de dialogue avec les acteurs opérationnels, ou plutôt que le dialogue a été insuffisant et a manqué de pédagogie. Cette situation a engendré des frustrations au niveau de nombreux acteurs et des frictions dans les relations entre Memisa et les bénéficiaires directs dans certaines localités.

Dans le même sens, le retrait a également concerné les lignes de crédits octroyés par Memisa pour l'achat dans les CDR de Médicaments Essentiels Génériques en faveur des FoSA couvertes par le PDSS.

- Dans certains cas, la qualité des relations construites depuis plus d'une dizaine d'années a pu atténuer les frictions évoquées supra, et n'ont pas entraîné un rejet de l'appui. La perception des acteurs demeure favorable, et les attentes des bénéficiaires dans la poursuite de la collaboration avec le programme semblent toujours aussi fortes. « *Memisa est notre partenaire historique ; Memisa est une école de formation, et n'est plus une opportunité, mais une force pour le développement de nos zones de santé* » (un Médecin Chef de ZS du Sud-Ubangui).

- En ce qui concerne la mise en route du programme, les modalités de mise en œuvre opérationnelles semblent n'avoir pas fait l'objet d'une pédagogie permettant de construire un consensus ou du moins une compréhension partagée de part et d'autre. L'approche de mise en œuvre de l'intervention adoptée par Memisa consiste en une offre de service. Classiquement, Memisa (BAT) exécute lui-même les dépenses relatives aux activités sur base de termes de référence (TDR) élaborés à partir d'un plan opérationnel budgétisé et validé par Memisa ; approche qui ne convient pas à la plupart des acteurs. Les structures bénéficiaires tels que la DPS, l'ECZ ou la direction des HGR, préféreraient plutôt un financement direct qui consisterait à transférer les ressources directement aux bénéficiaires afin qu'ils exécutent eux-mêmes les activités planifiées, en particulier des activités de coordination (planning, supervisions, accompagnement des ZS, monitoring...etc.).

Au vu d'un tel environnement de travail très contrasté, il est difficile dans certaines zones d'implémentation du programme de parler le même langage ou d'avoir une vision commune de l'approche de mise en œuvre.

L'équipe d'évaluation a analysé l'environnement de mise en œuvre de l'intervention dans les différentes régions sous l'angle d'un modèle conceptuel de mise en œuvre d'un projet. Ensuite l'équipe a analysé la perception des acteurs visités par rapport à l'approche qui leur a été présentée au démarrage du programme, et comment ils l'ont compris et accepté dans l'exécution des activités. Ce modèle conceptuel est présenté en annexe 3.

Ces étapes ne sont pas souvent analysées, partagées et prises en compte pour susciter une vision commune de la mise en œuvre par toutes les parties prenantes. Ceci semble être le cas dans certaines régions d'intervention du Programme Commun et explique les différences observées dans la dynamique de mise en œuvre. La résistance de certaines structures bénéficiaires aux modalités de mise en œuvre du programme et leur préférence à conserver des pratiques traditionnelles ou habituelles auxquelles elles sont familières et qui leur sont plus confortables, amène à questionner leur résilience par rapport aux changements intervenus dans le cadre du programme commun.

La résilience désigne originellement la résistance d'un matériau aux chocs, définition ensuite étendue à la capacité d'un corps, d'un organisme, d'une espèce, d'un système, d'une structure à surmonter une altération de son environnement (source : Wikipédia). La **résilience organisationnelle** est la capacité d'une organisation, dans le cas d'espèce les structures bénéficiaires du programme, à faire face à une épreuve ou un changement et à s'adapter puis à la surmonter en dépit des conditions qui lui sont défavorables.

Selon le tableau ci-dessous, certaines structures n'ont pas pris le temps de maîtriser les principes de mise en œuvre du programme commun, d'où une faible acceptation et une appropriation pour le moment impossible par manque de résilience, c'est-à-dire la capacité à s'adapter aux changements, ce qui a influencé les résultats attendus de l'intervention.

Tableau 1 : Evaluation qualitative de la perception des acteurs de terrain à la mise en œuvre du programme

Items	Province Kwango				Province Kwilu			Province du Sud-Ubangui			
	DPS Kwango	ZS Popo	HGR Popo	BDOM	* DPS Kwilu	ZS Mosango	HGR Mosango	DPS	ZS Budjala	ZS Bokonzi	BDOM Budjala
Présentation du programme	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Compréhension	?	Non	Oui	Oui	?	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Approche de mise en œuvre (offre de services)	Non	Non	Non	Oui	?	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Approche de mise en œuvre (financement direct)	Oui	Oui	Oui	Non	?	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non
Acceptation	Non	Non	Oui	Oui	?	Non	Non	Oui	Non	Non	Oui
Appropriation	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Résilience	Non	Non	Non	NA	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui

* L'équipe du Kwilu n'a pas été rencontrée à cause de la revue semestrielle qui se déroulait à Bandundu. Seul 1 chef de service de l'antenne DPS de Kikwit a été interviewé.

5.2 Critères d'évaluation CAD

5.2.1 Pertinence

5.2.1.1 Pertinence de la conception initiale du programme

La conception du programme quinquennal conjoint 2017-2021 reste en accord avec les priorités politiques et stratégies nationales et celles de la DGD et du cadre stratégique commun des ACNG belges.

L'accessibilité des populations aux soins de santé de qualité dans un contexte de protection financière qui est l'objectif visé à travers le programme quinquennal constitue la priorité principale des autorités nationales congolaises traduites à travers le PNDS 2019-2022, sur lequel le programme reste aligné.

Le choix de l'intervention à travers les trois axes stratégiques du programme que sont la Gouvernance, l'Offre de qualité des soins et la Demande de soins est en parfaite cohérence avec les axes stratégiques du PNDS 2019-2022.

Le programme contribue ainsi à construire les bases de la couverture santé universelle comme stratégie pour lever les barrières financières et accroître l'accessibilité des populations aux soins d'amélioration de qualité.

5.2.1.2 Pertinence de la mise en œuvre opérationnelle (recherche de complémentarité et de synergie)

Le secteur de la santé s'est engagé dans la réforme du niveau intermédiaire dont l'une des finalités est d'accroître l'efficacité de l'accompagnement de la DPS aux zones de santé. L'appui

du programme à la DPS, qui vise à accroître la fonctionnalité de la DPS, s'inscrit en droite ligne de cette réforme.

La stratégie centrale du programme, notamment le développement des zones de santé de démonstration (ZSD), est également très pertinente. Pour de nombreux acteurs, il répond aux besoins de renforcer le système local de santé et constitue un levier pour « *tirer vers le haut* » (DPS, SU) les autres zones de santé, dont le potentiel de développement reste encore faible. La pertinence de cette stratégie se confirme en particulier dans un contexte où les ressources du programme sont limitées, ce qui oblige à concentrer les efforts pour un maximum de résultats.

La stratégie du trajet de renforcement des compétences (TRC) organisationnelles et individuelles constitue également une approche pertinente au regard des défis posés par la faible disponibilité de ressources humaines qualifiées. L'absence de mécanisme structurel de renforcement des capacités des organisations et des personnels de santé au niveau local sur les thématiques, qui ont le potentiel d'améliorer la qualité de l'offre de soins, renforce la pertinence de cette stratégie.

Par ailleurs, le choix d'appuyer des initiatives locales notamment dans les zones de santé à faible potentiel de développement est pertinent dans la mesure où il existe une dynamique endogène qui permet à plus ou moins petite échelle d'améliorer l'accessibilité des populations aux soins.

Score pour la Pertinence : A (selon les sous-critères de notation de la CAD)

5.2.2 Efficience

L'équipe d'évaluation n'a pas pu avoir les données de l'exécution du budget pour l'ensemble du programme. Nous présentons ci-après un résumé de l'exécution budgétaire au 30 août 2019 du BAT de Gemena au Sud-Ubangui et du BAT de Mosango (pour 2018).

Il se présente comme suit :

Tableau 2: Exécution financière du projet au BAT Gemena de 2017 au 30/08/2019.

Rubriques	Montant prévu en US\$ (2017 au 30/08/2019)	Exécution en US\$ (2017 au 30/08/2019)	Taux d'exécution (%)
Investissement	274000	209 335,87	76,40
Activités	285707	193607,31	67,76
Personnel	237199	186595,1	78,67
Fonctionnement (frais de bureau)	185439	217067,07	117,06
Total	982345	806605,35	82,11

Tableau 3: Exécution financière du projet au BAT Mosango en 2018

Rubriques	Montant prévu en US\$ (2018)	Exécution en US\$ (2018)	Taux d'exécution (%)
Investissement	114548	66037	57,65
Activités	205038	138257	67,43
Personnel	86206	90763	105,29
Fonctionnement (frais de bureau)	80546	83780	104,02
Total	486338	378838	77,90

La structure d'exécution du budget telle que fournie à l'équipe d'évaluation ne permet pas de comparer l'exécution par résultats du programme pour l'ensemble du programme. Les données fournies présentent l'exécution par BAT et concernent les rubriques investissement, activités, personnel et frais de bureau (fonctionnement). Elles ne sont pas désagrégées par résultat ce qui limite les analyses d'efficacité en confrontant les outputs obtenus au regard des ressources utilisées d'une part et par rapport aux changements souhaités.

L'analyse sommaire de la structure d'exécution du budget en prenant comme exemple le programme commun au Sud-Ubangui permet de faire les constats suivants :

1. Le taux d'exécution au 31/08/2019 est de 82,11 % des prévisions à la même date. Il aurait été intéressant de pouvoir faire la même analyse par rapport au budget total du programme pour cette région, ce qui n'est pas possible en l'absence de l'information requise.
2. Le fonctionnement du bureau (BAT) coûte plus cher que prévu (117% de la prévision). En l'absence de données détaillées, il n'est pas possible pour l'instant d'en expliquer les raisons. Sous-estimation initiale ? Mise en place de dispositif logistique non prévu ?
3. Les coûts du personnel et du fonctionnement (\$ 403 662,17) représentent les 50% des ressources financières totales consommées (\$ 806605,35), soit l'équivalent des dépenses d'investissement et de réalisation des activités mises en œuvre pour obtenir les résultats attendus. On peut les juger élevés, mais il faut tenir compte que l'esprit du programme repose sur plus sur le 'soft' donc l'expertise technique au développement de processus et le renforcement de capacités que sur du 'hard'.

Le recours intensif à l'expertise interne du programme, c'est-à-dire à l'expertise propre que fournit le BAT du programme, atténue donc les coûts relativement élevés évoqués ci-dessus et contribue à optimiser l'efficacité du programme. En effet les différents appuis fournis aux bénéficiaires, que ce soit les équipes de gestion de la santé (DPS, ECZ), ou les structures de soins dans le cadre de leur fonctionnement produisent des « livrables » d'une grande expertise. Ces livrables produits « localement » permettent de réaliser un gain en temps et en ressources financières qui sont précieux pour assurer la continuité du fonctionnement des structures bénéficiaires. Le recours aux expertises externes aurait engendré des retards importants sur toute la chaîne de production des services des structures qui aurait été source d'inefficacité pour le programme. Un exemple des types d'expertises techniques fournis figure en annexe 4.

Les partenariats opérationnels avec d'autres intervenant, ont permis de développer des synergies et complémentarité et de mutualiser les ressources. C'est le cas par exemple au Sud-Ubangui entre le projet PADP de Enabel et Memisa qui a permis avec la participation de la population la réhabilitation et l'équipement de centre de santé comme celui de Ngwenzé dans

la ZS de Budjala. Au-delà des gains réalisés du fait d'avoir évité les doublons, de tels partenariats ont débouché dans certains cas sur des collaborations stratégiques sur le moyen terme au profit des populations.

L'efficacité pourrait aussi être augmentée par :

- La disponibilité d'un encadrement technique effectif de la DPS au profit des équipes cadres de ZS. Les capacités insuffisantes de la DPS à assurer son rôle d'encadrement technique ne permet pas de fournir un accompagnement optimal du processus de développement des ZSD et le spillover attendu dans les autres ZS.
- L'existence de mécanisme de capitalisation au niveau intermédiaire pour assurer une remontée des expériences développées au niveau local pour alimenter et influencer les stratégies et politiques sectorielles ;
- Une meilleure coordination stratégique des interventions d'autres PTF, avec un leadership plus accru du partenaire national (la DPS).

Concernant spécifiquement MSV, il faut noter qu'en dépit de la situation instable en RDC (insécurité vu l'instabilité politique au Congo), plus de 90% des activités ont été réalisées. Les missions de volontaires lorsqu'elles ne pouvaient pas avoir lieu (pour des raisons d'insécurité ou de non disponibilité des volontaires) ont pu être remplacées par les activités locales comme des missions par des experts locaux, des stages, des ateliers régionaux et d'accompagnement des partenaires. L'installation mi-2017 d'un médecin conseiller dans la région de Kinshasa, avec un support administratif et un chauffeur a facilité le suivi de proximité des activités. Les activités de renforcement de capacité ont été suspendues à Mosango pour permettre à cet hôpital de réunir les préalables à une collaboration plus efficace. La répartition entre les différents postes budgétaires a été relativement fidèle au budget approuvé par la DGD. Les activités de renforcement de capacité sans mission depuis la Belgique comme les missions locales, les stages et les accompagnements de partenaires, ont augmenté.

Score pour l'Efficacité : B (selon les sous-critères de notation de la CAD)

5.2.3 Efficacité

L'efficacité sera appréciée dans un premier temps au regard des hypothèses qui sous-tendent les changements attendus, l'évolution des indicateurs retenus pour leur mesure. Pour les résultats intermédiaires les constats faits par l'équipe des évaluateurs seront également exposés et de même que les recommandations pertinentes.

5.2.3.1 Objectif spécifique

5.2.3.1.1 Analyse des hypothèses

L'hypothèse au niveau de l'objectif spécifique postule que « *les autres déterminants de la santé ne se sont pas détériorés (eau, éducation, pauvreté...); pas de perturbations majeures de l'état de santé de la population; la réforme du système est effective dans un contexte de décentralisation (mise en place de DPS, métier d'accompagnement ZS, PDZS/PAO); il y a une complémentarité avec la coopération bilatérale au niveau d'appui institutionnel du ministère de la santé et avec d'autres ACNG et parties prenantes* »

Cette hypothèse comporte plusieurs dimensions dont certaines relèvent du niveau macro au niveau opérationnel de mise en œuvre de l'intervention, et sont donc de portées très différentes.

Il en est de même de leur analyse étant donné que les données sur les événements au niveau macro ne sont pas aisées à collecter.

Au vu des éléments d'analyse, les hypothèses de l'objectif spécifique relatives au contexte plus proche de l'opérationnalisation de l'intervention sont réalisées et ainsi favorable à la mise en œuvre de l'intervention. Le tableau de l'analyse détaillée des hypothèses de l'intervention se trouve en annexe 7.5.

5.2.3.1.2 Evolution des indicateurs

Deux indicateurs sont retenus pour la mesure de l'objectif spécifique du programme. Il s'agit du taux d'utilisation des soins (Nombre de consultations curatives par habitants par an) et du Taux d'accouchements professionnellement assistés.

L'équipe d'évaluation n'a pas jugé utile de présenter ici l'évolution des deux indicateurs pour les 25 zones de santé de catégorie 1 et 2 appuyées par le programme. De même, présenter une moyenne des indicateurs par province n'aurait pas grand intérêt étant donné que la moyenne voile les spécificités.

Nous avons retenu de présenter les données désagrégées par ZS dans deux des provinces que l'équipe d'évaluation a visitées, ce qui offre la facilité d'une analyse croisée entre les statistiques obtenues et les données de terrains vécues. Les provinces retenues sont le Kwango (Memisa accorde un appui au fonctionnement de la DPS, puis à 02 ZS sur 16 qui sont également des ZS de convergence au sein du programme) et Sud-Ubangui. Les données concernant les autres ZS sont contenues dans un fichier Excel fourni par la Représentation Nationale.

Indicateur 1 : taux d'utilisation des soins curatifs

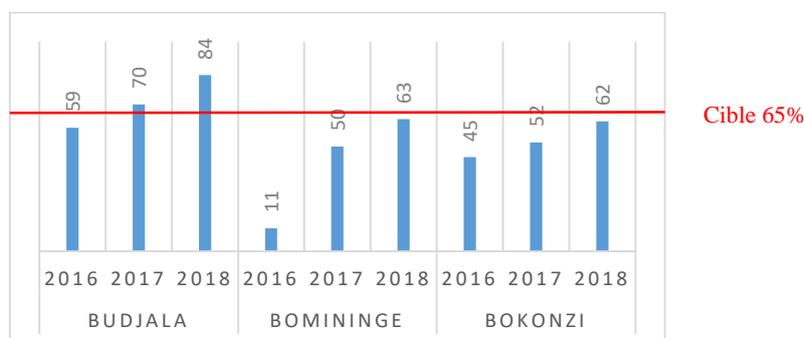


Figure 1 : Evolution du taux d'utilisation dans 03 ZS appuyées au Sud-Ubangui

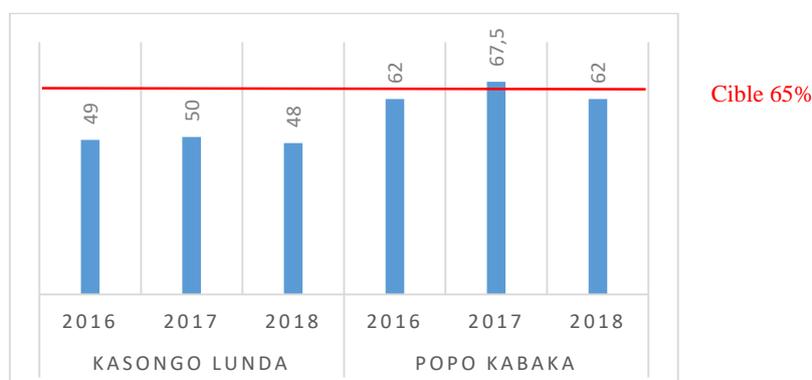


Figure 2 : Evolution du taux d'utilisation des soins dans deux ZS à Kwango

Les deux figures ci-dessus indiquent clairement un accroissement de l'utilisation des soins dans les zones de santé de catégorie 1 et 2 des deux provinces considérées. L'accroissement est plus remarquable dans la ZS de Bomininge passant de 0,1 à 0,63 contact/habitant/an. Au Sud-Ubangui, l'accroissement s'est maintenu sur les trois années. On observe le phénomène inverse dans le Kwango où l'utilisation a connu une chute en 2018 dans les deux ZS.

