



Programme Commun MEMISA-MSV

Rapport d'Evaluation Finale du programme 2017-2021 en RDC

C-lever.org

en collaboration avec SUCCESS in Africa

Version finale du 29/01/2022

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

Table des matières

Liste des Acronymes	4
1. Résumé exécutif	7
1.1 Contexte	7
1.2 Objectif de l'évaluation et sa portée	7
1.3 Synthèse des principaux résultats d'évaluation	7
1.4 Recommandations principales	9
2. Contexte	10
2.1 Concept global du programme	10
2.2 Facteurs externes – évolution du contexte	10
2.3 Retour sur l'évaluation intermédiaire	12
3. Méthodologie de l'évaluation finale	13
3.1 But et objectifs	13
3.2 Portée de l'évaluation	13
3.2.1 Couverture géographique	13
3.2.2 Partenaires inclus	13
3.2.3 Champs thématiques abordés	14
3.2.4 Type d'évaluation	14
3.2.5 Cours d'évaluation	15
3.2.6 Difficultés rencontrées, assurance qualité et limites de l'évaluation	16
4. Analyse de la performance du programme	18
4.1 Résultats par type d'intervention	18
4.1.1 Centre de formation de l'hôpital St Luc de Kisantu	18
4.1.2 Trajet de renforcement des capacités	20
4.1.3 Hub Santé	26
4.1.4 Partenariat Memisa-BDOM	30
4.1.5 Zone de santé de démonstration	33
4.1.6 Projet Action Espoir et Initiatives Locales	35
4.2 Analyse de la performance du programme par les critères CAD-OCDE	36
4.2.1 Conclusions sur la pertinence	36

4.2.2	Conclusions sur la cohérence	38
4.2.3	Conclusions sur l'efficacité	38
4.2.4	Conclusion sur l'efficience	48
4.2.5	Conclusion sur l'impact	50
4.2.6	Conclusion sur la durabilité	52
4.3	Théorie de changement (TOC) du programme	52
4.4	Thématiques transversales	53
4.4.1	Genre	53
4.4.2	Environnement	55
4.4.3	Digitalisation	55
4.4.4	Disponibilité des médicaments	56
4.5	Contribution du programme aux ODD 2030	58
5.	Conclusion générale de l'évaluation	61
6.	Recommandations	62
7.	Annexes	65
7.1	Liste des personnes rencontrées	65
7.2	Calendrier de la mission d'évaluation	73

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 Provinciale 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	Hôpital Général de Référence
HSLK	Hôpital St Luc de Kisantu
IMT	Institut de médecine tropical d'Anvers
DHIS2	District Health Information System two
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
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
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
TRC	Trajet de Renforcement des Capacités
SDG	Sustainable Development Goals - Objectifs de développement durable (ODD)
SNAME	Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels

SNIS	Système national d'information sanitaire
SROI	Social Return On Investment
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
ZS	Zone de santé
ZSD	Zone de Santé de Démonstration

1. Résumé exécutif

1.1 Contexte

Les dernières années du programme quinquennal 2017-2021 Memisa-MSV en RDC se sont déroulées dans un contexte difficile dû aux restrictions de la crise COVID-19 d'une part, des grèves des médecins puis des infirmières dans les établissements de santé publics d'autre part. Le faible financement du secteur de la santé publique reste un défi en dépit du changement de régime intervenu après les élections de 2018. Cependant, un nouveau mode de financement de la santé publique à travers le Projet de développement du système de santé (PDSS) a été implémenté dans plusieurs provinces où Memisa-MSV exécutent le programme DGD, ce qui a profondément changé le contexte de mise en œuvre du Programme.

Une évaluation intermédiaire du programme en 2019 a identifié des bonnes pratiques et des points d'amélioration ; ce qui a permis à Memisa-MSV d'affiner des aspects du programme. L'évaluation finale du programme a été réalisée de Septembre à Novembre 2021, y compris des visites de terrain couvrant l'Ouest et l'Est du pays dont les conclusions sont présentées dans ce rapport.

1.2 Objectif de l'évaluation et sa portée

Les Termes de référence de l'évaluation demandaient une évaluation finale exhaustive qui livre une analyse de l'ensemble du programme en RDC avec une perspective et des suggestions d'actions futures à entreprendre.

L'évaluation a été conduite avec la participation de tous les niveaux, et une assurance qualité par les directeurs de la partie contractante. De nombreux déplacements ont été effectués sur le terrain, ainsi que des entretiens en ligne et une revue de la documentation. La même équipe de l'évaluation intermédiaire de 2019 a effectué l'évaluation finale permettant une appréciation comparative.

1.3 Synthèse des principaux résultats d'évaluation

Les six critères de l'évaluation de l'OCDE (pertinence, cohérence, efficacité, efficience, impact, durabilité) ainsi que la théorie du changement et les questions d'évaluation spécifiques convenues avec Memisa-MSV ont constitué les optiques principales de l'analyse.

Le programme a été jugé **pertinent** et **cohérent** avec le plan stratégique sanitaire national du pays et des activités des partenaires impliqués.

Du côté **efficience**, les évaluateurs ont notamment apprécié le fonctionnement optimal des bureaux BAT/BDOM dans les provinces où le programme est mené, la collaboration directe avec les hôpitaux partenaires réduisant la lourdeur bureaucratique, la gestion efficace des approvisionnements en équipements hospitaliers, et la construction d'infrastructures sanitaires mettant à contribution des ressources locales, réduisant les coûts des appuis du programme.

L'**impact** le plus immédiat comprend les vies sauvées et la qualité de vie améliorée grâce à différentes interventions. L'accès à des services de santé de qualité a été amélioré grâce à l'introduction de nouveaux services (dentisterie, ophtalmologie), une amélioration significative de la capacité chirurgicale, la construction de nouveaux centres et maternités, des motos ambulances, des cadres de concertation au niveau des centres de santé, etc.

La **durabilité** est un enjeu de tous les programmes de développement en RDC et ne peut être garantie, du fait de la volatilité des conditions et du manque de financement de l'Etat. Les partenaires Memisa et MSV multiplient les efforts pour contribuer à la pérennité par la présence continue dans les régions bénéficiaires, la concentration sur quelques zones, la stabilité de la coopération, une mise en œuvre adaptée à l'environnement et les cycles continus d'engagement. Le contexte ne permettant pas une réelle continuité des impacts sans poursuite des appuis internationaux, dans sa sphère d'influence le programme a néanmoins conduit des efforts louables pour mettre en place des facteurs favorables à la continuité. En sortant de Gombe Matadi et Kwilu, Memisa a davantage concentré les interventions pour mieux générer une masse critique de changements systémiques favorables à la durabilité des résultats.

Les mêmes facteurs ont contribué à atteindre une bonne **efficience**, de sorte qu'un grand nombre d'activités ont pu être mené et conclu dans chaque province d'intervention et cela nonobstant le budget limité.

L'**efficacité** a été mesurée en partie sur les indicateurs du cadre logique du programme. Des résultats significatifs ont été atteints, comparé à la ligne de base, avec les cycles TRC (Trajet de Renforcement des Capacités), indiquant que plus de 50% des hôpitaux MSV ont connu une amélioration. Du côté des compétences, la mobilité du personnel médical et paramédical ayant bénéficié des TRC réduit les acquis. Nous ne pouvons que souligner l'importance de la qualité et de la stabilité des ressources humaines, employées sur tous les niveaux pour la durabilité des résultats.

Aperçu des scores de performance par critère d'évaluation du Programme Memisa-MSV en RDC

	<u>Score</u>	A	B	C	D
Pertinence	A	X			
Cohérence	A-	X	X		
Efficience	B+	X	X		
Efficacité	B		X		
Impact	B+	X	X		
Durabilité*	B/D		X		X

Dans le contexte de crise prolongé et de pénurie structurelle de financement du secteur de la santé en RDC, la durabilité des résultats du programme, sans poursuite de financement international, ne mérite qu'un score D. Par contre les efforts en vue de renforcer la durabilité, entrepris par le programme dans sa propre sphère d'influence, méritent un score B.

Le programme DGD Memisa-MSV s'appuie sur un concept de Théorie de changement (ToC), **mais son application pratique et le cadre logique qui en est issu ne sont pas faciles à suivre**. L'équilibre proposé par le cadre logique entre le soutien à la qualité des soins dans les centres de santé fréquentés par la majorité de la population et dans les Hôpitaux Généraux de Référence (HGR) n'est pas optimal dans l'ensemble des provinces appuyées. L'offre de soins dans les HGR est clairement favorisée dans les appuis mis en œuvre. L'inclusion d'un volet **santé mentale** (Fracarita-MSV) est positif ; il s'agit d'une composante qui fait partie des ODD 2030 et qui n'a pas été reprise par d'autres partenaires. Le programme contribue également de différentes manières aux autres **ODD 2030**.

Parmi les thèmes transversaux, **l'environnement** est celui qui obtient les meilleurs résultats.

En tenant compte du budget et des conditions existantes, le programme a su générer un bon ensemble de résultats et d'impact.

1.4 Recommandations principales

Les principales recommandations sont les suivantes :

1. Prévoir des indicateurs de niveau inférieur au cadre logique (Memisa), car certains des résultats de niveau supérieur ne peuvent pas être mesurés facilement ou sont le résultat de divers facteurs. Le cas échéant, le tableau de suivi-évaluation supérieur (niveau macro) du cadre logique, peut utiliser des indicateurs composites (indicateurs condensés – valeurs pondérés et agrégés) qui s'articulent avec des indicateurs plus détaillés et concrets en lien avec les interventions concrètes du programme.
2. Considérer plus fortement le renforcement des compétences médico-techniques et managériales du personnel des centres de santé où la plupart des soins de santé sont offerts et où le personnel est plus stable.
3. Définir des résultats concrets à atteindre par le Hub Santé pour corréliser avec l'effort investi. (Cette recommandation a été implémentée entretemps.)
4. Définir des bases de collaboration future (conventions) avec les partenaires du programme (BDOM, hôpitaux, BCZ appuyés) axées sur des contrats de performance avec des indicateurs de performance annuelle.
5. Simplifier le TRC pour une meilleure compréhension des partenaires sur le terrain.
6. Elaborer une ToC bien comprise et facile à utiliser par les partenaires. En d'autres mots, la ToC générale peut être éclatées en ToC plus spécifique sur mesure des différents domaines de résultats, partenariats, etc.
7. Travailler ensemble (Memisa/MSV) sur le thème de l'hygiène et le taux d'infection qui restent un thème important de bonne gouvernance dans les FOSA.
8. Associer aux missions TRC spécialisées un expert local pour le suivi technique entre deux missions.
9. Quantifier ou du moins concrétiser les résultats attendus dans le domaine du genre.
10. Renforcer le volet prévention et sensibilisation (WASH, questions sexuelles et reproductives, nutrition et malnutrition), qui sont à l'origine d'un pourcentage important de la morbi-mortalité.

2. Contexte

2.1 Concept global du programme

Le programme commun Memisa-MSV financé par la Coopération Belge au Développement, objet de la présente évaluation, était formulé sur cinq ans avec un budget de EUR 20.231.60. Il a démarré en janvier 2017 et prend fin en décembre 2021.

Le Programme appuie le secteur de la santé et vise à « *améliorer la qualité des soins de santé et permettre l'accès au plus grand nombre par le renforcement des acteurs du système de santé avec une attention particulière aux populations vulnérables* ». Trois axes stratégiques structurent l'intervention, que sont :

- a. promouvoir la bonne gouvernance,
- b. améliorer l'offre et
- c. appuyer la demande.

Le programme inclut les aspects de la durabilité écologique, de genre et de la digitalisation.

2.2 Facteurs externes – évolution du contexte

Le contexte de mise en œuvre du programme en RDC a été marqué par des facteurs externes dont les plus importants sont :

- 1) Un changement des acteurs politiques à l'issue des élections présidentielles de décembre 2018 qui a permis une alternance politique sans violence. **Toutefois, sur le plan du secteur de la santé, ce changement n'a pas impliqué un bouleversement majeur.** Le PNDS recadré 2019-2022 élaboré en novembre 2018 demeure le document stratégique de référence du secteur avec une orientation vers la réalisation de la Couverture santé universelle (CSU). Sur le niveau opérationnel, le financement du secteur est toujours marqué par un manque du financement de l'Etat et le pourcentage du personnel bénéficiant d'un salaire de l'Etat reste faible, autour de 20-30%, une partie de ce pourcentage ne recevant que des primes.
- 2) L'émergence de **nouveaux partenaires** qui ont profondément changé le contexte de mise en œuvre du Programme dans de nombreuses provinces. Le plus marquant est le Projet de développement du système de santé (PDSS) dont le démarrage dans certaines provinces n'a été effectif qu'en 2017 (Sud-Ubangi), et le PRO DS de l'Union Européenne, à Kisantu et Ituri implémenté par Memisa. La mise en œuvre de ces projets a créé un changement au sein du système de santé intermédiaire et local, ce qui a affaibli le leadership des médecins chefs de zone. Le Programme a dû s'ajuster continuellement au sein d'un Contrat unique, où les engagements des parties prenantes ne sont pas toujours respectés. Les tarifs appliqués dans la facturation aux patients, conformément aux gestionnaires des FOSA, sont relativement faibles (Gemena, Kongo Central) et demeurent en dessous d'un niveau qui permettrait un recouvrement raisonnable des coûts des prestations de soins. Ces tarifs ont connu une révision à la hausse de 20 à 25%, augmentation qui ne serait pas suffisante selon les acteurs pour corriger sensiblement ce déséquilibre. En plus, les subventions qui devraient compenser l'écart sont insuffisantes et souvent payées avec retard ce qui a pour conséquence une réduction du capital en médicaments et les difficultés de renouvellement des stocks au niveau des formations sanitaires appliquant ces tarifs.

c) **Conflit armé continu** dans les zones chaperonnées par le Memisa/ BDOM à Ituri.

2.3 Retour sur l'évaluation intermédiaire

Les recommandations de l'évaluation intermédiaire ont fait l'objet d'une analyse au sein de Memisa et MSV, et un plan de réalisation et de suivi systématique a été préparé pour chaque région géographique.

Les rapports établis par le programme réfèrent à des efforts des acteurs de terrain (BAT, BDOM) pour la mise en œuvre contextualisée desdites recommandations. L'équipe d'évaluation a pu confirmer des améliorations relatives aux domaines ayant fait l'objet des recommandations.

- La collaboration entre Memisa et MSV a été renforcée, notamment au niveau local (RDC). Elle s'est traduite par des échanges pour une efficacité programmatique et opérationnelle, partage des ressources logistiques et techniques. Memisa a appuyé MSV pendant la vacance de poste de conseiller médical de MSV (Kinshasa) pendant toute l'année 2020.
- Le processus d'acquisition des compétences à l'Hôpital Saint Luc de Kisantu (HSLK) a été amélioré, même si l'utilisation systématique de supports et outils pédagogiques n'est pas encore effective.
- La cartographie des partenaires dans les zones d'activités a été approfondie.
- Des formations sur la gestion des médicaments ont été conduites.
- Plusieurs nouvelles initiatives ont été entreprises pour le domaine du genre.

Une autre partie des recommandations n'a pas pu être mise en œuvre à cause du temps assez court entre les deux évaluations combinées avec la crise sanitaire. Celles qui demeurent pertinentes sont incluses dans l'évaluation finale.

3. Méthodologie de l'évaluation finale

3.1 But et objectifs

Les termes de référence de l'évaluation, en annexe, indiquent (p. 25) : « *l'évaluation finale est une évaluation exhaustive qui livre une analyse sur l'ensemble du programme en RDC et au Burundi et avec une perspective d'avenir, de « l'après-programme» et des actions futures à entreprendre* ».

Ainsi, l'évaluation finale a pour principaux objectifs de :

1. Apprécier l'atteinte des résultats du projet/programme (produits, effets, impact) en rapport avec les critères CAD/OCDE (efficacité, efficience, pertinence, cohérence, impact et durabilité).
2. Analyser le lien et la cohérence avec les Objectifs de Développement Durable (ODD) dans les résultats attendus du programme et dans les indicateurs utilisés.
3. Répondre aux questions spécifiques de l'évaluation (cf. matrice de l'évaluation).
4. Proposer des pistes de réflexion dans la perspective du prochain programme en RDC et le cas échéant d'amélioration des approches Memisa/MSV.

3.2 Portée de l'évaluation

3.2.1 Couverture géographique

La portée d'évaluation a été approuvée avec les partenaires Memisa/MSV.

Une large couverture a été prévue, afin de pouvoir formuler des déclarations représentatives et de saisir les différences de localisation, les différentes initiatives et approches provinciales. Les zones et les structures couvertes par les visites de terrain ont été choisies en accord avec le commanditaire.

Ces critères ont guidé les choix suivants :

- Zones de convergence : Kwango, Kongo Central
- Zones ou structures pressenties pour être couvertes par le prochain programme, avec un intérêt d'apprentissage et de capitalisation des expériences en cours. Par conséquent, des zones telles que Mosango (Kwilu) ont été écartées.
- Hôpitaux bénéficiaires de TRC à Kinshasa et Bukavu.
- Zones avec implémentation d'initiatives qui présentent un intérêt pour évaluer un retour social sur investissement (SROI) – mission complémentaire à l'évaluation finale.

Au total, quatre régions ont été couvertes en présentiel – Kwango (Popokabaka, Kasongo Lunda, Gemena (Bokonzi, Budjala), Kivu Sud, Kongo Central (Kisantu) et deux autres régions sont couvertes à travers la revue de documents et des entretiens en ligne (Ituri, Sankuru).

3.2.2 Partenaires inclus

Les évaluateurs ont discuté et revu le travail avec des partenaires du programme suivants :

- Au niveau central – MS/DEP, ACNG belges membres du HUB
- Au niveau régional : intermédiaires et périphériques : BDOM avec qui Memisa a des conventions sur le niveau des provinces ou de zones. Des hôpitaux de références, des centres de santé, patients, DPS, CDR, BCZ.

De même, les évaluateurs ont analysé des documents élaborés par des partenaires du programme : DPS, les zones et les centres de santé, les hôpitaux partenaires, BDOM, HSLK, CDR, PDSS, Action Espoir.

Les activités des partenaires Quamed, Lumos, Action Damien et Viva Salud n'ont pas fait partie de l'évaluation.

3.2.3 Champs thématiques abordés

Les thématiques couvertes s'alignent sur les axes d'intervention du programme, à savoir la promotion de la bonne gouvernance, l'amélioration de la qualité de l'offre des soins et le renforcement de la demande. La matrice de l'évaluation finale présente les grandes lignes des thématiques abordées (en annexe). Il s'agit, à titre indicatif, de :

Au niveau stratégique :

- Coordination du programme
- Partenariats et synergie
- Suivi/monitoring du programme et son cadre logique

Au niveau opérationnel :

- **Gouvernance** : qualité des planifications opérationnelles, des supervisions, des monitorings, gestion/disponibilité des médicaments, fonctionnement des équipes de gestion (ECZ, Cosa), qualité des données sanitaires, partenariat et synergie.
- **Amélioration de la qualité** des soins : compétences techniques, formations, respects des standards (SOP), hygiène hospitalière (et autres composantes des TRC), référence & contre-référence, équipement approprié et fonctionnels, disponibilité des médicaments (la disponibilité des médicaments étant une condition sine qua non pour l'accès à la santé)
- **Renforcement de la demande** de soins : accessibilité aux soins de qualité, initiatives communautaires

3.2.4 Type d'évaluation

L'équipe d'évaluation a conduit une évaluation participative analytique selon les critères les plus actuels de l'OECD. En termes généraux, les évaluateurs ont travaillé avec les principes suivants:

- Qu'un *effet* (les changements visés par le programme) est le résultat de *mécanismes* (les modalités opératoires du programme) au sein d'un *contexte* donné (le système de santé congolais et plus spécialement le contexte particulier des provinces d'intervention) avec des conditions qui doivent être remplies pour que l'effet puisse se réaliser.
- Que tout programme/intervention est une action sociale, avec des dimensions stratégiques, reposant sur une « *théorie* » implicite ou explicite et pour les acteurs (la Théorie de Changement ou « Theory Of Changes – ToC ») qui est une représentation simplifiée de la réalité, permettant de travailler sur base d'*hypothèses*.
- Que le but d'une évaluation est entre autres de confronter la validité des hypothèses sous-tendant ce modèle (ToC) avec les actions entreprises, dans une perspective d'apprentissage.
- Que chaque partie prenante devrait pouvoir présenter la situation de sa perspective et ensemble avec l'information documentaire, ses perspectives puissent être triangulées.

Les évaluateurs ont recouru aux méthodes suivantes :

1. Collecte, consultation et analyse de documents stratégiques et opérationnels de Memisa, de MSV et leurs partenaires
2. Entretiens individuels et en groupe avec les membres de l'équipe du programme du siège comme du terrain.
3. Entretien avec chacune des équipes de programme des provinces (BAT, BDOM).
4. Entretiens avec les équipes de gestion de santé au niveau provincial : DPS, ECZ, HGR.
5. Entretiens avec le personnel des HGR, CS et leurs usagers.
6. Entretien avec Ministère de la Santé et les représentants du Hub Santé.

3.2.5 Cours d'évaluation

Dans le contexte particulier de la RDC et du temps limité, il a été convenu avec le commanditaire de réaliser l'évaluation à distance dans certaines localités (Sankuru, Ituri).

