Rapport d'évaluation finale du programme DGD 2017-2021 en République Démocratique du Congo

« Améliorer l'accessibilité et la qualité des soins des hôpitaux et au premier échelon, à Kinshasa et en particulier dans la commune de Kintambo, en travaillant sur les contraintes essentielles, avec l'ensemble des acteurs impliqués »

Code du projet CD-BE-BCE-BO-415627875-PROG2017-2021-OS3-2027

Mars 2022

Table des matières

ACRONYMES 5

I. RESUME EXECUTIF ET PRINCIPALES RECOMMANDATIONS 6

II. CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'EVALUATION 11

II.1.Contexte et justification de l'évaluation 11

II.2.But et objectifs de la prestation 11

II.3.Presentation du programme Sante DGD 2017-2021 Kinshasa 12

II.3.1.Historique du projet 12

II.3.2.Objectifs et résultats attendus du programme santé de Kinshasa 12

II.3.3.Beneficiaires directs de l'intervention 12

II.3.4. Plateformes catalyseurs des changements attendus 13

III DEFINITION DES CONCEPTS 15

IV APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE 16

IV.1 Equipe de l'évaluation 16

IV.2. Étendue de la mission et approche de l'évaluation 16

IV.3. Echantillonnage 17

IV.4. Mise en œuvre de l'évaluation proprement dite 17

IV.4.1 Réunion de briefing 17

IV.4.2 Collecte des données 17

IV.4.3. Analyse des données et synthèse des observations 19

IV.4.4. Restitution des résultats et principales observations 19

V.4.5. Élaboration et soumission du rapport final de la prestation 20

IV.5. Limites de l'analyse et difficultés 20

V. PRINCIPALES ACTIONS MENEES PAR RESULTAT 20

V.1. Actions pour l'institutionnalisation et le fonctionnement de la PH-RDC 20

V.2.Appui aux hôpitaux membres de la PH-RDC 21

V.3. Actions sur la première ligne des soins la Zone de Santé de Kintambo 22

V.4. Actions menées pour impulser la dynamique communautaire 23

V.5.Actions menées en rapport avec la capitalisation des bonnes pratiques 24

VI. ANALYSE DE LA MISE EN ŒUVRE ET LE NIVEAU D'ATTEINTE DES RESULTATS 26

VI.1.Analyse de la coordination de la mise en œuvre 26

VI.2.Observation sur les résultats 27

VI.2.1.Observations sur l'organisation et le fonctionnement de la PH-RDC 27

VI.2.2.Observations sur l'appui apporté aux hôpitaux via la PH-RDC 28

VI.2.3. Observations concernant les actions sur la première ligne 29
VI.2.4. Observations en lien avec la dynamique communautaire 31
VI.3. Contribution aux cibles stratégiques du programme 34
VI.3.1.Cible stratégique 4 A (bonne gouvernance, la recherche action et la capitalisation) 34
VI.3.2.Cible stratégique 4 B (renforcement du système local de santé) 34
VI.3.3.Cible stratégique 4 C (amélioration de la qualité des services et soins) 35
VI.3.4.Cible stratégique 4 D (promotion de l'accès équitable aux soins) 35
VI.3.5.Cible stratégique 4 E (droits à la santé et plaidoyer) 36
VI.4.Nos observations sur le financement du programme..... 36
VII DISCUSSIONS EN LIEN AVEC LES QUESTIONS D'EVALUATION 37
VII.1.Appreciation globale du projet..... 37
VII.2.Appreciation sur base des critères CAD 38
VII.2.1. Pertinence du programme et cohérence avec les appuis des autres PTF 38
VII.2.2. Impact du programme 39
VII.2.3. Efficience de la mise en œuvre du programme..... 40
VII.2.4. Efficacité de la mise en œuvre du programme santé 2017-2021 40
VII.2.5. Durabilité des résultats du projet 2017-2021..... 41
VIII. APPRECIATION DE LA THEORIE DE CHANGEMENT 42
VIII.1. Analyse des chemins de changement tracés par le projet 42
VIII.1.1. Chemin de changement sur l'amélioration de l'offre..... 44
VIII. 1.2. Chemin de changement renforcement de la demande 45
VIII.2. Analyse des indicateurs de changement dans le projet 2017-2021..... 46
VIII.3. Proposition des indicateurs de changement pour les projets futurs 46
VIII. 3.1. Importance des indicateurs de changement..... 46
IX. LECONS APPRISES ET RECOMMANDATIONS 49
IX.1.Lecons apprises dans la mise du programme santé 2017-2021..... 49
IX.2.Récommandation de l'évaluation du programme santé 2017-2021..... 50
LES ANNEXES..... 53
Annexe 1 Liste des documents consultés..... 53
Annexe 2 Liste des personnes contactées..... 54
Annexe 3 Participants à l'atelier d'analyse des résultats..... 55
Annexe 4 Répertoire des hôpitaux membres de la PH-RDC..... 56
Annexe 5 Microprojets financés de 2018 2021..... 57
Annexe 6 Formations première ligne 2017-2021..... 58
Annexe 7 Projets de la première ligne financés par le projet 2017-2021..... 58

Annexe 8 Questions d'évaluation en lien avec les critères CAD 59

Annexe 9 Résultats détaillés de l'analyse SEPO réalisée avec les parties prenantes du projet 64

Annexe 10 Synthèse de l'autoévaluation selon les critères CAD 67

ACRONYMES

AFD	Agence Française de Développement
ASBL	Association sans but lucratif
BCZS	Bureau Central de la Zone de Santé
CDE	Chaine de l'Espoir Belgique
CHIRPA	Chirurgie Pédiatrique en Afrique
CMASS	Centre de Médecine Mixte contre l'Anémie SS
COVID-19	Corona Virus Disease-19
CS	Centre de Santé
CSR	Centre de Santé de Reference
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DESP	Direction des Etablissements de Soins et Partenariat
DGD	Direction Générale de la Coopération au Développement de la Belgique
ECZ	Equipe Cadre de zone
EDS	Etoile du Sud
FOSA	Formations Sanitaire
GDR	Groupes de réflexion
HGR	Hôpital General de Référence
ITM	Institut Technique médical
MSPHP	Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention.
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organismes non gouvernementaux
PCI	Prévention Contrôle des infections
PH-RDC	Plateforme Hospitalière de la RDC
PNDS	Plan National Développement Sanitaire
PROMEKIN	Projet Mère Enfants de Kinshasa
PSRHP	Plan Stratégique de la Réforme Hospitalière
PUS	Plateforme des Usagers des Services
RDC	République Démocratique du Congo
SEPO	Succès, Echecs, Potentialités et Obstacle
ULB-C	Université Libre de Bruxelles-Coopération
ZS	Zone de Santé

I. RESUME EXECUTIF ET PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

Le programme santé 2017-2021financé par la Direction Générale pour la Coopération au Développement (DGD) et piloté par l'ULB-Coopération dans la ville de Kinshasa visait l'amélioration de l'accessibilité et la qualité des soins des hôpitaux et au premier échelon, en travaillant sur les contraintes essentielles, avec l'ensemble des acteurs impliqués.

La logique d'intervention du projet était basée sur le renforcement des capacités des acteurs des institutions (hôpitaux et centres de santé) et des communautés à travers trois (3) plateformes agissant comme catalyseurs des changements de comportements attendus. Il s'agit de la Plateforme hospitalière de la RDC, du groupe de réflexion pour le développement du premier échelon et la plateforme des usagers.

Le but de l'évaluation finale du programme est de contribuer à l'analyse des résultats et d'apprendre des expériences et acquis du programme pour renforcer le système local de santé dans le contexte urbain. Pour ce faire, l'équipe d'évaluation a fait recours à une approche apparentée à l'évaluation réaliste en raison de la complexité de l'intervention qui se déroule dans un contexte de mutation constante.

La mise en œuvre du projet a été marquée par des évènements importants tels que la pandémie de Covid19, la situation de crise sociopolitique qui a justifié des réorientations de la logique d'intervention. Le projet a produit des résultats intéressants et des changements perceptibles sur les cibles en dépit des contraintes de mise en œuvre :

- Le projet a permis de doter la PH-RDC des documents de gouvernance (statuts et règlement intérieur), sa reconnaissance légale (enregistrement au Ministère de la Justice et au Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention) en tant qu'une structure d'échange de bonnes pratiques, de renforcement des compétences et d'actions d'amélioration de la qualité des services et soins des hôpitaux et d'un plan stratégique 2021-2025. Le programme a financé des microprojets d'amélioration de la qualité des services et soins offerts par les hôpitaux. La qualité des services et soins et leur accessibilité décrite dans une note stratégique consensuelle « qualité » méritent d'être renforcées à travers la poursuite de la mise en œuvre de la feuille de route de la démarche qualité ; celle-ci sera éclairée par la mise en œuvre de la recherche action.
- Le projet a appuyé la mise à jour de la carte sanitaire de la ZS de Kintambo, et a permis de créer une dynamique de collaboration en matière de partage d'expériences qui reste encore fragile. On note de bons exemples de réorganisation de l'offre de soins par les prestataires en réponse à la demande de la communauté, l'encadrement des hôpitaux via les formations en faveur des personnels, l'interaction entre les formations sanitaires CS comme hôpitaux et la mise en place du groupe de réflexion sur le développement de la première ligne dans la zone de santé de Kintambo. Le programme a appuyé les infrastructures et équipements en faveur de quelques CS et hôpitaux et impulsé la prise en charge de certaines maladies chroniques non transmissibles telles que la drépanocytose et le diabète ainsi que la promotion de la prévention de COVID-19 ;
- Le programme a accompagné, via l'ONG Etoile du Sud, la mise en place des groupes de réflexions de quartier et la plateforme des usagers, structures qui ont permis de redonner la parole à la communauté pour exprimer ses attentes de manière indépendante en vue de réclamer une offre des services et soins de qualité accessibles. A travers des espaces de dialogue, les communautés ont mené des discussions sur les inégalités dans l'accès aux soins de qualité et initié des actions en réponse à leurs besoins et attentes non

satisfaits. Il y a nécessité de poursuivre l'appui avec EDS pour consolider ces acquis et le transfert de compétences aux GDR/PUS pour leur autonomisation, pousser l'interaction entre la PUS et la PH-RDC et ses hôpitaux membres et impliquer les autres organisations à assise communautaire locales type associations religieuses et confessionnelles ;

- La recherche action sur la thématique qualité est pertinente mais connait un certain retard dans la mise en œuvre. Une dynamique de capitalisation des expériences est amorcée au sein des équipes.