Il faut cependant noter que la cible nationale pour cet indicateur fixé à 0,65/habitant/an n'est atteinte de façon constante que dans la ZS de Budjala depuis 2017. En considérant la cible du programme pour 2019, on estime que la plupart des ZS l'ont déjà atteinte.

Les deux figures représentant deux zones de santé reflètent bien la situation générale des 25 ZS appuyées par le programme.

Indicateur 2 : taux d'accouchements professionnellement assistés

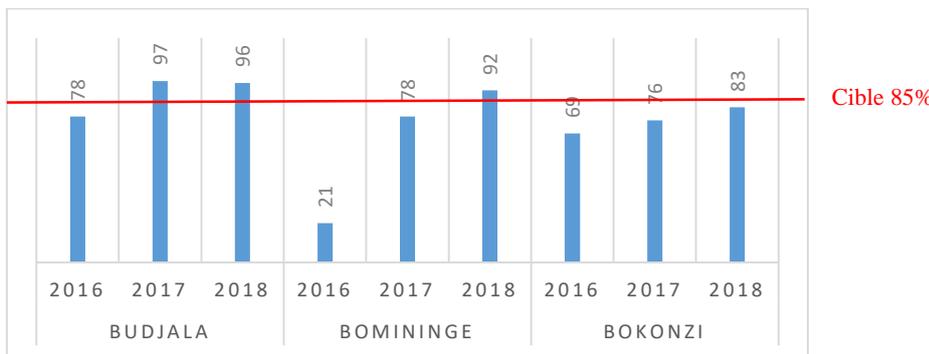


Figure 3 : Taux d'accouchement professionnellement assistés dans 03 ZS du Sud-Ubangui

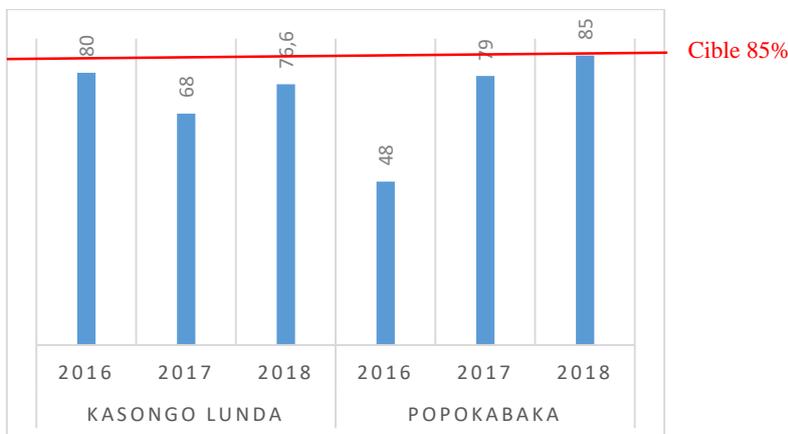


Figure 4 : Taux d'accouchement professionnellement assistés dans 02 ZS du Kwango

La tendance observée au niveau des accouchements professionnellement assistés est similaire à celle décrite plus haut pour ce qui est de l'utilisation des soins curatifs. On observe dans les ZS du Sud-Ubangui un accroissement régulier et soutenu sur les trois dernières années. A Kwango, la tendance est également maintenue.

Il faut noter que trois des cinq ZS présentées ici ont réalisé la cible nationale et celle du programme qui sont de 85% pour cet indicateur.

Les progrès notés dans certaines zones de santé notamment au Sud-Ubangui sont tout de même encourageants avec la tendance qui se maintient, indiquant que les populations fréquentent de plus en plus les formations sanitaires. Un ensemble de stratégies visant à lever les barrières financières telles que la tarification forfaitaire et la prise en charge des indigents pourraient

expliquer cet état de choses. Même s'il n'est pas réaliste d'attribuer la totalité des progrès réalisés du seul fait du programme, il est évident que sa contribution est évidente même si elle ne peut être quantifiée.

Une analyse de la situation des ZS où les indicateurs stagnent est requise afin d'en identifier les causes structurelles.

Indicateur 3 : Taux de satisfaction des utilisateurs (genre spécifique)

Cet indicateur n'a pas encore pu être renseigné. Il était attendu que des enquêtes de satisfaction soient organisées, ce qui n'a pu encore se faire selon les responsables du programme. Il conviendrait d'en organiser une sur un échantillon de zones de santé dans les tout prochains mois afin de disposer des données qui reflètent la perception des usagers par rapport à la qualité des soins reçus.

5.2.3.2 Résultat 1 : la société civile locale est appuyée et la participation communautaire stimulée en interaction avec des équipes cadres fonctionnelles dans la poursuite du droit à la santé

5.2.3.2.1 Analyse des hypothèses

L'hypothèse sur laquelle s'appuie les réalisations attendues du résultat 1 est que « *Les partenaires pertinents de la société civile sont identifiés et des relations de confiance durables sont construites, le niveau intermédiaire joue son rôle d'encadrement des Zones de Santé* ».

L'hypothèse est globalement réalisée et offre un contexte favorable pour la mise en œuvre du résultat. Quelques points d'attention subsistent néanmoins et méritent l'attention du programme pour la suite de l'exécution. Il s'agit pour ce qui concerne les partenaires et les relations avec le programme le fait que l'appartenance de certains de ces acteurs à la société civile n'est pas réelle dans les faits. C'est le cas du BDOM qui agit beaucoup plus comme un acteur de l'offre de soins. Ses actions ne visent pas à organiser la demande et à promouvoir le renforcement de l'engagement des citoyens pour une appropriation par les cibles de leurs droits et devoirs à la santé.

Quant à la DPS dans son rôle d'appui aux ZS, il a été noté qu'en général, un encadreur polyvalent provincial (EPP) censé appuyer une ZS ne peut à lui seul couvrir tous les besoins. Par ailleurs, la DPS est limitée en effectif technique pour fournir un appui conséquent à toutes les ZS. Pour toutes ces raisons, de nombreux besoins des ZS tels que la réalisation des audits de décès maternel efficaces, la recherche-action et la capitalisation des expériences ne sont pas satisfaits.

5.2.3.2.2 Evolution des indicateurs

Trois indicateurs sont prévus pour mesurer les progrès au titre de ce résultat. Il s'agit de :

- 1) Proportion des Comités de santé fonctionnels (selon critères établis).
- 2) Proportion de ZS avec ECZ fonctionnelle (selon critères de fonctionnalité)
- 3) Nombre d'expériences pertinentes documentées et partagées de façon effective

Les données disponibles par rapport aux deux premiers indicateurs relatifs au fonctionnement des équipes de gestion des centres de santé et de la zone de santé sont incomplètes et ne permettent pas une analyse approfondie de l'efficacité de l'intervention sur cette seule base. En effet, les données disponibles au niveau des BAT, BDOM et de la RN de Memisa sont parcellaires et ne couvrent ni toute la période d'exécution ni toutes les structures cibles. Les données du système national (rapport de la DPS, revue annuelle) ne couvrent pas toutes les

dimensions mesurées par les grilles élaborées par le Programme, et sont parfois contradictoires avec les données collectées par le Programme, ce qui rend impossible toute comparaison cohérente.

Une analyse sommaire des données disponibles permet toutefois de noter une amélioration du fonctionnement des comités de santé (CODESA) et des équipes cadres de zone (ECZ) les trois dernières années dans les ZS du Sud-Ubangui. Les scores obtenus à mi terme du programme qui avoisinent les 100% et dépassent déjà pour la plupart la cible prévue en fin du programme (90%) amène à se demander s'il demeure pertinent de maintenir lesdits indicateurs. Le cas échéant il serait opportun de réviser la grille d'évaluation pour y introduire les critères visant les domaines où les ECZ sont plutôt défaillants et qui impactent négativement la performance de la ZS, tels que la qualité des audits de décès maternels et néo-natals, la recherche-action, etc.

Tableau 4 : Evolution des indicateurs relatifs au fonctionnement des CODESA et ECZ dans les ZS du Sud-Ubangui

Indicateurs	Zones de santé	2016	2017	2018
Proportion des Comités de santé fonctionnels (selon critères établis).	Budjala	80	97	100
	Bokonzi	80	94	107
	Bominenge	80		85
Proportion de ZS avec ECZ fonctionnel (selon critères de fonctionnalité)	Budjala	80	100	93
	Bokonzi	80	67	88
	Bominenge	80		100

Tableau 5 : Evolution des indicateurs relatifs au fonctionnement des CODESA et ECZ dans les ZS du Kwango

Indicateurs	Zones de santé	2016	2017	2018	2019 (S1)
Proportion des Comités de santé fonctionnels (selon critères établis).	Popokabaka		ND	75	50
	Kasango Lunda		ND	62,5	50
Proportion de ZS avec ECZ fonctionnel (selon critères de fonctionnalité)	Popokabaka		ND	75	50
	Kasango Lunda		ND	62,5	50

Indicateur 3: Nombre d'expériences pertinentes documentées et partagées de façon effective

En ce qui concerne cet indicateur, il n'a pas encore été renseigné à ce jour. Il s'agit d'un indicateur important au regard des nombreuses initiatives à fort potentiel de changements appuyés par le Programme et qui méritent d'être partagées en dehors des ZS et de la DPS. Une documentation permettrait également de contribuer à la réflexion stratégique au niveau du secteur.

5.2.3.2.3 Les constats

Quatre cibles sont retenues au titre de ce résultat pour être impactées par la mise en œuvre du programme. Il s'agit de :

- La société civile
- Les équipes cadres de zone de santé
- La division provinciale de la santé
- Le BDOM

5.2.3.2.4 L'appui à la société civile

Il est attendu un appui du programme aux Organisations de la société civile pour qu'elles puissent mieux s'organiser et revendiquer leurs droits aux soins de santé et se conscientiser sur leurs devoirs en matière de santé.

Les constats à cet égard se résument comme suit :

A Kwango :

Deux ONG (AFESIDI à Kasongo Luanda et APIDMC à Popokabaka) sont mieux organisées sur diverses thématiques : agrobusiness et en AGR pour la santé, l'éducation et le développement propre, la prise en charge médicale et nutritionnelle des indigents puis promotion de leur autonomie, éducation pour la santé, thèmes principaux (Planning Familial, environnement, Violence basée sur le genre, VIH/SIDA, malnutrition, Consultations prénatales, accouchement dans les FS). Des initiatives innovantes telles que la réinsertion socio-économique des personnes vulnérables et la reddition de comptes aux structures d'appui et structures de santé locales sont également développées.

Au Sud-Ubangui

Le Fonds local de solidarité pour les femmes enceintes de Mbaya (FLSFE) est une initiative de communautaire très prometteuse. Dirigé par une équipe de femmes uniquement, le fonds compte chaque année plus de 1100 nouvelles adhérentes depuis 2016 et a enregistré sur les 8 premiers de l'année 2019 (au 30/08/2019) 1667 adhérentes. Au total, le fonds compte plus de 5600 adhérentes.

Avec une cotisation de 500FC sur les frais de consultation prénatale, l'association collecte assez de ressources pour le fonctionnement (sensibilisation, AGR) et pour l'assistance aux femmes césariées. De 2016 à 2019, le Fonds a fourni une assistance à 144 femmes césariées pour un montant de 15 000 FC/personne.

Les activités génératrices de revenu entreprises consistent à l'élevage et à un atelier de couture. L'appui du programme a permis l'acquisition de bovins et des machines à coudre.

A Kisantu :

La Mutuelle de santé MUSAKIS est active depuis 2007. Elle présente un taux de pénétration d'environ 7%. Elle apporte une contribution importante dans l'accès des populations locales aux soins. Elle couvre un paquet assez large de soins incluant les paquets d'activités de base et complémentaire. Elle organise périodiquement la vérification communautaire pour l'effectivité des soins et dans une certaine mesure la perception des bénéficiaires à travers le recueil et l'analyse des suggestions et plaintes. Un cadre de concertation réunissant plusieurs acteurs dont les membres de la CDR, de l'ECZ, des prestataires, du BDOM, PTF (dont PRO DS) et des chefs secteurs permet également d'aborder les aspects de respect des droits des patients.

5.2.3.2.5 2^{ème} cible : les Equipes Cadres de Zone

Le document du projet postule qu'en fournissant un appui aux ECZ à travers un accompagnement technique du BAT et des BDOM, de formations complémentaires et un accompagnement par EPP de la DPS, et une collaboration avec RIPSEC et NIDIAG/IMT, elles seront en capacité de:

- documenter de processus de changements et transfert vers NI et NC afin d'influencer les politiques
- Collaborer avec les instituts de recherche et écoles de SP
- renforcer leur fonctionnement

Les constats faits se résument ainsi qu'il suit :

1) Au sujet des appuis prévus au profit des ECZ

a) Accompagnement technique par le BAT et du BDOM :

- i) Cet appui a été effectif à plusieurs égards : appui technique et logistique dans les activités de : supervisions conjointes et celles propres aux structures (ECZ et DPS). Un échantillon de l'appui du BAT de Gemena est présenté en annexe 7.4. On note dans certaines ZS, une dynamique fusionnelle entre les membres du BAT et des ECZ qui est favorable à un transfert de compétence par 'osmose'. Un tel esprit d'équipe est nécessaire pour une efficacité de l'appui du programme.
- ii) En ce qui concerne l'accompagnement du BDOM, il reste insuffisant. Le BDOM est membre du Conseil d'Administration des ZS dans les ZS où le diocèse est 'propriétaire' de l'HGR. Dans certaines ZS, un membre du BDOM occupe des postes administratifs dans l'ECZ. A Boudjale, des supervisions conjointes s'organisent avec les membres de l'ECZ. Cependant, le BDOM ne dispose pas de compétences techniques d'un gradient supérieur pouvant permettre un appui à l'ECZ. Un appui du programme est requis pour corriger cette situation. Des demandes dans ce sens à l'endroit du programme, dans le sens de doter le BDOM d'expertise technique pour jouer son rôle en tant qu'acteur du niveau provincial mérite d'être étudié avec attention.

b) Formation complémentaire : plusieurs ECZ ont bénéficié de formation sur la gestion des médicaments, l'hygiène hospitalière et la prise en charge de la malnutrition. Le personnel des HRG dont plusieurs sont membre de l'ECZ ont également bénéficié de formation sur l'organigramme fonctionnel de l'HGR, les SONU, l'hygiène hospitalière, etc.

Certaines thématiques importantes ne sont pas encore abordées dans certaines régions et constituent une préoccupation pour les ECZ. Il s'agit par exemple du *management des soins de santé primaires* d'autant plus que cette formation constitue selon les Normes de la ZS un des critères majeurs de fonctionnalité. Elle est prise en compte dans le planning opérationnel de 2019 pour les ZS du Sud-Ubangui et du Kwango, mais reste encore non exécutée pour l'instant.

1) Accompagnement des ECZ par l'EPP de la DPS : l'accompagnement des ECZ par l'EPP de la DPS est effectif, sur une base semestrielle permettant l'identification des goulots d'étranglement suivie de l'élaboration d'un plan de résolution des problèmes, et le monitoring de la mise en œuvre des recommandations.

- a) Il est à noter cependant que l'appui ne couvre pas certains des besoins et attentes prioritaires des ECZ, tels que la recherche action et l'audit des décès maternels et néo-natals de qualité.
- b) Ce cas-ci est illustratif des besoins non satisfaits des ECZ. Dans la ZS de Bokonzi, des quatre (04) décès maternels enregistrés en 2019, trois (03) proviennent du centre de santé de référence de Dongo. Les audits de décès réalisés pour ces trois cas sont de faible qualité et n'ont pas été capables d'identifier les causes profondes de la situation pour des actions correctrices efficaces.

- c) Par ailleurs, le peu d'effectif formant l'équipe cadre de la DPS ne permet pas d'assurer un accompagnement de qualité, par des EPP disposant d'un réel gradient de compétence.
- 2) Collaboration avec RIPSEC et NIDIAG/IMT : une telle collaboration pour l'instant n'est pas effective.

En résumé, d'une manière générale, on note un faible leadership des ECZ, ce que confirment les rapports de mission d'accompagnement des EPP et missions conjointes par DPS et BAT/BDOM, de même que plusieurs rapports annuels de la DPS

Outputs produits par les ECZ en réponse aux appuis reçus

Il existe de bonnes pratiques : échanges d'expériences positives lors des instances de coordination (revues, CAC, CPP-SS), contribution dans les bulletins SNIS de la DPS et parfois de la DEP (cas de la ZS de Budjala sur la prise en charge de la malnutrition).

Cependant, les ECZ ont une faible compétence en documentation des expériences. L'inexistence de mécanismes structurés formels de documentation de changements ou bonnes pratiques, et de canaux de remonter des expériences constituent des contraintes. A ce sujet, les PTF intervenants dans les provinces peuvent appuyer la DPS à organiser annuellement une sorte de « *Journées Scientifiques Santé du Sud-Ubangui ou Kwango, etc.* » au cours de laquelle des expériences novatrices développées peuvent être valorisées.

5.2.3.2.6 Troisième cible : les Divisions provinciales de santé

Il est attendu dans le cadre du programme un appui à la DPS sous forme de soutien technique et logistique par le BAT et le BDOM, à l'effet que à la DPS assure les attributions que lui confèrent les textes régissant leur fonctionnement, notamment un accompagnement des ECZ.

Constats :

- Appui technique et logistique dans les activités de : supervisions conjointes et celles propres à la DPS,
- Appui technique et logistique aux EPP dans l'accompagnement des ECZ
- Assistance technique du BAT et BDOM pour les activités de coordination comme les revues, Comité Provincial de Pilotage/Secteur Santé (CPP-SS), revues annuelles du programme
- Mise à disposition de connexion internet via la VSAT

En général, la DPS dispose d'une bonne équipe avec quelques chefs de bureau hautement qualifiés. Insuffisance parfois de personnels qualifiés récupérés par les PTF du fait de la faible rémunération offerte par l'Etat. Cependant, on note une régularité des missions d'accompagnement, des supervisions et des revues. La DPS fait preuve d'un leadership opérationnel, mais une absence de leadership stratégique ne permet pas de canaliser toute l'énergie au sein de l'équipe.

Points d'attention

- Certaines DPS estiment qu'il y a eu un « désengagement de Memisa » dans son appui structurel.
- Les appuis jugés nécessaires non fournis concernent l'appui au fonctionnement de la coordination. Il faut noter à ce sujet l'existence dans certaines DPS d'autres

partenaires tels que le PDSS et le PADP de Enabel qui fournissent un appui institutionnel.