Les entretiens se sont déroulés selon un guide préétabli de thèmes à traiter :

- visant la compréhension du contexte général et spécifique aux différentes localités, les résultats déjà obtenus ou envisagés, les contraintes et leçons à tirer des expériences ;
- cherchant à connaître les approches d'intervention, les appuis apportés, l'efficacité de ces approches et leur efficacité et impact (potentiels) ;
- cherchant à identifier les améliorations à apporter à la TOC dans la perspective du nouveau programme (ou programme futurs) ;
- visant à découvrir l'existence de besoins spécifiques aux groupes d'acteurs rencontrés non couverts par l'intervention.

Phase préparatoire

L'évaluation a démarré par une phase préparatoire, qui a consisté à :

- des entrevues à distance : briefing des évaluateurs, planning de l'évaluation, échanges sur les scope de l'évaluation, compréhension des enjeux actuels, etc. ;
- élaborer la méthodologie de travail, la matrice d'évaluation, et les outils (guides d'entrevue, grille d'analyse etc.)
- collecter des documents du programme en vue de l'analyse documentaire (documents programmatiques, rapports d'activités périodiques, des données des hôpitaux et des zones de santé inclus dans le programmes, budgets, documents de conventions, rapports d'activités périodiques, rapports de suivi/monitoring, PAO, etc.)

Travail sur le terrain

Le contenu de travail sur le terrain consistait en :

- **L'analyse de documents et des données du programme** : avec l'appui de conseillers médicaux Memisa/MSV, l'équipe d'évaluation a pu obtenir des données détaillées sur les zones.
- **Des entretiens individuels semi-directifs** : Des entretiens semi-structurés ont été réalisés suivant les questions d'évaluation (matrice d'évaluation) avec des informateurs clés sélectionnés en collaboration avec l'équipe du Programme. Les informateurs clés étaient principalement des experts du programme ou des partenaires stratégiques du programme.

- **Entretiens de groupe** : Des entretiens de groupes ont été organisés principalement avec les acteurs de terrain. Ils ont réuni des membres des équipes de gestion du programme (BDOM, BAT), les équipes cadres de zones et des équipes des HGR et d'autres hôpitaux partenaires.
- **Visites sur le terrain pour l'observation dans les sites sélectionnés par l'équipe sur place**. Des rencontres et des visites dans chaque province retenue, centrées sur l'expression des acteurs impliqués sur les résultats obtenus de différents volets du programme ;
 - Des visites de diverses structures de soins de différents échelons : centres de santé, centres de santé de référence, HGR, hôpitaux tertiaires, et des initiatives communautaires en particulier des infrastructures ;
 - L'écoute des bénéficiaires (patients bénéficiaires de l'initiative moto-ambulance et lutte contre la malnutrition) par des sondages ponctuels dans les zones de santé, les marchés (expert national) dans le cadre de l'appréciation de la plus-value sociale sur investissement.

Une analyse et triangulation de données et des sources ont permis d'assurer la qualité de l'information et de les consolider.

A l'issue des visites dans les différentes provinces, l'équipe d'évaluation a procédé à une restitution 'à chaud' avec les équipes de terrain. Lorsque possible, un débriefing a été également fait avec le BAT ou l'équipe du BDOM, et le CD/DPS. Un débriefing provisoire au retour du terrain à l'intention de l'équipe locale de la RN Memisa/MSV était conduit à Kinshasa. Des debriefings ont pu être également organisés avec les Responsables de Projet (RP) et Responsables régionaux (RR) respectifs à distance afin d'avoir leur appréciation et des informations complémentaires le cas échéant.

La mission de terrain s'est déroulée du 16 août au 09 septembre 2021 pour la phase Ouest et du 27 Septembre au 1^{er} Octobre 2021 pour la phase Est.

Le programme détaillé se trouve en Annexe.

3.2.6 Difficultés rencontrées, assurance qualité et limites de l'évaluation

L'équipe d'évaluation a bénéficié de la participation des Médecins Conseils de Memisa et de MSV pendant les visites, et de leur connaissance du contexte ce qui a facilité la mission d'évaluation.

Limites et difficultés

La limite d'évaluation se rapporte notamment aux effets des grèves du personnel soignant en 2021. Le défi principal des évaluateurs était de faire la **différence entre ce qui relève d'un déficit réel de qualité durable du fait des dysfonctionnements du système et les effets de l'absence prolongée des prestataires** (du fait des grèves) qui auraient occasionné la dégradation de l'état des infrastructures, la baisse de fréquentation, de déficit de l'hygiène, etc.

Memisa utilise une approche flexible qui essaie d'influencer le système à différents niveaux et à travers diverses parties prenantes. Par conséquent, la couverture ne pouvait pas être exhaustive car le nombre de composantes du projet est important.

Grâce à un excellent appui logistique de Memisa et MSV, les évaluateurs ont pu visiter Kwango, Sud Ubangi, Kisantu et Bukavu. Cependant, en raison du conflit actuel, l'état des routes et des distances à couvrir, une partie de la couverture a été effectuée en ligne (voire Couverture géographique).

Assurance qualité

L'assurance qualité a été réalisée sur la base des aspects suivants :

1. Informations reçues et triangulées de différentes parties prenantes et sources (par exemple, 4 entretiens différents pour les activités du Hub Santé, plus revue de la documentation) ;
2. Comparaison des performances entre zones de santé, et entre acteurs similaires tels que les BDOM provinciaux ou les hôpitaux ;
3. Débriefing continu avec les conseillers médicaux Memisa et MSV ;
4. Revue entre les pairs dans la même équipe d'évaluateurs que l'évaluation intermédiaire en 2019 ;
5. Revue des rapports par les directeurs de C-lever.org et Success in Africa

4. Analyse de la performance du programme

La performance du programme a été analysée à travers 3 angles de vue :

1. Contribution par type d'intervention
2. Par critères d'OECD
3. Par l'optique du cadre logique

4.1 Résultats par type d'intervention

Dans ce chapitre, les évaluateurs ont revu les résultats du programme par type d'intervention ou de chantier technique : Centre de formation du HSLK, appui aux hôpitaux (TRC), le Hub Santé, le partenariat Memisa-BDOM, les Zones de démonstration, et Action Espoir & d'autres initiatives locales. Ils constituent les chantiers validés dans la matrice d'évaluation

4.1.1 Centre de formation de l'hôpital St Luc de Kisantu

La stratégie de formation au HSLK s'intègre dans la stratégie de développement de la zone de santé de démonstration (ZSD).

La mise en place du centre de formation part de l'hypothèse que « *des stages et formations professionnelles, à partir du développement d'un centre hospitalier d'excellence (HGR Kisantu), amélioreront les compétences médicotéchniques du personnel de santé concerné* » (Document du programme quinquennal DGD 2017-2021)

La matrice d'évaluation orientait l'analyse à travers des questions suivantes :

- 1) Quelle est la contribution des formations et renforcement des capacités individuelles du programme dans l'augmentation des ressources humaines ?
- 2) Quel est le type et la qualité des formations effectuées ?

L'analyse effectuée par l'équipe d'évaluation s'est appuyée sur :

- i. la documentation,
- ii. les entretiens avec quelques stagiaires ayant bénéficié d'une formation/stage au centre de formation,
- iii. des entretiens avec membres de l'équipe de formation et
- iv. une visite de l'Hôpital et de l'infrastructure d'hébergement des stagiaires.

Les points suivants ressortent de l'analyse :

1. L'offre de formation répond-elle aux besoins des ZS ?
Pour le compte du programme, environ quarante-trois (43) personnels de soins et de santé ont bénéficié de formation et stages fournis par le centre de formation de l'hôpital Saint Luc de Kisantu, de 2017 à 2020. Ajoutés au nombre de formations prévues pour le compte de 2021 (08), on a une cinquantaine. En l'absence d'un plan de formation des zones de santé, il est difficile d'apprécier dans quelle mesure cette offre répond vraiment aux besoins des ZS. Il faut cependant souligner que 77% des personnes formées proviennent de trois (03) HGR des ZS de catégorie 1 c'est-à-dire des ZSD que sont par ordre décroissant les HGR Mosango (35%), Budjala (30%) et Drdoro (12%). L'implication évidente est que l'offre de formation répond bien à la vocation initiale du centre de formation qui est de contribuer à renforcer les compétences médico-techniques des ressources humaines en santé pour le développement des ZSD.
2. Quelle est l'efficacité de cette approche de formation et de stages à la carte au Centre de formation de l'HSLK ?

Une analyse des coûts de la formation et du stage par individu n'est pas aisée, les éléments de coûts étant difficiles à appréhender. Il n'existe pas de coût (per diem, honoraires) en tant que tel pour les formateurs et les encadreurs des unités de soins accueillant les stagiaires, le manque à gagner pour l'HSLK, le manque à gagner pour les hôpitaux d'où sont issus les apprenants, etc. Il existe cependant des bénéfices pour chacune des parties qui ne sont pas tangibles. Les investissements de Memisa et Lumos au profit de l'HSLK ne sont donc pas les seuls éléments à prendre en compte. Les coûts d'opportunité de ces investissements ne sont pas plus avantageux. En effet, la formation a eu des retombées très positives pour les HGR tels que la mise en fonction de nouveaux services ou le renforcement de leur fonctionnalité et de la qualité de l'offre des services (dentisterie, ophtalmologie, laboratoire notamment à Budjala). Une autre approche de formation telle que les formations à travers des ateliers de courtes durées aurait peut-être l'avantage de former un plus grand nombre de personnes, mais il est de notoriété qu'elle n'est pas la plus efficace pour le développement des compétences cliniques.

Une meilleure organisation et **utilisation des nouvelles technologies** auraient permises cependant de faire des gains substantiels en termes de temps et d'accélération de l'acquisition des compétences.

3. L'offre de formation répond-elle aux attentes des bénéficiaires ?

Les stagiaires rencontrés expriment leur satisfaction par rapport :

- a. aux conditions d'accueil (hébergement, communication avant le stage avec Memisa et les formateurs) qui ont connu une amélioration significative ;
- b. à l'encadrement des formateurs et le déroulement du processus d'apprentissage ;
- c. aux compétences qu'ils/elles auraient développées par rapport aux investissements dans leurs unités de soins respectives;
- d. au suivi post-stage qui est fait, et qui se traduit (le cas échéant) par une visite de suivi et de consolidation des compétences dans leur lieu de travail.

Points d'attention :

- Accueil des stagiaires : pourrait être mieux organisé, formalisé, mettre à disposition **un kit de l'apprenant** constitué entre autres de fiche d'apprentissage, manuel de l'apprenant (le cas échéant) et autres supports ;
- Faire évoluer le **contrat entre Memisa et le Centre de formation** : explorer la possibilité d'un contrat basé sur des résultats mesurables (maîtrise des compétences par les stagiaires)
- Elaborer des **modules de formation adaptés aux niveaux des apprenants**
- Appuyer la mise en place progressive **d'une plateforme de formation e.learning**, sans recourir à des logiciels à concevoir. Les plateformes e.learning Open Source telle que Google Classroom, qui est un excellent outil adaptable à tous les contextes, pourrait être une option.
- La qualité de la formation est tributaire de la qualité des expertises disponibles à l'HSLK et de la qualité des soins qui s'y offrent. Nécessité donc de poursuivre l'appui structurel à cet hôpital dans la perspective d'une collaboration future.
- Le centre de formation de l'HSLK constitue une approche parallèle avec le TRC. Il n'y a pas une stratégie intégrée pour développer et consolider des compétences techniques des ressources humaines des hôpitaux bénéficiaires de TRC et des formations de l'HSLK. Même dans les HGR des zones de convergence, on ne voit pas très bien comment ces stratégies se renforcent mutuellement.

4.1.2 Trajet de renforcement des capacités

Il s'agissait selon la matrice d'évaluation, d'apprécier :

- 1) dans quelle mesure la stratégie du TRC a-t-elle été implémentée et les cibles atteintes comme attendues, si non, quelles sont les raisons ?
- 2) si la stratégie TRC a connu des modifications, des variations. Si oui, que sont-elles ?
- 3) quelles leçons et quelles recommandations pour un futur programme ?

Analyse de la pertinence des TRC

L'élaboration (choix des domaines d'intervention) et l'évaluation des TRC (trajets de renforcement des capacités) avec les structures de santé partenaires ont été participatives et fortement appréciées par les hôpitaux partenaires.

Les TRC répondent aux défis notés dans le système hospitalier, en termes de :

- Organisation et gestion des soins ;
- Hygiène des soins ;
- Offre de soins spécialisés.

Les besoins ont évolué au fil des années et de nouvelles attentes ont émergé.

Les TRC ont été réalisés mais partiellement sur certaines activités comme l'organisation des formations, stages et des missions d'experts internationaux d'une part en raison de la pandémie de Covid-19 et d'autre part en raison des épidémies d'Ebola à l'Est de la RDC entre 2018 et 2021 qui ont justifié des restrictions aux voyages nationaux et internationaux.

Les domaines prioritaires et domaines transversaux de 2017-2021 (04 hôpitaux bénéficiaires de l'Ouest visités – Kalembe Lembe, St. Joseph, Popokabaka et Kasongo Lunga) étaient comme suit :

Tableau 1 : TRC et principaux domaines, Ouest RDC

Domaines fondamentaux/Transversales
Gestion Hospitalière (gouvernance, leadership, plan de développement stratégique)
Nursing (soins des plaies, circuit, protocoles, remise-reprise, etc.)
Hygiène hospitalière
Laboratoire
Soins obstétricaux et néonataux
Soins Spécifiques (domaines prioritaires)
Urgences et urgences pédiatriques
Soins Intensifs Pédiatriques, soins Intensifs & réanimation
Chirurgie des fistules & urgences obstétricales/gynécologiques
Chirurgie des goitres

Chacun des 04 hôpitaux a reçu 1 ou 2 TRC de 3 ans (avec prolongation d'un an suivant le cas) sur des sujets ci-dessus.

A Bukavu, **l'expérience des TRC est plus ancrée. Les hôpitaux se sont appropriés cette approche depuis plusieurs années.** La formation étant une des bases des TRC, des missions d'experts volontaires MSV étaient prévues chaque année à raison de 2 missions par an, soit 6 missions par TRC.

Pour l'Est, le tableau suivant présente les différents domaines prioritaires des TRC par hôpital ainsi que le statut des TRC à la fin du programme DGD 2017-2018 tout en soulignant les missions de renforcement des capacités qui ont pu être réalisées sur chaque TRC.

Tableau 2 : TRC et les missions à l'Est RDC

	No TRC	Période du TRC	Domaines + Nombre de missions réalisées	Statut du TRC fin Sept. 2021	Commentaires
HGR CIRIRI	2	2017-2019	- ORTHODEPDIÉ: 4/6 - URGENCES: 4/6	Achévé	<i>Mission d'experts internationaux suspendus et réduits à cause d'Ebola</i>
		2020-2021	CHIRUR. GNLE	En cours	<i>Il ne s'agit pas d'un TRC classique mais d'un appui à l'organisation du renforcement des capacités d'autres hôpitaux (Ciriri devenu centre de formation)</i>
HGR NYANTENDE	2	2016-2018	- CHIRUR. DE BASE: 4/6 - SOINS INTENSIFS: 4/6 - ORGANISATION ET GESTION: 4/6	Achévé	<i>Mission d'experts internationaux suspendus et réduits à cause d'Ebola</i>
		2020-2022	- SONU : 2/6 - IMAGERIE MEDICALE: 0/6	En cours	<i>Mission d'experts internationaux suspendus et réduits à cause de la Covid-19</i>
HGR NYENGEZI	2	2017-2019	- PÉDIATRIE: 4/6 - MATERNITE: 4/6	Achévé	<i>Mission d'experts internationaux suspendus et réduits à cause d'Ebola</i>
		2021-2023	- CHIRURGIE: 1/6 - SOINS INTENSIFS / URGENCES: 0/6	En cours	<i>Mission d'experts internationaux suspendus et réduits à cause de la Covid-19</i>
HGR MONVU	2	2016-2018	- CHIR. GNLE: 4/6 - URGENCES PED: 4/6 - LABORATOIRE: 4/6	Achévé	<i>Mission d'experts internationaux suspendus et réduits à cause d'Ebola</i>

	No TRC	Période du TRC	Domaines + Nombre de missions réalisées	Statut du TRC fin Sept. 2021	Commentaires
		2020-2022	- SONU: 2/6 - ACCUEIL & URGENCES: 0/6	En cours	Mission d'experts internationaux suspendus et réduits à cause de la Covid-19
HGR MUBUMBANO	1	2014-2016	- URGENCES PED:4/6 - URGENCES OBST:4/6	Achévé	Mission d'experts internationaux suspendus et réduits à cause d' Ebola
		2019-2021	- CHIRUR. GNLE: 4/6 - IMAGERIE MED: 1/6	En cours	Mission d'experts internationaux suspendus et réduits à cause de la Covid-19
HGR WALUNGU	1	2014-2016	- TRAUMATO ORTHO: 4/6 - LABO - BACTERIO: 4/6 - DIGITALISATION / OPEN CLINIC:4/6	Achévé	- Mission d'experts internationaux suspendus et réduits à cause d' Ebola
		2019-2021	- CHIRURGIE GNLE: 4/6 - URGENCES: 0/6	En cours	- Mission d'experts internationaux suspendus et réduits à cause de la Covid-19 - TRC 1 reconduit car décès du médecin formé
CNP-SOSAME	2	2016-2018	- PSYCHIATRIE: 4/6 - NEUROLOGIE: 4/6	Achévé	Mission d'experts internationaux suspendus et réduits à cause d' Ebola
		2020-2022	- URGENCES PSY: 1/6 - DIGITALISATION / OPEN CLINIC: 2/6	En cours	Mission d'experts internationaux suspendus et réduits à cause de la Covid-19
HGR KATANA	1	2016-2018	- PEDIATRIE: 6/6 - CHIRURGIE : 6/6	Achévé	
		2020-2022	EXIT	NA	Pas de TRC2.0 car Exit en 2019

Résultats

En principe, la planification de l'intervention dans le cadre des TRC est moins sensible aux événements journaliers ; en quelque sorte il s'agit des documents contractuels venant renforcer les MoU existants entre les partenaires de MSV. Néanmoins, il faut noter l'effet de la crise de Covid19 et des épidémies d'Ebola à l'Est qui ont entraîné des conséquences importantes sur l'organisation des missions d'experts internationaux avec suspension voire réduction du nombre de missions prévues sur les TRC.

Nous avons catégorisé les résultats en tenant compte des constats et témoignages des acteurs rencontrés et de l'exploitation de la documentation du projet.

Les résultats positifs rapportés dans la performance des hôpitaux appuyés ne sont pas attribuables uniquement à l'appui fourni par MSV, mais les interlocuteurs reconnaissent que l'approche TRC y a contribué ; bien que la valeur ajoutée et la contribution des TRC ne soit pas quantifiées ni concrètement analysées et documentées. Les résultats observés dans certains hôpitaux sont des effets de plusieurs appuis successifs, que le TRC en cours a consolidé. A l'Ouest par exemple, dans les hôpitaux comme Kalembe Lembe ou Saint Joseph, avec qui MSV a travaillé sur plusieurs cycles, on se rend compte qu'un appui à long terme permet de produire des changements plus conséquents et plus durables.

A l'Est (Bukavu), les différents TRC ont apporté des compétences aux hôpitaux partenaires avec notamment l'Hôpital General de Reference de Ciriri devenu hôpital de formation régional en chirurgie, y compris la traumatologie.

Les changements dans l'organisation des systèmes de soins et de la qualité des soins qui vont impacter durablement la qualité de l'offre de soins et la réputation d'une structure sont la résultante d'un appui qui s'inscrit dans la durée d'où la nécessité d'appui de plusieurs cycles de projet.

Résultats en rapport avec le transfert de compétences et amélioration de la confiance des prestataires

Au fil du parcours des TRC, nombreux gestionnaires (Directeur, responsables de pavillons) et prestataires ont reconnu avoir développé des compétences nouvelles en matière d'offre de soins ou d'organisation des services.

Un témoignage d'un agent de service de soins intensifs à Kasongo Lunda : *« depuis cette mission, où j'ai appris de nouvelles techniques de suivi des urgences, j'utilise les outils plus efficacement et je n'ai plus peur. Avant je paniquais. Maintenant j'ai confiance en moi-même. »*

On note également de réels transferts de compétence, avec des cas où les bénéficiaires des TRC ont pu maîtriser des compétences dans leur domaine et assurent des missions locales. A l'hôpital pédiatriques de Kalembe Lembe, le Directeur de Nursing participe à des missions locales avec appui en nursing, bloc opératoire et soins post-opératoires.

Par ailleurs, les équipes ont développé certaines aptitudes qui améliorent la qualité des soins. Comme l'a témoigné la Directrice de l'hôpital pédiatrique de Kalembe Lembe *« les équipes font preuve actuellement **de plus de discipline et de rigueur** dans le travail. Elles font usage systématique de protocoles »*. *« Leur appui a été un coup de fouet pour nous »*.

Point d'attention : Risque de perdre les compétences dans les hôpitaux comprenant uniquement un chirurgien. Cela a déjà été le cas dû à la rotation du personnel ou en cas de décès.

Résultats ayant un bénéfice social important pour les femmes

Ce sont les TRC relatifs aux chirurgies de goitre et des fistules obstétricales qui visent spécifiquement une amélioration pour les femmes.