Au regard des résultats intéressants et changements prometteurs observés sur les différentes cibles du projet, il est possible de donner davantage d'autonomie aux acteurs par leur entrainement à une approche réflexive dans la résolution des problèmes et partant de réduire le rôle décisionnaire opérationnel des autorités hiérarchiques qui doit être orienté rôle vers le coaching des équipes. En outre, ce projet a mis en route des processus qui améliorent la fonctionnalité du système local de santé en milieu urbain et partant, la qualité des services et soins. Mais l'amélioration de la coordination verticale ne peut s'affirmer sans l'apport des autorités hiérarchiques dans l'arbitrage et la formalisation des approches.

Sur base des critères CAD, notre opinion peut être ainsi résumée :

- Le projet est jugé cohérent et en phase avec le plan national de développement sanitaire 2016-2020 pour la Couverture Sanitaire Universelle et des appuis des autres partenaires. Au regard des actions mises en en œuvre auprès des 3 plates formes il a contribué à l'amélioration globale de la qualité des soins et services ;
- Le projet est aussi est jugé efficient à des degrés différents: très efficient en ce qui concerne la dynamique communautaire pour avoir permis la mise en place et le fonctionnement des groupes de réflexion et la plateforme des usagers , à la première ligne dans une certaine mesure du fait que les ressources déployées ont permis de renforcer les capacités des prestataires , d'améliorer les infrastructures et équipements ainsi que la mise en réseau des formations sanitaires. L'efficience du programme est limite au regard de la faiblesse des enveloppes allouées et du nombre élevé des hôpitaux qui n'ont pas bénéficié des appuis spécifiques ;
- Le projet est jugé efficace à des degrés différents : largement efficace sur la dynamique communautaire pour avoir permis de sensibiliser, organiser et mobiliser la communauté pour des actions en faveur de l'amélioration de sa propre santé même si les résultats sont encore tributaires de l'expertise technique d'EDS. Un transfert progressif de compétence vers les GDR et la PUS est en cours. Le projet est aussi efficace au niveau de la première ligne pour avoir permis une meilleure connaissance des formations sanitaires par l'Equipe Cadre de Zone et l'amélioration de la qualité des soins par des échanges entre prestataires. L'efficacité du projet est bonne en ce qui concerne le renforcement des compétences du personnel des hôpitaux, leur mise en réseau et l'amélioration du paquet d'interventions qui constitue un pas vers les services et soins de qualité même si cette satisfaction est diluée à cause du nombre des hôpitaux. La réduction de l'incidence des infections post opératoires en est un exemple ;
- La durabilité des résultats est bonne au niveau communautaire au vu de la dynamique impulsée au sein de la communauté dans le cadre de l'exercice du droit à la santé avec l'appui de l'Etoile du Sud et il est possible de la maintenir de manière durable moyennant la poursuite d'un accompagnement de proximité des ONG et associations locales. Le maintien reste tributaire de stabilité en poste du personnel formé, de la disponibilité

des ressources et de l'accompagnement. Les résultats de l'appui de la plateforme hospitalière et des hôpitaux sont encore fragiles du fait que les actions n'étaient pas orientées suivant le continuum des soins. La volonté manifestée des hôpitaux pour maintenir la dynamique, la perspective de relance de la réforme hospitalière avec une vision globale de la qualité et un financement multi bailleurs est suggestif d'une durabilité de ces résultats.

Nous avons analysé et fait des observations sur la théorie du changement au regard de la problématique en présence et les changements intermédiaires attendus auprès des cibles impliqués dans le processus de changement. à travers les deux chemins de changement inter liés relatifs l'amélioration de la disponibilité de l'offre des services et soins de qualité au niveau des CS et de des hôpitaux et celui se rapportant à l'amélioration de la demande rationnelle des services et soins via la dynamique communautaire.

Les problèmes rencontrés et les recommandations pour le prochain programme sont résumés dans le tableau ci-dessous :

Problèmes rencontrés	**Recommandation pour le prochain programme**
En rapport avec le montage institutionnel et la coordination du programme	
La mise en œuvre du projet a montré peu de liens fonctionnels avec la Division Provinciale de la santé en dehors de la participation au comité de sélection des microprojets. Pourtant le développement du système local de santé est tributaire de capacités renforcées d'encadrement technique de la DPS et de l'ECZ	Recadrer le pilotage des interventions dans la vision de double ancrage (Appui à la ZS et à la DPS). le montage institutionnel devra impérativement préciser les modalités d'interaction entre l'équipe du projet et la DPS et les modalités du coaching des interventions en collaboration avec l'ECZ périurbaines. Le processus d'intégration des soins gériatriques dans quelques hôpitaux permettra de réfléchir au rôle que peut jouer le GDR/la PUS au niveau communautaire et à la première ligne
Les nouvelles approches mises en œuvre par le projet qui bouleversent les habitudes acquises (cas de l'ECZ de Kintambo) suscitent des résistances et controverses qui nécessitent une communication accrue en vue de réduire les effets nocifs à la qualité de l'intervention. Le lien entre les différentes plateformes devra se consolider pour faire durer les changements au niveau des bénéficiaires	Elaborer et mettre en œuvre un plan de communication. Mettre en place un cadre de dialogue avec les différents acteurs pour une meilleure compréhension des rôles et résultats attendus de chacun. Ceci sera facilité par des ateliers participatifs de planification et de revue annuelle conjointe axée résultats et insistant sur les leçons apprises de la mise en œuvre.
La mise en œuvre des mécanismes d'amélioration de l'accès aux services et soins prévus dans le cadre du projet restent un défi dans le contexte national de marche vers la Couverture universelle santé(CSU).	Envisager la mise en place d'initiatives de réduction des barrières financières et l'amélioration de l'accès aux services et soins dans la perspective de la CSU au regard de la pauvreté et de la précarité dans certaines aires de santé périurbaines. Cette thématique transversale pourrait être un axe de travail en partenariat avec d'autres acteurs.
La complexité du projet exige au départ un système d'information organisé pour capter et stocker les	Renforcer le système de monitoring des interventions et documentation de leurs effets :

informations sur la mise en œuvre et les effets du projet. le recrutement d'un chargé de suivi et évaluation a remédié à cette carence les deux dernières années	- Maintenir un chargé de suivi et évaluation dans le montage du futur programme - Elaborer un manuel de suivi évaluation avec des indicateurs consensuels de changement, - Organiser un atelier participatif de Baseline - Mettre en place un mécanisme de collecte des informations pour capter les changements à capitaliser pour vulgarisation et dissémination - Soutenir les formations sanitaires à développer un système d'information de qualité
La culture de capitalisation recherche action est peu ancrée dans les pratiques des équipes. Un système de partage des expériences se fait via la plateforme belge hub santé.	1. Elaborer et mettre en œuvre un plan de capitalisation en début de projet ; 2. Impulser la dynamique locale pour la documentation et la diffusion des expériences ; 3. Mettre en place un dispositif permettant le partage des expériences 4. Renforcer la communication institutionnelle en mettant à profit les cadres d'échanges locaux comme canaux de partage avec l'inscription à l'ordre du jour le partage des expériences du projet.
En ce qui concerne l'appui de la dynamique communautaire	
La dynamique développée par la population avec l'appui d'EDS est bien décrite par différents acteurs mais les actions sont peu documentées à la base (GDR, PUS) Le forum d'expression populaire organisé en guise de dialogue sur les problèmes de santé et l'amélioration des services et soins à la première ligne a été un succès, il doit s'inscrire dans la régularité et la durée et prendre en compte le monde hospitalier à terme.	1. Poursuivre la convention avec EDS en vue de la continuité du travail amorcé en mettant plus d'effort sur l'empowerment des GDR dans leurs interactions avec des formations sanitaires ; 2. Documenter la dynamique développée par la population avec l'appui d'EDS au sein des groupes de réflexion des quartiers à travers la plateforme des usagers ; 3. Renforcer les capacités des communautés en vue d'une certaine autonomie technique et financière 1. Renforcer le réseautage avec d'autres intervenants de la société civile dans l'espace sanitaire comme le Benelux Afro Center (BAC). 2. Organiser le forum d'expression populaire au moins 2 fois par an pour faire échos des actions menées à travers les différentes plateformes qui se penchent sur les problèmes de santé et l'amélioration des services et soins à la première ligne. 3. Systématiser les enquêtes de satisfaction des usagers dans les CS et les hôpitaux. 4. Renforcer les capacités des prestataires des hôpitaux membres de la PHRDC en matière de droits à la santé

En rapport la Plateforme Hospitalière de la RDC et son appui aux hôpitaux membres	
La PH-RDC a, dans le cadre de son institutionnalisation, obtenu sa reconnaissance administrative et s'est doté d'un plan stratégique 2021-2025 qui donne les éléments clés de sa vision future. Mais le fonctionnement quotidien souffre car d'une part l'exécutif n'est constitué que d'une seule personne alors que les défis des hôpitaux requièrent plus d'expertises	Renforcer les capacités institutionnelles de la PH-RDC par la sélection et la mise en service des expertises manquantes au sein de sa coordination opérationnelle pour maximiser l'efficacité de son action dans l'accompagnement des hôpitaux dans la vision de la réforme hospitalière ; la plateforme en plus du soutien aux microprojets jouera plus un rôle d'expertise technique (mobilisation de fonds, lobbying, mise en place d'un pool d'expertise multi bailleurs, mobilisation d'expertise court terme pour des réflexions stratégiques…). Obtenir la signature de la convention de partenariat avec la Direction nationale en charge de la qualité en vue de soutenir le développement de la réforme hospitalière et la mise en œuvre du processus qualité dans les formations sanitaires.
L'accompagnement des hôpitaux par la PH-RDC s'est fait sans que tous les hôpitaux disposent d'un plan stratégique ou plan d'établissements Hospitaliers	Accompagner les hôpitaux membres pour l'élaboration/l'actualisation de leurs plans d'établissements hospitaliers
L'appui aux hôpitaux via les formations, les microprojets et les échanges d'expérience, est effectif. Dans l'approche d'amélioration de la qualité des services et soins on note l'absence des dispositifs pour recueillir les avis et attentes des utilisateurs des hôpitaux	1.Mettre en œuvre les actions de la feuille de ute qualité dans toutes les formations sanitaires vue de l'amélioration continue de la qualité des rvices et soins offerts 2. Mettre dans chaque hôpital un système d'évaluation de la satisfaction des usagers. Définir des axes de travail conjoints avec la PUS à cette fin
A L'Equipe Cadre de Zone de Kintambo	
Le projet milite pour le développement de la première ligne dans la vision d'un système de santé urbain centré sur les besoins de population. Cependant la planification opérationnelle actuelle des CS n'est pas axée résultat et ne tient pas suffisamment compte des problèmes des communautés.	1. Appuyer les centres de santé dans l'élaboration des plans de management 2. Renforcer le coaching de proximité des CS en vue d'accompagner la mise en œuvre des innovations dans la perspective de la rationalisation des services et soins 3. Renforcer le cadre de redevabilité des prestations des formations sanitaires

II. CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'EVALUATION

II.1.Contexte et justification de l'évaluation

La Direction Générale de la Coopération du Royaume de Belgique a conclu avec quatre organisations non gouvernementales belges ont conclu un programme de coopération indirecte en faveur de la République Démocratique du Congo pour le quinquennat 2017-2021 dénommé « Programme commun 2017-2021 RD Congo ». Ces ONGD sont : (i) Aide au développement Gembloux, (ii) Forum universitaire pour la coopération internationale au développement, (iii) Louvain Coopération et (iv) ULB-Coopération. Ce programme vise la défense des droits économiques, sociaux, sanitaires, culturels et environnementaux des populations ciblées.