5.2.3.2.7 Quatrième cible : Le BDOM

Les Bureaux diocésains des œuvres médicales (BDOM) représentent l'un des partenaires clés du programme. Ils ont bénéficié d'un appui de Memisa et d'autres ACNG lors des interventions précédentes. Au titre du présent programme, il est également prévu le renforcement des BDOM en vue d'une meilleure capacité d'appui aux ECZ, HGR, OSC. Les appuis du programme aux BDOM ne sont pas spécifiés de façon explicite.

Constats :

1. Par rapport à l'appui du Programme

L'appui du programme aux BDOM est variable selon les localités.

- Appui au renforcement du fonctionnement du BDOM de Budjala : soutien technique du BAT (appui méthodologique à la supervision, élaboration de rapport financier), appui en matériel roulant, soutien financier pour la prise en charge des indigents, communication (VSAT), fourniture d'énergie renouvelable (installation photovoltaïque).
- Le BDOM de Kisantu bénéficie d'un des appuis les plus importants du programme commun. Financement conjoint avec Lumos. Le BDOM bénéficie d'une assistance technique (un accompagnateur) à temps plein mise à disposition par le programme qui. Les attributions de l'accompagnateur consistent à renforcer les capacités opérationnelles du BDOM afin de contribuer à l'atteinte des résultats du cadre logique du projet pour la province du Kongo Central. Ainsi l'accompagnateur technique fournit une expertise médico-technique pour assurer la conformité à aux normes techniques, sur le plan programmatique et du monitoring. Le programme commun fournit également un appui au fonctionnement du BDOM (carburant, suivi et supervision, fourniture de bureau, matériel informatique, moyen de communication).

2. Par rapport aux attentes à l'égard des prestations du BDOM

Les appuis du BDOM aux ECZ, HGR et OSC se résument souvent aux supervisions conjointes des CS, un soutien administratif et à la gestion du bureau central et aux pharmacies.

Le renforcement de l'engagement citoyen et l'appropriation par les cibles de leurs droits et devoirs en matière de santé n'est pas effectif. Les BDOM rencontrés n'avaient pas conscience de ce rôle, et n'en ont pas non plus les capacités, leur rôle s'inscrivant jusqu'à présent dans l'animation ou le soutien aux structures de l'offre de soins et quelques OBC qui mènent des projets communautaires.

Conclusion :

Les BDOM constitue un levier dont le potentiel de changement au niveau du fonctionnement et de la performance des structures de la ZS est réel. Il importe que les équipes bénéficiaires fassent également preuve de proactivité afin de réduire les délais d'exécution des activités. Le BAT et BDOM pourront mettre davantage leur « technical know how » à la disposition des équipes ZS et DPS pour l'émergence d'un leadership stratégique, à travers un appui technique de proximité plus vigoureux sans tomber dans la substitution (PUSH), car attendre le rythme de réaction des bénéficiaires (PULL) a démontré ses limites. Plus de rencontres de coaching et de suivi des activités avec les ECZ s'avère donc nécessaire.

5.2.3.2.8 Partenariat entre Memisa et les BDOM

En général, il existe une bonne collaboration entre le BDOM et Memisa sous tendue par un protocole d'accord qui décrit les responsabilités des deux parties avec des mécanismes de suivi-évaluation (Kisantu par exemple). Dans certains cas, les appuis de Memisa se font sur la base de termes de références validés puis financés et appuyés techniquement. Cette collaboration remonte aux interventions antérieures. En dépit des évolutions intervenues dans les modalités de collaboration à la faveur de la nouvelle intervention, les bases d'une bonne collaboration existent toujours.

Sur le terrain, la collaboration est bien appréciée par le BAT de Mosango et le BDOM de Popokabaka, puisqu'elle permet de renforcer les interventions des ONG dans les HGR et les autres formations spécialisées. Par ailleurs le BDOM de Popokabaka est « la structure de management opérationnel de Memisa » pour l'appui technique et logistique que ce dernier offre aux structures de santé (DPS, ECZ, HGR).

Il en est de même entre le BDOM de Budjala et Memisa, dont il dit « *qu'il représente le poumon* » du fonctionnement et de la performance actuelle. Memisa représente le principal partenaire du BDOM pour l'exécution de ses attributions notamment la supervision des FoSa. Un appui supplémentaire est d'ailleurs attendu afin d'amener le BDOM à franchir un palier supplémentaire dans son appui au système pour ce qui concerne le soutien à l'ECZ en tant que membre du Conseil d'Administration et à la DPS.

Toutefois, nous soulignons un climat d'incompréhension entre le BDOM de Kikwit et le BAT de Mosango : i) la convention liant Memisa au Diocèse n'est pas encore renouvelée, ii) de ce fait, des formations (sécurité transfusionnelle, SONU, orthopédie) pour 7 membres du personnel de l'HGR de Mosango sont pour le moment suspendues, iii) le BAT de Mosango n'est pas concerté pour des décisions stratégiques qui influencent la performance des structures (changement des directeurs et d'équipe de gestion). A titre d'exemple, le redéploiement du personnel formé (Infirmier Titulaire) de Kasay, a entraîné la faillite de ce centre comme structure de démonstration, iv) les permutations des agents formés (intra hôpital dans différents services) et dans d'autres structures sans tenir compte de l'investissement fait par Memisa.

La dynamique est différente à Popokabaka : i) il existe un protocole d'accord entre Memisa et le Diocèse couvrant la période 2017-2021, ii) le BDOM assure l'accompagnement des structures de santé en garantissant la cohérence avec la politique nationale de santé, selon une gestion participative des bénéficiaires. Le contrepoint est parfois le ralentissement dans l'exécution des activités dû d'une part au manque de proactivité des structures (ECZ, HGR) et d'autre part à la non maîtrise de procédures administratives des marchés publics. Il s'agit des marchés d'infrastructures et d'acquisition d'équipements et matériel.

5.2.3.2.9 Cible complémentaire : L'animation communautaire institutionnelle

Elle comprend trois (3) composantes :

- 1) l'extension des prestations de services et de soins au sein de la communauté à travers les Relais Communautaires (ReCom). Cette composante est menée dans toutes les aires de santé. Par ailleurs, plusieurs membres des organisations de la société civile locale (OSC) font partie des ReCom ;
- 2) les Cellules d'Animation Communautaire (CAC), composé de l'ensemble des ReCom, leur rôle serait d'identifier les problèmes de santé, rechercher des solutions et leur mise en œuvre. Les problèmes qui dépassent leur niveau sont référés au CODESA ;
- 3) la mise en place et le fonctionnement des CODESA : leur rôle est bien défini par des textes règlementaires et leur évaluation répond à 7 critères. Les activités de sensibilisation sont

multiples mais peu sur la mobilisation des personnes ressources et des leaders communautaires en vue d'une redevabilité du secteur santé envers les populations. L'analyse de la fonctionnalité sur la base des rapports de suivi des EPP, BDOM et ECZ indique une participation essentiellement passive (5/7 critères, soit 71,4%, ont trait à la participation aux activités des centres de santé, 2/7 soit 28,6% sont l'identification des besoins sanitaires et des travaux d'intérêt communautaire qui se passent toutefois au centre de santé-contribution aux infrastructures, à la propreté ou clôture des centres de santé. Cette participation a peu d'impact sur la maîtrise des actions liées à la recherche de l'autonomie sur les leviers de promotion de la santé. Par ailleurs, la démarche ne favorise pas la maîtrise des connaissances sur les droits et devoirs en matière de santé, ainsi pas d'empowerment effectif des populations.

5.2.3.2.10 Analyse du partenariat dans le cadre de la mise en œuvre du programme à travers les constats de terrain

Dans l'analyse du partenariat observé dans le cadre du programme, nous en distinguons 3 types: i) entre Memisa et MSV, ii) entre Memisa et les BDOM, iii) entre MSV et les structures de soins partenaires ns (HGR et centres spécialisés). Nous aborderons également la collaboration entre PTF.

Partenariat entre Memisa et MSV : d'une manière conceptuelle, elle est plus informelle. Les 2 médecins conseils collaborent régulièrement sans un cadre bien défini de rencontres et de rapportage aux hiérarchies. Cette collaboration se manifeste sous plusieurs formes :

- a) Intérêt commun pour la qualité des soins,
- b) Partage des informations surtout celles liées aux ZS de convergence,
- c) Rencontres selon les besoins,
- d) Participation des 2 comme membres du Hub santé (réseau de 5 ONG belges actifs dans la secteur) avec Memisa qui assure le lead,
- e) Appui à la gestion administrative et douanière des colis de MSV puis facilitation de leur transport dans les formations sanitaires de destination,
- f) Les 2 organisations sont logées dans les mêmes locaux à Kinshasa,
- g) En attendant l'aboutissement de la convention entre MSV et le Ministère de la santé (MS), Memisa assure une facilitation des procédures administratives en cas de besoin. Il est toutefois important à souligner que ces services de collaboration sont facturés par Memisa et MSV prend soin de les payer.

Par ailleurs, le fait de loger dans les mêmes locaux représente une opportunité de renforcement du partenariat entre les deux organisations. Cependant, il n'est pas apparu qu'il y ait une fluidité de relation et d'information technique et stratégique sur la mise en œuvre du programme à tous les niveaux entre les deux organisations. Ce qui indique qu'il existe encore une marge d'amélioration pour que les cadres d'échanges permettent d'aborder les divers enjeux concernant l'intervention de façon cohérente et harmonisée.

Il ressort en outre des échanges sur le cadre de performance du programme le sentiment que les deux partenaires ne partagent pas la responsabilité commune de l'atteinte des objectifs. Certains indicateurs sont perçus comme « ceux de Memisa » et d'autres « ceux de MSV », laissant penser que le cadre de résultats est une « superposition de logiques et d'indicateurs » plutôt qu'un vrai programme commun.

Collaboration et synergie entre PTF :

Le contexte de synergie et de complémentarité inter bailleurs est une approche à laquelle certains responsables du niveau central rencontrés (Directeur des études et de la planification, Directeur des Etudes, Soins et du Partenariat) adhèrent et donnent leur aval. Cette stratégie inscrite dans les documents de politiques du programme est mal comprise et peu acceptée par certaines structures des niveaux intermédiaire (DPS) et périphérique (ECZ, HGR). Elle est matérialisée par le fonctionnement du Groupe Inter Bailleurs de Santé (GIBS) avec des échanges avec le MS, toutefois le contrat unique avec la DPS Kwango est non abouti, le financement par PDSS (primes, MEG, investissements) est irrégulier avec de longs délais, sans couverture géographique globale. Les appuis des PTF existent (chaque structure en a entre 6-7) mais au niveau opérationnel ils se traduisent par des intentions et restent peu fonctionnels. Par ailleurs les structures bénéficiaires préfèrent travailler avec un PTF pris individuellement plutôt qu'avec un groupe de PTF. Le contrat unique est donc à cet égard encore théorique. Toutefois il existe un réel potentiel d'harmonisation pour des synergies d'action au sein des ZS et DPS : en plus du Programme Commun, il y a Enabel, Unicef, PDSS, FM, Gavi et autres ACNG belges.

5.2.3.3 Résultat 2 : les équipements, les infrastructures et l'approvisionnement en médicaments dans les structures cibles sont améliorés- dans les ZS ciblées.

5.2.3.3.1 Analyse des hypothèses

L'hypothèse qui sous-tend le résultat 2 repose sur « des CDR qui fonctionnent ; des structures de santé disposant de ressources d'énergie durables ; des normes de la zone de santé respectées pour ce qui concerne la couverture en structures de santé et l'affectation du personnel ».

Cette hypothèse comporte trois dimensions dont les deux premières sont réalisées.

- Les CDR sont fonctionnelles : elles disposent de personnel formé en gestion de stock de médicaments, bénéficient du soutien de plusieurs autres PTF. La chaîne d'approvisionnement fonctionne et les médicaments essentiels courants sont pour la plupart disponibles.

Les CDR sont toutefois confrontées à de nombreuses difficultés :

- Fermeture des dépôts des ZS
- Renchérissement des coûts (temps et transport) de transaction pour l'approvisionnement en médicaments par les structures de soins
- Difficultés financières : réduction des capitaux du fait de dévaluation /inflation du Franc Congolais d'où la difficulté à s'approvisionner en dollars US. Les nombreuses créances non recouvrées (frais d'entreposage non payés à temps par certains partenaires) compliquent cette situation.
- Les structures de santé (ZSD ou catégorie 2) disposent en général de ressources d'énergies durables et d'eau potable. On note la disponibilité d'installations photovoltaïques dans les unités de soins et de sources d'eau, dont la plupart sont réalisées et maintenues dans les ZS appuyées par Memisa au Sud-Ubangui et dans le Kwango. Il en est de même pour les sources d'eau avec la réalisation de château d'eau dans certains HGR. Certaines structures des ZS de catégorie 3 ne disposent pas de sources d'eau potable (cas de Mbaya).
- L'hypothèse n'est pas réalisée dans sa dimension relative au respect des normes de la zone de santé pour la couverture des structures de santé et l'affectation du personnel. Certains CS sont aux normes pour ce qui concerne le personnel, mais la couverture en structures de santé reste faible dans la plupart des ZS (normes de 1 CS/10000 hbts). Pour

les HGR, les normes d'organisation et de fonctionnement des structures des ZS ne précisent pas les normes en ressources humaines en santé (RHS). La plupart ne disposent d'aucun spécialiste clinique (chirurgie, pédiatre, gynécologue).

5.2.3.3.2 Evolution des indicateurs

Trois indicateurs sont censés mesurer les progrès de l'intervention vers les changements attendus au titre du résultat 2. Il s'agit de :

- 1) Proportion de ZS avec moins de 20% de médicaments traceurs en rupture dans la pharmacie de la ZS à la fin du mois, basé sur un système de gestion de stock électronique (si possible)
- 2) % du matériel biomédical acheté en utilisation (milieu spécifique – gestion durable)
- 3) % des hôpitaux partenaires locaux qui rapportent un progrès par rapport à la maintenance préventive

Indicateur 7: Proportion de ZS avec moins de 20% de médicaments traceurs en rupture dans la pharmacie de la ZS à la fin du mois, basé sur un système de gestion de stock électronique (si possible)

Cet indicateur a été remplacé par un autre indicateur par le programme. Le nouvel indicateur est intitulé « *Nombre de médicaments traceurs avec stock = 0 rapporté au nombre total de médicaments traceurs (à la fin du mois)* »

Cet indicateur n'est pas non plus renseigné. En principe, il s'agit d'un indicateur issu du système d'information sanitaire national et devrait être renseigné mensuellement par le système de routine via le DHIS2. En dépit de nos efforts, nous n'avons pas pu avoir les données pour le renseigner.

Indicateur 8 : Pourcentage du matériel biomédical acheté en utilisation (milieu spécifique – gestion durable)

Cet indicateur est destiné à mesurer l'efficacité du système de maintenance en place au niveau des ZS, en particulier dans les HGR.

Sur l'ensemble des 17 hôpitaux partenaires de MSV en RDC, la moyenne du matériel livré et encore en bon état de fonctionnement est de 88,9%. Dans le cas de l' HGR de Popokabaka dont le taux de fonctionnalité est particulièrement bas, l'explication est le manque de technicien et le fait que le matériel est arrivé en dehors des missions. Le matériel peut être fonctionnel mais le personnel n'ait pas les capacités de l'utiliser correctement. La plupart du matériel qui est indiqué comme non-fonctionnel est du matériel seconde main (envoyé principalement à Ciriri).

Dans les autres hôpitaux ne bénéficiant pas de l'appui direct de MSV, la collecte des données concernant ledit indicateur n'est pas systématique. Dans ces cas (Sud-Ubangui par exemple), l'équipe d'évaluation intermédiaire a procédé à une estimation du pourcentage de matériel en utilisation lors de la visite de terrain sur la base des derniers inventaires réalisés dans les HGR de Bokonzi et de Budjala. En plus des données figurant sur les inventaires l'équipe a échangé avec les acteurs sur les équipements posant des problèmes de maintenance ou requérant une maintenance corrective. Nous avons donc pu confronter les données pour avoir l'information souhaitée, ce qui n'est qu'une information instantanée et ne donne pas une tendance générale.

Tableau 6 : Utilisation des équipements médico-techniques dans quelques hôpitaux

Structures	Nombre d'équipements médico-techniques	Nombre d'équipements en panne lors de la visite	Pourcentage d'utilisation*

	susceptibles de maintenance		
HGR Bokonzi	38	02 (Bloodbank, panneau solaire du laboratoire**)	94,8%
HGR de Budjala	42	03 (Radiographie digitale, tonomètre, lampe scialytique salle unité bucco-dentaire)	93%

*Utilisation comprise dans le sens que le matériel étant fonctionnel, il est supposé être utilisé

**Panneau solaire dans le cas d'espèce représente un équipement critique pour le bon fonctionnement de l'unité et la qualité des soins

Ces chiffres sont élevés pour un hôpital de référence, surtout en raison de l'absence d'une unité de maintenance fonctionnelle digne de ce nom dans les structures concernées. Ces résultats sont en grande partie attribuable aux travaux de maintenance de haute qualité fournis par le BAT du programme qui intervient sans discontinuer pour la maintenance préventive et corrective. Sur ce volet, le BAT fait de la substitution et l'absence de service de maintenance à qui le transfert de compétence pourrait être fait pose le problème de sa durabilité. Dans d'autres zones de santé telles que les Zones de santé de Kisantu (HGR), Yasa Bonga et Mosango des maintenanciers sont formés pour assurer une offre de service de maintenance adéquate. Par ailleurs, MSV finance également des activités de maintenance préventive et corrective chez ses hôpitaux partenaires..

Indicateur 9 : Pourcentage des hôpitaux partenaires locaux qui rapportent un progrès par rapport à la maintenance préventive

Pour le suivi de cet indicateur, MSV a élaboré un système de rapportage de progrès réalisé par les responsables régionaux et les médecins conseillers sur la base d'une documentation qui exploite les rapports des hôpitaux partenaires. Le même système s'applique pour les indicateurs 8, 12 et 13 qui sont spécifiques à MSV. Il s'agit donc d'une évaluation globale et non spécifique à chaque formation partenaire.

Pour 2019, 21% d'hôpitaux partenaires locaux qui rapportent un progrès par rapport à la maintenance préventive. Le progrès est donc en deçà de la valeur cible de 50% projetée pour cette période.