- Réhabilitation sociale pour de nombreuses femmes qui ont pu bénéficier d'une intervention chirurgicale réparatrice de goitres. L'hôpital Saint Joseph signale que depuis le début de l'offre de chirurgie de goitre en 2019, en moyenne deux (02) femmes sont opérées chaque semaine. Au total,

147 femmes bénéficiaires opérés de goitre, à un coût réduit de 500\$ contre 2500 à 3500\$ dans d'autres cliniques de Kinshasa. Il s'agit là d'une acquisition de compétence qui fait la réputation de cet hôpital, qui a été possible grâce au transfert de compétences des missions (2 missions en 2019) au cours desquelles les chirurgiens locaux « apprennent en faisant » grâce à la vingtaine (20) d'interventions par mission. En outre, le matériel fourni par la Mission composé entre autres de 2 boîtes de thyroïdectomie et une (1) boîte de trachéotomie est toujours en utilisation par l'équipe locale.

- L'HGR a bénéficié d'un renforcement de capacités sur la chirurgie de fistules obstétricales dans le cadre du TRC 1 de 2015 qui s'est achevé en 2019. D'autres appuis sont venus en complément du renforcement des compétences techniques fourni par MSV sous forme de fourniture de matériel et de financement. Grâce à cet appui combiné, l'HGR Saint Joseph a développé une expertise reconnue et une offre de chirurgie des fistules permettant d'opérer jusqu'à 7 à 8 cas de fistules obstétricales par mois.

Résultats en rapport avec l'amélioration de l'organisation et de la qualité des soins

- **Hygiène hospitalière :**
 - Certains témoignages ont reconnu que les TRC sur l'hygiène hospitalière a aidé à avoir « un début d'hygiène » voire « un changement total » de pratiques en matière d'hygiène au sein de l'hôpital (témoignage de certains agents, notamment à l'HGR Popokabaka et à l'HGR de Nyantende, HGR Nyangezi). On observe : une propreté raisonnable des locaux, des dispositifs de lavages de mains à des points clés, une meilleure gestion des déchets biomédicaux (tri, circuit d'élimination).
 - Réorganisation des unités de bloc opératoire et de stérilisation (Popokabaka) avec la contribution substantielle de Memisa : avec un début d'application du principe de la « marche en avant » pour assurer la qualité de la stérilisation et de l'hygiène hospitalière notamment au bloc ;
 - Organisation de la salubrité par tout le personnel de l'hôpital deux fois par semaine (HGR Popokabaka) , ce qui améliore la propreté générale.
- **Fonctionnement de services :** le fonctionnement de nombreuses unités a été amélioré, et dans certains cas il s'agit d'une « ressuscitation » de service, comme le service des soins intensifs « qui ne l'était que de nom » (Kasongo Lunda). Grâce à cet appui, les soins intensifs sont capables de mieux prendre en charge des cas de comas, d'accidents vasculaire cérébral (AVC) et des détresses respiratoires.
- **Acquisition de nouvelles compétences** et de pratiques qui ont amélioré la qualité des soins et « sauvé des vies » ou « amélioré la qualité de vie du patient » : le suivi plus adéquat, techniques chirurgicales plus efficaces (urgences obstétricales), utilisation d'une nouvelle fiche de suivi et de surveillance des opérés qui améliore la qualité des soins post-opératoire et le pronostic ;
- **Nouvelle technique chirurgicale** de goitre avec l'avantage qu'elle n'est pas hémorragique, et permet de faire des économies de transfusion et présente moins de risque pour le patient.
- L'appui des différentes missions en soins intensifs **pédiatriques** (St Joseph, Nyangezi) a permis la modernisation des pratiques de soins et une plus grande efficacité et de leur pronostic avec l'utilisation de matériels fournis tels que les moniteurs multiparamétriques, les poussettes- seringues et le saturimètre.
- A l'Est, l'utilisation de l'approche de **supervision spécifique** par le BDOM payée par MSV a servi de levier dans le partenariat avec les structures de santé partenaires à Bukavu.

Points d'attention

1. Vacance de poste de Conseiller médical MSV Kinshasa : le poste a été vacant pendant une année (Janvier à décembre 2020). Le Conseiller Médical de Memisa a apporté un appui qui a pu suppléer en partie cette absence.
2. Pandémie de la Covid-19 et épidémie d'Ebola: perturbations qui se sont traduites par le report / voire suspension / annulation des activités de renforcement de capacité ; missions avec des experts locaux comme solutions.
3. Important turnover des personnels bénéficiaires des TRC : il a été noté une mutation importante et le départ du personnel soignant des hôpitaux partenaires de MSV qui ont bénéficié de l'ensemble du trajet. A l'Est, deux médecins renforcés en chirurgie sont décédés (Walungu qui a perdu sa compétence en chirurgie avec comme conséquence la reconduction du TRC achevé et Ciriri qui a perdu un chirurgien de la traumatologie).
4. Le déficit en approvisionnement continu d'énergie limite le fonctionnement optimal des services où les capacités ont été renforcées. Ce problème se pose à Kasongo Lunda avec les concentrateurs d'oxygène mis à disposition.
5. **Absence de back up pour des équipements critiques** : à Kalembe Lembe, un seul vieux stérilisateur était fonctionnel, sans une option back-up et à Walungu l'appareil de stérilisation doté par MSV était en panne (la garantie de réparation était expirée et les techniciens locaux n'avaient pas pu le réparer).
6. Risque d'interruption des TRC en cas de non-renouvellement de financement : aligner la durée des TRC à la durée / période du programme DGD : 1 TRC de 2,5 ans et avoir 2 TRC qui se clôturent avec la fin du programme (la clôture du programme avec des TRC en cours ou en début pourrait faire interrompre les TRC en cas de non-renouvellement du financement).
7. TRC est une Approche peu connue du Ministère de la Santé Publique notamment de la Direction en charge des ressources humaines.
8. L'approche de la cartographie des incidences utilisée est complexe, et n'a pu être opérationnalisée à l'Ouest pour le suivi des changements. Il est préférable de recourir à une approche plus souple telle que le Most Significant Changes.
9. Le système de suivi à l'Ouest est moins performant ; apparemment perçu comme complexe, pas connu des bénéficiaires eux-mêmes. Les domaines de compétences (organisationnelles, maintenance et médico-technique) sont très pertinents et méritent que les bénéficiaires soient impliqués dans la collecte et l'analyse des indicateurs/MDP afin de l'intégrer dans leur système de suivi et de gestion. Il faut aussi noter que le fait d'avoir défini des cibles pour les changements attendus au niveau des trois compétences est positif, car cela permet d'apprécier les progrès enregistrés. Des données ont pu être collectées cependant pour renseigner les indicateurs et permettre d'apprécier le niveau de mise en œuvre des TRC (achevé, reconduit, ou en cours) et les indicateurs sur l'acquisition des 3 groupes de compétences.
10. Certains intrants et matériels mis à disposition des hôpitaux partenaires lors des missions ne sont pas toujours adaptés aux pratiques locales : en tenir compte lors des futures missions.
11. Il n'existe pas clairement une analyse d'efficacité des missions de formation et des stages, des missions extérieures et locales pour savoir quels sont les aspects à améliorer pour améliorer le retour sur investissement.

12. Pour optimiser les missions des experts internationaux (volontaires), faire à l'avenir des équipes mixtes, experts volontaires internationaux-experts locaux, pour permettre à ceux-ci de faire le suivi post-formation. Ainsi, entre deux missions externes, l'expert local pourra réaliser un suivi technique léger de consolidation (de quelques jours) à adapter aux contextes spécifiques et géographiques des structures appuyées. Cet accompagnement local est d'autant utile que pour beaucoup de spécialités, trois missions de suivi durant un TRC peuvent être insuffisantes.

4.1.3 Hub Santé

Les principales questions qui ont guidé l'analyse des évaluateurs ont été d'apprécier :

1. Quelle est la qualité de la coordination et les synergies créées entre les différents acteurs du Hub santé intervenants sur les mêmes thématiques dans le pays ?
2. Quelle est la place de Memisa et MSV dans les clusters santé du pays d'intervention (Lead, membre) ?

Raison d'être

Les documents stipulent :

- « *Un réseau tout d'abord technique avec vocation de permettre un partage d'information entre différentes ACNG belges afin d'améliorer la qualité des interventions* » (CR Comité de pilotage, Nov 2018)
- « *Un endroit où les différentes organisations de la société civile, concernées par le droit à la santé et à des soins de qualité, pourront se rencontrer, trouver des informations, échanger dans des cadres formels et informels et développer des synergies* » (Programme Commun Memisa-MSV DGD 2017-2021, page 63).

Objectifs :

1. Permettre un meilleur partage d'informations,
2. Réfléchir sur comment stimuler de manière proactive les synergies,
3. Echanger sur les opportunités existantes, stratégiques et opérationnelles, et
4. Renforcer les capacités et capitaliser les expériences de chacun en diffusant les bonnes pratiques.

L'évaluation a abordé la question du Hub santé sous les angles de:

- son fonctionnement
- résultats obtenus
- son animation
- son financement

Fonctionnement

Le HUB santé a démarré ses activités en 2018 avec le recrutement d'un animateur (octobre 2018). Les organes prévus sont en place déjà dès 2019. Il s'agit de :

- **Assemblée générale** : constituée de tous les membres, se réunit 01 fois/an.
- **Comité de pilotage** : composé des 5 ONG fondatrices : Memisa, MSV, Médecins du Monde Belgique, Viva Salud, et Action Damien. Il se réunit 01 fois /trimestre. La présidence est tournante semestriellement.

- **Groupe de travail thématique (GTT)** : 04 groupes axés sur des thématiques prioritaires. Les groupes se réunissent 1 fois/trimestre.

Tous les organes ont un fonctionnement assez régulier par rapport aux rôles attendus (cf. Structure et mode de fonctionnement).

Résultats obtenus

La synergie et complémentarité entre les interventions des membres du Hub Santé constituent la principale raison d'être du Hub. Qu'en est-il à ce stade de son évolution et surtout des groupes de travail thématiques qui en constitue le principal levier?

L'analyse a été faite au regard **du type de synergie entre** les membres du Hub. Le Comité de pilotage identifie trois types de synergie à construire par le Hub (Comité de pilotage, Nov. 2018)

- **Partage d'informations** : entre différents partenaires autour de leur intervention, informations sur les évolutions dans le secteur tant au niveau de la Coopération au Développement qu'au niveau local, régional ou international
- **Mutualisation des ressources** (économies d'échelle), surtout dans le domaine de la gestion administrative et logistique : possibilité d'avoir des achats groupés par exemple
- **Synergie opérationnelle** : rationaliser les appuis : appuis conjoints aux renforcements des capacités, appuis complémentaires en matériels/équipements, etc.

Le tableau ci-dessous résume les réalisations clés par type de synergie

Tableau 3 : Aperçu des synergies développées par les membres du Hub Santé

N°	Domaines de synergie	Éléments d'appréciation	Commentaires
1	Mutualisation des ressources (économies d'échelle)	Il y a eu des expériences de partage des charges : Chaîne de l'Espoir Belgique et ULB Coop partagent des charges pour le fonctionnement de la plateforme hospitalière. Dans le nouveau programme en conception, un Résultat Commun aux deux partenaires dans ce sens a été défini	La cartographie sur les bureaux de représentation est un outil de base pour mutualiser des ressources
2	Partage d'informations	<p>*Les activités des GTT tournent actuellement essentiellement autour de : partage des contenus des interventions, discussions stratégiques, échanges d'expériences, partages de bonnes pratiques</p> <p>*Participation des membres aux sessions d'autres instances : FABAC, BeCause Health (dans le cadre du CSC)</p> <p>* Bulletin d'information trimestriel (BIH) : depuis 2020. Diffusion des expériences des membres du Hub, mais aussi des contributions d'autres acteurs (exemple : OCHA). La diffusion se fait actuellement suivant une liste de diffusion comprenant les membres, l'Ambabel, OMS, OCHA, et quelques autres partenaires.</p>	*Le partage d'information doit également se faire entre GTT afin d'éviter une autre forme de cloisonnement.

3	Synergie opérationnelle	<p>* Appuis conjoints et concertés de ripostes contre la Covid (échanges, atelier d'échanges d'expériences entre les membres, échanges sur les opportunités digitale en période covid)</p> <p>*Un projet de recherche sur l'utilisation des opiacés en milieu hospitalier entre GTT du HUB et GTT de BecauseHealth : exemple de synergie</p> <p>* Action Damien et Mdm Belgique poursuivent une synergie antérieure dans le cadre de la PEC de la lèpre : chirurgie, formations du personnel, suivi et monitoring des activités des ZS, approvisionnement en médicaments et matériel spécifique contre la TB et lèpre, l'organisation et financement conjoints des réunions de conseil d'administration des ZS.</p> <p>*02 cartographies réalisées : des interventions et des bureaux (ancrage opérationnel) d'intervention qui sont des outils d'aide à construire des synergies</p> <p>*Expérience (en cours) à l'hôpital St Luc de Kisantu sur la démarche qualité des soins impliquant plusieurs membres du Hub avec une perspective d'extension aux hôpitaux dans d'autres zones.</p>	<p>*Nombreuses tentatives de recherches de synergie, d'articulation de leurs interventions. Mais pas encore très concret.</p> <p>Une telle dynamique se construit sur le temps.</p>
---	-------------------------	--	---

Autres résultats

1. **L'adhésion de nouveaux membres**, portant l'effectif du Hub de cinq membres fondateurs à dix-neuf soit 14 nouveaux membres à la date du 23/08/2021. Cette adhésion pourrait s'expliquer par la volonté du bailleur de ces ACNG, en l'occurrence la DGD, à rejoindre le creuset. Elle peut aussi signifier que le Hub a une certaine attractivité, ce qui peut aussi se justifier par une forme d'encouragement de la DGD, principal bailleur de fonds des ACNG à collaborer dans le cadre d'un creuset comme le Hub.
2. **Visibilité du Hub** : participation aux instances du secteur notamment aux réunions du Cluster Santé, de Opiok. Il s'agit d'un résultat intéressant à consolider, non seulement sous l'angle de la visibilité, mais comme **une opportunité pour apporter des contributions aux réflexions stratégiques sectorielles**. Pour cela, il serait indiqué que **le niveau de représentativité soit renforcé occasionnellement** par les membres des GTT concernés en fonction des sujets à aborder. L'animateur ne peut avoir la maîtrise de toutes les thématiques.

Dans l'ensemble, les résultats obtenus au terme de deux ans à peine d'exercice sont largement positifs. Il importe de tenir compte du fait qu'il s'agit d'une initiative ambitieuse, d'un paradigme nouveau qui nécessite un apprentissage de longue haleine. En effet, il s'agit de réfléchir ensemble pour construire des synergies et des complémentarités à partir des orientations et des approches de travail qui n'étaient pas convergentes dès la conception des différents projets. Il s'agit aussi de dépasser des

attitudes ou pratiques de cloisonnement et même de compétition. Cela ne se produit pas du jour au lendemain.

Il existe un potentiel réel sur lequel il faudra construire un Hub qui se veut un espace d'échanges techniques et stratégiques et un outil de gestion des connaissances.

L'animation du Hub

Le cahier des charges de l'animateur prévoit que celui-ci ait les responsabilités et attributions suivantes :

1. Responsabilités :

- a) organiser et animer le cadre de rencontre et de concertation (Hub santé) à « travers les rencontres »
- b) animer et faciliter les synergies inscrites dans le CSC.

2. Attributions :

- assurer un meilleur partage d'information
- initier les réflexions sur comment stimuler de manière proactive les synergies
- organiser des échanges sur les opportunités existantes, opérationnelles et stratégiques
- assurer le renforcement des capacités et capitalisations des expériences de chacun en diffusant les bonnes pratiques

3. Principales tâches

- Animation du hub : préparation et organisation des instances, planification et suivi des activités
- Secrétariat pour les différentes instances
- Documentation et mémoire
- Rôle d'interface entre les membres d'une part et entre eux et les acteurs externes d'autres part
- Représentativité du Hub dans les instances du secteur : cluster santé, etc.

Au vu de l'importance du rôle qui est le sien, l'animateur est le principal levier pour le bon fonctionnement de la plateforme. On perçoit aussi que la performance du Hub lui incombe en grande partie. Le fait qu'il tienne le secrétariat pour toutes les instances est crucial pour assurer une bonne articulation entre les différents organes du Hub, et permet plus de fluidité dans son fonctionnement.

Soulignons cependant que certaines attributions de l'animateur paraissent trop ambitieuses, et ne sont pas réalisables car ne pouvant relever du seul animateur, quel qu'en soit son profil. Par exemple, « comment stimuler de manière proactive les synergies » entre les interventions des membres du Hub ou encore identifier « les opportunités existantes, opérationnelles et stratégiques » sont en réalité complexes et ne peuvent émerger que d'échanges techniques au sein des groupes de travail et se réaliser que par leur seule volonté et engagement.

Le poste d'animateur est donc essentiel pour la réussite d'une telle plateforme. Il faudra à l'avenir lui fixer des objectifs atteignables à la mesure des résultats attendus et redimensionner en conséquence ses attributions.

Le financement du Hub

Le budget du Hub est financé par l'ensemble des membres (fondateurs et adhérents). Ce budget s'élève en moyenne à 17 782 \$ (2021) quand on prend en compte les charges salariales de l'animateur.

En prenant comme référence le budget prévisionnel de 2021, la structure se présente comme suit :

1. Frais opérationnels (activités : ateliers, réunions GTT) : 10%
2. Frais de fonctionnement (fournitures et matériel de bureau, communication, etc.) : 7,7%
3. Charges salariales : 67,7%
4. Imprévu : 5%

Les charges salariales sont supportées entièrement à ce jour par les cinq (5) membres fondateurs. Les autres frais, soit environ 22% sont à la charge de l'ensemble des membres adhérents qui y contribuent selon leur « taille/capacité financière de l'organisation » à raison d'une contribution annuelle variant entre 100 à 500 \$.

Le budget modeste, au regard des ambitions du Hub, se justifie toutefois par :

1. Le mode de fonctionnement actuel du Hub, basé sur le fait que l'essentiel des résultats attendus en termes de synergie **se limite à un partage d'expériences** qui se font à travers des réunions dont certaines virtuelles étant donné le contexte sanitaire lié au Covid 19 (réunions des GTT). La nécessité de visite d'échanges d'expérience, de sessions d'écritures, etc. ne s'impose pas encore comme moyen d'approfondir les complémentarités et capitalisation des expériences.
2. Le fait que le Hub constitue pour la majorité des membres adhérents une activité marginale, **qui ne s'intègre pas dans le fonctionnement des organisations concernées comme mécanisme ou levier permettant l'atteinte de résultats spécifiques**, comme c'est le cas pour certains des membres fondateurs liés par le Cadre Stratégique Commun (exemple de Memisa et MSV). Pour cette raison, l'engagement de certains membres à travers les travaux des groupes techniques n'est pas encore très franc, comme le déplore un des membres « *Certaines ONG sont encore hésitantes. Il faudra les convaincre pour qu'elles adhèrent pleinement à la dynamique.* »

Conclusion

Sur le plan opérationnel, organisé en grande partie par Memisa, le Hub Santé fonctionne bien.

La majorité des membres rencontrés ou interviewés reconnaissent l'importance du Hub et veulent le perpétuer, prêt à davantage d'engagement car reconnaissant son potentiel pour améliorer les résultats de l'appui belge au secteur sanitaire congolais.

Peu de résultats concrets étaient visibles, **mais l'organisation a tiré des leçons et veut devenir plus focalisée.**

4.1.4 Partenariat Memisa-BDOM

Selon la matrice d'évaluation, il fallait comprendre :

- A. Quelle est la plus-value et la qualité de l'appui du BDOM aux ZS et DPS ?
- B. la pertinence de continuer à travailler avec les BDOM ?
- C. Quelle est la qualité de collaboration avec les BDOM ?
- D. Comment le programme pourrait améliorer sa coopération avec les BDOM ?

Le Partenariat entre le BDOM et Memisa Belgique est de longue date.

Dans le cadre du programme actuel quinquennal de la DGD, un partenariat était établi avec quatre BDOM, à savoir Bunia, Popokabaka, Kisantu et Sankuru matérialisée à travers des conventions au niveau provinciale. Une collaboration sommaire existe avec le BDOM de Budjala avec la perspective d'une collaboration renforcée dans un futur programme.

La collaboration Memisa-BDOM, l'efficacité du BDOM et la plus-value du BDOM comme organe technique de mise en œuvre sont l'objet d'attention dans le cadre de l'évaluation finale.

L'évaluation a couvert les BDOM de Kisantu et de Popokabaka de manière plus détaillée. Celle concernant les BDOM de Sud Kivu (Bukavu), Ituri et Sankuru a été faite de façon plus globale. Les aspects évalués concernent les capacités techniques du BDOM à exécuter le mandat dans la région concernée, la nature de l'appui fourni par les BDOM, les résultats obtenus, les points d'attention et les recommandations pour une future collaboration.