Dans le domaine de la santé, le programme concerne l'amélioration des systèmes locaux de santé dans une démarche inclusive. Le troisième objectif spécifique vise l'amélioration de la qualité et l'accessibilité des soins des hôpitaux et de la première ligne, en particulier de la zone de santé de Kintambo, en travaillant sur les contraintes essentielles avec l'ensemble des acteurs impliqués selon une approche orientée client.

Le contexte du secteur de la santé de la RDC est marqué par (i) un déficit de dialogue entre les prestataires de soins (tant au niveau des hôpitaux que des centres de santé) et les communautés, (ii) un sous financement global qui rend difficile l'amélioration de la qualité des soins par l'Etat et (iii) une faible participation de la population aux initiatives de promotion de sa santé et de défense de ses droits en matière de santé.

Cette intervention a été mise en œuvre dans un espace urbain, particulièrement dans la ville de Kinshasa, avec des structures étatiques de régulation (Zone de Santé et Division provinciale de la Santé) et des formations sanitaires privées dont l'intégration et la coordination sont problématiques.

ULB-Coopération a commandité cette évaluation finale confiée à une équipe externe en vue de disposer, sur base d'une opinion externe et indépendante, des éléments factuels sur les résultats et des changements apportés sur les différents bénéficiaires en guise de redevabilité envers son bailleur, la Coopération Belge et générer des savoirs partant des résultats de ce programme.

II.2.But et objectifs de la prestation

Le but de l'évaluation finale du programme est d'analyser les résultats et d'apprendre des expériences menées dans la perspective de renforcement du système de santé en milieu urbain.

De manière spécifique, ULB-C souhaite disposer :

- Une opinion externe sur les résultats obtenus pour les différentes cibles du programme à l'aide des critères CAD ;
- Une opinion externe sur l'allocation des financements du programme sur des méthodes et moyens (formations, microprojets) au plus près des besoins en rapport avec la programmation préétablie sur une base pluriannuelle;
- Des recommandations (concrètes et réalistes) argumentées en relation avec les questions d'évaluation à mettre en œuvre dans les futures interventions.

II.3.Presentation du programme Sante DGD 2017-2021 Kinshasa

II.3.1.Historique du projet

Le programme santé coordonné par l'ULB-Coopération dans la ville de Kinshasa fait partie intégrante d'UNI4COOP[1] 2017-2021. Il s'agit d'un programme de la coopération indirecte de la Belgique en RD Congo mis en œuvre conjointement par quatre organismes non gouvernementaux (ONG) universitaires francophones belges (Université de Gembloux, Université de Liège, Université Catholique de Louvain et Université Libre de Belgique).

II.3.2.Objectifs et résultats attendus du programme santé de Kinshasa

Le troisième objectif spécifique de ce programme est piloté par ULB-Coopération et concerne le secteur de la santé de la ville de Kinshasa. Il vise à Améliorer l'accessibilité et la qualité des soins des hôpitaux et au premier échelon, à Kinshasa et en particulier dans la commune de Kintambo, en travaillant sur les contraintes essentielles, avec l'ensemble des acteurs impliqués.

Le projet se voulait un test d'approches innovantes en vue d'atteindre cinq(5) résultats suivants:

- **Résultat 1** : la plateforme hospitalière, organisation qui encadre des projets d'amélioration de la qualité des soins est fonctionnelle ;
- **Résultat 2** : les cadres, les soignants et les travailleurs de l'HGR de Kintambo élaborent et mettent en œuvre des projets d'amélioration de la qualité de leurs services avec l'encadrement de la plateforme de gestion hospitalière ;
- **Résultat 3** : une recherche action sur les modalités d'organisation des soins efficaces de qualité et accessibles au premier échelon est menée avec succès ;
- **Résultat 4** : les cadres de la Zone de santé, de l'HGR et les personnels des centres de santé participent, avec le monde associatif, à des actions efficaces de dialogue avec la population et de promotion du droit à la santé ;
- **Résultat 5** : les expériences et savoir-faire des partenaires du programme en amélioration de l'accès aux soins de qualité en milieu urbain sont capitalisés.

Le programme 2017-2021 est articulé sur cinq résultats résumés en 3 axes soutenus par une théorie de changement complexe basée sur l'autonomisation des acteurs dans la prise des décisions avec une dynamique transversale de capitalisation et gestion des connaissances:

- Le premier axe porte sur l'amélioration de la qualité des services et soins dans les hôpitaux travers la PH-RDC ;
- Le deuxième axe concerne la première ligne avec un changement de paradigme visant un appui décentralisé aux CS sous l'accompagnement de l'ECZ qui a bénéficié d'un renforcement au cours des projets précédents ;
- Le troisième axe concerne le renforcement de la dynamique communautaire avec l'appui de l'ONG nationale Etoile du Sud.

II.3.3.Beneficiaires directs de l'intervention

Les interventions du projet visaient essentiellement deux cibles, les prestataires des formations sanitaires ciblées dans la ville de Kinshasa et les populations qui bénéficient de soins curatifs de qualité mais aussi de conseils pour la promotion de la santé considérées comme bénéficiaires finaux.

[1] Université pour la Coopération

II.3.3.1.Prestataires des formations sanitaires ciblées de la ville de Kinshasa

Cette cible regroupe les prestataires (personnels soignants et les personnels d'appui) de la Zone de Santé de Kintambo et les prestataires des hôpitaux bénéficiant l'encadrement de la plateforme hospitalière de la RDC.

II.3.3.2.Usagers des formations sanitaires ciblées

Les usagers des formations sont constitués de la population de responsabilité de la zone de santé de Kintambo dans la ville de Kinshasa aussi bien pour les soins préventifs, curatifs et promotionnels et tous ceux qui, pour leurs problèmes de santé, recourent aux services offerts par les formations sanitaires (centres de santé et hôpitaux) impliquées dans ce programme en RDC.

II.3.4. Plateformes catalyseurs des changements attendus

La théorie du changement à la base de ce projet avait misé sur une appropriation plus collective de l'amélioration de la qualité des soins et sur l'optimalisation de la mobilisation des ressources endogènes. Trois (3) plateformes sont en place et devaient agir comme catalyseur des changements de comportements attendus en vue d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins.

II.3.4.1. Plateforme hospitalière de la RDC

La plateforme hospitalière de la République Démocratique du Congo, PHRDC en sigle, est une association sans but lucratif (ASBL) de droit Congolais, qui réunit différents hôpitaux de la RDC dans le but de renforcer leurs capacités afin de leur permettre de réaliser leur mandat. Constituée dans le cadre de la synergie avec la Chaine de l'Espoir, la PHRDC regroupe des hôpitaux publics et privés de la RDC dont la majorité se trouve dans la ville de Kinshasa.

Selon ses statuts, la PHRDC travaille en partenariat avec la Direction des Etablissements de Soins et Partenariat du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention. Elle vise les objectifs suivants :

- Accompagner les hôpitaux du réseau de manière efficace et efficiente dans la mise en œuvre du Plan Stratégique de la Réforme Hospitalière (PSRH);
- Offrir aux membres un cadre d'échange d'expérience dans les domaines propres à l'activité hospitalière (médicaux, paramédicaux, techniques de gestion) ;
- Promouvoir un espace de concertation et de débats destiné à éclairer le niveau central et normatif sur la politique hospitalière et nationale ;
- Partager les bonnes pratiques entre les membres, les capitaliser, les communiquer au niveau intermédiaire et central et les diffuser aussi largement que possible ;
- Produire des guides méthodologiques fondés sur les bonnes pratiques identifiées aux plans gestionnaires et médicotechniques ;
- Proposer des appuis techniques aux hôpitaux membres en vue d'améliorer la qualité des soins ;
- Assurer un service accessible à tous les hôpitaux en RDC.

II.3.4.2. Groupe de réflexion pour le développement du premier échelon

Le groupe de réflexion pour le développement du premier échelon est une structure informelle mise en place dans la zone de santé de Kintambo et qui sert de cadre d'échanges entre pairs pour le renforcement de compétences tant techniques que sociales des prestataires en vue d'une résolution plus collégiale et endogène des problèmes liés à la qualité des soins.

Ce groupe est composé de l'équipe cadre de la zone de santé, les structures publiques et privées du premier échelon, le Centre diabète et Santé-formation continue de Kintambo, l'institut Technique médical (ITM) de Kintambo et des représentants de la population de cette Zone de Santé. Les objectifs visés initialement par le groupe de réflexion sont :

- Echanger les expériences entre les formations sanitaires dans le domaine de l'offre de soins de santé de base qui répondent aux problèmes de santé essentiels de la population avec leur implication ;
- Accompagner les structures de santé dans l'organisation des services et d'intégration progressive des Soins de santé primaires ;
- Accompagner les structures spécialement privées à but lucratif dans la mise en place d'un mécanisme de gestion qui tient compte de l'équilibre qualité et bénéfices escomptés ;
- Documenter le processus et son effet sur l'offre et 'accès aux soins de qualité.

Les actions portent sur la concertation et sur la mutualisation des ressources pour l'amélioration en vue d'une offre de soins, répondant mieux aux besoins des populations.

II.3.4.3. Plateforme des usagers

La plateforme des usagers est un regroupement des groupes de réflexion des usagers organisés dans les aires de santé de la ZS de Kintambo dans l'optique de disposer d'une population mieux informée consciente de ses droits et devoirs en matière de santé et actrice pour des soins de qualité. Cette plateforme mise en place avec l'appui du projet est animée par Etoile du Sud (EDS), une ONG de droit congolais créée en 2005 à Kinshasa pour promouvoir le droit à la Santé auprès des masses populaires en vue de leur auto-prise en charge Kinshasa. Actuellement, elle est installée actuellement dans 7 sept de 26 provinces de la RDC (Kinshasa, Kongo-Central, Nord-Kivu, Sud-Kivu, Maniema, Tshopo, Haut-Katanga).