5.2.3.3.3 Constats

A. En ce qui concerne les infrastructures et les équipements

➤ Infrastructures:

- En général, les infrastructures des formations sanitaires, que ce soient les centres de santé ou les HGR ne répondent pas aux normes. Cette insuffisance concerne les types de bâtiments, leurs dispositions, la nature des matériaux, le nombre de salles, les ouvrages d'assainissements, etc. Les infrastructures observées notamment au Sud-Ubangui ne sont pas propices pour une offre de soins de qualité.

A titre d'exemple : salle d'intervention chirurgicale et salle d'accouchement ouvertes directement sur l'extérieur, parfois non carrelées ce qui ne permet pas un bio-nettoyage, exposant aux infections nosocomiales.

Dans 90% des formations sanitaires, les incinérateurs ne sont pas fonctionnels.

Dans ces conditions, il faut reconnaître que le personnel soignant travaille dans des conditions et un environnement difficile et saluer le gros effort qu'il fournit pour maintenir un minimum de qualité.

- Des efforts de réhabilitation ou de construction sont faits, en cours ou prévus dans certaines localités avec l'appui du programme ou d'autres PTF (constructions & réhabilitation dans 11 ZS), kits photovoltaïques (6 FoSa du Kwilu, incinérateurs, aménagement de points d'eau, réparation de forages. Un projet de reconstruction de l'HGR serait en projet avec le projet PADP de Enabel. Une étude a été faite de même que le plan masse.
- Dotation d'équipements d'exploitation et médicotechniques pour les CS, HGR avec l'appui du programme, quelque fois en partenariat avec d'autres ANCG belges dans le cadre du projet Hôpital pour hôpital avec ZOL à Bokonzi ou Sint Maartens à Budjala. La bonne coordination entre le Programme et les partenaires de Hôpital pour hôpital dans la fourniture des équipements évite les doublons et prend mieux en compte les besoins des hôpitaux bénéficiaires.
- Mise en service de nouvelles unités de soins grâce aux appuis : bactériologie et biochimie, bucco-dentaire, kiné, ophtalmo, radiographie digitale à HGR Mosango ; imagerie (échographie), ophtalmo, dentisterie, transfusion à l'HGR de Budjala, Transfusion sanguine et échographie à l'HGR de Bokonzi
- Véhicule de supervision et des ambulances renforcent la référence et la continuité des soins (ZS Djuma, Bokonzi, Budjala, Bominenze). L'appui du BAT pour la remise en état des véhicules permet d'assurer leur utilisation (Cas de Bokonzi notamment).

Au sujet du circuit d'acquisition des équipements biomédicaux au profit des structures bénéficiaires

L'essentiel des équipements est acquis par Memisa ou MSV selon le circuit suivant :

- Les besoins sont identifiés après un état des lieux réalisés au début ou au cours de la mise en route du programme par les bénéficiaires
- Les besoins sont validés par le programme, le BAT et la RP concerné
- Pour MSV, les besoins sont validés par le médecin conseiller et le responsable régional ensemble avec l'HGR.
- Les formalités d'acquisition sont exécutées par le programme par le siège de l'un ou l'autre partenaire
- Les équipements sont acquis en Belgique et envoyés sur le terrain par les soins des services logistiques du programme en RDC.

Selon les responsables du programme, ce processus conduit par le programme et l'acquisition à partir de la Belgique vise à assurer la promptitude et la qualité des équipements acquis.

Les bénéficiaires n'ont exprimé aucune réserve ouvertement par rapport à une telle modalité et exprime leur satisfaction par rapport aux équipements fournis : « *Memisa nous aide à avoir les équipements dont nous avons besoin. Souvent, ce sont de bons équipements, les utilisateurs ne se plaignent pas* ». (Un Médecin Directeur d'HGR, au Sud-Ubangui).

Le processus d'identification des besoins ensemble avec d'autres ACNG appuyant les mêmes structures que le programme, en particulier dans le cadre de l'initiative Hôpital pour Hôpital permet une bonne synergie et une meilleure coordination des appuis. L'appui conjoint fourni par exemple à l'HGR de Bokonzi par Memisa et ZOL est coordonné depuis le siège des deux partenaires, ce qui assure une bonne complémentarité. Il en serait de même à l'HGR de Budjala entre Memisa et Sint Maarten. Selon les responsables des hôpitaux bénéficiaires il n'y a pas eu de doublon ces dernières années du programme, et que les équipements fournis répondent

réellement à leurs besoins. Pour les HGR des zones de convergence, le TRC est le cadre pour les 3 organisations et des réunions à 3 permettent d'éviter les doublons.

B. Concernant l'approvisionnement des formations sanitaires en médicaments essentiels génériques (MEG) et intrants

Le programme fournit un appui aux structures de soins bénéficiaires en MEG. Le processus se déroule ainsi qu'il suit :

- ligne de crédit des formations sanitaires fournie par Memisa
- réquisition par la formation sanitaire suivie d'une validation par le Bureau central pour les centres de santé et la DPS pour les HGR, avec possibilité d'utilisation de la fiche électronique
- établissement du bon de commande avec la fiche de suivi de la commande
- livraison des MEG
- facturation (3 signatures : responsable magasin, client, secrétaire comptable CAMEBASU)
- envoi de la facture vers Memisa pour liquidation

L'appui en médicaments et intrants aux HGR et CS du programme varie d'une ZS à l'autre. Dans le Sud-Ubangui, l'appui prévu en 2019 à la ZS de Budjala est plus important que celui à la ZS de Bominenge, \$40,000 contre \$20,000 respectivement, alors qu'aucun appui n'est prévu au profit de la ZS de Bokonzi. L'appui plus important à la ZS de Budjala répond à la logique de statut de zone de santé de démonstration (ZSD). Memisa apparaît souvent comme l'un des deux principaux partenaires dans ce domaine derrière le PDSS. A la ZS de Budjala, la totalité des médicaments et intrants spécifiques pour l'année 2019 sera fournie par ces deux PTF.

Hormis la fourniture de médicaments, l'accompagnement des formations sanitaires par Memisa à travers le renforcement des capacités à une bonne estimation des besoins et en gestion des MEG et intrants spécifiques est d'une grande importance. Elle pourrait être une réponse durable aux insuffisances relevées dans la gestion des médicaments les deux dernières années dans cette province. En effet, les nombreuses ruptures de stock observées sont en grande partie dues à une mauvaise appréciation des consommations moyennes mensuelles (CMM) avec des commandes tardives.

Les insuffisances notées les dernières années par la DPS du Sud-Ubangui se rapportent essentiellement à :

- ✓ Commandes tardives (et parfois absence des commandes) par les ZS, et souvent non appuyées par un rapport des consommations réelles et des données de consolidation de gestion des médicaments ;
- ✓ Non maîtrise des CMM au niveau des zones de santé pouvant permettre une bonne quantification des intrants en fonction des besoins réels.

L'une des contraintes structurelles de l'approvisionnement en médicaments et intrants est liée aux difficultés que rencontrent les centrales de distribution régionales (CDR), qui peinent à satisfaire les commandes des ZS. On estime qu'en 2018, le taux de satisfaction des commandes reçues par la CDR est à 62% au Sud-Ubangui et à 60% dans le Kwango.

L'évaluation du fonctionnement de la CDR en 2018 au Sud-Ubangui (Rapport annuel, 2018) révèle les insuffisances suivantes :

- Absence de certains médicaments essentiels ;
- Absence de stock de sécurité au niveau du Bureau de Coordination des Achats FEDECAME (BCAF) Ouest (à Kinshasa), d'où la CDR recourt au BCAF Est (Goma) et aux autres fournisseurs nationaux;

- La CDR connaît beaucoup de ruptures et vend des médicaments des firmes locales à un prix élevé, d'où les structures recourent aux achats locaux dans les dépôts pharmaceutiques de Gemena pour palier à cette situation.
- Retard des paiements des factures des transporteurs de la CDR entraînant parfois le blocage des transports dans les trimestres suivants ;
- Transport souvent difficile vers les ZS de Bangabola, Mawuya, Ndage suite au mauvais état des routes.

La provenance des médicaments et intrants des ZS appuyées selon les provinces :

- CDR par Memisa
- SANRU (intrants Palu y compris TdR)
- Unicef (intrants palu)
- Cordaid (anti TB, VIH)

Dans ces conditions, le risque d'achats de médicaments via des circuits parallèles au niveau des formations sanitaires est grand, ce qui se fera aux dépens de la qualité des produits. Cette situation mérite une réponse politique qui va au-delà des capacités du Programme.

5.2.3.4 *Résultat 3 : les compétences médicot techniques et organisationnelles du personnel des hôpitaux et centres de santé ciblés sont améliorées*

5.2.3.4.1 Analyse des hypothèses

Les hypothèses sous-jacentes au résultat 3 stipulent que :

- *les normes de la zone de santé sont respectées pour ce qui concerne la couverture en structures de santé et l'affectation du personnel.* Cet aspect a déjà été abordé au niveau de l'hypothèse du Résultat 2.
- *le personnel des structures de santé est disponible pour participer aux formations.* Cette hypothèse a été réalisée. En effet, les formations planifiées sont réalisées et le personnel rencontré lors de l'évaluation intermédiaire a exprimé son intérêt et le fait qu'il se sent valoriser de participer auxdites formations.
- *les structures de santé facilitent la formation continue de leur personnel.* Cet aspect de l'hypothèse est également vérifié. Le plan de formation est discuté et finalisé au niveau des instances décisionnelles des structures de santé. Les formations sont prises en compte dans les plans d'actions opérationnels (PAO) desdites structures.

Il ressort de l'analyse que les conditions de l'hypothèse au niveau local sont favorables à la réalisation des outputs attendus à savoir ***l'amélioration des compétences médicot techniques et organisationnelles du personnel des hôpitaux et centres de santé ciblés.***

5.2.3.4.2 Evolution des indicateurs

Cinq indicateurs sont retenus pour la mesure des progrès au titre du résultat 3 :

- Pourcentage de personnes formées/prévues issues des ZS du programme (IOV 10)
- Taux de mortalité hospitalière après 48 heures (IOV 11)
- Pourcentage d'hôpitaux partenaires qui rapportent un progrès (d'un minimum de 50% des MDP) par rapport à l'organisation (IOV 12)
- Pourcentage d'hôpitaux partenaires qui rapportent un progrès (d'un minimum de 50% des MDP) par rapport à l'application des compétences médico-techniques (IOV 13)

L'équipe d'évaluation n'a pas pu disposer de données pour renseigner l'évolution de l'IOV 10.

En ce qui concerne le « *taux de mortalité intra-hospitalière après 48 heures* », il est un indicateur du système, renseigné à partir des données de routine. Le taux de mortalité intra-hospitalière après 48 heures est relativement faible dans la plupart des HGR, et se situe autour

de la cible nationale (<2%), ce qui indique le bon niveau de la prise en charge des cas référés vers les hôpitaux concernés.

Trente-et-un (31) pourcent d'hôpitaux partenaires de MSV ont rapporté en 2019 un progrès par rapport à l'organisation (IOV 12) et pour ce qui concerne l'application des compétences médico-techniques (IOV 13). En l'absence de données de référence et des données pour les deux années d'exécution, il n'est pas aisé d'apprécier le niveau réel de progrès de ces indicateurs et l'impact de l'appui du Programme dans ces domaines. Par ailleurs, initialement, ces indicateurs devraient être de type « Marqueurs de progrès », ce qui indique qu'en dehors des « chiffres », un minimum d'éléments qualitatifs permettant de comprendre le « Comment » des changements soient relevés. Ce n'est pas encore le cas actuellement, et il est souhaitable que le Programme, MSV en particulier veille à cet aspect dans la suite.

5.2.3.4.3 Constats

L'amélioration des compétences médicotéchniques et organisationnelles du personnel des hôpitaux et centres de santé ciblés est prévu être réalisé à travers les axes de travail que sont :

- Les Trajets de Renforcements de Capacités développées par MSV
- Les ZSD comme stratégie de renforcement du système de santé (RSS)
- L'utilisation du centre de formation de Kisantu comme lieux de formation et de stage pour le développement des compétences

L'équipe d'évaluation a apprécié, sur base des constats et évidences de terrain dans quelle mesure ces stratégies sont effectives et contribuent aux changements attendus au titre du résultat 3.

Les Trajets de Renforcements de Capacités développées par MSV

Le TRC est la stratégie clé développée par MSV pour le renforcement des compétences organisationnelles, collectives et individuelles des hôpitaux partenaires. La collaboration entre MSV et ses hôpitaux partenaires basée sur l'élaboration, la mise en œuvre et la gestion des TRC est appréciée, acceptée, recherchée dans la durée et produit des effets très appréciés des structures bénéficiaires et les populations utilisatrices. L'hôpital pédiatrique de Kalembe Lembe est un modèle du genre et est reconnu comme un « success story du TRC en RDC ». Les détails sont contenus dans l'annexe 7.6.

La stratégie semble produire des changements notables dans les hôpitaux concernés, suivie en interne par les responsables desdits hôpitaux et aussi en externe par le médecin conseiller et le responsable régional de MSV . En 2017, deux nouveaux trajets de Renforcement des Capacités (TRC) ont été élaborés en RDC dont HGR de Popokabaka. Les TRC ont bien débuté en 2017 dont celui de Kalembe Lembe. Les deux domaines prioritaires, retenus dans cet hôpital, ont nécessité quelques ajustements en 2018 seront. Les résultats prévus dans ces domaines prioritaires seront plus que vraisemblablement atteints à la fin du TRC. Celui de Popokabaka a démarré en 2018.

1) TRC au niveau de l'HGR Popokabaka

Les bonnes pratiques notées : 1) clôture de l'HGR avec fonds propres issus des subsides FBR, 2) prise en charge des urgences obstétricales avant paiement des frais et processus de recouvrement par la suite et 3) existence d'un technicien de maintenance.

L'hôpital exprime le besoin de : i) une augmentation de la fréquence des missions de 3-5 par an et aussi du nombre de volontaires par mission, ii) des échanges techniques réguliers à

distance avec les volontaires, iii) une augmentation du temps effectif (2 semaines) afin d'améliorer le nombre de cas pris en charge qui est actuellement entre 15 et 16. Selon l'équipe de l'hôpital, une partie de la période est consacrée à des procédures administratives, ce qui entraîne une réduction du temps effectif du travail à l'HGR de moins de 2 semaines, d'où le nombre de cas pris en charge se trouve ainsi réduit.

Dans une approche complémentaire, Memisa a fourni un appui consistant en MEG, infrastructures et formations. Dans cet hôpital, l'opportunité de renforcement de partenariat avec la stratégie de mentorat clinique de l'UNICEF sur les SONU serait indiquée.

Les points à améliorer concernent la non utilisation des marqueurs de progrès pour le suivi du TRC. En principe, chaque année les hôpitaux remplissent un rapport TRC où les progrès réalisés pour chaque marqueur de progrès sont mentionnés. Toutefois, les évaluateurs n'ont pas pu avoir accès à ces rapports pour en apprécier les progrès enregistrés.

2) TRC au niveau de l'HGR Mosango

Les bonnes pratiques concernent :

- a. la communication à distance avec des traumatologues en Belgique pour la prise en charge des cas entre les missions,
- b. l'HGR qui est devenu le centre de référence pour l'orthopédie dans la province.

3) Hôpital pédiatrique Kalembe Lembe : un success story du TRC (cf. Annexe 7.6)

- qualité des soins améliorée, prise en charge harmonisée et systématisée, transfert de compétences interservices, renforcement organisationnel des services, 90% du personnel de l'hôpital est formé ;
- centre de formation de référence au niveau national et sous régional, convention avec universités pour accueil des étudiants en médecine et des résidents en chirurgie (centre de formation universitaire), accueil des stagiaires dans une collaboration Sud-Nord (Belgique, Suède)
- réduction de la mortalité globale de 20% (1997) à < 4% en 2018, amélioration des protocoles de soins de 60-70% grâce à MSV, mortalité néonatale < 20% en 2018, pas de rupture de stock de MEG depuis 2012. Recyclage des infirmiers au sein de l'association de nursing se fait avec les outils de l'hôpital

4) Evolution et suivi de la stratégie TRC

Chaque hôpital produit annuellement un rapport sur le progrès de son TRC. Sur base de ces rapports et d'autres documents, les médecins conseillers et les responsables régionaux remplissent les scores de performance. Pour les indicateurs, on calcule les domaines où les résultats prévus sont atteints à la fin du TRC. Les scores des hôpitaux partenaires dans la dernière année de leur TRC sont additionnés.

Selon les documents d'évaluation de MSV (la revue documentaire), l'évolution des TRC est la suivante : i) aucun TRC achevé en 2017, ii) 10 TRC achevés en 2018 dont Djuma, iii) 7 TRC prolongés, achevés en 2019 dont Djuma, iv) 2 TRC achevés en 2019 dont Kalembe lembe.

En ce qui concerne Mosango, le TRC a été mis en attente et les domaines ont été rediscutés de sorte qu'un TRC adapté (TRC 2.0) a été fait en 2018. Le TRC se trouve donc actuellement dans sa deuxième année. Il arrivera à terme à la fin de 2020. De ce fait, il n'est pas possible de mesurer le niveau d'atteinte des domaines concernée pour cet hôpital.

Le tableau ci-dessous présente les différents TRC et le planning de leur évaluation.

Tableau 7 : l'état des différents TRC dans les ZS visitées pendant la mission d'évaluation

Formations partenaires	Début du TRC	Fin du TRC	Prolongement	Année d'évaluation
Mosango TRC 1 Domaines prioritaires-DP (3) : Soins intensifs, traumatologie, dossier médical	2014	2018	En 2019 en TRC 2.0	2018
Mosango TRC 2 DP (3): soins intensifs, traumatologie ostéoarticulaire, hygiène hospitalière	2018	2020	Pas prévu	Fin 2020/début 2021
Djuma DP (3) : chirurgie, urgences obstétricales & néonatales, matériels didactiques	2016	2018	En TRC 2.0 en 2019	2019
Popokabaka DP (3) : hygiène hospitalière, chirurgie de base, urgences obstétricales & néonatales	2018	2020	/	Fin 2020/début 2021
Kasongo Luanda DP (3) : hygiène hospitalière, gestion hospitalière, soins intensifs	2019	2021	/	Fin 2021/début 2022
Hôpital pédiatrique Kalembe Lembe DP (3) : soins intensifs, laboratoire, chirurgie générale	2017	2019	/	Fin 2019/début 2020

La Zone de Santé de Démonstration (ZSD)

Concept de Zone de santé de développement :

Au cours du programme 2014-2016, un hôpital Général de référence et un centre de santé de chacune de 3 ZS (Mosango, Budjala et Drodro) ont été développés en structure de santé de démonstration (ZSD). L'hypothèse à confirmer était que si on développait des ZSD et qu'on stimule des initiatives locales, on pourrait progressivement améliorer la qualité des soins dans l'ensemble du programme. Cette initiative s'insère dans la politique de la DEP Santé, d'appuyer des zones de santé à potentiel de développement élevé et de capitaliser leurs bonnes pratiques qui peuvent servir pour l'apprentissage des autres zones de santé. Dans le choix des zones à développer, les critères de fonctionnalité appliqués par la DEP sont suivis.