Capacités techniques demandées du BDOM pour l'action envisagée (adaptée de la Convention)

- 1) Le BDOM est un acteur privé au niveau intermédiaire, qui renforce le niveau intermédiaire étatique grâce à son rôle d'accompagnement du développement des zones de santé.
 - a) Comme acteur de la société civile, le BDOM peut jouer un rôle dans la formulation et implémentation des initiatives locales.
 - b) Les BDOM ont un ancrage opérationnel dans le système local de santé (inclus des cliniques gérées par le BDOM) et au niveau communautaire, ce qui est un avantage pour fournir un appui de proximité aux structures sanitaires et aux organisations à base communautaires. Le BDOM dispose des compétences techniques capables d'accomplir la mission.
- 2) Les profils des membres des équipes des BDOM :
 - a) Directeur/directrice, en général un médecin de santé publique (Popokabaka et Kisantu, Ituri), un prêtre pour le Sud Kivu secondé par un adjoint médecin ;
 - b) Un accompagnateur technique régional lui-même médecin (de santé public) – coordinateur médical pour le BDOM Bukavu
 - c) Un agent administratif-financier
 - d) Un logisticien polyvalent (Kisantu)
 - e) Un conducteur de véhicule administratif
 - f) D'autres profils selon les projets (ingénieur maintenancier à Katako Kombe, responsable genre et environnement à Kisantu, maintenancier à Ituri, pharmacien à Bukavu)

Ces équipes sont censées posséder les capacités techniques pour assurer les missions techniques stipulées dans la Convention. Elles bénéficient également des formations ponctuelles de la part du Programme pour renforcer leurs compétences bien que cet accompagnement soit limité pour le BDOM Bukavu. Les BDOM constituent ainsi une cible de renforcement des capacités du programme, ce qui est clairement mentionné dans la Convention de partenariat.

L'appui fourni par les BDOM dans le cadre du Programme :

Selon les Conventions, les cibles prioritaires des BDOM sont les ECZ, les HGR et les centres de santé. Dans le cas du BDOM de Kisantu, l'HSLK en est devenu la cible prioritaire (presqu'unique).

En général, l'appui, qui varie d'un BDOM à l'autre, est structuré autour du renforcement de la ZS (ECZ, FS) et de de l'offre et la qualité du paquet complémentaire d'activités (HGR), d'un appui aux initiatives communautaires et en partie la coordination et la représentation du programme. Les éléments de détail sur ces différents appuis figurent en annexe

Résultats des actions du BDOM dans le cadre du Programme

Les résultats attendus (annexe à la convention) pour les BDOM sont identiques à ceux de Memisa:

- R 1 : La société civile locale est appuyée et la participation communautaire est stimulée en interaction avec les équipes cadres fonctionnelles dans la poursuite du droit à la santé
- R 2 : Les équipements, les infrastructures et l'approvisionnement en médicaments dans les structures ciblées sont améliorés
- R 3 : les compétences médico-techniques et organisationnelles du personnel des hôpitaux et centres de santé ciblés sont améliorées
- R 4 : l'accès géographique et financier aux soins de santé est amélioré et les soins sont acceptables pour les populations des ZS ciblées.

L'analyse des appuis réellement fournis par le BDOM, indique qu'ils couvrent globalement la mission à laquelle il est astreint par la convention de partenariat avec Memisa dans le cadre du programme quinquennal de la DGD.

Un point particulièrement positif est la construction et réhabilitation des infrastructures sanitaires périphériques (centres de santé) qui ont amélioré la couverture sanitaire et l'accessibilité géographique : par exemple CS de Ngeba (construction) et Nkazo au Kongo Central ou deux salles de maternités à Ituri.

Points d'attention

- a. **Les conventions ne proposent pas d'indicateurs** permettant de mesurer le niveau de réalisation des résultats ou la performance des BDOM en tant qu'agent d'exécution du programme. Ils renseignent les mêmes indicateurs du cadre logique du programme à travers les rapports narratifs annuels.
- b. **Les BDOM ont des capacités limitées en recherche (recherche-action notamment)** et gestion des connaissances (documentation, capitalisation). Les ECZ qui ont un besoin dans ces domaines n'ont pas bénéficié d'un appui de la part du BDOM. Très peu d'expériences auxquelles le BDOM a contribué ont fait l'objet de recherche-action et de documentation (une seule à Popokabaka).
- c. Le BDOM est davantage dans un rôle d'acteur de l'offre plutôt que de la société civile et de demande de soins. La défense des droits des bénéficiaires inscrite comme axe d'appui n'a pas réellement prospéré. La composition de l'équipe technique corrobore ce constat. L'équipe des évaluateurs pense que « l'ADN » du BDOM est de l'offre et qu'il ne dispose pas des capacités appropriées pour assurer la promotion des droits à la santé.
- d. L'avènement du PRO DS a modifié le contexte de mise en œuvre du Programme dans le Kongo Central, ce qui a nécessité une réorientation du focus du BDOM sur l'HSLK. Le profil de l'équipe technique (conçu initialement pour appuyer les ECZ de Kisantu et Gombé Matadi, et les HGR) n'a cependant pas évolué. Le rôle et les compétences de l'équipe du BDOM d'appui devrait être réexaminés face à ce développement

Points à renforcer

- 1. Dans la perspective d'un prochain partenariat, définir dans la Convention, des indicateurs spécifiques **mesurables** des résultats attendus du BDOM. Dans ce cadre faire une meilleure distinction entre les deux types de rapports entre Memisa et le BDOM : (a) d'une part un appui

au développement organisationnel / institutionnel de structures du BDOM et (b) d'autre part un financement basé sur les résultats à atteindre par les structures contractées du BDOM.

2. Renforcer la capacité technique et de gestion du BDOM **basée sur une description des tâches à accomplir dans la période** (Katako Kombe, Kisantu) et si nécessaire, au travers d'une formation (comme l'ingénieur à Katako Kombe)
3. Dans le cas où le prochain programme inscrit la promotion des droits des usagers comme axe prioritaire, susciter un autre organe (de la Caritas, ou au sein de la société civile) dont les capacités seront renforcées pour jouer efficacement ce rôle.
4. Renforcer le rôle de BDOM dans la sensibilisation et prévention (comme malnutrition à Kisantu)
5. Aborder avec les BDOM de manière franche l'appui possible pour la santé sexuelle et reproductive tel que défini dans le PNDS.

4.1.5 Zone de santé de démonstration

Stratégie de Zones de santé de démonstration

Il s'agit d'une stratégie porteuse, qui est alignée sur les priorités nationales (DEP/MSP).

La stratégie repose sur l'hypothèse qu'« *un appui supplémentaire en investissements et en renforcement des capacités doit permettre à la zone de développer une offre de service conforme aux normes de la zone de santé et de fonctionner comme endroit de stage/ démonstration pour former et inspirer le personnel des zones avoisinantes* » (Document du programme, page 33).

Les questions clés sur lesquelles se base l'analyse suivant la matrice d'évaluation :

- a) La stratégie a-t-elle été développée comme attendue et prévue initialement (Fidélité de la mise en œuvre)?
- b) S'il y a eu des modifications, des variations, que sont-elles?
- c) Quelles leçons tirées de l'expérience des ZSD?
- d) Quelles recommandations pour un futur programme?

L'analyse se concentre sur les ZSD visitées, **Budjala et Kisantu** avec des notions concernant Drodro et Katako Kombe.

Mise en œuvre de la ZSD.

L'appui à la ZSD est un appui structurel de catégorie 1. Il est prioritairement orienté vers le renforcement du paquet complémentaire. L'appui à l'équipe cadre ou à la DPS est variable d'une ZS à l'autre, mais reste marginal dans la plupart des cas.

1. A Budjala (SU) : appui maximal à l'HGR, appui systémique réduit à l'ECZ, appui faible à la DPS.
2. A Kisantu: Appui presque exclusif à l'HGR, appui à la ZS en matériel roulant essentiellement, pas d'appui à la DPS (l'appui aux ZS plutôt par le programme UE).
3. Katako Kombe : appui prioritaire à l'hôpital, zone de convergence, avec une composante appui ZS et initiatives locales.
4. A Drodro : appui à l'hôpital et son personnel, appui aux ECZ, participation au comité de coordination sur le niveau de DPS.

Description de l'appui du programme aux ZSD

1. HGR : amélioration des infrastructures (construction, réhabilitation), renforcement du plateau technique, formation 'initiale' et continue du personnel soignant, appui en médicaments et intrants, fourniture d'énergie et d'eau.
2. EZS : fonctionnement (supervision, matériel roulant, carburants, fonds de médicament), formation (MSSP), Référence (matériel roulant), fourniture d'accès Internet, accompagnement technique du BAT pour la supervision, maintenance des équipements, etc. à l'élaboration des PAO.
3. DPS : Se résume à un appui à la supervision, à l'évaluation du cadre de performance (Budjala).

Résultats clés

Un nombre de changements positifs en lien avec le statut de ZSD ont eu lieu :

- 1) Offre de soins plus diversifiée et spécialisée comparé à la situation avant le début de l'appui.
 - a) Plateau des laboratoires renforcé, examens paracliniques de qualité (biochimie et sérologie) ce qui améliore la précision diagnostique et l'efficacité thérapeutique.
 - b) Imagerie médicale améliorée : radiographie, échographie.
 - c) Unité d'ophtalmologie (Budjala, Kisantu) : une offre permettant la correction de nombreux cas présentant des risques d'invalidité (cataracte, glaucome, etc.).
 - d) Meilleure prise en charge du diabète sucré et offre de dialyse néo-natale (Kisantu, à Ituri ce service est offert à Bunia).
 - e) Dentisterie :
 - i) Offre de soins de base à Budjala (fréquentation en général faible - 5 à 6 cas par mois - mais demande potentiellement forte avec 77 cas en une semaine de campagne en juin 2021) ; et
 - ii) soins courants et complexes (prothèse, chirurgie) à Kisantu, avec une fréquentation moyenne de 60-70 cas /semaine.
 - f) Soins intensifs et services des urgences (avec un taux d'occupation dépassant les 110 % à Kisantu).
- 2) Amélioration de la qualité des soins : utilisation de techniques de chirurgie nouvelles, réduction de la durée moyenne de séjour à l'hôpital (06 jours en moyenne à Budjala en 2020 contre 8 jours en 2017) ; réduction des taux d'infection post-opératoire, qui reste toutefois sujette à caution en raison de la situation de l'hygiène hospitalière constatée par l'équipe d'évaluation.
- 3) Création d'un cadre de stage et de formation pour le personnel des hôpitaux et ZS : 57 personnes ont bénéficié de renforcement de capacités de 2018-2019 à l'HGR de Budjala.
- 4) Les HGR des ZSD jouent mieux leur rôle de recours et de soutien aux structures des échelons inférieurs pour l'encadrement, la supervision et la formation.

Limites de l'approche et points d'attention

1. Pour des raisons de crise sanitaire, du conflit (ZSD Drodro), des distances à parcourir et d'organisation, les ZSD ont été peu utilisées pour démonstration aux autres zones, mais plutôt comme zones d'appui concentré. Il faudrait voir dans quel cadre le concept devrait rester valable.
2. **La gouvernance générale reste faible au niveau provincial et des ZS**, fragilisée par les interférences qui ne sont pas sous influence de Memisa et ses partenaires locaux (interférences politiques et des acteurs institutionnels).

3. **Les capacités d'absorption** de l'appui par la structure appuyée sont parfois limitées : (exemple équipement pour unité de bactériologie neuf, presque jamais utilisé, intrants périmés : compétence limitée des techniciens ou faible demande de la part des prescripteurs ?).
4. **Nécessité d'un investissement lourd pour être efficace** : un hôpital est « une grosse machine », réduire le 'scope' et concentrer les ressources du programme sur quelques centres de santé et HGR pourraient être une option.
5. Malgré l'appui des BDOM et Memisa, **le contenu des PAO** reste général et n'offre pas un instrument pour diminuer la morbidité et la mortalité d'une façon ciblée.
6. Développer une ZSD au niveau souhaité requiert plusieurs cycles d'appui pour avoir des résultats visibles.
7. Les évaluateurs reconnaissent la force de développer toute une zone **ensemble, avec un système tertiaire fort** et un Hôpital de référence **au sommet de la pyramide des soins**. Ce potentiel existe et mérite d'être mieux exploité.
8. Le paquet d'appui pour le développement spécifique de chaque ZSD (Budjala, Kisantu ou Katako Kombe par exemple) n'est pas soutenu par un document programmatique.

4.1.6 Projet Action Espoir et Initiatives Locales

La matrice d'évaluation initiale incluait le projet Espoir et les initiatives locales uniquement pour les thèmes transversaux, mais vu le volume financier d'Action Espoir et le nombre d'initiatives, l'équipe évaluatrice, en accord avec les RP, les a appréciés séparément.

A Bukavu, le projet Action d'Espoir appuyé par Memisa représente une intervention sur la demande de soins et du renforcement de la participation communautaire pour la gouvernance de la santé.

Points forts

Deux principaux domaines d'intervention d'Action Espoir à Bukavu ont permis de changer l'approche de la prise en charge et de la gouvernance de la santé dans la zone d'intervention du programme :

1. **Mise en place et renforcement des comités de concertation.** Dix-huit (18) comités permanents de concertation entre les leaders communautaires (leader religieux, OSC, administratifs à la base, les soignants (responsables des structures de santé) ont été créés et entretenus avec l'appui d'Action Espoir. Ces cadres de concertation dont les réunions sont organisées mensuellement pour discuter les problèmes de la communauté en matière d'accès aux soins de santé et de l'assainissement de l'environnement permettent de coconstruire les solutions. Ces cadres de **concertation ont été progressivement** autonomisés avec un modèle non-financé par Action Espoir. Quatre sources d'eau ont été financées par Memisa.
2. Facilitation à la création de groupements de femmes se réunissant mensuellement pour discuter des problèmes de la commune et de proposer des solutions. Ce volet planifie également des activités génératrices de revenus.

Points d'attention

Jusqu'à présent, le projet Espoir n'est pas implémenté en synergie avec la sous- composante MSV à Kivu Sud

Les évaluateurs n'ont pas pu trianguler les informations obtenues avec celles qui seraient directement fournies par les bénéficiaires finaux (communauté / les femmes) ; Les informations ont été collectées auprès des acteurs du projet. Une évaluation par des méthodes complémentaires comme celles des changements les plus significatifs / analyse SROI de cette initiative pourrait mieux informer sur son efficacité.

Les évaluateurs ont noté qu'un nombre d'initiatives locales propres ont été développées, surtout en ZSD, en fonction du contexte et des possibilités. A titre d'exemples, nous pouvons citer :

- Groupe de théâtre à Katako Kombe (promotion de la santé)
- Travail avec Codesa via BDOM à Popokabaka
- Projet de malnutrition à Kisantu et Katako Kombe
- Soutien aux moto-ambulances à Bokonzi
- Distribution de kits de dignité en Ituri

Point d'attention

Un catalogue de ces initiatives permettrait une multiplication/extension des initiatives dans des environnements propices.

4.2 Analyse de la performance du programme par les critères CAD-OCDE

4.2.1 Conclusions sur la pertinence

La pertinence questionne la « *mesure dans laquelle une intervention de développement correspond aux priorités et aux besoins des groupes cibles, et aux politiques des pays bénéficiaires et des bailleurs de fonds.* » (CAD-OCDE). L'évaluation par rapport à ce critère répond aux questions suivantes :

- Dans quelle mesure les objectifs du programme sont-ils toujours valables ?
- Les activités et les produits du programme sont-ils conformes à sa finalité générale et aux objectifs qui lui ont été assignés ?
- Les activités et les produits du programme sont-ils bien adaptés à l'impact et aux effets recherchés ?

Le programme est jugé pertinent et a été noté A.

Pertinence des orientations stratégiques du programme

Le Programme répond aux priorités nationales, aux politiques de développement nationales et locales et cela est bien explicité dès la formulation du programme, « le programme contribuerait à la réalisation des trois principaux axes de la stratégie d'intervention du PNDS 2016-2020 ».

L'objectif du programme qui vise à « **améliorer la qualité des soins de santé et permettre l'accès au plus grand nombre par le renforcement des acteurs du système de santé avec une attention particulière aux populations vulnérables** » est également aligné au PNDS recadré 2019-2022 dont le focus porte sur la couverture santé universelle (CUS).

Les trois axes stratégiques du programme à savoir « **promouvoir la bonne gouvernance** », « **améliorer l'offre** » et « **appuyer la demande** » s'arriment bien aux orientations stratégiques du PNDS recadré.

Le concept de TRC convient bien au contexte de la RDC qui a un besoin de doter les structures de soins de personnels compétents à travers **une approche de formation continue « capacitante » plutôt que**

« **diplômante** ». Selon le DEP/MSP « *cette approche est à promouvoir car elle est conforme au type d'apprentissage souhaité pour les ZSD* ».

Plusieurs **autres points forts** ont été constaté par les évaluateurs :

- a) Le programme, dans sa composante d'amélioration des compétences techniques des structures de santé et des bureaux des provinces / districts sanitaires (infrastructures et compétences des équipes), répond aux besoins. L'effectif des spécialistes est limité, justifiant l'intervention du programme visant à renforcer l'offre de soins spécialisés. Le renforcement de la capacité chirurgicale en Afrique est une des priorités déclarées de l'OMS.
- b) Le programme aborde les problèmes d'accès à des services de spécialisation de qualité dans les zones décentralisées ou 'difficiles' (Drodro, Bokonzi, Budjala, Katako Kombe). Il fonctionne dans des zones où il n'y a pas d'autre appui horizontal.
- c) La coopération est de longue durée (17 ans au Sud-ubangi par exemple).
- d) Le programme comble un nombre de lacunes et crée de conditions capacitantes (exemple systèmes d'eau ou d'énergie solaire pour les hôpitaux, frais opérationnels pour les BCZ, appui aux salaires de médecins à Katako Kombe).
- e) Le programme inclut des initiatives d'accès (moto-ambulances, fonds pour les césariennes, fonds pour les indigents, mutuelles des césariennes).
- f) Le programme fonctionne à proximité du terrain (avec cadres nationaux et bureaux provinciaux).
- g) Le programme a démontré **une flexibilité pour combler des lacunes soudaines** et arriver aux **synergies** avec d'autres acteurs (PRO DSS, Miserior, appui aux mesures de COVID 19)
- h) L'appui du programme est à long-terme, créant **une mémoire institutionnelle des parties prenantes**.
- i) Le programme comprend des maladies non transmissibles, peu abordées par d'autres parties prenantes (diabète, ophtalmologie, dentisterie, chirurgie, urgences)

Pertinence face aux défis

Les défis persistants en matière de gouvernance, de qualité des soins et d'accessibilité aux soins de qualité en dépit des progrès enregistrés témoigne de la pertinence de l'objectif et des axes stratégiques d'intervention tout au long de sa mise en œuvre.

L'équipe d'évaluation a noté les défis suivants :

- gouvernance insuffisante du système de santé : faible leadership institutionnel, coordination insuffisante, déficit de gestion des médicaments ;
- qualité des soins non optimale: indicateurs de qualité en progression (Infection du site opératoire, mortalité hospitalière >48h), mais déficits de qualité persistants des processus de soins clés ;
- accessibilité des populations vulnérables : tarification forfaitaire négociée MAIS manque de mécanismes structurels d'accès des indigents (Sud-Ubangi)

Points d'attention :

Une haute proportion d'appui en renforcement des compétences est dédiée aux HGR en comparaison avec les centres de santé.

4.2.2 Conclusions sur la cohérence

La cohérence répond à la question de savoir dans quelle mesure l'intervention s'accorde-t-elle en interne entre les composantes du programme et à l'externe avec d'autres interventions? La cohérence implique aussi que les opportunités de synergies soient recherchées, identifiées et mises à profit.

Le Programme a démontré une bonne **cohérence interne entre les deux partenaires du programme**, Memisa et MSV. L'équipe d'évaluation a noté un partenariat effectif, notamment au niveau programmatique et opérationnel. Cette cohérence est davantage perceptible dans les zones de convergence où les appuis plus systémiques apportés par Memisa s'articulent bien aux appuis de MSV pour le renforcement du paquet complémentaire d'activités des hôpitaux. C'est le cas par exemple dans le Kwango où des compétences en hygiène hospitalière et en urgence obstétricale avec l'appui de MSV permettent aux personnels de l'HGR de renforcer les équipes de supervision de la ZS financées par Memisa. Également, Katakombé est un bon exemple où les organisations travaillent côte à côte. Dans le domaine de la maintenance, les deux partenaires bénéficient d'un soutien mutuel bénéfique pour leurs interventions réciproques.

Le programme dans ses principales stratégies est également cohérent avec les interventions des partenaires au niveau provincial, ce qui facilite les complémentarités dans le cadre du Contrat Unique (Sud Ubangi et Kwango). Les appuis systémiques apportés par Memisa ont préparé les zones de santé à intégrer de façon plus efficace le processus d'achat de performance du PDSS comparé aux zones de la même province qui ne bénéficiaient pas du même appui.

Le choix opéré au Kongo Central où le programme se concentre davantage sur l'amélioration du PCA à Kisantu qui est en même temps le centre de formation pour nombre de personnel des HGR des ZSD est cohérent par rapport au projet PRO DS qui fournit un appui plus systémique aux ZS. La partie Memisa du programme a été largement soutenue par MSV dans le domaine de la maintenance.

Points d'attention

L'appui en médicaments aux centres de santé, maintenu par Memisa, **là où les fonds propres et les subsides octroyés par le PDSS** peuvent couvrir les besoins desdits centres de santé, pourrait être orientés pour le soutien aux initiatives qui améliorent l'accessibilité des populations aux soins (par exemple plus de financement des soins aux indigents).

La coopération entre MSV et la Division Provinciale de la Santé du Sud Kivu (DPS) est bonne, mais la faible implication de la DPS dans la planification / mise en œuvre des activités est perçue comme une faiblesse par les acteurs DPS rencontrés. Il faudrait donc améliorer la communication sur les activités avec la DPS dans le cadre du partenariat.

Le programme est jugé cohérent et a été noté A-.

4.2.3 Conclusions sur l'efficacité

L'efficacité vérifie « *la mesure dans laquelle les objectifs de l'intervention de développement ont été atteints, ou sont en train de l'être, compte tenu leur importance relative.* » (CAD-OCDE)

Ce critère concerne donc surtout le degré d'atteinte des résultats envisagés et planifiés par le programme.