EDS vient en appui aux initiatives locales liées à la conscientisation des masses populaires dans les quartiers périphériques des grandes villes de la RD Congo, avec des organisations locales et des associations sans but lucratif, ainsi que des structures de base en vue de militer ensemble pour le Droit à la Santé qui milite pour le droit à la santé en rendant les usagers pleinement acteurs dans la résolution de problèmes sanitaires qu'ils ont identifiés et pour lesquels ils pourront rechercher des solutions.Les actions de l'EDS sont basées sur l'hypothèse selon laquelle une communauté sensibilisée, organisée et accompagnée est mieux armée pour identifier ses problèmes prioritaires et contribuer à leur résolution.

EDS agit via des groupes de réflexion des usagers (GDR) et la plateforme des usages (PUS). Elle utilise l'approche Sensibiliser, Organiser et Mobiliser (SOM) à l'aide des formations destinées aux leaders communautaires (femmes et jeunes) et au personnel de santé en vue d'une meilleure perception des problèmes de la population et l'invitation des actions de sensibilisation citoyenne.

III DEFINITION DES CONCEPTS

Dans ce chapitre nous donnons la définition ou mieux l'entendement des concepts utilisés dans le cadre de l'évaluation du programme santé Kinshasa 2017-2021.

Dynamique communautaire

La dynamique communautaire renvoie à la responsabilisation de la population pour l'indentification et la recherche des solutions aux problèmes prioritaires et au dialogue permanent avec les prestataires en vue des soins centrés sur les personnes.

Groupe de réflexion pour le développement du premier échelon

Le groupe de réflexion pour le développement du premier échelon est un ensemble des personnes organisées et engagées à la recherche des réponses aux problèmes qui se posent dans leur milieu et transférer les compétences aux communautés.

Plateforme hospitalière

La plateforme hospitalière de la République Démocratique du Congo, PHRDC en sigle, est une association sans but lucratif (ASBL) de droit Congolais, qui met en réseau différents hôpitaux dans le but de renforcement de leurs capacités afin d'offrir les soins et services de qualité en réponse aux besoins des usagers.

Plateforme des usagers

La plateforme des usagers est un regroupement des délégués des groupes de réflexion organisés dans les huit(8) quartiers de la commune de Kintambo dans le but de rendre les usagers pleinement acteurs dans l'identification et la résolution de problèmes par la recherche des solutions endogènes ou des actions de plaidoyer.

Succès

Dans le processus d'évaluation des projets, le concept succès fait allusion aux réussites ou résultats positifs dans l'atteinte des objectifs ou mieux la perception positive des résultats des activités dans le cadre d'une intervention passée.

Echec

Le concept échec fait allusion à la défaillance et traduit les difficultés, les malaises qui limitent l'atteinte des objectifs et résultats dans le cadre d'une intervention passée.

Potentialités

Les potentialités se rapportent aux chances et opportunités qui s'offrent pour transformer des échecs antérieurs en réussites ou encore des capacités et ressources inexploitées pouvant être mises à profit avec des bonnes probabilités de succès dans la mise en œuvre des projets futurs.

Obstacles

Les obstacles renvoient aux handicaps, résistances, oppositions, limites infranchissables ou conditions défavorables susceptibles de contrarier l'atteinte des résultats des projets futurs.

Qualité

Dans ce programme, la qualité des soins renvoie à la sécurité des patients et gestion des risques liés aux prestations de soins. Celle- ci est définie dans la note stratégique qualité (Décembre 2017)

Leçons apprises

Les leçons apprises sont des enseignements tirés de l'expérience et qui contribuent à orienter les actions futures partant des connaissances et attitudes acquises. Dans la pratique courante on apprend aussi bien de nos succès que nos échecs.

Capitalisation

La capitalisation est une démarche pour transformer l'action et l'expérience en apprentissage partageable. C'est un processus d'apprentissage qui prépare aux changements.

Bonnes pratiques

L'expression « bonnes pratiques » désigne, un ensemble de comportements qui sont de manière consensuelle considérés comme indispensables par la plupart des professionnels dans un domaine et établis dans le cadre d'une démarche de qualité. Les bonnes pratiques ne sont opposables à tous que s'ils ont été rendus publics.

Empowerment

Nous utilisons dans ce rapport la définition de l'empowerment (William A. « Bill » Ninacs) comme un processus par lequel les individus et les collectivités acquièrent la capacité d'exercer un pouvoir, d'agir de façon autonome et de prendre un risque.

Communication

La communication au sens de cette évaluation consiste en la transmission de messages par le projet vers les différentes catégories ou groupes cibles selon leurs besoins spécifiques. Une bonne communication autour du projet permet un management optimal à travers des objectifs clairs, rythmés et partagés. Elle permet de prévenir les incompréhensions les malentendus, en favorisant les remontées du terrain au projet (leçons apprises) et vers l'institutionnel notamment la DPS et les directions centrales du ministère (apprentissage institutionnel et influence sur les politiques). Elle permet au final de développer la performance du projet, en identifiant le plus tôt possible les risques.

La communication projet permet aussi d'inclure et de fédérer bien au-delà de l'équipe projet, par un dialogue avec les parties prenantes externes.

IV APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

IV.1 Equipe de l'évaluation

L'équipe d'évaluation était composée du Dr Cheick Hamed OUEDRAOGO, un expert en santé publique international chef d'équipe chargé de la coordination d'ensemble de la mission et d'un expert national, Dr Alain Mboko IYETI, médecin de santé publique avec une bonne connaissance sur le renforcement du système local de santé, des réformes du système de santé et des questions de partenariat en santé en RDC.

IV.2. Étendue de la mission et approche de l'évaluation

Nous avons mené cette évaluation en prenant en compte trois volets : temporel, géographique et thématique. Sur le plan temporel, l'évaluation a couvert la totalité de la durée du projet (2017-2021) en portant une attention sur la pertinence de la prolongation envisagée dans le cadre du programme suivant (2022-2027). Du point de vue géographique, l'évaluation a porté

sur la ville de Ville de Kinshasa. Pour ce qui concerne le contenu, tous les thèmes : la qualité des soins, l'utilisation des services et soins offerts et la pérennité institutionnelle.

IV.3. Echantillonnage

L'analyse poussée sur les effets et changements apportés par l'intervention a été menée à trois niveaux conformément aux cibles :

- Trois hôpitaux (Matete, Ngaliema et Kintambo) ont été visités afin de mieux trianguler certaines évidences. Leur choix était orienté entre autres par l'impact des microprojets et la participation des animateurs aux activités de la plateforme.
- Les investigations poussées ont eu lieu dans trois centres de Santé représentatifs de la typologie des formations sanitaires de la première ligne de Kintambo : Lubudi-Luka (aire de santé la plus peuplée), CBCO (structure confessionnelle médicalisée) et New CAMS (privé pur qui sert de structure principale d'une aire de santé qui émerge dans les activités des soins de santé primaires).
- Quant aux usagers, outre les exploitations des documents disponibles, les investigations avaient ciblé des présidents des groupes de réflexion des quartiers et quelques usagers lors des visites des centres de santé.

IV.4. Mise en œuvre de l'évaluation proprement dite

La prestation s'est passée en cinq phases : (i) la phase préparatoire, (ii) la collecte des données, (iii) le traitement et l'analyse des données, (iv) la restitution des résultats et interaction avec le commanditaire.

IV.4.1 Réunion de briefing

Le démarrage de la prestation s'est fait à travers une rencontre de cadrage organisée le 6 décembre 2021 avec l'équipe de gestion du programme pour l'approbation de l'approche méthodologique et le chronogramme. Cette réunion a permis de valider les principaux éléments retenus dans la méthodologie y compris les cibles visées par la collecte et les analyses et de donner des orientations sur des attentes précises de la part du projet et valider le chronogramme d'évaluation.

IV.4.2 Collecte des données

Un travail préparatoire à la phase de collecte des données a été réalisé au mois de janvier 2022 par un contact avec les animateurs des différentes structures ciblées pour répertorier et identifier les informateurs clés.

La collecte des données proprement dite a combiné trois techniques : la revue documentaire, les entretiens (individuels et en groupes) avec les informateurs clés et les visites des structures ciblées. Les deux ateliers regroupant toutes les parties prenantes du projet organisés respectivement le 28 février et le 08 mars 2022 ont permis de collecter les informations complémentaires à l'aide d'une approche mixte (brainstorming, travaux en groupe et échanges en plénière l'aide de l'outils SEPO[2]).

a. Revue documentaire

Une revue documentaire continue a été menée afin de collecter le maximum d'informations contenues dans les rapports et dans les documents de base du projet.

Il s'agit notamment de la note conceptuelle du projet, les rapports périodiques des acteurs de mise en œuvre et des rapports d'évaluation intermédiaires du projet. L'attention était portée

[2] Outils d'analyse qualitative d'une intervention qui permet d'identifier le succès, les échecs, les potentialités et les opportunités.

sur les principales actions menées et les changements apportés. La liste des documents exploités est reprise en annexe 1.

b. Entretiens individuels et en groupes avec des informateurs clés

L'équipe d'évaluation a procédé aux entretiens individuels et de groupes avec des informateurs-clés dans le but de recueillir les avis sur la portée des activités mises en œuvre et les changements apportés.

Différentes informations ont été recherchées auprès de l'équipe de coordination de l'ULB-Coopération et des cibles spécifiques du programme, notamment la PH-RDC, les acteurs de première ligne et les acteurs communautaires.

Les échanges avec la coordination du programme avaient abordé tous les aspects du programme, notamment**:**

- L'historique et l'orientation générale du programme et le système de suivi évaluation:
- L'appui à la PH-RDC et aux hôpitaux membres pour l'amélioration de l'offre des services et soins de qualité ;
- La rationalisation de l'offre et l'accessibilité aux services et soins qualité à la première ligne ;
- La dynamique communautaire avec l'appui de l'Etoile du Sud ;
- La capitalisation des expériences et bonnes pratiques.

Les entretiens avec la Plateforme hospitalière de la RDC étaient axés sur :

- Le fonctionnement de la plateforme hospitalière ;
- Les mécanismes de renforcement des capacités managériales et de gestion des hôpitaux membres de la PH ;
- Le processus et l'apport des microprojets par rapport aux prestations des hôpitaux ;
- Les changements perçus par les acteurs et l'évolution de la qualité des services et soins offerts au regard du référentiel national.