A Mosango : i) le centre de santé de Kasay qui a été retenu a perdu son statut de modèle depuis le départ de l'infirmier titulaire formé avant que ce dernier ait le temps de coacher d'autres membres de son équipe. Il a été financé pour le deuxième cycle de licence à l'Institut de technique Médicale pour une durée de 2 ans sous financement de Memisa Belgique à hauteur de 2000 \$. Il a bénéficié de renforcement des capacités dans plusieurs domaines en autres l'utilisation des méthodes contraceptives modernes, santé de reproduction, CPN recentré, maternité à moindre risque, utilisation des ordinogrammes de soins au centre de santé, gestion des MEG, gestion des finances. Il est arrivé à Kasay en 2007 et part en 2015 en formation sur proposition de la ZS sans consultation préalable du BAT et de Memisa. Ainsi au moment où le programme commun démarre en 2017, l'aire de santé de Kasay n'est plus une aire de démonstration et cette situation est restée inchangée.

En conséquence, les bonnes pratiques relatives à la ZSD se retrouvent uniquement au niveau de l'hôpital qui a été également renforcé par l'appui de MSV. Ce sont :

- *Implantation de nouveaux services : bactériologie, bucco-dentaire, kiné, ophtalmo, radiographie digitale*
- *Gestion de l'ambulance (3 équipes sont déjà venu copier ce modèle de gestion pour l'appliquer à leur niveau*

- *Procédures mises en place par le TRC : soins intensifs pédiatriques, traumatologie et hygiène hospitalière*
- *Plateau technique de qualité*
- *Maternité d'attente pour les grossesses à risque qui doivent attendre le début du travail près de la maternité afin d'assurer la survie de la mère et du nouveau-né*
- *Fonctionnement de la centrale photovoltaïque de 15 Kva qui fournit l'électricité à l'HGR, le bureau du BAT et d'autres concessions annexes*
- *Le système de maintenance électrique, de l'eau potable et des équipements biomédicaux sous l'impulsion du technicien*

La stratégie reste valable si elle est bien appliquée avec un suivi harmonisé de la MEO par les différentes parties prenantes (DPS, ECZ, BDOM et BAT). Sa pertinence est si réelle que l'équipe DPS du Kwango attend impatiemment l'érection de la ZS de Kasongo Luanda en ZSD. Dans les provinces du Kwango et Kwilu, le processus de documentation et capitalisation de ces bonnes pratiques n'est pas en place, et ne bénéficie pas de l'accompagnement des écoles de santé publique. Par ailleurs, la Recherche-Action n'est pas organisée. Ainsi la remontée des évidences vers le niveau central dans le contexte d'influencer les réformes en cours n'est pas effective. Localement, lors des revues semestrielles et annuelles, de bonnes pratiques sont présentées pour influencer la dissémination locale inter zones et intra province en terme de « Benchmarking ».

Par exemple, trois équipes dont 2 de Kinshasa et Kisantu sont venues s'imprégner de l'expérience de la gestion de l'ambulance à Mosango pour faciliter le transport des cas référés.

Autres processus d'amélioration de compétences par Memisa ont été conduits:

- Renforcement de capacités: 11 domaines (CS, HGR, ZS)
- Coaching des accoucheuses des CS de la ZS de Kasongo Lunda par les accoucheuses de l'HGR organisées au sein de l'association dénommée AMIKA.

Au Sud-Ubangui, la ZSD de Budjala a été reconnue comme une des zones les plus performantes qui joue effectivement son rôle de développement avec un effet positif pour les autres zones de santé de la province.

En effet, avec l'appui reçu de Memisa à la faveur du programme 2014-2016, mais surtout depuis le début du programme commun, **l'HGR et le CS de démonstration de l'Evêché**, d'importants changements ont été enregistrés. Les acteurs évoquent par exemple :

- L'accroissement de la fréquentation des structures de soins aussi bien l'HGR que le CSR
- L'accroissement des capacités diagnostiques de l'HGR : bactériologie et biochimie au laboratoire, l'échographie au service d'imagerie
- La diversification de l'offre de soins avec la création de nouvelles unités de soins : unité d'ophtalmologie avec la chirurgie de la cataracte, la prise en charge de la malnutrition, unité bucco-dentaire, la sécurité transfusionnelle avec un début d'organisation des donneurs de sang bénévoles afin de réduire les dons familiaux, etc.
- Qualité des soins: Transfusion, hygiène hospitalière.

Par ailleurs, l'HGR érigé en centre de formation a déjà offert des stages de formation aux personnels de santé d'une dizaine d'hôpitaux des autres zones de santé de la province. Le tableau en annexe 7.7 résume l'offre de stage de formation et les bénéficiaires à l'HGR de Budjala de 2018 au 30 août 2019.

Des difficultés ont été évoquées par rapport à l'organisation des stages de formation et qui méritent d'être améliorés :

- Le faible niveau de certains stagiaires qui ne facilite pas le transfert de connaissance et de compétence
- La durée de formation quelques fois jugée insuffisante

- Les conditions logistiques d'hébergement souvent précaires.

Par ailleurs, il importe de poursuivre le renforcement de capacités du personnel et plateau technique de l'HGR de Budjala pour assurer le maintien de gradient que requiert un centre de formation afin de renforcer la confiance des stagiaires. Un tel gradient du plateau technique et des compétences n'est pas actuellement garanti. L'accompagnement de Memisa pour une mise à niveau du plateau technique serait indiqué surtout dans la perspective de la réhabilitation de l'hôpital par le PADP/Enabel. Des unités telles que le bloc opératoire avec des services annexes (stérilisation, buanderie), l'unité bucco-dentaire, la maternité sont concernées.

Dans le même sens, l'accompagnement pour la professionnalisation du centre de formation doit également être envisagé pour améliorer les processus tels que l'organisation de l'accueil, les modules, le dispositif de suivi et évaluation des compétences.

Il faut toutefois noter que le développement de la ZS en ZSD a pour le moment un impact limité ou inexistant sur l'ECZ. L'essentiel des efforts reste concentré sur l'HGR et quelques Centres de santé de démonstration et peu sur l'ECZ, qui n'a pas grand-chose « à démontrer » par rapport aux autres ECZ.

Le Centre de formation de l'Hôpital Saint-Luc de Kisantu

Initiatives d'ériger l'HSLK en centre de formation date de la phase antérieure de Memisa (2014-2016). Des appuis ont été apportés aussi bien par Memisa que par Lumos pour un renforcement du plateau technique et des compétences des ressources humaines. La poursuite de l'appui à l'HSLK dans le cadre du programme commun est que les ZSD bénéficient d'un effet multiplicateur à travers les stages de formation. Une convention de partenariat entre Memisa et l'HSLK a été signée à cet effet. Elle définit les engagements et responsabilités des deux partenaires. En octobre 2018, une réunion « d'évaluation et de redressement du processus » de formation a eu lieu parce que les acteurs estimaient qu'« un certain nombre d'éléments nécessitaient d'être pris en compte pour amener l'HSLK à répondre à un minimum des normes conformes à ce rôle (centre de formation) ». A l'issue de l'atelier des résolutions et recommandations ont été faites pour que le centre de formation réponde à cette exigence.

La question qui se pose à l'équipe d'évaluation était de savoir si les améliorations attendues ont été apportées et dans quelle mesure le centre de formation assure mieux le statut de centre de formation de ce niveau.

Pour répondre à cette question, l'équipe d'évaluation a réalisé à une enquête sommaire de satisfaction auprès des stagiaires de l'HSLK en poste à la ZS de Budjala, principal bénéficiaire des formations à Kisantu, visité le centre et échangés avec quelques acteurs du BDOM et du centre de formation.

Perception générale des stagiaires sur le centre de formation

Trois stagiaires ont bien voulu répondre à un questionnaire structuré (voir modèle en annexe 7.8) qui comporte des éléments visant à apprécier : la qualité de l'accueil, du déroulement du stage, le suivi de l'apprentissage, le suivi post-formation, l'utilité du stage et des compétences acquises et la satisfaction générale. Les appréciations sont faites pour chacun des items sur une échelle de 1 (pas du tout satisfait) à 5 (très satisfait).

L'impression générale qui se dégage est que le centre de formation est assez bien apprécié. L'organisation du parcours d'acquisition de compétences est assez structurée et se professionnalise mais comporte des insuffisances, ce qui indique qu'il existe encore une bonne marge d'amélioration. Les résultats détaillés de l'évaluation sont présentés en annexe xxx.

D'autres points d'attention sont à clarifier entre Memisa et l'HSLK :

- La rémunération des encadreurs (maitre de stage) : au niveau de l’HSLK, le sentiment que le niveau de rémunération est faible et susceptible d’entamer leur motivation est réel. L’avis de Memisa sur la question est plutôt à l’opposé ;
- La formule de formation sur le tas repose sur le fait que le « voir faire » et le « faire faire » sont la source principale de connaissance plus que sur la théorie livresque. A ce titre, le plateau technique ou la qualité de pratiques en place à l’HSLK doivent répondre à des standards et gradient élevés par rapport aux HGR à développer en hôpitaux de démonstration. En termes d’infrastructure et de plateau technique (équipements), l’HSLK est ce qu’il y a de mieux dans plusieurs provinces de la RDC pour un hôpital de son niveau. Par contre, dans certaines unités les processus sont loin des standards. Or ces services sont ceux accueillants des stagiaires. C’est le cas par exemple de la stérilisation au bloc opératoire utilisant encore de poupinel avec la conduite de tout le processus dans une même salle (de la décontamination au rangement des instruments stérilisés. Il en est de même du bio-nettoyage dans des unités sensibles comme la néonatalogie. Il importe de renforcer la qualité de ces processus pour éviter que les stagiaires reçus dans ces unités ne développent des pratiques qui portent atteinte à la sécurité des patients. Il faudra examiner la possibilité d’une collaboration entre Lumos et MSV qui a déjà développé des TRC dans ce domaine.

Conclusion :

Le centre de formation de l’HSLK reste un investissement utile pour le programme et contribue en dépit des insuffisances relevées à l’atteinte des résultats attendus. Les témoignages de terrain sont en faveur du fait qu’il contribue à renforcer les compétences dans le cadre de la stratégie des ZSD.

Certaines questions structurelles et logistiques méritent d’être abordées par les deux parties pour améliorer les livrables du centre au profit des stagiaires.

Approche hôpital pour hôpital

Elle s’inscrit dans le partenariat entre hôpitaux belges solidaires et hôpitaux du Sud (dans le cadre d’un jumelage entre hôpitaux). Il consiste à fournir un appui pour le renforcement des capacités opérationnelles des hôpitaux du sud. L’approche se traduit par la mobilisation d’expertises (volontaires), le renforcement de capacités et le niveau du plateau technique des hôpitaux bénéficiaires afin qu’ils soient capables d’offrir des soins de meilleure qualité.

L’expérience est antérieure au programme commun. Il est toutefois prévu dans le cadre du programme que les deux partenaires organisent conjointement des sensibilisations pour étendre le partenariat à d’autres hôpitaux belges solidaires, avec un partage de coûts entre les deux partenaires.

Constats de l’équipe d’évaluation (cas du Sud-Ubangui)

Au niveau des zones de santé visitées par l’équipe d’évaluation, deux HGR de catégorie 1 et 2 sont « jumelés » avec des hôpitaux belges dans le cadre du partenariat « Hôpital pour hôpital ». Il s’agit de l’HGR de Bokonzi avec Ziekenhuis Oost Limburg (ZOL), partenariat qui remonte à 2003 et l’HGR de Budjala avec Sint Maarten depuis 2009.

Fonctionnement du partenariat Hôpital pour hôpital

Il se traduit sur le terrain par :

- Appui financier : selon certains acteurs, l’appui n’est pas prévisible, et intervient souvent après la planification.
- Réalisation d’infrastructures (exemples : ‘pavillons’ de soins construits à Bokonzi, salle de réunion à Budjala)
- Renforcement de capacités du personnel, avec des bourses de formation de longue durée (sciences infirmières, ophtalmologie pour opérateurs de cataracte, gestion des

institutions de soins) et des formations continues sous forme de transfert de compétences sur différentes thématiques d'intérêt selon les besoins

- Fourniture d'équipements bio-médicaux : envoyés (à l'état neuf souvent ou usager mais en état) de la Belgique (matériel de réanimation par exemple à Budjala, autoclave à Bokonzi) ; quelques équipements comme les mobiliers (lits et matelas) sont achetés localement. L'acquisition en Belgique viserait à s'assurer de la qualité.
- Mission d'appui des volontaires : les missions ne sont pas très fréquentes ; en moyenne 1 fois tous les 2 ou 3 ans. Une mission est programmée pour Bokonzi au début de l'année 2020. A l'HGR de Budjala, la dernière visite remonte à 2014.
- Dans les zones de convergences, le TRC forme le cadre d'appui en renforcement de capacités et équipement/infrastructures. Des réunions tripartites sont organisées pour la coordination. Des professionnels de santé des hôpitaux solidaires partent en mission en tant que volontaires MSV dans le cadre du TRC.

Perception des acteurs

La plupart des acteurs ont jugé que l'approche Hôpital pour hôpital a eu une plus-value aux hôpitaux partenaires : *« ça nous aide beaucoup ; c'est un coup de main très important pour nous, et ça vient toujours combler un besoin »* (Un Médecin-Directeur d'HGR).

Il n'y aurait pas de doublon avec l'appui d'autres partenaires tel que Memisa. En général, selon le BAT, les échanges entre les hôpitaux solidaires belges et Memisa échanges au sièges pour coordonner leurs appuis, lesquels sont consolidés dans le planning de Memisa et pris en compte dans le PAO des hôpitaux bénéficiaires. Certains hôpitaux estiment toutefois que les appuis ne sont pas toujours définis après concertation avec les hôpitaux par rapport à leurs priorités. En dépit de cela les appuis sont toujours opportuns étant donné l'étendue des besoins.

Changements concrets apportés

- Les capacités opérationnelles des HGR ont été renforcées, grâce à l'amélioration du plateau technique avec une offre de soins accrue : la chirurgie de la cataracte par exemple a permis à de nombreuses personnes de retrouver leur autonomie
- Renforcement de la sécurité des soins avec une amélioration de l'hygiène hospitalière : gestion des déchets biomédicaux renforcée, processus de stérilisation améliorée

Points d'attention

Dans le contexte de ressources limitées des hôpitaux des localités appuyées par le programme, l'approche Hôpital pour hôpital a une plus-value certaine. Son extension prévue par le programme reste encore un défi et un domaine d'action à considérer pour la deuxième phase du programme dans une perspective à long terme.

5.2.3.5 Résultat 4 : l'accès géographique et financier aux soins de santé est amélioré et les soins sont acceptables pour la population des ZS ciblées

5.2.3.6.1 Analyse des hypothèses

L'hypothèse sur laquelle repose le résultat 4 concerne :

- Le fait que les autorités politico-administratives collaborent
- Le niveau intermédiaire (DPS) joue son rôle de d'encadrement des ZS
- Les CDR fonctionnent, et
- Le taux de pauvreté n'augmente pas

Les trois derniers aspects ont été analysés plus haut, avec l'appréciation qu'en dehors du taux de pauvreté dont l'évolution est difficile à apprécier, les autres sont plutôt favorables en prenant en compte certains points d'attention.

Quant à la collaboration des autorités politico-administratives, les témoignages recueillis par l'équipe d'évaluation sont en faveur d'un engagement desdites autorités pour le soutien aux activités du programme, que ce soit au niveau du Ministère provincial de la santé et de la DPS, qu'au niveau local (groupements, secteurs).

Au niveau de ce résultat, les hypothèses sont donc globalement favorables à l'atteinte des outputs attendus.

5.2.3.6.2 Evolution des indicateurs

Quatre indicateurs sont retenus pour le suivi du résultat 4. Celui relatif au *pourcentage de cas hospitalisés* (indicateur N° 14 de la matrice de suivi) et la *Proportion d'accouchements professionnellement assistés avec 4 CPN* (Indicateur 16) ne sont pas calculés faute de données au niveau du programme et dans les documents du système que nous avons pu exploiter. Ce dernier aurait été remplacé par l'indicateur intitulé « *Proportion de femmes enceintes avec CPNI* » pour lequel nous n'avons pas non plus de données complètes. Par ailleurs, il n'existe pas de documentation formelle sur les motivations dudit changement. En outre, le nouvel indicateur ne présente pas le même intérêt, le premier étant destiné à mesurer la dimension continuité de la qualité des consultations prénatales.

En ce qui concerne la « *proportion de ménages avec des dépenses de santé catastrophiques* » (indicateur 17), il devrait être renseigné par des enquêtes périodiques, qui n'ont pu être réalisées jusqu'à présent.

L'équipe d'évaluateur a pu renseigner l'indicateur 15 « *Proportion de ZS où le Taux d'Utilisation > 0,5* » en exploitant les données des indicateurs sur les 25 ZS appuyées par le programme. L'évolution de cet indicateur montre :

- Un certain progrès par rapport à la Baseline la 2^{ème} et la 3^{ème} année, qui n'est pas soutenu, où 52 et 44% des ZS ont obtenu une utilisation supérieure à 0,5 contact/habitant/an.
- Qu'en dépit des progrès, la cible attendue en 2018 de 45% de ZS qui auraient eu une utilisation supérieure à 0,5 contact/habitant/an n'est pas atteinte.

La figure ci-dessous illustre l'évolution de cet indicateur.