L'efficacité du programme a été négativement influencée par la situation sanitaire due au COVID-19.

Sous le critère d'efficacité, les évaluateurs ont analysé **la performance du programme par rapport aux indicateurs du cadre logique du Programme et à la ligne de base du 2017.**

Réflexions globales importantes vis-à-vis des indicateurs du cadre logique :

1. Le programme DGD Memisa et MSV est **un** des acteurs intervenants dans le système. Les progrès des indicateurs reflètent une évolution globale du contexte d'intervention, et **ne peuvent être attribués à un seul intervenant.**
2. Certains indicateurs ne sont pas renseignés pour faute de données.
3. L'absence de données consolidées à l'échelle du programme (toutes les provinces) oblige les évaluateurs à présenter les progrès des indicateurs contractuels dans les provinces couvertes par l'évaluation. La spécificité des contextes d'intervention propres à chaque province plaide d'ailleurs en faveur de cette option.
4. Un facteur confusionnel pour certains indicateurs du cadre logique pourrait être le taux de natalité et la population totale dans les zones du Programme différents des taux présumés. **Le dernier recensement en RDC a eu lieu avant 1985.**
5. **Les indicateurs ne reflètent pas toujours le travail de Memisa-MSV ou son potentiel d'effet et d'impact.** Les indicateurs du cadre logique ne prennent pas en compte les initiatives locales, qui font une différence au niveau local (par exemple, les fonds pour les césariennes ou les fonds pour la radiologie à Katoko Kombe). Il en est de même pour la **construction**, pourtant complexe et coûteuse.

« **Outcome** »

L'« **outcome** » attendu 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 indicateurs décrivent le progrès du programme vers l'atteinte de l'outcome' : **le taux d'utilisation des soins curatifs, le taux d'accouchements professionnellement assistés et le taux de satisfaction des utilisateurs.**

Indicateur 1 : taux d'utilisation des soins curatifs

Avec les statistiques de 2020, toutes les zones du Programme ont atteint le taux d'utilisation des soins curatifs de plus de 50%.

Les appuis du programme suivants y ont contribué à travers :

- Les constructions et réhabilitations des centres de santé
- L'appui au capital médicaments au niveau des zones
- L'équipement pour les centres de santé
- Appui financier aux ECZ

La contribution de Memisa et MSV aux taux d'utilisation des soins curatifs (un indicateur plutôt quantitatif, comme indicateur de couverture prioritairement du 1er échelon du système local de santé) n'est comparativement pas forte, étant donné que leurs appuis sont plutôt concentrés sur le niveau hospitalier et les soins spécialisés. Cet indicateur n'est pas le plus adapté pour mesurer les appuis du programme qui sont plus concentrés sur les hôpitaux.

Indicateur 2. Taux d'accouchements professionnellement assistés

L'indicateur a connu un accroissement constant durant la vie du programme dans toutes les zones de santé du programme. La cible finale de 90% a été atteinte dans la plupart des zones de santé en 2020 sauf dans Gombe Matadi et Popokabaka. Le fait que davantage de femmes accouchent en institution indique que les maternités sont de plus en plus attractives pour les femmes enceintes. Les appuis du programme **ont contribué fortement à améliorer** le cadre et les conditions dans les maternités, à travers :

- la construction et la réhabilitation des maternités et centres de santé (par exemple 2 maternités à ZSD Kisantu, 2 salles de maternités à Ituri) ;
- des matériels, lits, tables d'accouchement dans toutes les zones d'activités ;
- le renforcement des capacités des prestataires (accoucheuses, sages-femmes par exemple à Katako Kombe, Ituri) ;
- des missions de soins obstétriques et urgences obstétriques du MSV ;
- l'amélioration de l'accessibilité financière des populations à travers les fonds pour les césariennes (Katako Kombe)

Indicateur 3 : Le taux de satisfaction devant être renseigné à partir des données d'enquête, aucune enquête n'a pu être réalisée. D'ailleurs, il pourrait s'avérer difficile d'effectuer une enquête **neutre** et représentative

Outputs

Le cadre logique est structuré en quatre outputs (ou domaines de résultat).

Output 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

Trois indicateurs sont retenus pour mesurer l'évolution vers l'atteinte de ce résultat :

- 1) Indicateur 4 : Proportion des Comités de santé fonctionnels (selon critères établis).
- 2) Indicateur 5 : Proportion de ZS avec ECZ fonctionnelle (selon critères de fonctionnalité)
- 3) Indicateur 6 : Nombre d'expériences pertinentes documentées et partagées de façon effective

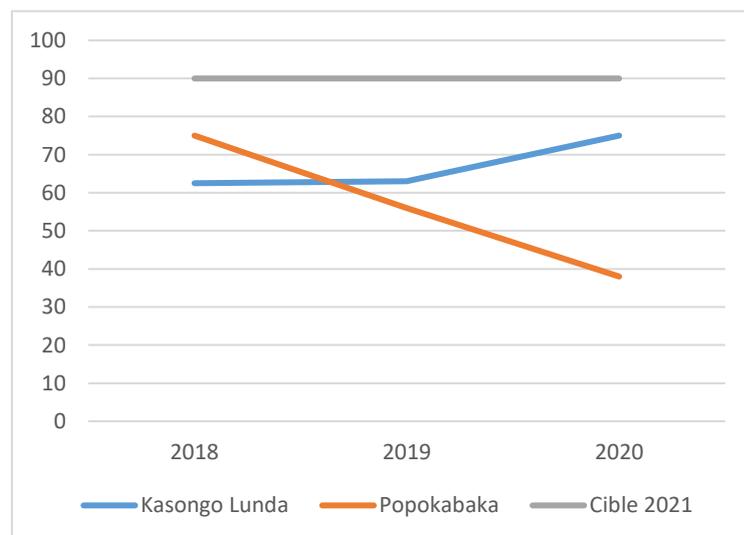
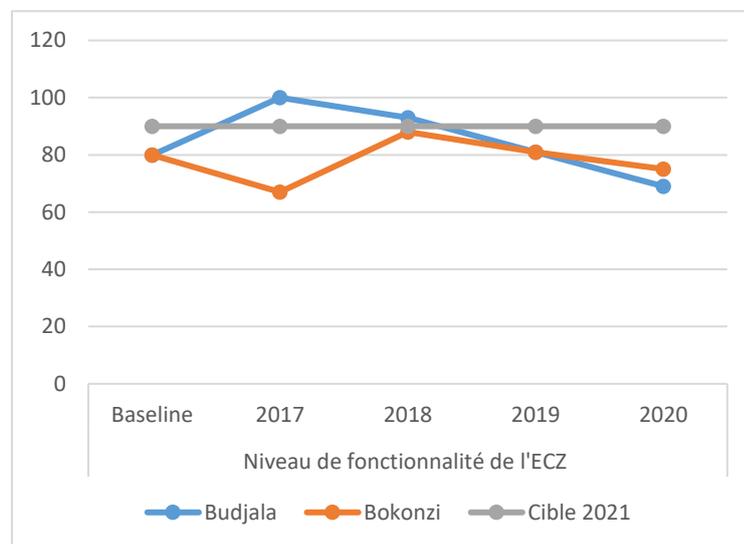
Indicateur 6 : Même si les données n'étaient pas disponibles pour renseigner l'Indicateur 6, les évaluateurs ont noté que **les expériences intéressantes ont été développées, mais ne font pas l'objet de documentation systématique**. Par exemple à Popokabaka ou à Sankuru, une expérience sur le renforcement des capacités des accoucheuses aurait pu être décrite et partagée, également comme l'expérience de malnutrition à Kisantu.

La construction étant une **composante complexe, mais bien gérée par Memisa** dans le cadre des subventions DGD, des autres ACNG belges auraient pu profiter des expériences de Memisa (voire aussi sous Efficience).

Les données pour renseigner **les indicateurs 4 et 5** sont parcellaires sauf au Sud-Ubangi. Les comités de santé montrent un fonctionnement relativement stable tout au long de la période d'exécution du programme au Sud-Ubangi.

L'équipe d'évaluation s'est rendu compte que ces critères de fonctionnalité des CODESA ne sont pas bien appropriés par les acteurs comme l'ECZ. Les évaluateurs n'ont pas vu comment les évaluations du fonctionnement des Codesa étaient effectuées ni les documents sous-jacents pour juger leur fiabilité.

Indicateur 5 : Proportion de ZS avec ECZ fonctionnel



L'indicateur 5 mesure le niveau de fonctionnalité des ECZ des zones de santé concernées. On note une baisse de fonctionnalité les deux dernières années (2019 et 2020) au Sud-Ubangi et à Popokabaka. Le

départ des membres de l'équipe cadre au cours des dernières années pourrait expliquer en partie cette situation (Popokabaka, Budjala).

Les points d'attention concernent les difficultés des fonctions d'approvisionnement et de gestion des stocks de médicaments. Pour certains médicaments traceurs, les fiches de stocks n'étaient pas à jour, ou ont connu une rupture totale au cours de la période. Les médicaments les plus souvent concernés sont ACT, SRO, Paracétamol et Amoxicilline.

Avec les connaissances accumulées par Memisa au niveau national, local et à travers les BDOM, les besoins d'accompagnement technique des instances de gestion dont dépend la performance du système local de santé pourraient être encore mieux encadrés.

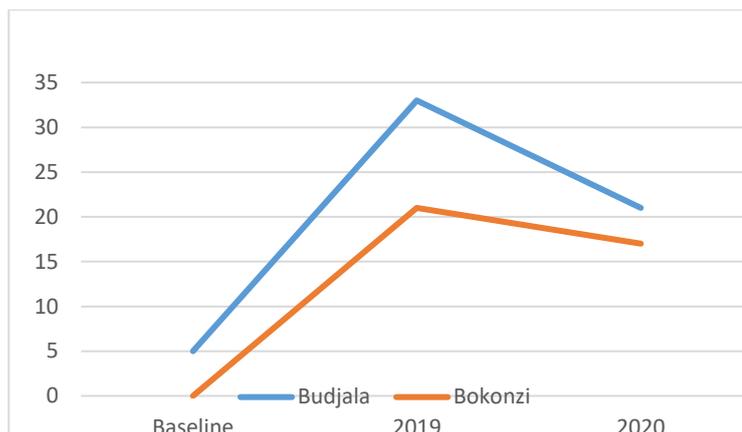
Output 2 : « Les équipements, les infrastructures et l'approvisionnement en médicaments dans les structures cibles sont améliorés dans les ZS ciblées ».

Trois indicateurs sont retenus pour mesurer les progrès par rapport à ce résultat :

- 1) 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)
- 2) Indicateur 8 : % du matériel biomédical acheté en utilisation (milieu spécifique – gestion durable)
- 3) Indicateur 9 : % des hôpitaux partenaires locaux qui rapportent un progrès par rapport à la maintenance préventive

Concernant les **indicateurs 8 et 9, les données sont disponibles pour le Kivu Sud** (voire en bas, avec les indicateurs 12 et 13). Les données pour renseigner l'indicateur 8 ne sont disponibles à l'Ouest que pour les années 2019 et 2020. Le pourcentage de matériel en utilisation varie de 59% (St Joseph) à 84% (Kalembe Lembe). Au Kwango, il est de 82% à Kasongo Lunda contre 79% à Popokabaka. Ces données, indiquent la nécessité d'un système de maintenance efficace pour assurer le fonctionnement optimal du matériel et la continuité des soins. En effet, de 2018 à 2020, **le pourcentage des hôpitaux partenaires locaux qui rapportent un progrès par rapport à la maintenance préventive restent faible** : 10% en 2018, 31% en 2019 et 39% en 2020. Les données disponibles sont cumulées pour l'ensemble des hôpitaux partenaires sous TRC., et ne permettent pas de désagréger par Hôpital pour apprécier la performance individuelle.

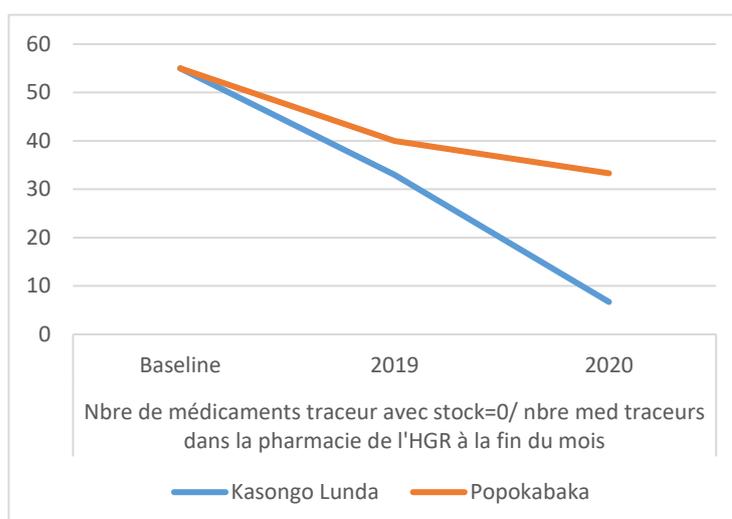
Indicateur 7 : Proportion de ZS avec moins de 20% de médicaments traceurs en rupture dans la pharmacie de la ZS à la fin du mois, a été remplacé en 2018 par un autre indicateur intitulé « *Nombre de médicaments traceurs avec stock = 0 rapporté au nombre total de médicaments traceurs (à la fin du mois)* ». (Voir également le sous-chapitre Disponibilité des médicaments)



La situation souhaitable serait une courbe décroissante qui tend vers « zéro » exprimant une absence de rupture de stock de médicaments traceurs. Le graph ci-dessus (ZS de Bokonzi et Budjala) et ci-dessous (Popokabaka, Kasongo Lunga), représentant la situation en 2019 comme en 2020, indique le contraire avec environ 20 à 30% des médicaments traceurs qui ont connu des ruptures de stock. La situation est similaire à Popokabaka dans le Kwango (ci-dessous). Ce phénomène est d'autant plus surprenant que plusieurs partenaires ont fourni des appuis pour « améliorer la disponibilité des médicaments ». Le phénomène que traduit ce graphique illustre bien les constats de l'équipe d'évaluation qui pourrait être pire en 2021 et pose le problème de :

- La gestion de la chaîne d'approvisionnement et des stocks de médicaments dans les formations sanitaires, qui sont en partie le résultat de la déstructuration du système local de santé, causée par l'approche de gestion imposée par le PDSS dont le contrôle semble échapper aux responsables provinciaux de la santé.
- La qualité des supervisions, qui bien que régulières dans la plupart des ZS visitées, manquent d'efficacité.

La conséquence de cette situation est que les initiatives visant à améliorer la qualité de l'offre de soins auront moins d'effet pour les populations ou bénéficiaires finaux.



Output 3 : Les compétences médicot techniques et organisationnelles du personnel des hôpitaux et centres de santé ciblés sont améliorées.

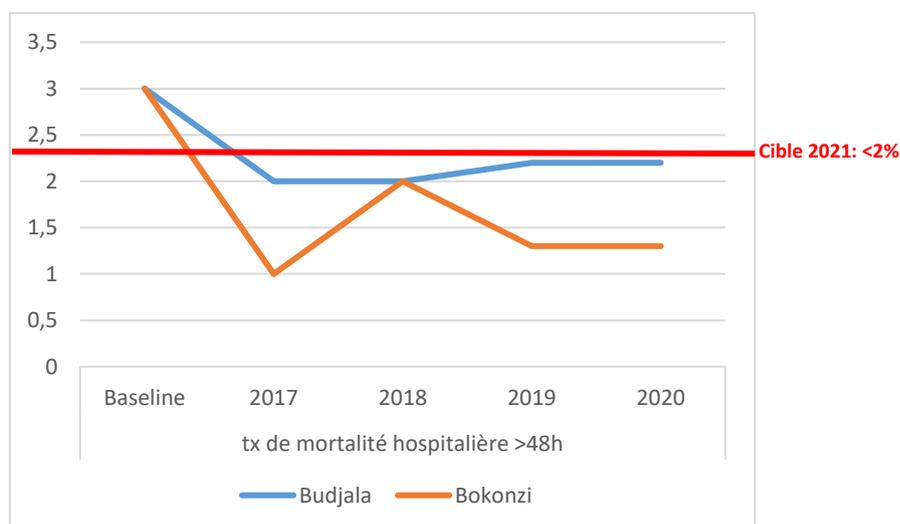
Quatre (04) indicateurs sont retenus pour la mesure des progrès du résultat 3 :

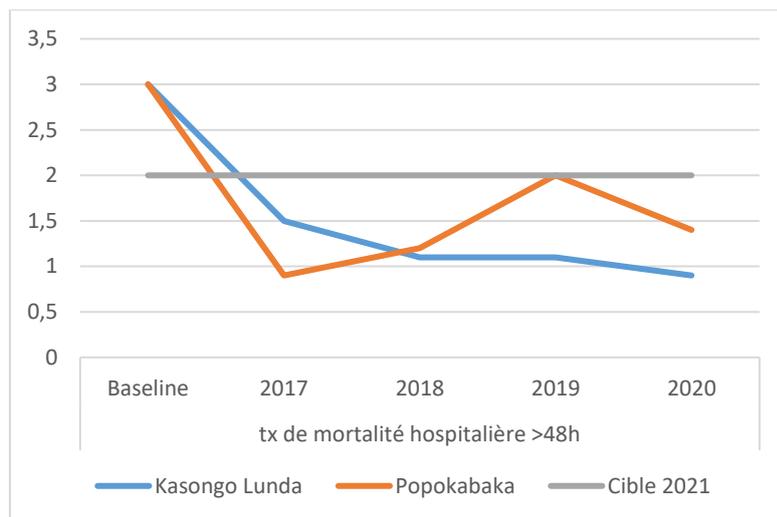
- Indicateur 10 : Pourcentage de personnes formées/prévues issues des ZS du programme (par genre)
- Indicateur 11 : Taux de mortalité hospitalière après 48 heures
- Indicateur 12 : Pourcentage d'hôpitaux partenaires qui rapportent un progrès (d'un minimum de 50% des MDP) par rapport à l'organisation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

Les évaluateurs notent positivement **la désagrégation par sexe** dans le renseignement de l'indicateur 10. A l'HSLK, au total 56 personnes ont été formées. Les données ne sont pas disponibles pour d'autres zones ou ne reflètent pas un progrès sur la durée du programme.

Remarque : des indicateurs du type « pourcentage d'hôpitaux partenaires qui rapportent un progrès ... » - utilisés dans le système de suivi-évaluation du programme - nous semble trop binaire (oui / non). Les évaluateurs considèrent qu'il serait mieux que chaque hôpital précise le taux / score de progrès et que le taux ou score de progrès moyen (le cas échéant une moyenne pondérée) soit utilisé comme indicateur du programme.

Indicateur 11 : Taux de mortalité hospitalière après 48 heures





La mortalité après 48h qui reflète la qualité des soins de référence et qui montre que les HGR jouent leur rôle de recours, a baissé par rapport à la valeur de base. C'est la preuve que **la qualité des soins s'est améliorée par rapport au début de l'intervention**. En dehors de Budjala, la cible (mortalité < 2% après 48h) semble atteinte pour tous les hôpitaux durant les quatre premières années de la vie du programme.

A l'Ouest, le taux de mortalité à l'hôpital pédiatrique Kalembe Lembe pour 2019 et 2020 est similaire (voir ci-dessous) alors qu'il reste élevé à l'hôpital Saint Joseph. Le statut de ce dernier, hôpital tertiaire, peut expliquer le taux anormalement élevé de décès.

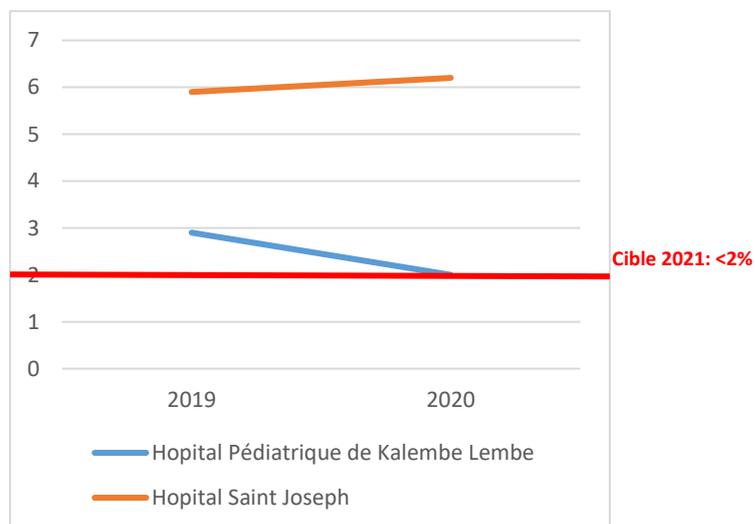


Tableau 4 : Evolution du pourcentage des hôpitaux qui signalent un progrès par rapport à l'organisation, l'application des compétences techniques et à la maintenance (Indicateurs 12 et 13, Ouest, Congo)

Compétences	Valeurs cumulées 2018	Valeurs cumulées 2019	Valeurs cumulées 2020	Valeur cible
Compétences médicotéchniques	9%	36%	43%	60%
Compétences en maintenance	10%	31%	39%	50%
Compétences organisationnelles	9%	31%	38%	60%

Globalement, les progrès indiqués par les hôpitaux partenaires pour les différentes compétences ciblées sont faibles, inférieurs aux cibles visées. Il convient d'analyser cette situation par rapport à la fiabilité de l'outil utilisé à capter les changements. Nous notons en effet un écart très significatif entre les témoignages rapportés par les acteurs lors de l'évaluation et les données du MDP pour ce qui concerne l'application des compétences techniques.