Les échanges avec le groupe de réflexion pour le développement du premier échelon étaient articulés autour des aspects suivants :

- Les mécanismes de concertations mis en place, leur fonctionnement et leur apport dans l'amélioration du système local de santé ;
- Les formations dont les acteurs ont bénéficié r et les appuis directs pour l'amélioration des prestations des centres de santé ;
- Les bonnes pratiques d'amélioration de la qualité des services et soins.

Les entretiens avec la plateforme des usagers étaient focalisés sur les aspects ci-après **:**

- La fonctionnalité de la plateforme comme cadre de concertation et de redevabilité;
- La mobilisation des communautés pour les actions de promotion de la santé ;
- La communication et plaidoyer dans le dialogue offre –demande ;
- Le processus de résolution locale des problèmes de santé et barrières aux soins ;
- La satisfaction des usagers à travers des entretiens et des informations de la PUS.

L'annexe 2 constitue le répertoire des personnes contactées.

c. Visites des structures ciblées

L'équipe a procédé à la visite des hôpitaux (Matete, Ngaliema et Kintambo) et des centres de santé ciblés (Lubudi-Luka, CBCO et New CAMS) pour la collecte des données complémentaires aux entretiens.

IV.4.3. Analyse des données et synthèse des observations

Les données recueillies ont fait l'objet d'une analyse appropriée selon leur nature. Les données quantitatives sont présentées sous forme de tableaux ou graphiques commentés tandis que les données qualitatives sont rendues sous forme des verbatim.

L'évaluation a fait recours à approche apparentée à l'évaluation réaliste en raison de la complexité de l'intervention qui se déroule dans un contexte de mutation constante. Une attention particulière était accordée au contexte, aux mécanismes de mise en œuvre et aux changements enregistrés.

La dimension quantitative a été utilisée en vue de documenter les indicateurs du cadre de rendement. L'approche qualitative a servi pour apprécier les changements en lien avec la théorie de changement, notamment la satisfaction des usagers des services de santé. Les 3 plates formes (plateforme hospitalière, plateforme des usagers et groupe de réflexion pour le développement du premier échelon) ont fait l''objet d'une analyse détaillée sur leur organisation et sur des effets de leurs actions.

La pérennité était analysée à l'aide de l'outil Réflex-ISS avec une échelle de 0 à 4 :

0 Action non abordée dans le projet ;
1 Réflexion amorcée (à un stade embryonnaire et nécessite de redoubler d'effort);
2 Propositions d'action concrètes (mais non encore réalisée et besoin d'avancer vers la des mesures concrètes)
3 Des actions concrètes entreprises mais non encore abouties.
4 Actions en adéquation avec l'objectif avec des changements réalisées et appellent un effort pour maintenir les acquis.

Dans la perspective de consolidation des informations, l'équipe des évaluateurs a organisé, le 28 Février 2022, un atelier d'analyse participative des résultats. Les avis et des acteurs ont fait l'objet d'un autre atelier organisé le 8 mars 2022 pour valider les résultats observés, formaliser les leçons apprises et formuler les recommandations pour le prochain programme. Les termes de référence et la liste des participants à ces ateliers est reprise en annexe 3.

Photo 1 : vue des participants à l'atelier d'analyse des résultats du 28 février 2022 à Kinshasa

IV.4.4. Restitution des résultats et principales observations

Les résultats de l'évaluation ont fait l'objet d'une discussion avec l'équipe de gestion du Programme Kinshasa pour valider les constats et les recommandations. La synthèse de la prestation, les actions menées, les résultats observés et la discussion sur les principaux constats ont fait d'une restitution orale par vision conférence le 16 mars 2022.

V.4.5. Élaboration et soumission du rapport final de la prestation

L'équipe d'évaluation a produit et soumis, le 29 mars 2022, le rapport provisoire de l'évaluation selon le format exigé par le commanditaire. Une réunion avec le comité de pilotage pour recueillir les commentaires et les éventuelles questions de clarification a permis de finaliser le rapport transmis le 19 avril 2022.

IV.5. Limites de l'analyse et difficultés

Cette prestation a été confrontée certaines difficultés qui ont d'une manière ou d'une autre affecté le déroulement de l'évaluation. Il s'agit notamment (i) de la durée limitée (15 jours) accordée à l'équipe d'évaluation, (ii) de l'absence de certains acteurs clés lors de la mission de terrain et (iii) du système d'information très parcellaire ne permettant de disposer de toutes les données en temps réel. Toute l'anticipation de la phase préparatoire et les informations complémentaires collectées au cours de la mission de terrain nous ont permis de se faire une idée plus ou moins claire de la mise en œuvre et émettre une opinion.

V. PRINCIPALES ACTIONS MENEES PAR RESULTAT

Dans ce chapitre nous passons en revue les actions menées au regard de chaque résultat (PH-RDC, Appui aux hôpitaux, appui la première ligne des soins de la ZS de Kintambo, dynamique communautaire et recherche action-capitalisation).

V.1. Actions pour l'institutionnalisation et le fonctionnement de la PH-RDC

Le premier résultat du programme 2017-2021 est formulé de la manière suivante : La plateforme hospitalière, organisation partenaire qui encadre des projets d'amélioration de la qualité des soins, est fonctionnelle. L'ambition était de parvenir à l'institutionnalisation de la PH-RDC, l'amélioration gouvernance et de la redevabilité, l'apprentissage organisationnel, le soutien institutionnel aux innovations ainsi que les nouvelles approches d'encadrement des prestataires des hôpitaux.

La mise en place de la PH-RDC remonte en 2012 par une initiative de la chaine de l'Espoir Belgique (CDE) dont le programme en R.D.Congo appuie la prise en charge des enfants souffrant de pathologies nécessitant des soins médico-chirurgicaux spécialisés à travers l'ASBL Chirurgie Pédiatrique en Afrique (CHIRPA). En 2014, d'autres ONG Belge (Croix-Rouge de Belgique, ULB-C) se sont joints à l'initiative pour en faire une plateforme de gestion hospitalière. Son institutionnalisation est arrivée en 2017. CHIRPA travaille avec la PH-RDC comme son partenaire dans le cadre du travail avec les hôpitaux. A ce titre, en plus des fonds de la DGD, la CHIRPA dispose de moyens propres pour l'appui des soins de santé pré-, per- et postopératoire.

L'appui à la PH-RDC est un résultat du programme santé 2017-2021 de l'ULB-C qui visait son institutionnalisation et sa reconnaissance légale. A ce jour, la PH-RDC est enregistrée au Ministère de la Justice (première étape pour l'obtention de la personnalité juridique) et au Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention. Elle dispose d'un plan stratégique pour la période 2021-2025. Ses organes de pilotage (Conseil d'Administration et Assemblée Générale) sont fonctionnels en dépit du fait l'équipe technique n'est pas encore constituée que d'un seul agent, la coordonnatrice.

L'appui de la PH-RDC aux hôpitaux avait porté sur deux volets : (i) le volet managérial (gestion administrative et financière) des établissements des soins et (ii) le volet médicotechnique (formations, stages, capitalisation et microprojets d'amélioration de la qualité des services et soins). Les hôpitaux ont été accompagnés conjointement par la PH-RDC et l'unité de gestion du programme de l'ULB Coopération dans le cadre du suivi des microprojets et de suivi post-formation.

V.2.Appui aux hôpitaux membres de la PH-RDC

Le deuxième résultat du projet santé de Kinshasa était focalisé sur l'élaboration et la mise en œuvre par les prestataires des hôpitaux, dont 'HGR Kintambo, des projets d'amélioration de la qualité de leurs services avec l'encadrement de la PH-RDC. Les hôpitaux membres de la PH-RDC sont repris en annexe 4.

Le programme a financé des formations en faveur des personnels des hôpitaux, des échanges d'expériences et l'apprentissage sur la prise des décisions dans l'optique de l'amélioration de la qualité des soins et de la satisfaction des patients. Compte tenu de la survenue de la pandémie de COVID-19, une attention particulière était portée sur la Prévention Contrôle des infections (PCI) et l'hygiène hospitalière. Un appui ponctuel de l'Agence Française de Développement (AFD) a permis d'organiser une formation sur la PCI. La PH-RDC a recouru à l'expertise de la présidente du comité d'hygiène de l'HGR de Kintambo pour la formation des prestataires de l'HGR Kintambo et d'autres hôpitaux membres de la PH-RDC.

Les hôpitaux ont aussi bénéficié des formations sur le cycle de gestion des projets et de l'accompagnement de la PH-RDC dans l'élaboration de microprojets et la demande de financements. Ces microprojets ont pris en compte le renforcement des compétences des prestataires en soins chirurgicaux et le rehaussement de leur environnement de travail un axe de travail appuyé par CHIRPA.

De 2018 à 2021, huit rounds de microprojets ont été lancés et 35 hôpitaux avaient soumissionné. Dix-neuf (19) hôpitaux dont liste reprise en annexe 5 ont bénéficié des microprojets. Il s'en dégage des observations suivantes:

- 1 seul Hôpital, Hôpital Militaire du Camp-Kokolo, a bénéficié de 4 microprojets ;
- 3 hôpitaux ont bénéficié de 3 microprojets (Ngaliema, Cliniques Universitaires et CMASS)
- 5 hôpitaux ont bénéficié de 2 microprojets (Kintambo, Hôpital Saint-Joseph, Matete, Hôpital Pédiatrique de Kalembelembe et CM Vipot)
- 9 hôpitaux ont bénéficié d'un seul microprojet (Monkole, Barumbu, Saint-Luc de Kisantu, Hôpital Pédiatrique de Mbuji-Mayi, Hôpital Pédiatrique de Kimbondo, Bominenge, Budjala, Hôpital Roi-Baudouin et Hôpital Bamba Marie-Mutombo.

Les microprojets financés après sélection par les pairs et les ONG et approbation par le Conseil d'Administration de la PH-RDC ont fait l'objet d'un accompagnement sur le monitoring de la mise en œuvre et sur leur impact. Ci-dessous une image illustration l'apport du microprojet améliorations de la stérilisation à l'Hôpital Militaire du Camp Kokolo à Kinshasa.

Photo 2 : Ancien poupinel et le nouvel autoclave de l'HM Kokolo

Le fonds envisagé pour la subvention des services et soins dans la zone de Santé de Kintambo n'a pas été mis en place suite aux changements de l'approche de mise en œuvre du projet après la mise en place de la Plateforme Hospitalière. Les acteurs hospitaliers devraient plutôt mobiliser les fonds dans un panier commun géré par la PH-RDC sous forme de microprojet au regard des priorités identifiés par les prestataires.