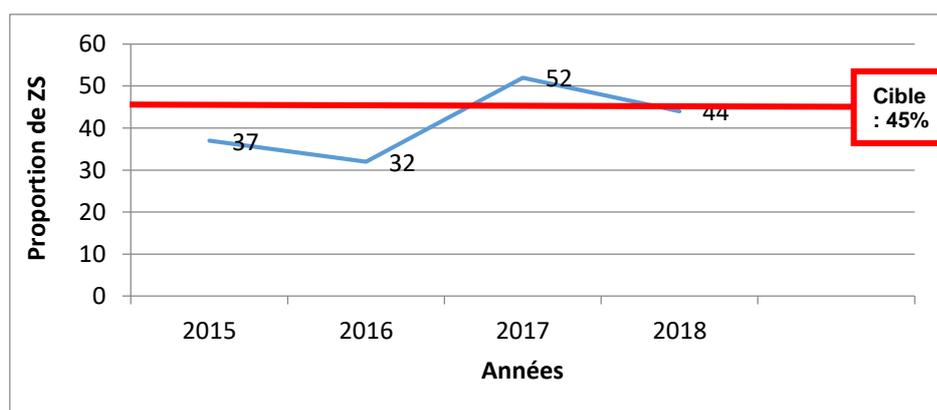


Figure 5: Proportion de ZS appuyées où le taux d'utilisation est supérieur à 0,50 de 2015 à 2018

5.2.3.6.3 Constats

Au titre de ce résultat, le programme a prévu travailler pour lever les barrières à l'accessibilité financière des soins des populations notamment à travers:

- Renforcer les capacités de sensibilisation des populations sur l'utilité des soins préventif et la disponibilité des services et soins
- Cartes sanitaires disponibles pour servir à la planification et évaluation des activités sanitaires (renforcer la planification sanitaire)

- Stimuler les différentes initiatives locales pour un système de R-CR (fonctionnel et financièrement accessible) : préfinancement de la Référence, système de transport innovant, caisse de solidarité pour les complications obstétricales (subvention)

Les constats faits se résument ainsi qu'il suit :

- Existence de nombreuses initiatives visant la prévention et la prise en charge gratuite de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans utilisant les aliments locaux, avec une réelle participation de la communauté (groupements des femmes, chefs secteurs) avec l'appui des cellules d'animation communautaires (Bokonzi, Budjala, Popokabaka et Kasongo Luanda)
- Disponibilité dans la plupart des zones de santé d'une cartographie sanitaire, plus ou moins actualisée. Dans la majorité des cas, elle reste un document peu dynamique et les échanges avec les acteurs n'indiquent pas qu'elles servent réellement à la planification sanitaire. Au Sud-Ubangui, l'expérience de carte sanitaire dynamique a démarré dans certaines ZS (Budjala) mais elle n'est pas encore aboutie.
- Le programme a stimulé différentes initiatives locales pour faire fonctionner le système de référence, allant de la conception d'outils (carnets, fiches) à la prise en charge des complications obstétricales sans paiement préalable à l'HGR de Popokabaka. Pareillement, des systèmes de transport adaptés innovants pour l'évacuation des urgences médicales ont été mis en place: 4 motos références dans 02 ZS dans le Kwilu, 01 dans la ZS de Kasongo Luanda. Dans la ZS de Bokonzi, Memisa a fourni une Moto Ambulance à l'aire sanitaire de Mbatu en 2016. Le CODESA a sensibilisé la communauté pour que chaque usager paie en plus du forfait 150 FC. Les 150 FC ainsi collectés sont reversés au Bureau central de la ZS qui servent à l'entretien de la moto et à payer les frais de référence vers l'HGR. Cette expérience a inspiré neuf (09) aires sanitaires qui se sont dotées de moto-ambulance en utilisant les subsides payés par le projet PDSS.
- Quelques points d'attention méritent d'être soulignés par rapport à la référence :
 - A Mbatu, les problèmes mécaniques importants sont toujours à la charge de Memisa.
 - A Mosango et Popokabaka, la population participe financièrement à l'organisation et à la prise en charge des évacuations : paiement du carburant à l'HGR Popokabaka, 500FC sur le tarif forfaitaire dans le Kwilu (Mosango, Djuma), ce qui peut être une barrière aux soins.
 - A Mbaya, le Fonds de solidarité pour les femmes enceintes permet de couvrir environ 35% du coût de la césarienne (détail plus haut).

Une initiative similaire pour la prise en charge des complications à l'accouchement par la subvention des soins et initiatives mutualistes communautaires a eu lieu dans le Kwilu (Mosango, Djuma), où une concertation entre Memisa, d'autres PTF (OMS, PDSS, UNICEF) et les autorités locales a permis une décision consensuelle de renforcement du financement de la référence par une augmentation de 500FC sur le tarif forfaitaire. Les sommes collectées sont gérées par un comité local dans le but de faciliter le transport des malades référés.

A Bokonzi, il existe un soutien financier de Memisa sous forme de remboursement des frais de prise en charge des indigents. Ce système en place est coordonné par le Bureau central de la ZS fonctionne bien avec un recensement préalable des indigents dont la liste est disponible aux CS et à l'HGR. Il arrive cependant que le constat de l'indigence ne soit fait qu'en cas d'incapacité des gens à payer les soins.

Il importe d'attirer l'attention toutefois sur :

- Absence de mutuelles de santé ni fonds de solidarité dans les 3 ZS visitées dans Mosango et Kwilu, nécessité toutefois afin d'améliorer l'accès aux soins et services
- Le fait qu'à Bokonzi, Memisa couvre encore la totalité des frais de prise en charge des indigents. Nécessité de démarrer un désengagement progressif, et d'appuyer le BDOM naissant à susciter une initiative mutualiste communautaire.
- Quant au système de paiement forfaitaire subventionné, il fonctionne dans toutes les ZS. Initialement mis en place par Memisa lors des interventions précédentes, elle a été soutenue à large échelle par le projet PDSS, avec une participation communautaire intense pour ce qui concerne le niveau du forfait pour le paquet retenu. Cependant, pour de nombreux acteurs, le forfait pratiqué est très faible et ne permet pas de renouveler le capital médicament des structures de soins. Pour quelques années encore, avec l'appui du PDSS et de Enabel (qui serait prêt à soutenir sur les 5 prochaines années), le fonctionnement des structures est assuré. Mais ce système n'est pas viable sur le long terme.

Score pour l'efficacité selon les sous-critères CAD : B

5.2.4 Impact

La mesure d'impact vise dans un programme de développement comme celui à apprécier les effets positifs et négatifs, directs ou indirects, intentionnels ou non, induits par le programme commun Memisa et MSV, à travers les points suivants :

- Quelles sont les conséquences du programme et comment s'expliquent-elles ?
- Quel changement concret l'activité concernée a-t-elle apporté aux bénéficiaires ?
- Quel est l'impact du travail sous le modèle des Zone de Démonstration ?

Il n'est pas aisé pour un programme complexe comme celui-ci de montrer des résultats d'impacts après 28 mois de mise en œuvre.

Les constats exposés au niveau de la rubrique « efficacité » nous permettent toutefois d'affirmer que l'appui du programme a eu des résultats concrets, en termes de :

- Renforcement du plateau technique et des compétences des RHS des structures de soins appuyées, ce qui constitue une base importante pour une offre de soins de qualité et contribue à sauver des vies ;
- De nombreuses initiatives parmi lesquelles des initiatives visant à lever les barrières financières à l'accès des populations vulnérables aux soins. Le programme a donc ainsi contribué à améliorer l'accès d'un grand nombre aux soins ;
- Les zones de santé de développement, notamment celle de Budjala ont commencé par joué le rôle de démonstration avec un effet « spill over » qui est attendu d'elles, à savoir celui d'accompagnement des autres ZS. Huit autres ZS du Sud-Ubangui (Boto, Gemena, Bwamanda, Tandala, Mbaya, Kungu, Bokonzi, Bominenge) ont déjà bénéficié de l'offre de formation de l'HGR.
- Le partenariat entre Memisa et MSV a montré un certain potentiel dans la complémentarité d'accompagner les HGR à renforcer leur capacité et compétence organisationnelle et individuelle

Quelques points d'attention méritent d'être soulignés.

- La redevabilité sociale reste encore faiblement développée. La qualité des soins est technique mais aussi perçue: à cet égard, le partenariat avec les organisations

de la société civile n'a pas encore permis de renforcer la demande de soins pour un vrai dialogue avec l'offre des soins pour le respect des droits des patients.

- La ZSD reste encore limitée aux HGR et n'a pas réellement impacté le fonctionnement et la performance des ECZ. Il y a un sentiment que le focus est presque uniquement sur l'HGR, et que les ECZ et les CSR ne sont pas pris en compte.
- L'accompagnement des ZS par les DPS quoiqu'effectif reste insuffisant. De nombreux besoins des ZS ne sont pas satisfaits ce qui ne garantit pas un appui continu pour renforcer leur performance.

Score selon la CAD : B

5.2.5 Durabilité

L'évaluation de la durabilité prend en compte les points suivants :

- a) Dans quelle mesure les bienfaits résultant du programme perdurent-ils après la fin de celui-ci ?
- b) Quels sont les principaux facteurs qui influencent la durabilité du programme ?

Les constats faits par l'équipe d'évaluation indiquent qu'il y a des éléments en faveur de la durabilité de certains acquis :

- Nombre d'entre les initiatives appuyées par le programme ont un ancrage communautaire irréfutable : initiatives mutualistes, prise en charge des enfants malnutris, références avec les moto-ambulances
- La diversification de l'offre de soins du fait des compétences des RHS et du plateau technique
- L'érection des HGR en centre de formation pour les autres ZS des provinces

Dans le cas spécifique de MSV, l'EI a fait les constats suivants sur les plans :

- Financier: MSV n'intervient pas dans la gestion de routine des hôpitaux partenaires (coûts de fonctionnement des hôpitaux, ni sur la politique des prix). Toutefois, l'ONG appuie en consommables et en matériel structurel, ainsi en cas de sortie, une perte de cet apport pourrait être problématique pour le partenaire. Par ailleurs, il est question de *travailler avec les partenaires pour l'élargissement de l'assiette des financements en dehors de MSV*
- Social: Les partenaires et/ou bénéficiaires sont fortement impliqués à tous les stades de la mise en œuvre et le processus décisionnel ; dans l'ensemble, le modèle de TRC est approprié au sein des partenaires.
- Technique: Le RC des partenaires est parfois mis à mal par un manque de maintenance préventive du matériel biomédical, par la vétusté des infrastructures et des problèmes d'hygiène. MSV travaille activement afin de réunir les préalables pour atteindre un bon RC : avec le projet Jenga Maarifa, l'ONG forme les techniciens, met en place *des pools de maintenanciers (techniciens formés) pour bénéficier à un plus grand nombre d'hôpitaux partenaires*

Pour renforcer la pérennité de ces acquis, il importe que le programme dans la 2^{ème} phase mette le focus sur :

- La consolidation de certaines expériences : professionnalisation des initiatives mutualistes, renforcement de capacités des BDOM n'ayant pas encore un ancrage

technique suffisant avec une expertise technique, renforcement du plateau technique des centres de formation HGR pour assurer le gradient de qualité des prestations

- Le désengagement progressif de certains appuis : sortir des appuis de routine (carburants, reproduction d'outils et registres) pour les orienter vers les investissements dont les effets vont porter sur le moyen et le long terme ;
- Renforcer les capacités des membres du Bureau central sur les thématiques clés tels que « la gestion des SSP » afin de leur permettre de mieux encadrer les structures de soins.

Score selon la CAD : B

5.2.6 Thèmes Transversaux

Thèmes transversaux : de la théorie à l'opérationnalisation

Des activités diverses sont menées en lien avec les aspects genre et environnement de manière dispersée, individuelles et éparses, peu coordonnées par les structures d'appui, sans directives opérationnelles de la RN, ce qui ne permet pas de canaliser les activités de terrain.

Quelques constats des actions du programme :

Au niveau de l'axe environnement : disponibilité en eau potable, mise en place de kits d'énergie solaire, gestion des déchets biomédicaux (DBM), hygiène et assainissement dans les FoSa et certains bureaux, clôture de l'HGR Popokabaka, sensibilisation des populations par des organisations de la société civile, initiatives communautaires. Les actions de maintenance menées ne ciblent pas celle des infrastructures. Les incinérateurs ne sont pas souvent fonctionnels et limitent la qualité de la gestion des Déchets Biomédicaux (DBM). Pour une meilleure intégration et prise en compte de la protection de l'environnement dans le programme, nous proposons :

- Relance des acteurs par note de service au sujet des fiches techniques au sujet de la charte de protection de l'environnement signée entre Memisa et les ZS ;
- Imprégnation des acteurs lors des séances d'accompagnement sur les enjeux environnementaux identifiés comme prioritaires par le programme (par BAT, DBOM, EPP, ECZ)
- Elaboration de plans de travail conjoints (environnement & genre) par les ECZ et HGR et leur intégration dans les PAO
- Affichage de la fiche technique (disponible à Memisa) dans les bureaux comme outil de monitoring des activités
- Procéder à une évaluation périodique avec les instances de coordination existantes
- Améliorer l'hygiène hospitalière en matière de gestion des déchets bio-médicaux en dotant les FS d'incinérateurs adaptés à une incinération optimale des DBM



Figure 7: Incinérateur d'un CS dans la ZS de Bokonzi



Figure 8 : Incinérateur de type Montfort amélioré de l'HSLK

En ce qui concerne le genre : aspects sexo spécifique lors des formations du personnel, femmes dans les organes de décision au niveau communautaire, analyse des données selon un discriminatoire lié au sexe, lutte contre les violences basées sur le genre, accompagnement médical, judiciaire, psychologique et socio-économique des filles avec grossesses non désirées, lutte contre les mariages précoces.

Nous avons également fait le constat que dans le cadre de l'organisation des thèmes transversaux au sein du programme, des fiches techniques ont été transmises aux acteurs en 2019, mais ces dernières ne sont pas encore parvenues sous forme d'instructions opérationnelles aux acteurs de terrain, et ne sont donc pas utilisées comme canaux directionnels dans l'élaboration des plans de travail. Un responsable d'un BDOM disait : « *nous avons demandé des directives de la hiérarchie sans succès* ».

Face à cet écart entre la théorie et la pratique, nous faisons quelques propositions :

- Nécessité de plan de travail genre et environnement, afin de tracer des directives opérationnelles issues des fiches techniques pour les équipes de terrain ; ceci facilitera également le S/E avec des indicateurs qui seront définis dans ces plans de travail
- Intégrer l'analyse genre des budgets dans le processus de planification afin de mieux prendre en compte ce volet déjà à cette phase ;
- Relecture des informations disponibles au sein du programme afin d'améliorer les connaissances des acteurs sur le genre et les enjeux
- Organisation des ateliers d'élaboration de plans de travail qui intègrent les activités contenues dans la charte genre des ONG
- Intégration des thématiques genre comme point d'attention lors des missions d'accompagnement au niveau opérationnel (EPP, supervisions conjointes...etc.)
- Accroître les capacités des femmes ayant une responsabilité dans les équipes de gestion en leadership et gouvernance pour en faire des 'femme leader' afin de réduire les inégalités liées au genre. Ceci pourra valoriser les efforts faits avec l'appui du programme dans certaines ZS pour une meilleure représentativité féminine dans les instances de gestion (CA/ZS, BZ).

Spécifiquement par rapport à l'appui de MSV, on note que 9 partenaires sur 17 ont des activités en maternité (soins de la mère & du nouveau-né) et la chirurgie des fistules comme domaines

prioritaires. En 2018, organisation d'une enquête sur les aspects genre dans les activités de MSV qui sera suivie d'un plan d'action des recommandations. Les responsables de l'ONG reconnaissent qu'il faut davantage intégrer d'autres aspects liés au genre dans leurs interventions.

L'accès aux services de planification familiale constitue également une dimension importante du genre. Les graphiques ci-dessous montre l'évolution au cours des trois dernières années.

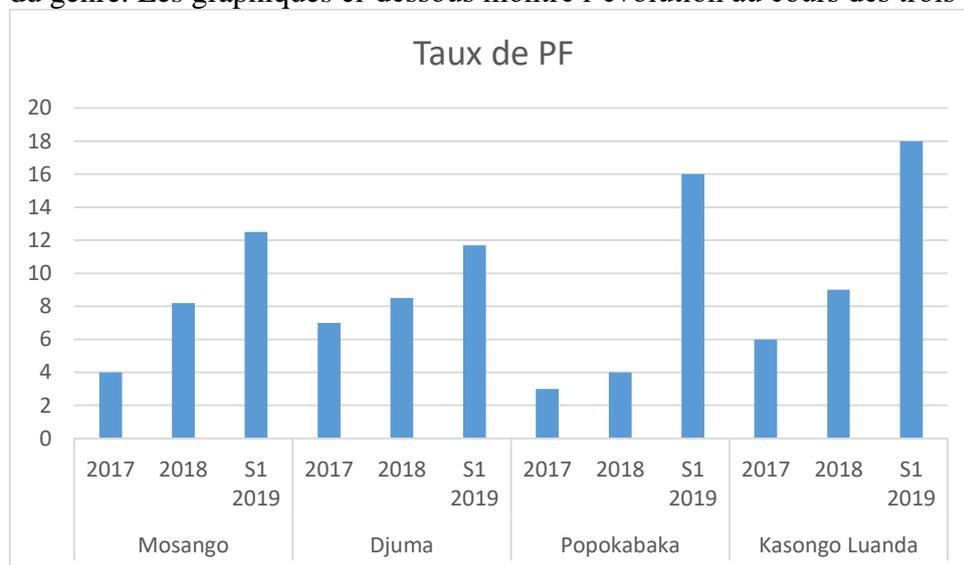


Figure 9 : Evolution du taux de PF de 2017 à 2019 dans le Kwango et le Kwilu

Le graphique montre une augmentation progressive du taux de PF dans les 4 ZS du Kwango et du Kwilu, plus significatif depuis 2018. Ces résultats sont l'issue des efforts conjugués de plusieurs acteurs : i) les OSC locales par la sensibilisation des populations, ii) la mobilisation des couples par les OSC et les leaders communautaires, iii) la disponibilité des intrants lors des campagnes PF organisées conjointement par les ECZ avec l'appui des BAT et BDOM. Un exemple d'une action concertée des éléments du système de santé local qui concourent à l'amélioration de la performance.