Au Sud Kivu, les indicateurs sont suivis dès 2018 et ont atteint un bon niveau, même si la crise sanitaire a interrompu les efforts :

2019 MSV Bukavu (dernière année renseignée)	Valeur cumulée	Valeur cible
Compétences médicotéchniques	52%	60%
Compétences en maintenance	59%	50%
Compétences organisationnelles	46%	60%

Même pendant une partie de la crise sanitaire de COVID, MSV a réussi à remplacer les missions internationales par des missions nationales dans une certaine mesure (voire chapitre TRC) de sorte que les activités se sont poursuivies. Dès que possible après que les limitations COVID ont été abaissées, le programme HSLK a été poursuivi.

Points à considérer

- ✓ Optimiser l'adéquation entre le type d'appui et les capacités réelles (compétence, environnement, maintenance possible, type de patients) de l'hôpital à en faire un usage optimal.
- ✓ Améliorer le contrôle de qualité des données et la revue de morbidité et mortalité et ses causes au niveau des BCZ/Directeurs hôpitaux avec l'appui du BAT/BDOM.
- ✓ Memisa pourrait considérer l'utilisation des indicateurs similaires de compétences comme MSV.

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

Quatre indicateurs sont retenus pour le suivi du résultat 4.

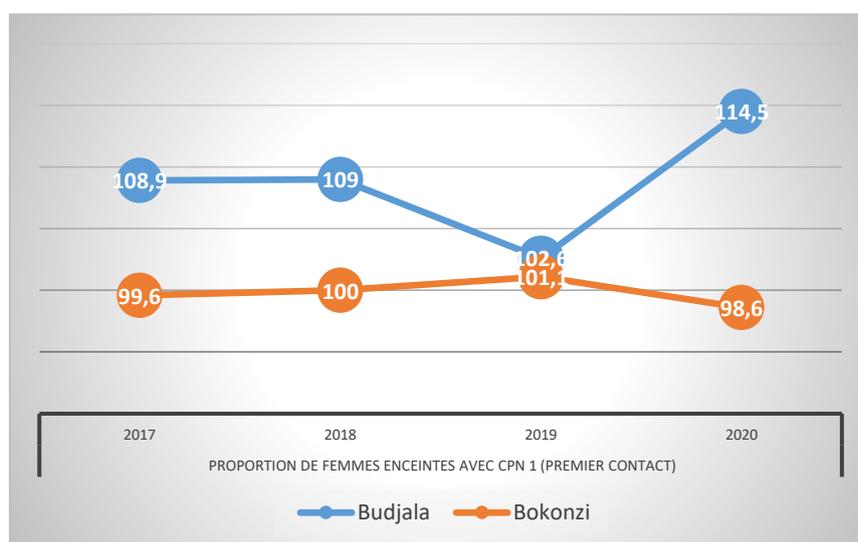
- indicateur 14 : pourcentage des cas hospitalisés référés
- indicateur 15 : proportion de ZS où le Taux d'Utilisation > 0,5 (cf. également Outcome)
- Indicateur 16 : proportion d'accouchements professionnellement assistés avec 4 CPN
- Indicateur 17 : proportion de ménages avec des dépenses de santé catastrophiques »

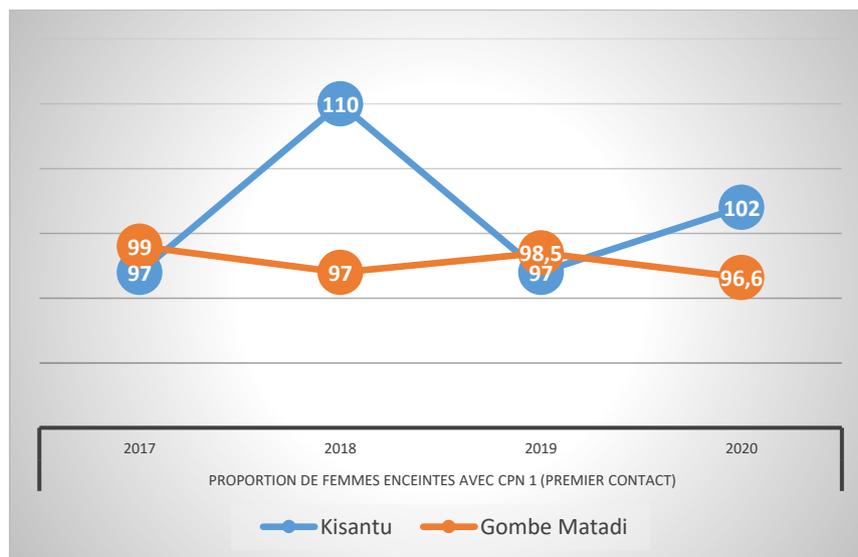
Indicateur 14 : Les données fournies dans les matrices reflètent **une compréhension qui n'est pas uniforme au niveau des acteurs**. Tantôt il signifie « taux de référence du 1^{er} échelon vers les hôpitaux (références abouties)» ou « taux de cas référés parmi les patients hospitalisés ». Or ces deux indicateurs traduisent deux réalités différentes, quoique complémentaires. En conséquence les données ne sont pas comparables d'une année à l'autre, ou d'une province à l'autre, et ne sont donc pas exploitables.

Concernant l'**indicateur 15**, les données manquent pour le renseigner de façon exhaustive, les données parcellaires pour les zones visitées étaient au-delà de 0.5. Il en est de même de l'**indicateur 17**, les enquêtes n'ayant pas pu se faire annuellement comme prévu.

L'**indicateur 16** initial a connu une modification. La nouvelle formulation est « *Proportion de femmes enceintes avec CPN1* », dont le suivi est plus réaliste avec les données de routine du système. Aucune cible n'a été fixée.

Les évaluateurs ont pu disposer de données pour en mesurer les progrès sur les quatre dernières années au Sud-Ubangi et au Kongo Central. Dans le Kwango, nous n'avons disposé que de données pour 2019 et 2020.





Les constat qui se dégagent de ces graphiques sont les suivants :

- Presque toutes les femmes (>97%) font au moins 01 consultation prénatale dans toutes les provinces concernées.
- A Budjala comme à Kisantu, on enregistre régulièrement des « super taux » supérieur à 105%. S'agit-il d'un problème de dénominateur ? Ou plutôt les formations sanitaires de ces zones sont plus attractives pour des populations limitrophes ?

Points de considération

L'analyse que « l'accès géographique et financier aux soins de santé est amélioré et les soins sont acceptables pour la population » sur la base des indicateurs ci-dessus, doit tenir compte des facteurs externes limitants suivants :

- **Facteur limitant 1** : disponibilité des médicaments, fonctionnement peu optimal des CDR (Hypothèse, Résultat 2)
- **Facteur limitant 2** : Mutations des personnels de santé capacités par le programme, menant à une fragilisation de l'offre de soins de qualité, perte d'investissement
- **Facteur limitant 3** : Longue grève des prestataires de soins, menant à la désorganisation des services, faible fonctionnement, perte de confiance des usagers, perte de routine importante, impact négatif sur la santé des populations et sur le fonctionnement futur.

L'efficacité du programme est notée B.

4.2.4 Conclusion sur l'efficience

L'efficience est la mesure du rapport entre les produits – qualitatifs et quantitatifs – et les ressources mises en œuvre pour les obtenir. Pour déterminer si le processus le plus efficace a été adopté, il faut généralement comparer celui-ci avec d'autres modalités possibles de réalisation des mêmes produits.

L'efficience du programme a été notée A-

Les évaluateurs ont revu l'aspect d'efficacité selon plusieurs perspectives.

Points forts

Fonctionnement efficace des bureaux opérationnels : BAT/BDOM ont un effectif minimum, avec une bonne utilisation des ressources humaines.

L'équipe du bureau local de MSV a un effectif minimal (Kinshasa et Bukavu). Le concept organisationnel de MSV est efficace parce qu'il utilise peu de personnes à temps plein, donc également peu de ressources pour leur gestion. Il vise directement les hôpitaux, ce qui raccourci les procédures bureaucratiques et les efforts pour la coordination. L'utilisation des équipes d'experts (volontaires ou locaux) est efficace parce qu'elle est préparée avec soins, orientée vers des résultats concrets. Par ailleurs, l'utilisation des experts locaux permet également d'assurer la continuité de l'appui du programme dans le timing prévu pendant la crise sanitaire.

La **flexibilité organisationnelle** et budgétaire a permis une réaction et un appui rapides dans le cas de changement des conditions d'implémentation (exemple entrée /sortie PRO DS ou autre bailleurs). Cette flexibilité budgétaire améliore l'efficacité, qui est peu fréquente dans le milieu des ONG soumises aux procédures rigoureuses des bailleurs.

Les bureaux provinciaux travaillent sur des **budgets annuels clairs** d'une page pour Memisa. C'est également un bon outil d'organisation.

L'achat par MSF Supply d'équipements est une procédure de routine, qui garantit une bonne qualité pour un coût raisonnable et ne nécessite pas de relancer les processus.

L'installation des **équipements solaires** assure la continuité des soins dans plusieurs hôpitaux appuyés.

Memisa a appuyé dès le départ la stratégie **de la tarification forfaitaire, ce qui** a facilité l'octroi de subventions pour la prise en charge des indigents sur base des forfaits.

La **construction des infrastructures sanitaires** implique les communautés avec une efficacité élevée :

- Participation en nature (Kisantu, Bokonzi, Budjala)
- Participation de la communauté à travers la main d'œuvre locale
- Utilisation des matériaux locaux souvent moins onéreux
- Connaissance des prestataires locaux

Les résultats de cette initiative :

- **Des infrastructures coûtant 40 à 50% moins chères** que des infrastructures similaires construites à travers les procédures de marchés publics (127,000 EUR NGEMA 1 (PRO DS) et NGEMA 2 (67 000 EUR, BDOM) dans la ZS de Kisantu sans grande différence en termes de dimensions entre les deux constructions ;
- Appropriation locale par les communautés des ouvrages, qui se sentent plus concernées dans sa gestion. L'initiative du centre de santé de Balaw (ZS de Budjala) où une équipe locale a été formée par le logisticien du BAT Gemena à la maintenance de l'infrastructure en particulier des installations solaires est très positive. Une bonne pratique qui **mérite d'être documentée et capitalisée** dans le cadre du prochain programme.



Bâtiment du CS NGEMA I (Kisantu) construit par PRO DS Bâtiment du CS NGEMA II (Kisantu) construit par Memisa

Appui à la maintenance : Des solutions à la maintenance (augmentant l'efficacité d'équipement utilisé) ont pu être trouvées dans presque toutes les régions :

- i. Formation d'une personne de BDOM Sankuru et un contrat avec une personne à Ituri permet une maintenance locale.
- ii. La polyvalence du personnel des BAT constitue un point très positif qui mérite d'être souligné. Au Sud-Ubangi, le logisticien a pu former une équipe de maintenance capable de fournir une maintenance curative primaire sur les matériels roulants et solaires au sein de l'HGR de Bokonzi.
- iii. A Bukavu, un appui à la formation en maintenance pour toute la province est fournie, cité comme 'best practice' dans les entretiens avec les évaluateurs.

Points d'attention

Il importe de renforcer l'appui technique (notamment du BAT) au profit des ZS dans les domaines suivants : qualité des données, outils de suivi de la qualité des soins dans les HGR, qualité des supervisions formatives pour impacter la qualité des soins, documentation et capitalisation des expériences

Revoir des TdRs du personnel BDOM périodiquement, pour assurer une distribution des tâches optimale selon les compétences.

A Sud Kivu, la dépendance financière du bureau de Coordination de MSV Bukavu du Bureau de Bujumbura occasionne de fréquents déplacements entre Bukavu et Bujumbura. Le Bureau régional de Bujumbura pourrait assurer la supervision d'une manière à permettre au bureau de Bukavu d'acquies progressivement une maturation et une autonomie sur un plus grand nombre de décisions de gestion.

4.2.5 Conclusion sur l'impact

L'impact correspond aux changements positifs et négatifs, à moyen et long terme, qu'une activité de développement a suscité, directement ou indirectement, volontairement ou involontairement.

L'impact est difficile à atteindre vu le nombre de facteurs limitants, les plus importants étant l'environnement politique et social, ou les facteurs inhibiteurs de développement.

Un point fort du programme est sa continuité sur laquelle l'impact peut se construire. **Les changements prennent du temps** et ne sont ancrés dans les pratiques organisationnelles et

individuelles qu'avec le temps et des efforts continus de consolidation des acquis. L'appui sur la durée de quelques cycles est une nécessité.

L'impact a été noté B +.

Points forts

Mesurées en vie sauvées, le programme – Memisa et MSV – a fait un impact considérable. La qualité des services offerts à la population s'est améliorée.

- La prise en charge des indigents a permis l'accès des populations vulnérables aux soins. Entre 2018 et 2019, les soins d'environ 150 indigents ont été pris en charge par le programme pour un coût d'environ 3000 dollars dans les ZS de Budjala et Bokonzi. D'autres initiatives visant à lever les barrières financières (fonds d'équité, fonds de radiologie à Katako Kombe, mutuelles communautaires) ont également contribué à améliorer l'accès aux soins.
- A Bukavu, MSV appuie des hôpitaux dans le milieu rural, ce qui permet l'accès des populations rurales aux services de qualité. MSV intervient dans 8 hôpitaux – un quart d'établissements hospitaliers de la province. Il y a maintenant des médecins généralistes avec des compétences chirurgicales dans les hôpitaux partenaires, des infirmiers du bloc opératoire, des sage-femmes et des techniciens anesthésistes pour assurer le paquet complet de l'offre de soins de chirurgie. L'augmentation de la qualité des soins est facilement mesurable avec accroissement du score de qualité (bonnes statistiques à partir de l'introduction de la digitalisation).
- Le renforcement du plateau technique et des compétences des prestataires de soins et des structures de soins appuyées constituent une base importante pour une offre de soins de qualité et contribue à sauver des vies.
- Les appuis fournis pour doter certains hôpitaux d'unités de prise en charge des enfants malnutris (Bokonzi, Budjala, Kisantu) ont un impact à court terme (récupération des malnutris) mais surtout à plus long terme avec la restauration des capacités cognitives et de développement psychomoteur.
- La comparaison avec l'appui du programme et le niveau présumé sans appui du programme dans les provinces (Kongo Central) est positive.

Points d'attention :

- L'expérience des ZSD est positive, mais demeure fragile. Il importe d'identifier des mécanismes pour une consolidation des acquis dans le futur. Les activités ne sont pas évaluées d'une manière systémique pour leur impact qui conduit à **un appui relativement moindre au ZS/CS où la plupart de la morbidité et mortalité survient par rapport aux HGR.**
- L'impact de la composante MSV pourrait encore être renforcée par un suivi rapproché entre deux missions (cf. supervisions à Bukavu).
- La stratégie de désengagement d'appui aux processus de routine qui relèvent de l'ordre régalién, telle que le carburant pour les supervisions ou paiement pour le fonctionnement devrait être liée à **une performance spécifique.**
- Une meilleure gestion de la pharmacie, question de TRC organisationnelle, pourrait augmenter l'impact et l'accès aux soins.

4.2.6 Conclusion sur la durabilité

La durabilité correspond à la probabilité que les résultats positifs d'une activité perdureront après que le financement, assuré par les bailleurs de fonds, aura cessé. Dans la mesure du possible, les résultats des projets doivent être durables tant du point de vue technique que sur le plan financier.

La durabilité technique, institutionnelle, organisationnelle et financière a été appréciée par les évaluateurs.

Points positifs pour la durabilité : Des appuis ont été mis en œuvre qui sont porteurs de durabilité :

- Dans les ZS (Cat. 1-2) et dans les hôpitaux accompagnés par MSV où de nouvelles capacités ont été développées (compétences personnelles et d'équipe, des routines et des circuits), des services et soins sont mis en place et fonctionnent relativement bien en dépit des contraintes.
- La construction de qualité permet des circuits et procédures robustes dans les centres de santé et hôpitaux en question.
- Maintenance des équipements : le transfert des compétences en cours dans certains hôpitaux (Bokonzi, Kisantu) peut s'inscrire dans la durée s'il est soutenu. A Katako Kombe, la formation d'un ingénieur maintenancier de BDOM a été assurée, et en Ituri, un maintenancier a été mis à la disposition de BDOM Ituri. Toutefois la question se pose toujours quant à la mise en place de conditions et incitations au niveau des structures de santé pour retenir des techniciens formés qui auraient maintenant, grâce aux compétences de maintenance acquises, de nouvelles opportunités professionnelles ailleurs.

Les points d'attention

1. La régularité des visites a souffert pendant la crise de COVID. Cet aspect est important à tous les niveaux pour renforcer la gouvernance et les routines (par exemple chez le Projet Action d'Espoir, missions internationales à l'hôpital de Kisantu, missions des ECZ aux centres de santé).
2. La rétention du personnel médical qualifié au niveau des hôpitaux se présente difficilement dans les zones désavantagées (inclus Kivu Sud). Les solutions devraient être discutées au sein du programme et avec les DPS.

Les scores D et B ont été accordés pour la durabilité.

Dans le contexte actuel de crise prolongée et de pénurie structurelle de financement du secteur de la santé en RDC, la durabilité des résultats du programme, sans poursuite de financement international, ne méritent qu'un score D. Par contre les efforts en vue de renforcer la durabilité, entrepris par le programme dans sa propre sphère d'influence, méritent un score B.

4.3 Théorie de changement (TOC) du programme

Il s'agissait pour l'évaluation d'analyser :

- I. Dans quelle mesure la ToC et la logique d'intervention élaborées correspondent à la réalité de la mise-en-œuvre ? Est-ce qu'elle demeure pertinente ?
- II. Comment le programme mesure la ToC ?

La théorie de changement du programme reste pertinente

1. Les changements projetés sont toujours appropriés au regard des défis constatés en matière de gouvernance, de changement de pratiques, d'acquisition et d'application des compétences
2. Les hypothèses émises à chaque niveau de la chaîne de résultats restent également pertinentes, **mais ne sont pas toutes vérifiées** et constituent pour cela des points d'attention. Par exemple, l'hypothèse que « le niveau intermédiaire joue son rôle d'encadrement des Zones de Santé » (l'hypothèse du résultat 1) n'est pas valable dans le contexte de l'affaiblissement du leadership de certaines DPS d'une part et du besoin de renforcer la qualité des supervisions d'autre part.

Il en est de même pour l'hypothèse du résultat 2 : « 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 ». Si plusieurs hôpitaux (Bokonzi, Budjala) ont une autonomie énergétique grâce aux installations solaires fournis par le Programme (Memisa) ce qui permet le fonctionnement continu des services sensibles, la situation des CDR (Gemena, Kisantu) est une préoccupation. En effet, les CDR ne fonctionnent pas efficacement dans certaines provinces posant des difficultés d'approvisionnement en médicaments de qualité.

3. **Au niveau global** du pays, le programme quinquennal a fait une bonne tentative pour couvrir les bases de la TOC et créer des conditions pour que des changements durables puissent avoir lieu.

Au niveau régional :

- la TOC n'est que vaguement connue par les acteurs de premier plan comme le personnel des bureaux d'exécution (BAT, BDOM),
- elle reste peu utilisée pour guider les réflexions et les actions aux BCZ.
- Les PAO ne reflètent pas le concept de la TOC .
- Elle n'est pas connue par les partenaires du programme.
- Elle n'est pas revisitée à l'occasion des rencontres périodiques des équipes du programme et de leurs partenaires telles que les ateliers régionaux pour s'y familiariser, l'actualiser, et la réorienter au besoin.

Le programme devrait dans la prochaine phase promouvoir les connaissances et l'application d'une TOC simplifiée et adaptée localement, avec une chaîne de résultats appropriée, au niveau des parties prenantes des provinces et des zones.

4.4 Thématiques transversales

Les thèmes transversaux analysés sont : le genre, l'environnement et la digitalisation. Il s'agit de thèmes auxquels le bailleur accorde une attention particulière.

4.4.1 Genre

L'engagement pour l'inclusion des aspects de genre est inscrit au programme quinquennal Memisa / MSV, et le programme RDC a mis en œuvre un certain nombre d'activités dans les domaines, tels que

- ✓ Allocation des fonds pour les césariennes à l'HGR de Katako Kombe à Sankuru.