Cette situation a impacté négativement sur le fonctionnement de service de pédiatrie de l'HGR de Kintambo avec son initiative de la tarification forfaitaire subsidiée car les projets mobilisés auprès de la PH-RDC ne répondaient pas à cette thématique. La mise en œuvre des microprojets a révélé un besoins accru de formation des acteurs des hôpitaux en gestion de cycle de projet (management des risques) et une expertise pour l'élaboration des spécifications techniques pour les travaux et acquisitions de bien et service et une attention particulière à la maintenance des équipements.

V.3. Actions sur la première ligne des soins la Zone de Santé de Kintambo

Le troisième résultat du programme santé Kinshasa était sur le renforcement de la première ligne pour une offre des services et soins de qualité, efficaces et accessibles dans le contexte d'une zone de santé urbaine avec des formations sanitaires privées.

La zone de santé de Kintambo compte 8 aires de santé (Bolingo, Itimbiri, Kilimani, Lisanga, Lubudi-Luka, Lubudi-Nganda, Tshinkela et Wenze). Parmi les structures de référence des aires de santé, la maternité de Kintambo située dans l'aire de santé Itimbiri. Les autres structures appartiennent aux privés lucratifs (Lubudi-Nganda et Tshinkela) et privés confessionnelles.

La recherche action envisagée pour établir la typologie des structures de la première ligne de Kintambo n'a pas eu lieu. En lieu et place, un état des lieux a été organisé par l'ECZ avec l'accompagnement d'ULB C qui a montré qu'il y avait plus d'établissements de soins que ceux répertoriés au BCZ, soit 31 autres structures privées disséminées dans les huit aires de santé. Le programme a appuyé les formations du personnel (liste en annexe 6) et l'accompagnement des structures dans le sens de renforcer l'interaction entre les formations sanitaires œuvrant dans la même aire de santé autour du centre de santé coordonnant les actions de l'aire de santé dans la perspective d'alignement des interventions dans la vision des soins de santé primaires en milieu urbain.

.
La dynamique de la mise en réseau des établissements des soins de la première ligne est à la base de la création du groupe de réflexion sur le développement de la première ligne qui réfléchit sur plusieurs thématiques notamment la prise en charge des maladies chroniques, l'élaboration des microprojets pour l'amélioration des prestations des CS, discussion et échanges des expériences entre pairs pour mieux adapter les soins aux besoins et au contexte urbain en lieu et place du modèle ses soins hiérarchisés préconisés en milieu rural. La survenue de la pandémie à Covid 19 a eu l'effet de réduire la fréquence des rencontres mensuelles des acteurs, rapidement compensée par la création d'un groupe de communication via l'application WhatsApp qui est devenu un véritable outil de partage d'expérience.

Quelques centres de santé ont bénéficié des appuis de même que l'ECZ pour le suivi et l'accompagnement des centres de santé. Ces microprojets sont répertoriés en annexe 7. Ci-dessous une image illustration les résultats du plaidoyer réussi des acteurs de la première ligne dans le Centre de Santé Lubudi-Luka.

Photo 3 : Infrastructures acquis par le CS Lubudi-Luka au cours du programme 2017-2021

Quant à l'intégration de la prise en charge des maladies chroniques, l'attention a été portée plus sur la prise en charge du diabète et l'intégration du dépistage et du suivi des cas de drépanocytose dans quelques centres de santé. La prise en charge des indigents n'a pas fait l'objet d'actions en profondeur.

V.4. Actions menées pour impulser la dynamique communautaire

Le cinquième résultat du programme Kinshasa était axé sur la dynamique communautaire par des actions efficaces de dialogue avec la population et de promotion du droit à la santé. Suivant les directives du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention, la communauté est organisée à travers le comité de santé avec des cellules d'animation communautaires et des relais communautaires qui remontent les informations de la population aux centres de santé. Selon la politique sanitaire, l'encadrement des initiatives communautaires est la responsabilité des animateurs communautaires basés au Bureau Central de la Zone.

La dynamique communautaire en milieu urbain est complexe.Dans une zone ne disposant que des structures privées, tel Kintambo dans la ville de Kinshasa, la cogestion est quasi inexistante et les réunions du comité de développement sont plus normatives que pour examiner et résoudre les problèmes des populations. Les relais communautaires jouent le rôle d'agents de liaison entre les CS et le BCZ.

Le projet a signé une convention de partenariat avec l'ONG EDS en vue de profiter de son expertise dans l'accompagnement des organisations communautaires de la Zone de Santé de Kintambo. Etoile du Sud a accompagné la mise en place des groupes de réflexions des quartiers et la plateforme des usagers, structures qui donnent la parole à la communauté pour exprimer leurs attentes en vue de la construction d'un système avec des services et soins centrés sur les besoins et attentes des communautés, particulièrement des populations marginalisées.

Cette démarche novatrice itérative a nécessité de longues négociations pour aboutir à des termes de référence consensuels et une charte des GDR signée en décembre 2021. Les acteurs ont bénéficié d'une formation sur le module Droit à la santé, militant de santé, Empowerment des communautés et la sensibilisation sur Covid -19. Le fonctionnement des GDR et de la PUS est notable avec la régularité des rencontres et de partages. Leurs activités étaient basées sur un diagnostic communautaire réalisé en 2019 ayant identifié les problèmes prioritaires à résoudre. On peut retenir entre autre thématiques prioritaires les méfaits de l'automédication, la promotion d'une alimentation équilibrée, l'hygiène du milieu, la prise en charge des maladies chroniques (hypertension artérielle et diabète) et de la drépanocytose qui est apparu comme une innovation. La pandémie de Covid19 a perturbé quelque peu cette planification en 2020, mais a constitué une opportunité de renforcement de l'action des GDR pour les activités de prévention et de riposte dont des visites à domicile.

Une frange importante de la population a été impactée par les actions de la PUS/GDR. En 2020, les activités de prévention et promotionnelles ont concerné18.309 ménages soit près de 62.000 personnes, 1238 élèves et 27 enseignants. Ces activités étaient réalisées en étroite collaboration avec les prestataires. Un fait notable est la participation des femmes aux activités (43% des bénéficiaires), les responsables des églises et une participation active des chefs de quartier et de rues. La participation des adolescent(e)s et jeunes aux activités de dialogue (36% des participants) crée les conditions pour l'amélioration de leur santé sexuelle et reproductive.

Etoile du Sud a organisé, en collaboration avec les différents groupes de réflexion, le forum des utilisateurs impliquant les autorités locales dans les échanges sur les problèmes de santé et l'amélioration des services et soins à la première ligne. Aucune action n'a été menée dans l'optique du dialogue entre les prestataires des hôpitaux avec la population sur le droit à la santé et le sondage de la population sur sa satisfaction par les services et soins offerts.

La prise de conscience de la communauté sur son rôle dans l'identification des priorités et son interaction avec les prestataires a produit quelques changements tangibles à l'instar de la mise en conformité de l'horaire du travail du CS Lubudi-Luka et la participation des tenanciers des centres privés aux réunions de concertation avec l'ECZ et leurs pairs. Ces changements peuvent s'amplifier davantage avec un accompagnement de proximité de l'ECZ dans toutes les aires de santé.

V.5.Actions menées en rapport avec la capitalisation des bonnes pratiques

Le cinquième résultat du programme Kinshasa était axé sur la capitalisation des expériences et bonnes pratiques repérées dans la mise en œuvre du programme.

Un consultant a été recruté par le programme pour le renforcement de capacités des acteurs dans la capitalisation. Cet appui (avril 2019 à Décembre 2020) a permis d'apporter un accompagnement méthodologique et technique en vue d'initier et conduire une démarche de documentation et capitalisation des expériences. Elle a produit des livrables en termes des

actions documentées tels que la description de l'institutionnalisation de la PH-RDC, de l'initiative des microprojets d'appui aux hôpitaux et la dynamique communautaire, notamment le forum d'expression populaire avec l'EDS.

La documentation apparait encore modeste, la coordination du programme et ses partenaires envisagent la documentation et la capitalisation des bonnes pratiques et leçons apprises de ce programme, notamment le renforcement de la dynamique communautaire, la rationalisation de la première ligne en milieu urbain dans le contexte de la médicalisation et l'appui des hôpitaux via les formations pratiques et les microprojets dont les thématiques sont identifiées par les bénéficiaires comme interventions catalyseurs de changement. Plusieurs idées de capitalisation et esquisses étaient notées lors de l'évaluation.

PROCESSUS DE DOCUMENTATION | OCTOBRE 2020

MOBILISATION COMMUNAUTAIRE : MÉCANISMES ET CHANGEMENTS AU SEIN DES COMMUNAUTÉS DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

Partage d'expériences et de bonnes pratiques - Etoile du Sud - Kinshasa

Accompagnement des Groupes de réflexion, de la Plate-forme des Usagers et les prestataires dans la sensibilisation sur la Drépanocytose dans les 8 Aires de santé de Kintambo » // juillet - septembre 2019

Pour accompagner les communautés et soutenir la synergie entre acteurs communautaires et les prestataires de santé dans la planification, la préparation et l'exécution des activités de sensibilisation et d'orientation des populations locales dans les quartiers de la commune de Kintambo, Etoile du Sud s'appuie sur une démarche de participation communautaire. Cela implique la conscientisation des populations par rapport aux conséquences de la maladie de la Drépanocytose, et l'appropriation des activités de sensibilisation par les populations et l'appropriation des activités de sensibilisation par les populations. Tout d'abord informer et sensibiliser sur la maladie de la Drépanocytose, connaître ses symptômes et ses conséquences sur la santé. Par la suite orienter les personnes pour le dépistage volontaire et encourager la prise en charge de la maladie si elle était avérée. Enfin, mobiliser et impliquer les autorités politico-administratives à travers des ateliers de concertation et des sessions de formation pour participer aux activités de prévention de la maladie au sein des communautés.

Les bonnes pratiques identifiées : le dépistage volontaire avant tout union, le dépistage néonatal; la diffusion de message de prévention (incompatibilité des couples SS et prévention de la transmission pour les couples AS).

Populations clés ciblées : la jeunesse, les couples en âge de se marier et de procréer.

Acteurs concernés et impliqués : leaders et animateurs communautaires, groupes de réflexion et plateforme des usagers, prestataires de santé.

APERÇU :

- Dynamique communautaire dans les relations Usagers – Prestataires de santé
- Maladie de la drépanocytose : Orientation pour le dépistage

Cette fiche synthétique présente les travaux de documentation menés par Etoile du Sud conduit sur la période juillet 2019 – août 2020.