Quant à la digitalisation, il y a eu peu d'éléments dans les structures visitées. Il y a lieu de mentionner le DHIS 2 qui est le logiciel d'application d'encodage et de gestion de l'information sanitaire en RDC, puis un fichier électronique pour la commande des médicaments au CDR de Kikwit qui est utilisé par certains ZS et HGR à l'exemple de Popokabaka. Blue Square et ICT4 Development n'ont pas encore étendu leurs sphères d'activité dans les 2 provinces visitées.

3.2.3. Leçons apprises

1. Les dynamiques sont différentes selon les provinces, ce qui a un effet sur les performances des équipes
2. L'approche de mise en œuvre de Memisa dans le programme commun n'a pas été « internalisée » par toutes les structures bénéficiaires (DPS, ECZ, HGR) de certaines provinces, d'où un sentiment de désengagement ressenti par ces structures
3. La stratégie d'appui au développement de ZS en ZSD est efficace et produit des changements surtout au niveau des HGR, avec une certaine influence sur les ZS voisins
4. Les bonnes pratiques à retenir dans les ZSD sont cependant davantage limitées aux hôpitaux généraux de référence. En général, l'ECZ et les aires de santé ne présentent rien de spécifique par rapport aux ZS de catégories 2 et 3.

5. La synergie et la complémentarité inter bailleurs, 2 stratégies principales dans la mise en œuvre du programme commun, ne sont pas encore harmonisées entre les PTF
6. La stratégie du TRC apporte une plus-value pour l'amélioration de la qualité des soins au sein des hôpitaux partenaires et contribue significativement à l'atteinte de l'objectif spécifique
7. La théorie de changement n'est pas connue par l'ensemble des acteurs de terrain, la plupart l'ayant ainsi découverte lors des entretiens de l'évaluation. Il s'en suit une nécessité d'une relecture analytique lors des revues périodiques du programme, appelées couramment ateliers annuels Memisa
8. BDOM : Il constitue davantage une structure d'appui technique et logistique dans la gestion des activités fournies par Memisa aux structures de santé bénéficiaires et moins comme une Organisation de la Société Civile (OSC) impliquée dans la défense des droits des populations à une santé de qualité
9. Les Thèmes Transversaux restent un défi. Ils sont mis en œuvre de manière dispersée, en l'absence de directives claires de mise en œuvre et de plans de travail validés de façon « consensuelle », ce qui rend difficile l'évaluation de la performance

6. Recommandations

Tableau 8 : Synthèse des recommandations de l'EI

N°	Intitulé	Responsables	Concernés
Application immédiate (délai de 3 mois : Janvier-Mars 2020)			
1	Former les équipes (ECZ, DPS, BDOM) dans l'analyse des activités selon la chaîne des résultats de développement pour ressortir les produits, les effets et leurs contributions dans l'évolution de la performance (atteinte des indicateurs, l'objectif spécifique et la durabilité)	Médecin conseil de la RN	BAT et EPP
2	Elaborer une cartographie des PTF et ONG actifs dans la santé au niveau ZS et DPS puis susciter une plateforme provinciale sous la coordination de la DPS afin de mieux asseoir la synergie et la complémentarité en vue d'une meilleure harmonisation de la mise en œuvre des interventions. La plupart des PTF sont en faveur de cette évolution : le rôle ici est d'accompagner les DPS dans le cadre de l'appui technique de proximité	Chef de Division DPS	BAT, EPP, PTF et ONGD, ECZ
3	Renforcer l'appui technique de proximité afin de susciter le leadership stratégique au sein des ECZ et équipe DPS	BAT et BDOM	Equipe DPS, ECZ
4	Accélérer les pourparlers pour la signature de la convention entre le BAT et le BDOM de Kikwit, afin de rattraper les activités en souffrance (formation, stages, investissements)	Médecin conseil RN	BAT Mosango et BDOM Kikwit
5	Systématiser les rencontres et les différents flux d'information entre Memisa & MSV afin de renforcer le partenariat stratégique et opérationnel	Directeur des Opérations (DO)	Les 2 Médecins conseil, équipe Memisa de la RN
6	Organiser périodiquement des missions de suivi conjointes, surtout lors des instances de coordination du secteur, en particulier dans les ZS de convergence afin de démontrer la complémentarité entre les deux partenaires et éviter des discours et réponses divergents face aux acteurs de terrain	DO	Les 2 Médecins conseil
7	Lors de ces missions conjointes, trouver des espaces pour une évaluation combinée des indicateurs du cadre logique, ceci permettra aux équipes d'assistance technique (BAT et BDOM) de se familiariser avec le calcul de tous les indicateurs y compris ceux liés au TRC. Cet exercice renforcera la synergie et la complémentarité, stratégies phares du programme commun et comblera l'absence de suivi des indicateurs de MSV dans les rapports de BAT & BDOM	DO	Les 2 Médecins conseil
8	<p><u>Par rapport au volet médicaments et intrants</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Poursuivre le renforcement des capacités (formation, suivi, supervision) des acteurs de la ZS intervenant dans la chaîne de gestion des médicaments et intrants. ▪ Mettre à l'ordre du jour des instances multi bailleurs en santé (GIBS notamment) auxquelles la DGD participe, la 	Médecin conseil de la RN	Responsables de la gestion des médicaments et intrants dans les ZS

N°	Intitulé	Responsables	Concernés
	question de la chaîne d'approvisionnement pour une solution globale incluant la réouverture des dépôts pharmaceutique des ZS, pour garantir l'approvisionnement des Fosa en médicaments de qualité.	DO	Médecin conseil de la RN
9	Renforcer les aspects de veille citoyenne, de défense des droits des populations, de redevabilité mutuelle entre les communautés organisées et éclairées d'une part et d'autre part un système de santé local ouvert au dialogue et sensible aux attentes et préoccupations des populations (encadré 2 dans le rapport)	Médecin conseil de la RN	EPP, ECZ, CAC, CODESA
10	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accompagner les acteurs dans l'élaboration des plans de travail sur le genre et l'environnement, afin de tracer des directives opérationnelles claires issues des fiches techniques pour les équipes de terrain ; ceci facilitera également le S/E avec des indicateurs qui seront définis dans ces plans de travail ▪ Intégrer l'analyse genre des budgets dans le processus de planification afin de mieux prendre en compte ce volet déjà à cette phase 	Médecin conseil de la RN	ECZ, OSC concernées, EPP
11	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcer les processus encore défaillants au niveau de l'hôpital (HSLK) ▪ Elaborer les supports pédagogiques et rendre effective l'utilisation des outils de suivi et d'évaluation de l'acquisition des compétences ▪ Appuyer l'instauration de cadre d'échanges continus via les réseaux sociaux entre les Stagiaires (Whatsapp) et les formateurs 	Responsable du Centre de Formation de l'HSLK	Médecin conseil de la RN
Court terme (3-6 mois : Avril-Juin 2020)			
12	Appui technique des BAT et BDOM dans l'organisation périodique des ateliers d'écriture afin de documenter les bonnes pratiques sur la base d'un canevas élaboré et validé de manière consensuelle avec les ECZ et EPP, ceci dans le cadre du renforcement de l'appui technique de proximité	Médecin conseil de la RN avec appui du DO	BAT, BDOM EPP, ECZ
13	La DPS doit faire le plaidoyer et négocier des canaux de remonter des évidences vers le NC et les PTF. La création de « <i>journées scientifiques</i> » pour la valorisation des expériences est requise pour la capitalisation des bonnes pratiques.	Chef de Division de la DPS	Memisa (CM, BAT)
14	Appuyer la spécialisation en santé publique au profit des 2 médecins des BDOM de Budjala et de Popokabaka, afin de renforcer leurs capacités techniques et managériales.	DO	Médecin conseil de la RN Les 2 bénéficiaires
15	<u>Sur les équipements</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utiliser le modèle de maintenance en cours dans la ZS de Mosango tout en s'assurant d'y intégrer les infrastructures et le matériel roulant, 	Médecin conseil de la RN	BT, BDOM, EPP, ECZ Le logisticien du BAT Mosango

N°	Intitulé	Responsables	Concernés
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exporter ce modèle dans d'autres provinces comme Kwango à partir de la ZS de Popokabaka, ▪ Mettre en réseau les techniciens de maintenance des différents pôles pour des échanges utiles pour le renforcement de la maintenance dans les 2 provinces à partir des bonnes pratiques ainsi développées 	<p>Médecin conseil de la RN</p> <p>BAT/BDOM</p>	Les autres techniciens de maintenance
16	<p><u>Par rapport au volet médicaments et intrants :</u></p> <p>Procéder à des révisions périodiques de la liste des médicaments traceurs et associer les acteurs de terrain (directeur HGR, responsable des commandes au niveau des ZS et des DPS</p>	<p>Responsable CDR CAMEBASU, avec appui Médecin conseil RN</p>	directeurs HGR, responsables des commandes au niveau des ZS et des DPS
17	Amorcer les mécanismes de désengagement progressif afin d'éviter une rupture brutale de l'appui qui sera préjudiciable à leur pérennité	Siège Memisa (qui comme responsable ?)	RN, DPS, BAT, BDOM, ECZ
18	Le type d'incinérateur n'est pas très adapté pour l'incinération optimale des DBM. Le modèle de type Montfort amélioré utilisé à l'HSLK est plus adapté et plus durable. Le programme pourrait promouvoir la construction de ce type d'incinérateur dans les zones où le problème est encore entier	Médecin conseil de la RN	BAT, ECZ, Directeurs HGR et responsables Centres de santé
Moyen terme (7-12 mois : Juillet-Décembre 2020)			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le programme arrive à terme en décembre 2021. ▪ Normalement la période de clôture commence en juillet 2021, soit 6 mois avant la fin. ▪ Nous pensons qu'une recommandation à exécuter en 2021 ne peut avoir un effet réel sur la performance du programme actuel, mais pourra alimenter les réflexions dans le cadre d'une formulation ultérieure. 			
19	Etendre systématiquement les TRC comme stratégie de développement des ZSD afin de renforcer les compétences techniques individuelles et organisationnelles pour une offre de soins de meilleure qualité	Direction Générale Memisa/MSV	
20	Améliorer les infrastructures des HGR notamment ceux de 2 ^{ème} catégorie afin d'optimiser les appuis du programme (en équipements et en compétences) à une offre de soins de qualité.	DG Memisa	

7. Annexes

7.1 Analyse des risques

Estimation du risque					Gestion du risque (pour les niveaux hauts et extrêmes)			Suivi du risque	
Source et nature du risque	Probabili	Effets	Niveau	Impact	Traitement	Responsable	Timing	Responsable	Quand
Pas de paix et stabilité politique en RDC et/ou entre la RDC et la Belgique (Les conflits interethniques avec destruction d'infrastructures de santé (Budjala))	3	5	15	tous	Renforcement des interventions structurelles pour assurer l'accès aux SSP dans des situations instables (voir remarque en bas du tableau) ; réallocation temporaire des fonds à l'intérieur du pays.	Coordination nationale ; siège	continu	Coordinateurs régionaux et coordination nationale	continue
Les autres déterminants de la santé ont détérioré	2	4	8	OS					
perturbations majeures de l'état de santé de la population	2	3	6	OS				Ebola,	
La réforme du système dans un contexte de décentralisation n'est pas effective. Moins pertinent. Le risque actuel est l'insuffisance de RH. La situation est la fuite des cadres techniques des DPS en raison de la faible rémunération et leur	2	3	6	OS					

recrutement par les PTF.									
Il n'y a pas de complémentarité avec la coopération bilatérale au niveau d'appui institutionnel du ministère de la santé et avec d'autres ACNG et parties prenantes	2	3	6	OS	Appui au fonctionnement des cadres de concertation de coordination au niveau provincial				
Les acteurs concernés ne partagent pas les informations nécessaires	2	4	8	OS					
Le taux de pauvreté a augmenté L'inflation ou dévaluation continue de la monnaie : pauvreté et risque de difficulté à payer les médicaments par les CS en dépit du forfait	2	4	8	OS					
Les partenaires pertinents de la société civile ne sont pas identifiés et des relations de confiance durables pas construites. (Plus pertinent)	3	4	12	R1	Situation que nous acceptons temporairement dans des contextes fragiles avec une gestion assurée par des bureaux régionaux	Coordinateur Régional et ATR	Trimestriel	Siège, coordination Kinshasa	annuelle
le niveau intermédiaire ne joue pas son rôle d'encadrement des Zones de Santé (Toujours pertinent) (fragilisée par les faibles moyens mis à disposition pour un fonctionnement optimal des DPS)	3	4	12	R1 R4	Redynamisation de cadre de concertation avec Enabel et les autorités	Coordinateur Régional et ATR	Trimestriel	Coordinateur Régional et ATR	semestriel

Les CDR ne fonctionnent pas, plus d'approvisionnement des médicaments dans les ZS (Risque élevé) : risque de faillite des CDR	4	5	10	R2 R4	Plaidoyer et choix politique ; concertation entre les acteurs et bailleurs ; audit et contrôle de qualité (collaboration Quamed). Jusqu'à présent, la collaboration avec le QUAMED n'est pas effective.	Siège, directeur des opérations	A tout moment	responsable qualité Kinshasa	
Les structures de santé ne disposent pas des ressources d'énergie durables (Toujours pertinent)	3	4	12	R2	Investir et sensibiliser en énergie durable	Bureaux régionaux	continue	Coordinateurs régionaux	continue
les normes de la zone de santé ne sont pas respectées pour ce qui concerne la couverture en structures de santé et l'affectation du personnel (Toujours pertinent)	3	4	12	R2 R3	Obtenir un moratoire avant le lancement du programme ; Rationalisation du personnel	Coordination à Kinshasa ;	Début PR	ATR	trimestriel
les structures de santé ne facilitent pas la formation continue de leurs personnels (N'est plus pertinent). A sortir de la matrice	2	3	6	R3					
Les autorités politico-administratives ne collaborent pas (N'est plus pertinent). A sortir de la matrice	3	4	12	R4	MOU avec Ministère ; cadre de concertation formelle et régulière	Coordination à Kinshasa	ponctuel	coordinateurs régionaux	trim
NOUVEAU RISQUE Absence de dépôt de médicaments de proximité (au niveau	3	4	12	R3	Plaidoyer pour la mise en place d'un mécanisme de distribution	DGD dans le cadre du dialogue politique au	Continu	RN (DO)	Trimestriel

des ZS) : risque d'un circuit parallèle d'achat de médicaments de mauvaise qualité				formelle au niveau de la ZS, qui assure proximité et fiabilité	niveau du GIBS			
--	--	--	--	--	----------------	--	--	--

7.2 Synthèse des observations sur le cadre de suivi du programme

Nous avons fait le constat qu'en dehors des indicateurs du système, le programme a du mal à mettre en place un dispositif efficace de collectes des données pour le pilotage. La majorité des indicateurs ne sont pas renseignés.

Consolidation insuffisante des données.

Les données disponibles varient selon la source utilisée. Plusieurs sources potentielles : le fichier synthèse du BAT, fichier consolidé de la RN, et le fichier synthèse du/de la RP, rapport de la DPS. Malgré le recours à toutes ces sources, les données ne sont pas disponibles pour plusieurs indicateurs.

Les modifications du cadre de résultats sans documentation formalisée et traçabilité

Certains indicateurs ont connu de modification. C'est le cas des indicateurs 7 « Proportion de ZS avec moins de 20% de médicaments traceurs en rupture dans la pharmacie de la ZS à la fin du mois, basé sur un système de gestion de stock électronique (si possible) » et 16 « Proportion d'Accouchements Professionnellement Assistés avec 4 CPN (continuité) »

Aucune documentation ne fournit les raisons ni les conditions de ces modifications. En outre, les nouveaux indicateurs ne sont pas davantage renseignés, ce qui amène à questionner les motivations des changements intervenus.

Absence de marqueurs de progrès

Le besoin d'apprécier les dynamiques profondes (plus qualitatives que quantitatives) qu'aurait pu susciter le programme par des marqueurs de progrès est très pertinente. Les marqueurs de progrès prévus à cet effet n'ont pas été définis et utilisés à mi-parcours de l'exécution du programme. L'avis de l'équipe d'évaluation est qu'il est encore possible de mettre en place un tel mécanisme, à condition de le simplifier au maximum pour qu'il ne devienne pas une finalité en soi. Nous pensons notamment que les domaines non suffisamment couverts par les indicateurs quantitatifs déjà retenus tels que la *qualité des relations fonctionnelles entre les ZSD et les autres zones* (rôle des ZSD), *l'appréciation de la qualité de l'appui que les BAT fournissent aux bénéficiaires* sont utiles à explorer.

A défaut de marqueurs de progrès nous proposons des indicateurs pour ces deux domaines à renseigner à travers une enquête très légère.