- ✓ Construction des salles de maternité et pédiatrie au Kongo Central et à Ituri, avec des investissements considérables contribue à améliorer l'accessibilité des femmes et des enfants, couches vulnérables, à des soins de qualité.
- ✓ Formation des accoucheuses à Kisantu, à Katako Kombe, au Kwango ou Ituri.
- ✓ Plusieurs milliers de kits de dignité ont été distribués en Ituri.
- ✓ Présence de plusieurs femmes parmi les stagiaires formés au Centre de Formation HSLK et désagrégation d'indicateurs pour le suivi des personnes formées par genre.
- ✓ Bonne couverture des femmes en CPN et accouchement accompagné selon les statistiques des ZS, un résultat clé pour le programme selon son cadre logique. Memisa et MSV ont installé des équipements pour l'accouchement et les soins obstétricaux dans les FOSA et MSV a conduit des missions/TRC des soins obstétricaux.
- ✓ Création d'un poste spécifique en 2021 au niveau du BDOM Kisantu (Kongo Central) sur les sujets du genre et de l'environnement. Ce poste est payé partiellement par Memisa. Des sessions de sensibilisation pour les écolières sont prévues avec les écoles.
- ✓ Des formations en chirurgie de fistules obstétricaux (MSV, Ciriri, Sankuru, Popokabaka, Ituri) ont été effectuées. De nombreuses femmes en sont bénéficiaires.
- ✓ L'approche TRC suggère explicitement la participation des chefs féminins des services pour le goître ou les fistules obstétricaux, au-delà de l'intervention chirurgicale, un bénéfice social en découle pour les femmes, qui retrouvent une forme de « ressuscitation sociale ». Elles réintègrent la société et retrouve une vie normale, qui ressort au-delà de toute mesure.
- ✓ L'initiative Action d'Espoir soutenue par Memisa à l'Est contient le volet « revitaliser les forces vitales des femmes » basé sur l'organisation des rencontres mensuelles et l'appui aux activités génératrices de revenus a permis de réunifier des couples séparés.
- ✓ Sur le volet violences sexuelles et violences basées sur le genre (VSBG), le projet Action d'Espoir a permis l'identification des femmes vulnérables / victimes de VSBG dans sa zone d'intervention et de les orienter vers des structures de santé ayant un contrat avec Action d'Espoir et parfois vers l'Hôpital de Panzi (Bukavu) du Dr Denis Mukwege lorsqu'il s'agit des cas compliqués à gérer.

Points à considérer

Le nouveau programme pourrait étendre les initiatives réussies.

Vu le nombre des grossesses précoces (30% sur le niveau RDC, plus en dehors de Kinshasa), le niveau des infections sexuellement transmissibles (entre les Top 5 ou Top 10 en morbidité dans les zones couvertes par le programme selon PAO), et la fertilité à un niveau peu soutenable, la possibilité de sensibilisation à travers des moyens comme le théâtre communautaire ou la sensibilisation par des partenaires de la société civile, devrait être examinée.

Les évaluateurs ont revu la disponibilité de la planification familiale : les intrants n'étaient pas toujours disponibles (pas de PF au HSLK), l'offre n'était pas gratuite, il y a une faible sensibilisation des populations, les matériels de sensibilisation n'étaient pas disponibles, les prestataires manquent de capacité, il y a un manque d'intrants et consommables ou des ruptures fréquentes.

Les évaluateurs proposent également de quantifier, dans une note programmatique, les actions et l'impact sur le genre à atteindre, c'est-à-dire traduire les intentions stratégiques du programme en cibles opérationnelles.

4.4.2 Environnement

Le programme a su inclure le thème transversal de l'environnement avec des fonds significatifs dédiés au sujet.

Les évaluateurs ont examiné des solutions d'élimination des déchets, des sources d'eau, des panneaux solaires et la réduction d'empreinte de carbone.

Points forts

Un nombre de solutions dans le domaine d'environnement ont été implémentées :

- Des solutions d'énergies renouvelables (panneaux solaires) dans les hôpitaux et centres de santé, ainsi qu'au niveau des antennes, par exemple : Sankuru/Katako Kombe, hôpital de Budjala, hôpital de Bokonzi, ainsi qu'à l'hôpital de Nyantende. La production d'électricité réduit considérablement le besoin en gasoil et donc les dépenses des hôpitaux/centres de santé qui y sont liées. A Katako Kombe et à Budjala, les évaluateurs ont vu que la solution photovoltaïque est allée de pair avec la formation d'un responsable en maintenance (facteur facilitateur).
- Les incinérateurs ont été construits dans certaines structures de soins appuyées.
- Des formations sur la gestion des déchets biomédicaux ont été conduites dans le cadre de l'hygiène hospitalière par MSV.
- Des sources d'eau pour l'hôpitaux et centres de santé ont été aménagées (forage et captage d'eau de pluie – impluviums).
- Les cadres permanents de concertations créés par le projet Action Espoir à l'Est de la RDC (appui Memisa) ont permis d'initier autour des centres de santé des initiatives d'assainissement de l'environnement (débroussaillage, entretien des caniveaux, etc.). Quatre (4) sources d'eau étaient également réhabilitées à Katako-Kombe (fonds non-DGD, gestion Memisa fonds DGD).
- Le mode d'implémentation à travers des bureaux de BAT ou de BDOM aide à réduire l'empreinte carbone étant donné la réduction des voyages de supervision nécessaires.

Points d'amélioration :

Les incinérateurs de déchets biomédicaux ne répondaient pas toujours aux normes.

Points à considérer : Inclure la composante des comités d'hygiène ou la sensibilisation dans plus de régions. Le taux de morbidité élevé due à la diarrhée, choléra, et de typhoïde est directement lié à la qualité des installations sanitaires.

4.4.3 Digitalisation

Les approches à la digitalisation étaient variées entre l'Ouest et l'Est du pays.

Dans la région de l'Ouest et du Centre, l'appui en connexion internet facilite la saisie et l'analyse des données par le logiciel DHIS2 (District Health Information Survey 2). A Sankuru, un VSat a été installé pour l'utilisation par le BDOM, le BCZ et l'hôpital permettant ainsi un accès à l'internet et à l'utilisation du DHIS2 qui est un logiciel fonctionnant avec internet. **Les évaluateurs considèrent cette approche à la digitalisation adéquate. La digitalisation bénéficie de l'appui** d'autres partenaires de la coopération (Enabel Sud Ubangi). Cependant, il existe un nombre de facteurs externes limitants à adresser pour renforcer la digitalisation (compétences en informatique, disponibilité d'électricité, risque de vols).

A l'Est du pays (Sud Kivu), les différentes structures de soins ont bénéficié d'un appui du programme à l'utilisation du logiciel Open Clinic dans la gestion des données de soins à travers la formation du personnel sur le logiciel et l'acquisition du parc informatique (ordinateurs, installation du réseau internet et du logiciel). Actuellement, dans la plupart des hôpitaux ciblés pour cette activité, le dossier patient est électronique et cela simplifie le travail et la collaboration entre les différents services hospitaliers.

La contribution majeure de la digitalisation au Sud Kivu se situe au niveau du suivi des indicateurs des compétences médico-techniques.

Les principaux défis à l'implémentation de la digitalisation des services de santé restent les compétences de base en informatiques limitées pour certains prestataires de soins, utilisateurs des logiciels (DHIS2 ou Open Clinic) retardant l'appropriation de l'outil, les coupures fréquentes d'électricité et d'Internet, et le risque de vol des outils déployés comme les ordinateurs portables évoqué par certaines personnes rencontrées.

Les dossiers papier continuent à être utilisés dans certains hôpitaux parallèlement aux dossiers électroniques installés dans Open Clinic. Dans la structure SOSAME à Bukavu, il y a une saisie progressive des informations du dossier papier dans Open Clinic à chaque nouvelle consultation, mais toutes les informations ne sont pas saisies dans Open Clinic, constituant un risque de perte de l'historique des soins donnés au patient au fil du temps, important pour les patients avec des maladies chroniques dont ces informations peuvent impacter les décisions médicales ultérieures. Il serait donc important d'appuyer la saisie des informations d'archive des dossiers papier dans le logiciel d'une manière systématique.

La numérisation / digitalisation du dossier patient a eu aussi un impact positif sur l'environnement en diminuant les papiers à utiliser.

Malgré la digitalisation des services, l'utilisation de papiers reste toujours d'application dans les structures comme les ordonnances de prescription pour l'achat des médicaments et les ordonnances de laboratoire.

4.4.4 Disponibilité des médicaments

L'approvisionnement en médicaments n'est pas l'objectif principal des appuis de Memisa. Cependant, Memisa en fournissant un appui en médicaments aux CS et HGR contribue à la disponibilité des médicaments et des consommables, facteur nécessaire (une hypothèse importante) pour permettre à la population d'avoir accès aux services et soins de qualité.

Le point fort de MSV dans des domaines autres que la psychiatrie (chirurgie, soins obstétricaux etc.) est que les médicaments nécessaires sont envoyés avec chaque mission en surplus pour qu'un suivi professionnel puisse être réalisé.

Dans les régions qui ont fait l'objet de notre évaluation, nous avons constaté la configuration suivante :

- ✓ A **Gemena**, la CDR ne fonctionne pas bien. Il existe cependant une alternative pour commander des médicaments chez une société privée américaine en partenariat avec l'USAID directement par les responsables des centres de santé. Le succès d'une telle configuration reste encore à démontrer. Memisa fournit toujours en moyenne 10 000 USD par zone pour couvrir les lacunes en médicaments. En 2019 comme en 2020, 20 à 30% des médicaments traceurs ont connu de ruptures de stock. Ce taux est plus élevé qu'en 2018. La situation est similaire à Popokabaka dans le Kwango.

- ✓ A **Kisantu**, c'était d'abord Enabel qui a pris en charge les médicaments commandés auprès de la CDR. Après, jusqu'à récemment, les médicaments étaient couverts par le financement du PRO DS. Cependant, les subventions du PRO DS connaissent un écart d'environ 1 an et l'achat de médicaments a considérablement diminué.
- ✓ A **Popokabaka** : Memisa continue de fournir un appui complémentaire en médicaments aux centres de santé et à l'HGR qui ne sont pas couverts par le financement basé sur la performance du PDSS. Cet appui est jugé très utile. Un budget de 10 000 dollars/an est consacré à cet appui à raison de 4000 \$ pour l'HGR et \$ 6000 pour les CS.
- ✓ A **Sankuru** - Katako Kombe, l'ECZ a été mentionnée dans le rapport DPS 2020 comme ayant une bonne gestion des médicaments, l'USAID aide financièrement, Memisa facilite le transport de certains médicaments de Kinshasa à Sankuru. Memisa ne fournit pas d'aide budgétaire.
- ✓ A **Ituri**, le projet PRO DS a financé l'achat de médicaments pour certaines zones ; dans d'autres zones, Memisa couvre une partie des coûts avec environ 6 000 USD par an et par zone (Jiba, Fataki, Lita). Certains bailleurs font des dons, surtout dans les zones abritant des réfugiés.
- ✓ A **Bukavu**, les médicaments aux hôpitaux où travaille MSV sont fournis par BDOM Bukavu via ASRAMES et CEPAC, avec une bonne disponibilité. Les médicaments pour la santé mentale sont achetés en Belgique par le partenaire Fracarita Belgique, ce qui peut être une raison pour les ruptures en stock, à cause des délais de traitement des commandes et de livraison. Des audits sur la chaîne d'approvisionnement et l'utilisation des médicaments par ASRAMES, BDOM, et CEPAC étaient réalisés par financement de MSV et autres acteurs en 2021.

Points d'attention

- ✓ Les évaluateurs ont vu dans certains centres de santé que la compréhension des flux de médicaments, les prévisions de consommation de médicaments, la connaissance des stocks réels et des délais de commande n'étaient pas suffisantes. **Les évaluateurs proposent d'intégrer la gestion des médicaments dans les supervisions formatives de manière systématique.**
- ✓ A Kisantu, le HSLK ne disposait d'aucun produit de planning familial au moment de l'évaluation.
- ✓ A Sosame, des ruptures de médicaments psychotropes pendant plusieurs mois se sont répétés, les raisons étant une gestion sous-optimale, fermeture des frontières, et une ligne de crédit insuffisante pour les médicaments et donc une incapacité de constituer un stock suffisant. L'introduction du logiciel OpenClinic à Sosame pourrait améliorer le travail dans les différents services dont la pharmacie, si les fonctions de l'inventaire, des prévisions et des calculs de commandes sont pleinement utilisées.

4.5 Contribution du programme aux ODD 2030



La contribution du programme aux ODD a été appréciée en confrontant les objectifs ODD aux réalisations du programme durant cette période.

Les ODD 2030 relatifs au programme du Memisa MSV sont surtout les ODD 3 -Bonne santé- et l'ODD 10 -Réduire des inégalités. Le programme a également contribué à l'atteinte de quelques ODD additionnels – ODD 2, ODD4, ODD 7, ODD 9, ODD 17.

ODD 3 : Bonne santé

Cibles pertinentes

3.7. Tous les êtres humains doivent avoir accès à des services de santé et des médicaments sûrs et efficaces. D'ici à 2030, tout un chacun devra avoir accès à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des services de planification familiale, d'information et d'éducation.

3.4 D'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être

3.c Accroître considérablement le budget de la santé et le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé dans les pays en développement, notamment dans les pays les moins avancés et les petits États insulaires en développement

Contribution significative. Le programme de Memisa-MSV contribue en partie à l'objectif d'améliorer l'accès aux services de santé et à la santé maternelle et infantile. Cependant, les questions de la planification familiale et d'éducation pour la santé (sensibilisation) ne sont pas encore intégrées de manière systémique dans le programme.

Le sous-projet de **la santé mentale** est pionnier dans le système de la santé publique en RDC.

La formation (chirurgie, sage-femmes, ophtalmologie, malnutrition etc.) est une composante clé des appuis.

Le maintien en poste du personnel de santé dans des lieux difficiles (Katoko Kombe) est considéré par le programme.

ODD 10 : Réduire des inégalités

Cible pertinente :

*10.2 : D'ici à 2030, autonomiser toutes les personnes et **favoriser leur intégration sociale**, économique et politique, indépendamment de leur âge, de leur sexe, de leurs handicaps, de leur race, de leur appartenance ethnique, de leurs origines, de leur religion ou de leur statut économique ou autre*

Contribution certaine. Avec l'amélioration de l'accès au travers de la construction et rénovation de centres de santé, l'appui aux moto ambulances, les fonds pour les indigents et la méthodologie TRC de MSV contribuent à un meilleur accès aux soins de santé de qualité au niveau des hôpitaux de première référence hors de la capitale, rapprochant ainsi les soins aux populations de l'intérieur du pays.

Les évaluateurs recommandent de renforcer davantage les compétences au-delà des centres hospitaliers.

ODD 2. Lutte contre la faim

Deux cibles de cet objectif concernent le travail de Memisa :

2.1 D'ici à 2030, éliminer la faim et faire en sorte que chacun, en particulier les pauvres et les personnes en situation vulnérable, y compris les nourrissons, ait accès tout au long de l'année à une alimentation saine, nutritive et suffisante

2.2 D'ici à 2030, mettre fin à toutes les formes de malnutrition, y compris en réalisant d'ici à 2025 les objectifs arrêtés à l'échelle internationale relatifs aux retards de croissance et à l'émaciation parmi les enfants de moins de cinq ans, et répondre aux besoins nutritionnels des adolescentes, des femmes enceintes ou allaitantes et des personnes âgées

Contribution partielle : Des composantes de malnutrition ont été mises en place à Kisantu ; Bokonzi et à Katako Kombe. Cette composante pourrait être renforcée.

ODD 4. Accès à une éducation de qualité

La cible pertinente de cet objectif:

*4.4 D'ici à 2030, **augmenter nettement le nombre de jeunes et d'adultes disposant des compétences**, notamment techniques et professionnelles, nécessaires à l'emploi, à l'obtention d'un travail décent et à l'entrepreneuriat*

Contribution certaine : Missions de MSV, stages au HSLK, formations des accoucheuses, formations en maintenance. Les stages dans la même zone pourraient être envisagés.

ODD 7. Énergies fiables, durables et modernes, à un coût abordable

Les deux premiers cibles d'objectif 7 sont importants pour le programme de Memisa MSV

7.1. D'ici à 2030, garantir l'accès de tous à des services énergétiques fiables et modernes, à un coût abordable ;

7.2. D'ici à 2030, accroître nettement la part de l'énergie renouvelable dans le bouquet énergétique mondial ;

Contribution certaine. Memisa et MSV ont installé des solutions PV avec batteries dans nombreux hôpitaux et centre de santé existants (par exemple à Katako Kombe, à Budjala, Bokonzi, BDOM de Popokabaka, à Bukavu), ainsi que dans de nouveaux centres de santé. Ces appuis ont permis de fournir les structures de santé appuyés de l'énergie renouvelable en continu. Memisa et MSV ont également organisé la maintenance des systèmes solaires pour assurer la durabilité de cette solution.

ODD 9. Bâtir une infrastructure résiliente, promouvoir une industrialisation durable qui profite à tous et encourager l'innovation

L'activité de Memisa-MSV appuie les cibles suivantes

9.a. Faciliter la mise en place d'une infrastructure durable et résiliente dans les pays en développement en renforçant l'appui financier, technologique et techniques apporté aux pays d'Afrique, aux pays les moins avancés, aux pays en développement sans littoral et aux petits États insulaires en développement

*9.1 Mettre en place une infrastructure de **qualité, fiable, durable et résilient, y compris une infrastructure régionale et transfrontière, pour favoriser le développement économique et le bien-être de l'être humain, en privilégiant un accès universel, financièrement abordable et équitable.***

Memisa et MSV ont construit et rénové des structures de santé dans les régions de leurs activités et ont doté les FOSA d'équipements de bonne qualité. Le programme a assuré la pérennité de l'équipement en formant et/ou en embauchant du personnel pour la maintenance.

ODD 17. Partenariats pour la réalisation des objectifs

*17.9 Apporter, à l'échelon international, un soutien accru pour assurer le **renforcement efficace et ciblé des capacités des pays en développement** et appuyer ainsi les plans nationaux visant à atteindre tous les objectifs de développement durable, notamment dans le cadre de la coopération **Nord-Sud et Sud-Sud et de la coopération triangulaire***

Contribution certaine. Memisa fournit un appui aux BCZ dans le cadre d'implémentation des mesures du plan sanitaire national. Les zones de démonstration visent l'échange de compétence dans les mêmes provinces. La grande majorité dans le bureau du pays sont des experts nationaux.

L'appui pour la capacité de planification et de la gestion des ECZ pourrait être renforcé.

5. Conclusion générale de l'évaluation

Les évaluateurs peuvent confirmer les progrès réalisés dans le sens du programme malgré les conditions difficiles en RDC en général, et dans certaines régions d'intervention en particulier. Le programme reste pertinent et efficace. Il a pu développer des expériences innovantes qui ont renforcé son efficience.

Le programme est bien implanté dans les zones. Les activités sont planifiées et exécutées en fonction des besoins des zones, bien qu'en raison du **budget limité par région**, du manque de financement public d'autres partenaires, il est **parfois difficile d'atteindre la masse critique nécessaire pour mettre en œuvre des changements percutants**.

Le programme soutient et accompagne les partenaires nationaux de santé publique au niveau des DPS, des zones de santé et des établissements. Il travaille avec un partenaire confessionnel de longue date, le BDOM, qui montre un bon niveau de capacité dans certaines provinces et a besoin d'être amélioré dans d'autres. L'avantage de BDOM est une relative stabilité du personnel. La capacité de gouvernance et de gestion au niveau de l'ECZ, un élément crucial pour la durabilité de la solution et la création d'un environnement favorable, reste limitée.

La compétence et la stratégie clés de MSV et de Memisa sont le développement des capacités médicales, aux niveaux institutionnel et individuel. Les **faibles taux de rétention** rendent plus difficile le renforcement des capacités dans des **endroits éloignés**. Des solutions devraient être recherchées avec les DPS. Les thèmes transversaux de l'entretien des équipements et de l'environnement sont des aspects forts du programme, les aspects hygiène et genre nécessitent un approfondissement.

Du côté du renforcement du plateau des infrastructures et du plateau technique, le programme a accompli la construction et la reconstruction des espaces pour les services hospitaliers et des centres de santé, fourni des équipements de santé ainsi qu'un bon nombre de solutions énergétiques autonomes (photovoltaïques).

Des indicateurs plus opérationnels du programme et des indicateurs de performance pour les partenaires du côté de Memisa faciliteraient la définition et la quantification du progrès.

Nous tenons à remercier le personnel de Memisa et de MSV pour l'excellent soutien de l'évaluation, pour leur ouverture à partager des informations et une documentation bien structurée.

6. Recommandations

PARTENARIAT MEMISA-MSV

1. Renforcer l'ancrage du programme au niveau central (Memisa et MSV) afin que les expériences développées puissent alimenter les décisions stratégiques. Mettre à profit la concertation dans le Hub Santé pour le faire.
2. Renforcer l'harmonisation des procédures administratives et logistiques entre Memisa et MSV.

HUB SANTE

1. Afin d'assurer une performance optimale du Hub Santé et l'engagement des membres, définir des objectifs de résultats précis pour le Hub Santé qui sont contractuels pour l'ensemble des membres concernés.

TOC

1. Simplifier la ToC pour une meilleure compréhension et appropriation par les parties prenantes du Programme. Il importe de traduire la théorie de changement (ToC) générale dans une ToC et une chaîne de résultats compréhensibles et adaptées aux régions / zones d'intervention et aux structures appuyées et de réaliser cet exercice avec les parties prenantes.

TRC

2. Améliorer la structure des TRC notamment la chaîne de résultats et des changements visés afin d'en faciliter la compréhension et leur intégration dans les plannings opérationnels des structures bénéficiaires.
3. Prolonger (comme déjà fait dans 3 lieux) et consolider le programme et les TRC en cours pour réaliser les résultats qui ont accusé le retard sur le présent programme en raison de la situation sanitaire et des grèves.
4. Evaluer la maturité des structures appuyées et établir un plan de retrait pour les structures.
5. Renforcer l'approche d'utilisation des experts locaux pour le suivi entre missions dans les TRC ou pour pallier des missions manquées.
6. Appuyer les thèmes transversaux des TRC en renforçant la gestion des déchets biomédicaux et la WASH en général (latrines, approvisionnement en eau, etc.) pour une meilleure préservation de l'environnement.
7. Renforcer l'appui institutionnel des BDOM, et BCZ en matière du suivi des TRC dans les structures de santé (à l'Ouest).