Elle présente les bonnes pratiques identifiées par l'EDS dans le cadre de la mise en œuvre d'actions de prévention de la santé et de promotion de la santé.

En s'appuyant sur l'approche S.O.M dans ses interventions, EDS stimule et organise les populations dans les quartiers de la commune de Kintambo de façon à ce qu'elles soient en capacité d'agir sur des problèmes de santé et des problèmes sociaux.

Photo 3 : vue d'un document de visibilité des actions menées avec Etoile du sud dans la zone de santé de Kintambo

Une recherche-action a été initiée en 2019 à l'Hôpital Saint Luc de Kisantu. Elle porte sur la démarche qualité axée sur la gestion des risques dans l'optique de l'amélioration de la satisfaction et de la sécurité des patients. Elle est au stade de démarrage de collecte des données en vue d'une analyse et partage de l'expérience après la validation du protocole.

VI. ANALYSE DE LA MISE EN ŒUVRE ET LE NIVEAU D'ATTEINTE DES RESULTATS

Nous décrivons les changements qui découlent des actions menées et les réflexions qu'ils ont suscités sur les différentes cibles dans la perspective de consolidation des acquis.

VI.1.Analyse de la coordination de la mise en œuvre

La coordination horizontale et la communication entre l'équipe du projet et les 3 plates formes est effective via les rapports d'activités conformément aux conventions signées avec Etoile du sud et la PHRDC.

La mise en œuvre du programme 2017-2021 a connu trois changements majeurs sur les cinq ans de sa durée:

- Le premier changement a porté sur la réorientation du deuxième résultat en mettant HGR Kintambo au même rang avec les autres membres et l'adoption du mode projet pour la compétition entre hôpitaux en vue de la mobilisation des fonds pour l''amélioration de la qualité des services et soins;
- Le deuxième changement concerne la consolidation de la PH-RDC en tenant compte des recommandations de l'évaluation mi-parcours de 2019 et le rapprochement de l'ECZ avec les acteurs privés de première ligne et les autorités locales après la mise en place des groupes de réflexion des prestataires de première ligne et la Plateforme des usagers ;
- Le troisième changement porte sur la conception en 2019 de la recherche action sur la qualité des soins préalablement prévue à l'HGR Kintambo à l'Hôpital Saint Luc de Kisantu.

Ces changements qui remettent en cause l'approche historique de subvention « appui systématique » à la Zone de santé de Kintambo ont entrainé une certaine démotivation de l'ECZ avec un sentiment de perte d'autorité sur les centres de santé. Il convient de faire remarquer que l'ECZ a bénéficié des fonds du projet pour assurer le suivi des microprojets financés après échanges formelles.

La mise en œuvre du projet a montré peu de liens fonctionnels avec la Division Provinciale de la santé en dehors de la participation au comité de sélection des microprojets.

Nous avons noté qu'il y a eu peu d'interactions entre les trois plates formes alors que les contacts entre la PH-RDC et la PUS. Bien que n'étant pas explicitement planifié dans l'intervention à l'origine ce lien était une opportunité pour remonter les préoccupations et attentes de la population en ce qui concerne la qualité des soins dans les hôpitaux, cet aspect concerne aussi bien les hôpitaux que les centres de santé. En outre, le système de monitoring du projet n'a pas pris en compte le suivi des marqueurs de progrès vers les changements complexes. Cette situation occulte certains résultats. La situation s'est améliorée avec le recrutement d'un consultant chargé de suivi et évaluation.

Les interventions futures devront renforcer le système de monitoring pour rassembler les données permettant de capter les changements induits par les actions menées et mettre en place un mécanisme d'échanges entre la PH-RDC et la PUS pour alimenter la démarche qualité dans le sens de planifier et mettre en œuvre les actions visant à améliorer la satisfaction des utilisateurs..

Dans le souci de mettre à profit les résultats de ce projet et en vue de maximiser l'apprentissage, Il y a nécessité d'une part de recadrer le pilotage des interventions dans la vision de double ancrage au niveau de l'ECZ et de la DPS avec participation active des

animateurs du projet aux structures de dialogue sectoriel provincial , notamment le groupe de travail du comité provincial de pilotage du secteur de la santé (CPP-SS), pour partager les expériences et alimenter les réflexions sur le renforcement du système de santé en inscrivant au menu des échanges les résultats des interventions innovantes et éventuellement les difficultés qui remontent du terrain..

VI.2.Observation sur les résultats

VI.2.1.Observations sur l'organisation et le fonctionnement de la PH-RDC

Les actions en lien avec l'organisation et le fonctionnement de la PH-RDC ont été menées avec succès. L'existence de la PH-RDC comme une structure autonome est formalisée par sa dotation des documents légaux (Statuts et Règlements Intérieurs), l'adoption de son plan stratégique et son enregistrement aussi bien au Ministère de la Justice et Garde des sceaux et au Ministère de la Santé, Publique, Hygiène et Prévention en dépit du fait que la signature de la convention de partenariat sollicité depuis deux ans tarde à se concrétiser.

L'action de la PH-RDC s'est étendue à un grand nombre d'hôpitaux au vu de l'adhésion d'un nombre croissant des hôpitaux tant de Kinshasa et de l'arrière-pays renseignés par le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 : Evolution des adhésions des hôpitaux à la PH-RDC de 2017 à 2021

Indicateur	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre des hôpitaux de Kinshasa	17	19	19	21	22
Nombre des hôpitaux de l'arrière-pays	3	13	13	13	13
Nombre total d'hôpitaux adhérents	20	32	32	34	35

L'évolution des adhésions illustre l'intérêt croissant des hôpitaux au processus d'amélioration de leur fonctionnement et à l'appui pour l'amélioration de la qualité des services et soins qu'ils offrent. Cet engouement contraste avec les ressources dont dispose la PH-RDC, notamment pour leur accompagnement étant donné que l'équipe d'exécution ne compte encore que la coordonnatrice appuyée par les experts de l'ULB-Coopération et de la CHIRPA.

Nous avons porté une attention particulière sur le suivi des recommandations de l'évaluation intermédiaire de la PH-RDC. En effet, cette évaluation avait recommandé d'accroître le caractère participatif des programmes afin d'en favoriser l'appropriation et donc la durabilité et de diversifier/accroître ses sources de revenus. Pour ce faire, la coordination a renforcé le partage des informations et les échanges avec les hôpitaux. En outre, depuis 2021, les formations découlent des besoins recueillis auprès des hôpitaux par un sondage rapide ou selon les recommandations des échanges d'expériences. La mise en réseau des formations sanitaires membres de la PH-RDC se fait à travers l'échange d'expériences, les stages des prestataires dans d'autres hôpitaux et le recours à l'expertise technique de certains hôpitaux pour des conseils, orientations et accompagnement.

-

Par rapport au degré d' l'autonomie de la PH-RDC, la situation a peu évolué car les deux bailleurs qui accompagnent la coordination font partie du conseil d'Administration. La diversification des sources de financement est naissante avec la mobilisation d'un appui supplémentaire reçu depuis 2020. Cet appui est apporté par CREDES, agence d'exécution du Projet Mère Enfants de Kinshasa (PROMEKIN II) financé par l'AFD pour l'accompagnement des hôpitaux bénéficiaires sans couvrir les charges de la PH-RDC.

La coordonnatrice de la PH-RDC est confiante et apprécie l'action menée à travers ce programme. ***Pour elle, l'accompagnement des hôpitaux et le financement des***

microprojets constituent des apports catalytiques qui ont donné un sens nouveau au processus d'analyse des problèmes et performances des hôpitaux, amélioré la priorisation des actions et l'allocation des ressources propres en réponse aux attentes des usagers. C'est la marche vers les soins centrés sur les patients.

Pour la direction des établissements des soins et partenariat du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Partenariat, *« la plateforme a atteint la majorité et constitue un cadre de réflexion pour alimenter la mise en œuvre de la réforme hospitalière.La plus-value de la PH-RDC serait de coacher les hôpitaux sur l'amélioration de la gestion des hôpitaux incluant la mobilisation des ressources et le processus continu d'amélioration de la qualité des services et soins dans la perspective de la Couverture Sanitaire Universelle et ce, dans la vision de la réforme hospitalière avec un volet sur l'accréditation des formations sanitaires »*.

De notre regard, la PHRDC a acquis une certaine légitimité dans l'espace sanitaire à travers sa vision, et les axes stratégiques[3] clairement déclinées dans le plan stratégique 2021-2025. Le défi de la mise en œuvre de sa mission exige un renforcement institutionnel de la PH-RDC. Dans cette optique, la PH-RDC doit mobiliser plus des ressources et expertises endogènes et se positionner comme partenaire du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et prévention pour l'implémentation de la démarche qualité.

VI.2.2.Observations sur l'appui apporté aux hôpitaux via la PH-RDC

Pour rappel, ce résultat visait la mise en œuvre des projets d'amélioration de la qualité des soins sur des aspects très concrets, cliniques, axés sur des soins rationalisés soutenus par la formation et le coaching des prestataires, les stages de perfectionnement (présence clinique & observation participante) ainsi le partage d'expériences. L'appui apporté aux hôpitaux à travers la PH-RDC visait leur autonomisation progressive par des décisions pour l'amélioration de leur fonctionnement et l'offre des services et soins de qualité centrés sur les patients.

Les actions de renforcement des capacités avaient portés aussi bien sur le mangement global des formations sanitaires que sur les aspects médicotechniques. Les échanges d'expériences ont été organisés sur divers thématiques et ont permis d'orienter les stages du personnel des hôpitaux, certaines formations thématiques (à l'instar de la PCI, la Gériatrie, etc.) et les microprojets pour le renforcement des capacités institutionnelles des hôpitaux.

La préparation et la gestion des microprojets ont remis en exergue l'approche de gestion axée sur la résolution des problèmes en général et dans une certaine mesure de la démarche d'amélioration continue de la qualité des services et soins dans les hôpitaux.

Les témoignages recueillis dans les hôpitaux confirment la satisfaction des hôpitaux sur l'apport de la PH-RDC sur l'offre des services et soins par les hôpitaux.

« L'appui bénéficié pour l'équipement et la mise en service de l'unité des soins intensifs et réanimation a permis d'améliorer la prise en charge des cas de détresse , d'accroitre la confiance de la population envers son hôpital de proximité » (médecin responsable des soins Intensifs de l'HGR de Matete).