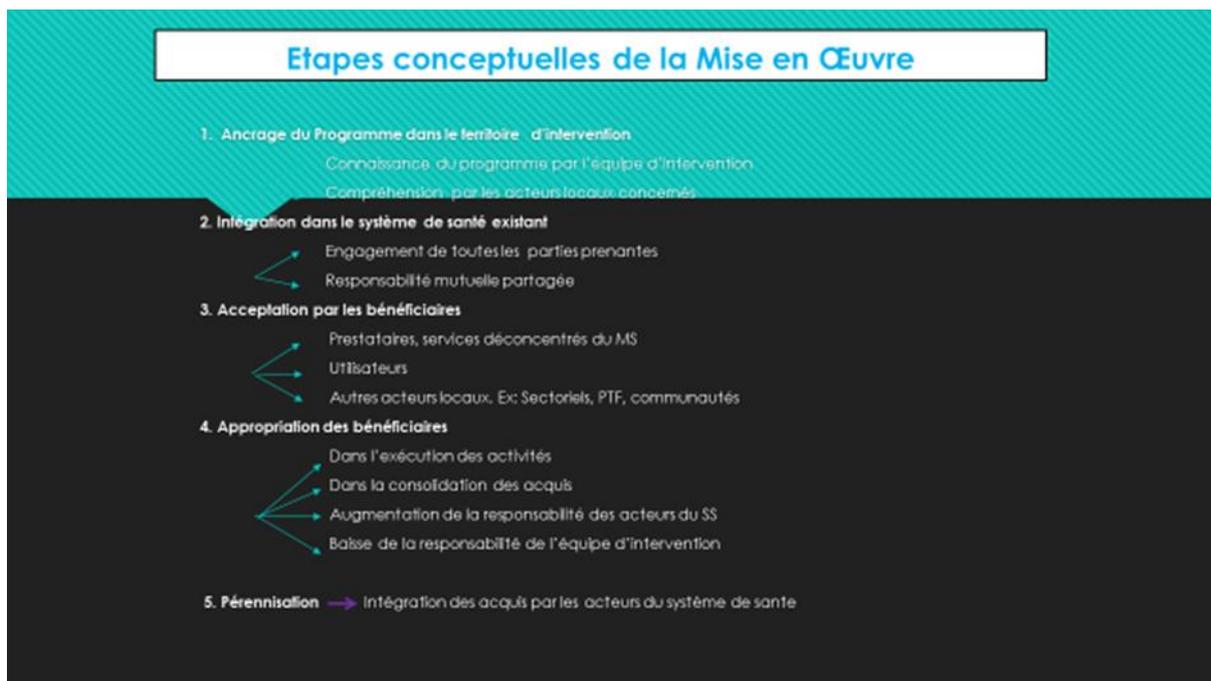
1. Satisfaction des usagers (HGR, ECZ) par rapport à l'appui fourni par le BAT
2. Satisfaction des bénéficiaires de formations et stages délivrés par les HGR des ZSD (Catégorie 1)

Le tableau ci-dessous illustre quelques-unes des difficultés mentionnées

Tableau 15 : Evolution des indicateurs du Résultat 3 pour cinq ZS du programme

N° CL	Indicateurs	Zone de santé	2016	2017	2018	2019 S1	Cible 2019	Commentaires
10	% de personnes formées/ prévues issues des ZS du programme (genre spécifique)	ZS Budjala ZS Bokonzi ZS Bominenge ZS Popokabaka ZS Kasongo Lunda	? ? ? 	75 100 100 	? ? ? 49,5 0	? ? ? 100 100	90	
10	% de femmes formées/prévues issues des ZS du programme (genre spécifique)	ZS Budjala ZS Bokonzi ZS Bominenge ZS Popokabaka ZS Kasongo Lunda	? ? ? 	67 25 0 	? ? ? 51,9 0	? ? ? 33 40	?	
11	Tx de mortalité hospitalière >48h	ZS Budjala ZS Bokonzi ZS Bominenge ZS Popokabaka ZS Kasongo Lunda ZS Mosango ZS Djuma	3 2 2 1 2 1 1	2 2,4 2,3 1,5 1,3 2 2	2 2 2 1,2 1 2 1	3,2 1 2 2	<2	
12	% des hôpitaux partenaires qui rapportent un progrès (d'un min. de 50% des MDP) par rapport à l'organisation						60	
13	% des hôpitaux partenaires qui rapportent un progrès (d'un min. de 50% des MDP) par rapport à l'application des compétences médicotéchniques						60	

7.3 Etapes conceptuelles de la mise en œuvre d'un programme



7.4 Un échantillon de l'expertise technique fournie par le BAT de Gemena

Experts et personnel d'appui du BAT	Expertise fournie	Livrables	Bénéficiaires
Coordonnateur	1. Accompagnement des ZS pour l'élaboration des PAO 2. Appuyer les ZS dans l'organisation des organes de pilotage (Cogest, CA) 3. Prendre part active lors des réunions mensuelles de monitoring au niveau des ECZ 4. Initier les ECZ à remplir les commandes avec le logiciel MSF 5. Former les ECZ à calculer les Consommations moyennes mensuelles (CMM) pour l'amélioration de la gestion des médicaments	*PAO des différentes ZS *Acquisition de compétence dans l'élaboration de TDR et de planning opérationnel *Compétence des membres des équipes ECZ renforcées en gestion (compétence organisationnelle, gestion des équipes)	Les trois ZS Budjala en 2017 avec le CM Bominenge en 2019 ZS Bokonzi, Budjala et Bominenge Budjala, Bokozi et Bominenge DPS Sud Ubangi

	<p>7. Accompagner les ZS à rédiger les initiatives locales</p> <p>8. Evaluer les performances de la DPS dans le cadre du contrat unique</p>		
Responsable administratif et financier	<p>Formation à la gestion</p> <p>Appui à l'élaboration du plan d'affaires.</p> <p>Le RAF de Memisa-Belgique a accompagné l'équipe du Fonds local de solidarité pour les femmes enceintes de Mbaya à élaborer leur plan d'affaires et sur la gestion efficiente des cotisations.</p>	Plan d'affaire du Fonds Local	Fonds local de solidarité pour les femmes enceintes de Mbaya
Responsable administratif et financier	<p>Appui à une budgétisation sur base des différentes sources, retracer les ressources, exécution du budget.</p> <p>Le RAF de Memisa-Belgique a accompagné le BDOM de Budjala dans l'élaboration de rapports financier pour l'an 2018.</p>	<p>*Rapports financiers 2017</p> <p>*Compétences à élaborer des rapports financiers</p>	BDOM Budjala
Logisticien	<p>*Mise en place d'installations photovoltaïques (énergie solaire) au niveau du bureau du BAT et dans plusieurs HGR</p> <p>*Maintenance curative (réparation) des équipements bio-médicaux des HGR : chaînes de froid, bloodbank, pompes à eau pour l'alimentation</p> <p>*Formation continue des techniciens en maintenance de l'HGR (Budjala)</p>	<p>*Dispositif de fourniture d'énergie fonctionnelle</p> <p>*Chaines de froids fonctionnelles pour la vaccination et la banque de sang</p> <p>*Equipements fonctionnels pour assurer la continuité des soins</p>	HGR de Budjala HGR de Bokonzi CS de la ZS de Bokonzi

7.5 Tableaux détaillés d'analyse des hypothèses du programme

Hypothèse de l'objectif spécifique

Hypothèses	Situation (réalisée/non réalisée)	Eléments d'appréciation	Probabilité de réalisation dans la suite
Objectif spécifique			
Les autres déterminants de la santé ne se sont pas détériorés (eau, éducation, pauvreté...);	Difficile à analyser au niveau global. Données actualisées non disponibles sur les deux dernières années.	*Inflation/dévaluation importante du Franc Congolais. Situation qui pourrait impacter le niveau socio-économique de la population *Accès à l'éducation et à l'eau potable reste un défi	Faible. Si l'inflation se poursuit, la pauvreté de la population risque de s'aggraver.
Pas de perturbations majeures de l'état de santé de la population	Non réalisée.	*Epidémie à virus Ebola, non contrôlée dans l'Est du pays *Epidémie de rougeole et de Monkey-pox en 2017, 2018 et 2019 maîtrisée	Faible
La réforme du système est effective dans un contexte de décentralisation (mise en place de DPS, métier d'accompagnement ZS, PDZS/PAO)	Réalisée (favorable)	*DPS sont en place *Accompagnement des ZS, mais insuffisante *les ZS disposent de PAO	Moyenne
Il y a une complémentarité avec la coopération bilatérale au niveau d'appui institutionnel du ministère de la santé et avec d'autres ACNG et parties prenantes	Réalisée (favorable, au niveau local)	*Réunion hebdomadaire de coordination opérationnelle à la DPS réunissant les services et les différents partenaires, facilitent les synergies et complémentarité *cadre d'échanges réguliers entre Memisa et Enabel (Sud-Ubangui, Kwilu) *Synergie entre Memisa et autres ACNG *A la DPS Kwango, des réunions de cluster sont organisées mensuellement, réunissant différents PTF santé permettant le partage d'informations entre partenaires.	Forte

Hypothèses en rapport avec le résultat 1

Résultat 1	Situation (réalisée/non réalisée)	Éléments d'appréciation	Probabilité de réalisation dans un futur proche
Les partenaires pertinents de la société civile sont identifiés et des relations de confiance durables sont construites	Réalisée (favorable)	<p>*Partenaires de la société civile identifiés, mais varie selon la province : BDOM, CODESA, Mutuelles de santé au Sud-Ubangui ; AFESIDI à Kasongo Luanda et APIDMC à Popokabaka</p> <p>*Relations productives avec un soutien aux développement d'initiatives locales</p> <p>Points d'attention : L'appartenance de certains de ces acteurs à la société civile n'est pas réelle dans les faits. C'est le cas du BDOM qui agit beaucoup plus comme un acteur de l'offre de soins et appui technique. Ses actions ne visent pas à organiser la demande et à promouvoir le renforcement de l'engagement des citoyens et une appropriation par les cibles de leurs droits et devoirs à la santé.</p>	Forte
Le niveau intermédiaire joue son rôle d'encadrement des ZS	Réalisée	<p>*effectivité de l'appui technique aux ZS à travers les encadreurs polyvalents provinciaux (EPP) essentiellement.</p> <p>Point d'attention : *En général, un EPP est destiné à appuyer une ZS ne peut couvrir tous les besoins d'appui *La DPS est limitée en effectif technique pour un appui à toutes les ZS *Nombreux besoins d'appui des ZS non satisfaits, tels que la recherche et la capitalisation, les audits de décès maternel.</p>	Moyenne. Il est peu probable que la situation en effectif qualifié des DPS évolue dans un avenir proche.

7.6 Evaluation de la mise en œuvre du trajet de renforcement des compétences

HGR Popokabaka		Domaines prioritaires : 1) hygiène hospitalière, 2) chirurgie générale, 3) SONU			
Elaboration TRC : 2017		Mise en œuvre TRC : 2018		Evaluation TRC : prévue en 2021	
Appréciation	apport nouvelles compétences	effet sur PEC malades	effets sur la structure	Suivi du TRC	commentaires
très bonne, début d'appropriation	procédures de soins; lavage des mains; tri des déchets; circuit des malades, des instruments et du linge au bloc opératoire (BO); stérilisation	amélioration des compétences du personnel, assurance renforcée dans la maîtrise de leur fonction, amélioration de la qualité des soins; plus motivés au travail, Restitution aux autres et coaching par personnels formés	BO plus fonctionnel, et toujours en cours d'organisation, meilleure gestion des DBM, meilleure gestion des MEG, apport en équipements et matériel médical et linge	en interne par médecin chef hôpital, en externe par Dr Lucien Ndingi et MSV Belgique	réduction des décès maternels de 12 (2017), à 0 (2018), 2 en 2019

HGR Mosango		Domaines prioritaires : 1) hygiène hospitalière, 2) soins intensifs en pédiatrie, 3) trauma/orthopédie			
élaboration TRC : 2015, arrêt en 2016 et reprise en 2018		Mise en œuvre TRC : novembre 2018		Evaluation TRC : prévue en 2021	
Appréciation	apport nouvelles compétences	effet sur PEC malades	effets sur la structure	Suivi du TRC	commentaires
très bonne, selon directeur plan MSV est clair	techniques opératoires en orthopédie, protocoles de soins et arbres de décision, procédures de gestion des DBM,	amélioration des compétences du personnel, amélioration de la qualité des soins; protocoles de soins affichés, collaboration renforcée entre docteurs et infirmiers	renforcement du leadership du comité directeur de l'hôpital, Enabel intègre besoins de soins identifiés par le TRC et apporte appui complémentaire, apport en équipements et matériel médical	suivi interne par direction: TRC réalisé à 75%	rebond des décès maternels de 3 (2017) à 12 (2018), taux de césarienne à 4% (2018), infection post-op à 1% stable depuis 2017, 48,8% des hospitalisés sont des cas référés, Cas d'orthopédie opérés ont triplé (< 20 cas en 2017 à 63 cas en 2018)

Hôpital pédiatrique de Kalembe lembe		Domaines prioritaires : Chirurgie générale pédiatrique, Soins Intensifs Pédiatriques et Laboratoire. Dans chaque domaine MSV essaie d'appuyer toujours les 3 volets suivants : RC médicotechnique, RC services de soutien et RC organisationnel			
élaboration TRC :		Mise en œuvre TRC :		Evaluation TRC :	
Appréciation	apport nouvelles compétences	effet sur PEC malades	effets sur la structure	Suivi du TRC	commentaires
hautement apprécié, les missions des volontaires sont attendues comme des supervisions	techniques opératoires, protocoles de soins et arbres de décision, gestion pour une disponibilité optimale des médicaments à la pharmacie, communication régulière à distance avec spécialistes du Nord	qualité des soins améliorée, prise en charge harmonisée et systématisée, transfert de compétences inter-services, renforcement organisationnel des services, 90% du personnel de l'hôpital est formé	centre de formation de référence au niveau national et sous-régional, convention avec universités pour accueil des étudiants en médecine et des résidents en chirurgie (centre de formation universitaire), accueil des stagiaires dans une collaboration Sud-Nord (Belgique, Suède)	en interne par l'équipe de direction, MSV Kinshasa et Belgique)	réduction de la mortalité globale de 20% (1997) à < 4% en 2018, amélioration des protocoles de soins de 60-70% grâce à MSV, mortalité néonatale < 20% 20 2018, pas de rupture de stock de MEG depuis 2012. Recyclage des infirmiers au sein de l'association de nursing se fait avec les outils de l'hôpital

L'hôpital de Kalembe Lembe est un success story du TRC

7.7 Domaines de formation à l'HGR de Budjala et structures bénéficiaires

Domaines de formation	Structure de provenance	Nombre	Sexe	Durée de la formation
Echographie	Mbaya	1	M	1 mois et demi
Pédiatrie (urgence pédiatrique)	Kungu, Bokonzi, Bominenge, Gemena, Tandala, Bwamnda, Mbaya	7	F2 M5	7 jours
Echographie	Mbaya, Bulu, Kungu, Tandala, Bokonzi, Bominenge	6	M	7 Jours
Soins des plaies	Gemena, Tandala, Bwamanda, Mbaya	4	M	7 jours
Hygiène hospitalière	Mbaya, Kungu, Bominenge, Bokonzi	8	F3 M5	7 jours
Radiographie	Tandala, Bwamanda, Gemena, Yakamba	4	M	7 jours
Ophtalmologie	Tandala, Bwamanda, Gemena, Bokonzi	4	M	14 Jours
Laboratoire	Gemena, Bominenge, Bwamanda, Tandala, Yakamba, Mbaya	7	F2 M5	7 Jours
Sécurité Transfusionnelle	Boto, Gemena, Bwamanda, Tandala, Mbaya, Kungu, Bokonzi, Bominenge	16	F6 M10	1 semaine
Malnutrition	Bokonzi, Kungu, Mbaya	3	F	2 à 4 semaines
Elimination des déchets médicaux	Mbaya	1	M	2 semaines
Total		61	31 M 30 F	

7.8 Résultats détaillés de l'évaluation de la formation au centre HSLK

Questionnaire d'évaluation

EVALUATION DES STAGES DE FORMATION AU CENTRE DE FORMATION DE L'HOPITAL SAINT LUC DE KISANTU

Ce formulaire est destiné au personnel des hôpitaux généraux de référence qui ont bénéficié de stage de formation à l'HSLK.

I- Informations générales

1. Sexe : Masculin /___/ Féminin /___/
2. Domaine technique sur lequel a porté le stage (exemple : imagerie, hygiène, nutrition, pédiatrie, nursing, ophtalmologie,). Préciser :
3. Durée du stage de formation. Cocher 1 option : ≤ 2 semaines /___/ ; 3 semaines à 1 mois /___/ ; >1 à 2 mois /___/ ; >2 à 3 mois /___/

II- Appréciation sur le centre de formation de Kisantu

Veillez apprécier votre satisfaction par rapport aux éléments ci-après sur une échelle de 1 à 5, les chiffres ayant les significations suivantes :

1= Pas du tout satisfait ; 2 = Pas satisfait ; 3 = assez (un peu) satisfait ; 4 = satisfait ; 5 = très satisfait

Lorsque l'item n'a pas été fait, marquer dans la case : **NF** qui signifie **Non Fait**

1. Accueil : quelle est votre appréciation de l'accueil
 - a. Accueil à l'arrivée à l'HSLK : /___/
 - b. Hébergement : /___/
 - c. Restauration (repas) : /___/
 - d. Tout était prêt pour vous accueillir dans l'unité où vous devez faire le stage : /___/
 - e. Votre introduction dans l'unité de soins
 - f. Un encadreur était disponible pour vous /___/
2. Déroulement du stage
 - a. Evaluation initiale (dès le début) de votre niveau de compétence /___/
 - b. Suivi régulier de votre progrès dans l'acquisition des compétences : /___/
 - c. Encadrement régulier sur vos besoins d'apprentissage : /___/
 - d. Evaluation de l'acquisition des compétences à la fin de votre stage : /___/
3. Apprentissage (acquisition de compétences)
 - a. Votre satisfaction de l'encadreur qui vous a suivi tout au long du stage : /___/
 - b. Votre satisfaction du plateau technique (équipements, matériels) : /___/
 - c. Votre satisfaction par rapport aux connaissances acquises : /___/
4. Suivi après la formation (dans votre hôpital)
 - a. Avez-vous reçu une visite de suivi d'un encadreur de l'HSLK dans votre hôpital ?
OUI /___/ NON /___/
 - b. Satisfaction par rapport à l'encadrement lors de la visite /___/
5. Utilité du stage de formation à Kisantu pour votre travail
 - a. Satisfaction que le stage de formation à Kisantu vous a donné plus de compétence pour votre travail actuellement : /___/
 - b. Vous utilisez les compétences acquises à Kisantu actuellement : /___/

III. Appui de Memisa au déroulement du stage

1. Satisfaction par rapport à l'appui de Memisa pour votre stage / ___/
2. Décrire ci-dessous vos préoccupations ou besoins non satisfait ci-dessous :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Merci pour votre disponibilité !

Constats et points d'attention concernant le centre de formation de Kisantu

Points d'attention	Situation actuelle	Commentaires
Fixer des objectifs de formation et élaborer un cahier de charge fondé sur les objectifs	Non réalisé (de façon formelle)	
Assurer la logistique pour mettre le stagiaire dans de bonnes conditions : déplacement, accueil, restauration,	Déplacement, restauration, et supports pédagogiques non assurés. Accueil organisé. Il mérite d'être amélioré.	Selon Memisa, les frais de restauration des stagiaires sont inclus dans les frais de formation à l'HSLK.
Supports pédagogiques : modules de formation avec manuel de l'apprenant	Non élaborés.	
Evaluation du stage et le suivi post-formation	Des outils d'évaluation sont élaborés et sont disponibles. Elle n'est pas réalisée de façon formelle.	Différents outils sont élaborés mais ne sont pas utilisés : canevas de rapport de stage, suivi du stagiaire, canevas de suivi du stagiaire
Un coordonnateur de stage	N'existe pas de façon formelle.	La directrice du nursing fait office de coordinatrice de stage.
Valorisation des stages à travers la délivrance de certificat ou d'attestation	Non réalisé	

7.9 Calendrier de la mission de l'évaluation intermédiaire

7.10 Listes de présence