FORMATION ET RENFORCEMENT DES CAPACITÉS INDIVIDUELLES

1. Optimiser le soutien au renforcement des capacités techniques et de gestion dans le milieu hospitalier (spécialisations, mais accès de la population limité) et le renforcement des

capacités techniques et de gestion aux établissements au niveau Centre de Santé voire Poste de Santé (où la plupart d'accès de la population et des actes médicaux se produisent).

2. Renforcer les connaissances du personnel infirmier dans les zones sur les protocoles de traitement et les circuits des patients et de la pharmacie – à travers des supervisions formatives systémiques, formations et stages au sein des mêmes zones dans des établissements performants.
3. Etudier la possibilité de valoriser les formations données par la création des diplômes en partenariat avec des universités/institutions locales.
4. Organiser des formations continues en ligne en utilisant des aides audio-visuels existantes ou conçues par les experts formateurs

GOUVERNANCE

1. Renforcer l'appui technique au profit des ZS dans les domaines de la qualité et fiabilité de l'information sanitaire et épidémiologique.
2. Mettre en équilibre les paquets d'appui destinés au développement des ZSD pour une clarté conformément à la TOC et à la santé des populations. Définir un équilibre entre le renforcement des compétences (supervisions formatives, stages) du personnel du niveau tertiaire et secondaire et le renforcement de l'environnement physique (équipement, structures).
3. Appuyer le suivi des indicateurs du système par les BCZ – monitoring de la qualité des soins, supervisions formatives, échange et capitalisation des expériences.
4. Renforcer le partenariat avec ZS, les hôpitaux et BDOM par rapport aux **aspects contractuels avec un focus clair sur la performance attendue** (sur base d'indicateurs de performance quantitatifs et qualitatifs).
5. **Améliorer les chances de pérennité des capacités acquises** par les structures de santé à travers le plaidoyer pour des stratégies de rétention du personnel qui ont acquis des compétences et, le cas échéant, anticiper et préparer leur remplacement.
6. Etablir des **indicateurs** plus proches du travail de Memisa (par exemple hygiène, clients de l'ophtalmologie), qui sont mesurables avec des données existantes et facile à recueillir.
7. Appuyer les connaissances du personnel des CS dans la bonne gestion des médicaments et une bonne utilisation des protocoles à travers des supervisions formatives et des stages à l'intérieur de la même DPS/ZS.

HYGIENE ET INFECTIONS

1. Renforcer le système et la capacité systémique pour l'hygiène des hôpitaux, nécessaire après les grèves de 2021 et la crise Covid.
2. Renforcer la thématique transversale d'hygiène et prévention et le contrôle des infections dans les TRC.

3. Renforcer l'effort pour la qualité de la stérilisation et la diminution des taux d'infection qui est un thème de bonne gouvernance dans les FOSA et HGR plutôt qu'une question de manque des connaissances.
4. Aider les hôpitaux à mener des études de cas de résistance aux antibiotiques (usage systématique (abusif) d'antibiothérapie prophylactique y compris pour les interventions propres).

PREVENTION ET SENSIBILISATION, INITIATIVES LOCALES

1. Considérer l'extension des expériences performantes dans d'autres régions (par exemple des fonds des indigents radiologie, suivi des CODESA, théâtre communautaire etc.). Créer un inventaire des initiatives locales.
2. Mieux utiliser l'ancrage communautaire des BDOM pour les activités de prévention et sensibilisation sur des questions du genre, grossesses précoces, nutrition ou possibilités de mutualisation.

GENRE

2. Renforcer des activités du programme dédiées aux aspects genre, sensibilisation sur la santé reproductive incluant prévention des grossesses non-souhaitées et précoces, appui aux traitements IST, violence sexuelle.
3. Quantifier les résultats attendus dans le domaine du genre.

EQUIPEMENT

1. Assurer l'identification des équipements biomédicaux fournis par le programme (Memisa) pour faciliter la traçabilité et la visibilité du programme.
2. Assurer un suivi des donations faites aux structures de santé à l'Est pour une traçabilité au niveau MSV
3. Renforcer les zones de santé dans la réalisation des inventaires des équipements, et la préparation des plans de maintenance incluant un budget de maintenance.
4. En cas d'acquisition ou d'équipement, confirmer que la maintenance, les pièces ou les réactifs seront disponibles (SOSAME, radio numérique à Budjala).

7. Annexes

7.1 Liste des personnes rencontrées

DEP MSP RDC

N°	Nom	Institution	Fonction	Contacts Tél/mail
1	Dr KATABA Thomas	DEP MSP	Directeur	

Memisa RDC Kinshasa

N°	Nom	Institution	Fonction	Contacts Tél/mail
1	Dr Kalobu Jean-Clovis	Memisa	Conseiller Médical	jean_clovis.kalobu@memisa-rdc.org
2	Marie-Stephanie Smet	Memisa	Responsable Logistique	marie-stephanie.smet@memisa.be

MSV Kinshasa

N°	Nom	Institution	Fonction	Contacts Tél/mail
1	Dr Bob Kitu	MSV	Médecin Conseil	bob.kitu@msv.be
2	Mme Guylaine Sango M'paka	MSV	Chargée Administration, Finance & logistique	Guylaine@msv.be

HUB SANTE

N°	Nom	Institution	Fonction	Contacts Tél
1	Richie Nsongila (16/08/21)	HUB Santé	Animateur	Tél: (00243) 82 93 213 78, (00243) 85 35 85 298
2	Thérèse Kilensele	Viva salud	Représentante Viva Salud / Présidente CdP Hub-santé	+243 82 552 4854
3	Lucien EKWAKOLA (23/08/2021)	ULB Coopération	Assistant technique/Membre GTT Appui au Secteur Hospitalier	Tel : +243 819425464, email : lucekwakola@gmail.com

N°	Nom	Institution	Fonction	Contacts Tél
4	Pr Tshilolo Léon (07/09/2021)	CEFA Monkole	GTT Intégration des programmes verticaux	+243 99 99 22 733

KWANGO

BDOM Popokabaka, Date : 18/08/2021

N°	Nom	Institution	Fonction	Contacts Tél
1	Dr KIHALA Pierrot	BDOM	MAT	0815121085
2	VUNLA Thérèse	BDOM	Stagiaire Comptabilité	0828088843
3	Jules BANGU	BDOM	Logisticien	0826462463
4	Sœur Sylvie MAFUTA	BDOM	Caissière	0810895978
5	Fiston AKATUNBILA	Memisa Kikwit	Logisticien	0814936533
6	Dr Eric LULENDO	BDOM	Directeur	0812685884
7	Dr Bob KITU	MSV	Médecin Conseiller	0816373605

BC/ZS Popokabaka

Date : 18/08/2021

N°	Nom	Institution	Fonction	Contacts Tél
1	Dr KIMVILA Benjamin	BC ZS	MCZ	0820529882
2	PETAMU ZIALI Charles	BC ZS	AG	0823527854
3	MAHATA M'Bondi Sharon-Rose	BC ZS	AG	0811603757
4	KANDUNDU Itondo	BC ZS	AG	0817426266
5	Dr Eric LULENDO	BDOM	Directeur	0812685884
6	Dr KIHALA Pierrot	BDOM	MAT	0815121085
7	Dr Bob KITU	MSV	Médecin Conseiller	0816373605

HGR Popokabaka

Date : 18/08/2021

N°	Nom	Institution	Fonction	Contacts Tél
1	Dr MWATSHIPUNDU Divin	HGR	Médecin Directeur	0810365955
2	Dr KASWIJ Mosuiya	HGR		0817644416
3	ILENDU Uketakana	HGR	Directeur Nursing	0814841075
4	NTOBO Nkosi	HGR	Infirmier	0823579387
5	MWELA Mwanga	HGR	Infirmier	0810139819
6	Dr LULENDO Eric	BDM	Directeur	0812685884
7	Dr KIHALA Pierrot	BDM	MAT	0815121085
8	Dr Bob KITU	MSV	Médecin Conseiller	0816373605

Kasongo Lunda : BC/ZS

Date : 20/08/2021

N°	Nom	Institution	Fonction	Contacts Tél
1	Dr MUKUNA KAYINDA Vero	BCZ	MCZ a.i.	0814686655
2	KABEYA Ukosi	BCZ	ISZ	0812265931
3	INANA Mawesi	BCZ	ISZ	08100087377
4	TSITA Ndikita	BCZ	ISZ	0812742890
5	KIVUANI Nkosi	BCZ	ISZ	0812705574
6	MBADINGA N'sunda	BCZ	ISZ	0012939414
7	KAHUWAKA Dorcas	BCZ	AGZ	0858188918
8	MANKINDA Lola	BCZ	PPZ	0817321533

Kasongo Lunda : HGR

Date : 20/08/2021

N°	Nom	Institution	Fonction	Contacts Tél
1	Dr MITONDO Mutwaha	HGR	MDH a.i.	0812619819
2	MUSUKU Makokolo	HGR	AGA	0829339603
3	MASANGA Tabita	HGR	PPH	0812838595
4	HATA B. Alain	HGR	AGF	0853763666

N°	Nom	Institution	Fonction	Contacts Tél
5	MUKUKA Muhioki F.	HGR	Infirmier	0811467989
6	KAPESA Kimbwa	HGR	DN	0822984248
7	KABUSI I. Logos	HGR	Infirmier	0829736254
8	MALEMBE MBANGI Roméo	HGR	TL	0816933910

Sud-Ubangi

BC/ZS Bokonzi, Date : 27/08/2021

N°	Nom	Institution	Fonction	Contacts Tél
1	Benjamin Bokungu	BCZ/Bokonzi	MCZ	0817526538
2	Benjamin Mabe	HGR/Bokonzi	MDH	0810747615
3	Etienne Makombo	HGR/Bokonzi	DN	0825905367
4	Bazenge Monguna	BCZ/Bokonzi	MCZ	0822794749
5	Mwamba Mambila	HGR/Bokonzi	SEC	0828865500
6	Jolly Bosobe	HGR/Bokonzi	AGT	0810495584
7	Lydie Panyo	HGR/Bokonzi	Resp Pédiatrie	0810972128
8	Mombunga Engata	HGR/Bokonzi	Resp Gyneco-obst	0816729182
9	Mobale Mopia	HGR/Bokonzi	Resp médecine interne	0814613872
10	Mebe Molebuke	HGR/Bokonzi	Resp consult externe	0814176409
11	Catherine Tangule	BCZ/Bokonzi	AGZS	0810415654
12	Daniel Elebu	BCZ/Bokonzi	Resp Bloc op	0814168589
13	Dr Kalobu Jean-Clovis	Memisa	Conseiller médical	0815125430
14	Dr MOMBOTO Juste	Memisa	BAT Gemena	0822289988

HGR Bokonzi

Date : 27/08/2021

N°	Nom	Institution	Fonction	Contacts Tél
1	Benjamin Mabe	HGR	MDH	0810747615
2	Jean-Paul BADIBAN	HGR	MCS	0823522832
3	Etienne Makombo	HGR	DN	0825905367

N°	Nom	Institution	Fonction	Contacts Tél
4	ZUZA Songa	HGR	Inf Resp SI	0825582660
5	Mwamba Mambila	HGR	SEC	0828865500
6	Jolly Bosobe	HGR	AGT	0810495584
7	Lydie Panyo	HGR	Resp Pédiatrie	0810972128
8	Mombunga Engata	HGR	Resp Gyneco-obst	0816729182
9	Mobale Mopia	HGR	Resp médecine interne	0814613872
10	Mebe Molebuke	HGR	Resp consult externe	0814176409
11	Sr EMBETE Solange	HGR	Comptable	0812983599
12	Bienvenu Inde	HGR	Resp. C. Ext	0822006164
13	Jules DEDETEMO	HGR	Médecin traitant	0812001562
14	Lydie PANYO	HGR/Ped	Respon. de pavillon	0810972128
15	José MWAMBA	HGR	Secrétaire	0828865500
16	Dr KALOBU Jean-Clovis	Memisa	Conseiller Médical	

Centre de santé de Makengo (ZS Bokonzi) Date : 28/08/2021

N°	Nom	Institution	Fonction	Contacts Tél
1	Enoch NGONA	CS	I.T.A	
2	ZANSAKO	CS	Président CODESA	
3	MOMBOTO M. Juste	MEMISA	Coordonnateur BAT	
4	Fiston KITAMBO	CS	Infirmier traitant	
5	Nestor MOKATA	BCZ/BKZ	ACZ	
6	Odilon BOBOTO M.	CS	Infirmier	
7	KALOBU KABUNDI	MEMISA	Conseiller M	
8	Francis MONGENGO	CS MAKENGO	IT	

DPS Sud-Ubangi

N°	Nom	Institution	Fonction	Contacts Tél/mail
1	Dr Bienvenu MANGONZA BAYEKELE	Division Provinciale de la Santé	Chef Division	bienvenumangonza@gmail.com

KONGO CENTRAL

BDOM Kisantu, Date : 02/09/2021

N°	Nom	Institution	Fonction	Contacts Tél
1	MAVAKALA P.	BDOM	Comptable	0810082002
2	Yvon YUVULA	BDOM	Chargé de la Logistique	0991959999
3	Dr MPUTU Kembo	BDOM	BAT	0897774940
4	Dr KALOBU KABUNDI	MEMISA	Conseiller Médical	0815125430

PRO DS Kongo Central, Date : 24/08/2021

N°	Nom	Institution	Fonction	Contacts Tél
1	Yvon Yuvula	BDOM Kisantu	Chargé de la Logistique	0991959999
2	Dr Mathieu Kasongo	Memisa	BAT	0824457212
3	Dr MPUTU Kembo	BDOM Kisantu	BAT	0897774940
4	Louis MBALA	Memisa	BAT	0896462966
5	Melki IRONDO	Memisa		0811680764
6	Frédéric KABENAMUALU	Memisa	Coordonnateur - Admistrateur	0999458413
7	Dr Kalobu Jean-Clovis	Memisa	Conseiller Médical	0815125430

Hôpital Saint Luc de Kisantu (et centre de formation)

Date : 04/09/2021

N°	Nom	Institution	Fonction	Contacts Tél
1	Dr MPUTU K. Diertho	BDOM	MAT	0897774940

N°	Nom	Institution	Fonction	Contacts Tél
2	Dr KALOBU KABUNDI	MEMISA	Conseiller Médical	0815125430
3	MKEMGE Z. Eulalie	HSLK	Directrice Nursing	0994043577
4	LUYINDULA DIKENGA	HSLK	Chef de service Labo	0898375382
5	Dr. BUNKONDOLO MEYAYENO	HSLK	Ch. Dentiste	0891026850
6	BATOKILA-TINGO	HSLK	Kinésithérapie	0822423023
7	Yvon YUVULA	BDOM	Chargé de la logistique	0991959999
8	Dr VITA MAYIMONA D .	HSLK	Directeur Médical	0897655663

Hôpital Pédiatrique Kalembe Lembe, Date : 24/08/2021

N°	Nom	Institution	Fonction
1	Akele Catherine	Hôpital Kalembe Lembe	Médecin Directeur
2	Mulamba Jean-Marie	Hôpital Kalembe Lembe	Médecin chef de staff
3	Bankoto Appy	Hôpital Kalembe Lembe	médecin chef des S.I.
4	Ngoy Francis	Hôpital Kalembe Lembe	Infirmier chef des S.I.),
5	Nkosi Augustin	Hôpital Kalembe Lembe	Infirmier chef de néonatalogie
6	Ekofo L. Jean	Hôpital Kalembe Lembe	Directeur de soins
7	Mbala Théodore	Hôpital Kalembe Lembe	Médecin chef de chirurgie
8	Dr Bob KITU MSV	MSV	Médecin Conseiller

Visite Bukavu, Septembre 2021

N°	Nom	Institution	Fonction
1	Dr Kash Marcellin Karubara	MSV	Médecin conseiller régional
2	Dr Romain Makupi	MSV	Médecin conseiller RDC Est
3	Abbé Paul	BDOM Bukavu	Directeur du BDOM
4	Junior	BDOM Bukavu	Pharmacien
5	Dr Shabani	BDOM Bukavu	Coordinateur Médical
6	Dr André	BDOM Bukavu	Directeur Adjoint
7	Dr Dauphin Maroy	HGR Walungu	Médecin Directeur
8	Pierro Cishesa	HGR Walungu	Directeur du nursing

N°	Nom	Institution	Fonction
9	Immaculée Nyange	HGR Walungu	Cheffe Adjoint du laboratoire
10	Claude	DPS	Chef des ressources humaines
11	Frère Grégoire Mubali	CNP SOSAME	Directeur
12	Dr Gisèle Fatuma	HGR Ciriri	Médecin Directeur
13	Marc Amani	HGR Ciriri	Anesthésiste
14	Berthin Rutega	HGR Ciriri	Anesthésiste
15	Bahati Michel	HGR Nyangezi	Infirmière en formation à Ciriri
16	Olivier Ombeli	HGR Ciriri	Anesthésiste du service soins intensifs
17	Dr Armel Mulemangabo	HGR Ciriri	Chef de service urgences
18	Dr Déborah NTAKOBAGIRA	HGR Ciriri	Médecin des urgences
19	Dr Charles KASHIMBA	HGR Ciriri	Médecin des urgences
20	Dr Déocart Mubago	HGR Nyangezi	Médecin Directeur
21	Hugues Borauzima	HGR Nyangezi	Administrateur Gestionnaire
22	Jean-Pierre Zirirana	HGR Nyangezi	Directeur du Nursing
23	Christian Cibabe	HGR Nyangezi	Chef de laboratoire
24	Dr Daniel Lwaboshi	HGR Nyantende	Médecin Chef de staff
25	Dr Aimé Balagizi	HGR Nyantende	Médecin Directeur
26	Bintou Muhula	HGR Nyantende	Administratrice Gestionnaire
27	Séraphine Masumbuko	HGR Nyantende	Directrice du nursing
28	Patrick Mweze Kasigwa	HGR Nyantende	Technicien de Maintenance
29	Antoine Bahati	Action d'Espoir	Chargé de projet DGD
30	Edgard Kanakuru	Action d'Espoir	Chargé de la mobilisation communautaire
31	Claude Balume	Action d'Espoir	Chargé des finances et de l'Administration
32	Dr Anani Bisimwa	CNP SOSAME	Médecin traitant
33	Clément Bahati	CNP SOSAME	Ergothérapeute
34	Mireille Mulowe	CNP SOSAME	Coord. des formations & statistiques.
35	Joseph	MSV	Administrateur logisticien bureau Bukavu

7.2 Calendrier de la mission d'évaluation

Date	Activités	Lieux /Institutions	Personnes rencontrées
16/08/2021	Séance de travail avec MSV	Bureau local MSV	Dr Bob Kitu, Mme Guylaine
	Séance de travail avec	Bureau Memisa (Hub santé)	Animateur Hub Santé
17 au 21/08/2021	Mission sur Kwango		
18-19/08/2021	Séance de travail à Popokabaka	BDOM Popokabaka BCZ Popokabaka HGR Popokabaka	Equipe BDOM ECZ Equipe HGR
19-21/08/2021	Séance de travail à Kasongo Lunda	BCZ Kasongo Lunda HGR Kasongo Lunda	ECZ Equipe HGR
22/08/2021	Retour sur Kinshasa		
23/08/2021	Echanges avec Hub Santé : GTT Appui au secteur hospitalier	ULB Coop	Lucien EKWAKOLA, Assistant technique,
24/08/2021	Séances de travail avec équipes HGR Saint Joseph et Hôpital pédiatrique Kalembe Lembe, visites des unités de soins	St Joseph et Kalembe Lembe	Equipes des 2 hôpitaux, assistées de Dr Bob Kitu (MSV)
25/08/2021	Voyage sur Sud-Ubangi		
26 au 29/08/2021	Visite de la ZS de Bokonzi (séance de travail, visite des services, documentation, échanges en communauté, etc.)	ECZ, HGR, CS de Likambo, Aire de santé et CS de Makengo	Membres ECZ, Direction et personnel HGR, Equipes des CS, Bénéficiaires des références avec Moto-ambulance
30-31/08/2021	Visite de la ZS de Budjala (séance de travail, visite des services, documentation, etc.)	ECZ, HGR, CS Balaw (reconstruit)	Membres ECZ, Direction et personnel HGR, Equipes du CS, bénéficiaires formation au Centre de formation de Kisantu
01/09/2021	Débriefing à la DPS Retour sur Kinshasa	DPS Gemena	Chef DPS
02 au 04/09/2021	Visite à Kisantu : séances de travail, visites unités de soins HSLK, visites CS	Kisantu :BDOM, HSLK, PRO DS, ECZ Kisantu, centre de formation, CS NGEBA 1 & 2	Equipe BDOM, Equipe Pro DS, Equipes de soins HSLK, Personnel CS Ngeba
06/09/2021	Entretien avec Pte Hub santé	Bureau Memisa	Présidente Comité de Pilotage Hub Santé

Date	Activités	Lieux /Institutions	Personnes rencontrées
07/09/2021	Séance de travail DEP/MSP Séance de travail virtuelle avec Pdt GTT Intégration des programmes verticaux (Hub Santé)	Ministère de la santé publique Teams	DEP/MS Pr Tshilolo Léon
08/09/2021	Rapportage-préparation débriefing Visite Kisantu	Bureau Memisa Bureau PRODS HSLK	Personnel de la pédiatrie HSLK
09/09/2021	Débriefing	Bureau Memisa	Equipe Memisa RDC (Dr Kalobu, Mme SMET) MSV local (Dr Kitu, Mme Guylaine) Hub Santé: Mme Thérèse Kilensele , Richie NSONGILA