[3] Le plan stratégique est décliné autour de 5 axes stratégiques : i) renforcement de la gouvernance de l'organisation et des capacités institutionnelles, ii) renforcement des capacités des hôpitaux membres, iii) amélioration de la qualité des soins par un processus de démarche qualité et de labellisation, iv) renforcement du partenariat avec le ministère de la santé, v) formalisation du processus de capitalisation et partage d'expériences.

« L'appui au service des archives est une intervention inestimable au regard de la vocation de recherche de la Clinique Ngaliema. La perspective de la digitalisation et la révolution numérique doivent en même temps concourir la conservation des documents papiers qui constituent la mémoire de l'institution » (Propos du gestionnaire des archives de la Clinique Ngaliema).

« Le changement des mécanismes de l'octroi des financements aux hôpitaux par un appel soumission concurrentiel a éveillé en nous le sens managérial dans le domaine de la recherche des fonds en explorant les opportunités qui s'offrent » (propos du Médecin Directeur de l'HGR de Kintambo).

« La dotation en équipements de stérilisation a permis d'améliorer la disponibilité des matériels et des linges, la réduction du nombre des interventions reportées pour non disponibilité des matériels et dans une certaine mesure la réduction des infections post-opératoires »(propos du médecin de l'HMC KOKOLO).

« En dépit de leur contribution modeste, les microprojets ont révolutionné la gestion des hôpitaux par une recherche active de financements et l'apprentissage des nouveaux critères de priorisation » (propos du chef de département de chirurgie des CUK).

Il sied de signaler que les actions de la PH-RDC ont fait l'objet de présentations au Hub santé (cadre d'échanges entre les acteurs belge dans le domaine de la santé en RDC).

Le choix des thématiques prioritaires des microprojets est conforme aux champs de déploiement la note stratégique qualité (page 8) qui couvrent à la fois les enjeux transversaux incontournables (hygiène, identification, vigilances, infrastructure, logistique, outils de transmission d'informations aux changements de shift …) et les exigences de la riposte à la pandémie de Covid19.

En dépit d'un sentiment de satisfaction, les hôpitaux bénéficiaires des microprojets ont épinglé deux aspects préoccupants, notamment la limitation des thématiques faisant l'objet des microprojets et la hauteur de l'enveloppe qui ne permettent pas d'apporter des réponses substantielles dans l'optique du continuum des soins. *La réflexion devra être poussée vers l'appui des hôpitaux à élaborer leurs projets d'Etablissements hospitaliers afin de mettre à profit les microprojets pour financer tel ou tel aspect ou initiative planifiée.*

Quoiqu' intéressants et donnant une lueur d'espoir pour l'amélioration de la qualité des soins dans les hôpitaux, ces résultats sont encore fragiles et méritent d'être soutenus par des actions bien structurées inspirées des plans stratégiques des hôpitaux membres ciblant les ressources humaines, les infrastructures et équipements dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des soins (démarche qualité).

VI.2.3. Observations concernant les actions sur la première ligne

Ce résultat visait le développement de soins de qualité à la première ligne de la Zone de Santé de Kintambo en construisant des liens forts entre les structures et l'offre des services et soins intégrés avec un personnel polyvalent même dans les structures privées. Une plateforme multi acteurs était envisagée pour permettre de travailler plus à fond sur la continuité et l'efficacité des soins, deux axes problématiques récurrents en milieu urbain peu régulé.

Les appuis antérieurs de la coopération belge étaient conçus sur le mode de renforcement du système de santé avec un accent sur la continuité des soins entre la première ligne (en mettant en exergue la référence et contre référence). Notre analyse a porté sur la stratégie de

formation du personnel, la qualité des services et soins ainsi que leur continuité et efficacité des soins avec un regard sur la prise en charge des cas chroniques et indigents dans les CS appuyées

Les prestataires ont bénéficié des sessions de renforcement des capacités sur des thématiques diverses et des échanges à l'occasion des réunions de validation des données des centres santé avec des plages de partage des bonnes pratiques.

La qualité des soins et l'utilisation des services étaient au centre du travail du groupe de réflexion sur le développement de la première ligne à travers le dialogue entre l'ECZ, les prestataires et les représentants de la population. Le paquet d'activités des FOSA était passé en revue pour mettre en évidence les services intégrer en réponse aux problèmes de santé de la population. C'est dans ce contexte qu'est intervenu l'intégration du dépistage et le suivi de la prise en charge de la drépanocytose. L'ECZ a introduit depuis 2020, les ordinogrammes de soins et l'évaluation de la conformité de la prise en charge des maladies fréquentes (paludisme simple, pneumonie et diarrhée chez les enfants de moins de 5 enfants) dans les CS.

Une action d'envergure a porté sur le renforcement du dialogue de l'ECZ avec les propriétaires et les tenanciers des formations sanitaires privées. Ces échanges ont facilité la mise en conformité des prestations des FOSA et partant la rationalisation de la carte sanitaire. C'est une manière intelligente d'assurer la régulation au niveau de la première ligne. Le défi reste de taille étant donné que plusieurs formations sanitaires privées dans la première ligne ne sont pas encore intégrées.

Pour le Médecin chef de zone, après vingt ans à la tête de cette zone de santé, *le rapprochement de l'équipe cadre de la zone avec la population, a-t-elle déclarée, a amélioré notre propre connaissance de la zone de santé et nous a ouvert les voies de concertation avec les autorités politico-administratives autour des préoccupations de la population*[4].

La visite des centres de santé a laissé en nous l'image d'une zone de santé avec une partie urbanisée disposant des formations sanitaires médicalisées et d'autre part une zone de santé périurbaine avec des formations sanitaires d'accès pénible et desservant une population démunie. Il y a nécessité que chaque centre de santé principal de l'aire de santé dispose d'un plan de management prenant en compte les aspects de précarité et pauvreté.

Photo 4 : vue de la voie d'accès au Centre de Santé Lubudi-Luka (photo prise par les évaluateurs)

[4] L'évaluation du programme 2017-2021 s'est passée avec deux médecins chefs de zones à Kintambo. Les interactions de la phase préparatoire ont eu lieu avec un médecin chef de zone ayant passé 20 ans à la tête de zone et qui a vécu l'entièreté de ce programme mais qui a été promu à l'antenne du programme Elargi de vaccination Kinshasa au début du mois de Février 2022.

Les échanges avec les prestataires ont mis en exergue une question de fond sur l'organisation des activités des soins de santé primaires autre que la consultation médicale et la chirurgie dans les centres de santé médicalisés. La référence des cas de ces CS vers l'HGR de Kintambo est insignifiant avec des transferts tardifs, y compris pour le service de pédiatrie avec tarification forfaitaire. Un autre écueil est le frein à l'expansion des activités communautaires qui intéressent peu le médecin.
Suite à l'évaluation du projet en 2019, la décision a été prise de réorienter l'utilisation des fonds dédiés à l'origine au CHR de Kintambo vers la plateforme hospitalière pour plus d'efficacité et d'équité. Plusieurs CS ont pu ainsi bénéficier de microprojets en vue d'améliorer la qualité avec le suivi de membres désignés de l'ECZ.

Notre analyse a mis en évidence plusieurs facteurs qui ont pu impacter les effets du projet sur la fonctionnalité de la zone. Il s'agit notamment de (i) la démotivation de l'ECZ de Kintambo suite à l'arrêt de l'appui systématique, (ii) la persistance d'une volonté de l'ECZ de contrôler les actions d'amélioration de la qualité via microprojet » et (iii) l'insuffisance d'interaction entre l'équipe de pilotage du projet et de l'ECZ. Le manque d'accompagnement soutenu de la ZS de Kintambo par la DPS a fait louper l'opportunité d'approfondir les réflexions et remonter, voire valider des innovations inspirées par la situation sur terrain.

VI.2.4. Observations en lien avec la dynamique communautaire

Ce résultat visait la promotion de la défense du droit à la santé à travers la sensibilisation, l'organisation et la mobilisation des communautés par Etoile du Sud et le plaidoyer pour l'engagement de l'Etat dans l'amélioration de la santé en en collaboration avec les organisations communautaires.

Un travail appréciable a été mené avec l'appui d'Etoile du Sud sur base d'une approche basée sur la promotion des droits à la santé à travers les groupes de réflexion des quartiers et leur fédération sous une plateforme des utilisateurs. Les animateurs des groupes de réflexions ont conduit, avec l'appui de l'EDS, l'organisation du dialogue qui a permis de poser le diagnostic de départ en termes des problèmes de santé soulevés par les communautés et des barrières évoquées. Ces problèmes ont permis des initiatives communautaires. Mais les changements observés et les effets sur la communauté sont très peu documentés.

Il ressort de nos contacts avec la communauté, avec les prestataires et les membres de l'ECZ que les groupes de réflexion des quartiers, la plateforme des usagers et le groupe de réflexion pour le développement de la première ligne sont bien acceptés aussi bien par les prestataires que par les autorités locales. La dynamique des groupes de réflexion s'implante de manière de graduelle avec plus d'intensité dans les aires de santé disposant d'autres organisations à assise communautaire et certains leaders communautaires engagés (chefs de quartiers, chefs de rue et autres).

Ci-dessous les témoignages recueillis sur les actions initiées par la population.

Le plaidoyer de la population de l'aire de santé Lubudi-Luka auprès du BDOM a abouti au changement de l'horaire de fonctionnement du Centre de Santé de 7h30 à 16h00 à un fonctionnement continu (24 heures sur 24) et à la mise en service de la maternité.

Le plaidoyer de la communauté au regard des besoins pour la sensibilisation des adolescents et jeunes a permis d'obtenir la construction et l'équipement avec l'appui de Cordaid d'un centre

d'écoute servant de cadre d'échanges pour la sensibilisation et l'es causeries avec les adolescents et jeunes sur la santé de la reproduction/lutte contre IST/VIH.

Au CSR CBCO, la population a mené le plaidoyer et obtenu un financement pour la construction des latrines pour améliorer le confort des usagers du centre de santé dans le contexte de lutte contre COVID-19.

Le rapport de la tribune d'expression populaire a relevé que les échanges des autorités politico-administratives locales (bourgmestre, Chef de quartiers) avec la population et les a rendus sensibles aux problèmes posés par la population et d'en assurer le suivi avec les autorités sanitaires.

Ces initiatives sur la dynamique communautaire plaident pour l'organisation de la communauté sous forme des associations actives et indépendantes de la société civile à l'instar de l'EDS. Le travail des animateurs communautaires ne saurait soutenir cette dynamique de manière convenable. C'est ici l'occasion d'évoquer la nécessité d'étendre l'appui de la société civile financée par la DGD via Benelux-Afro Center (BAC) pour une complémentarité avec Etoile du Sud.

Nous avons schématisé cette évolution par le graphique ci-dessous.

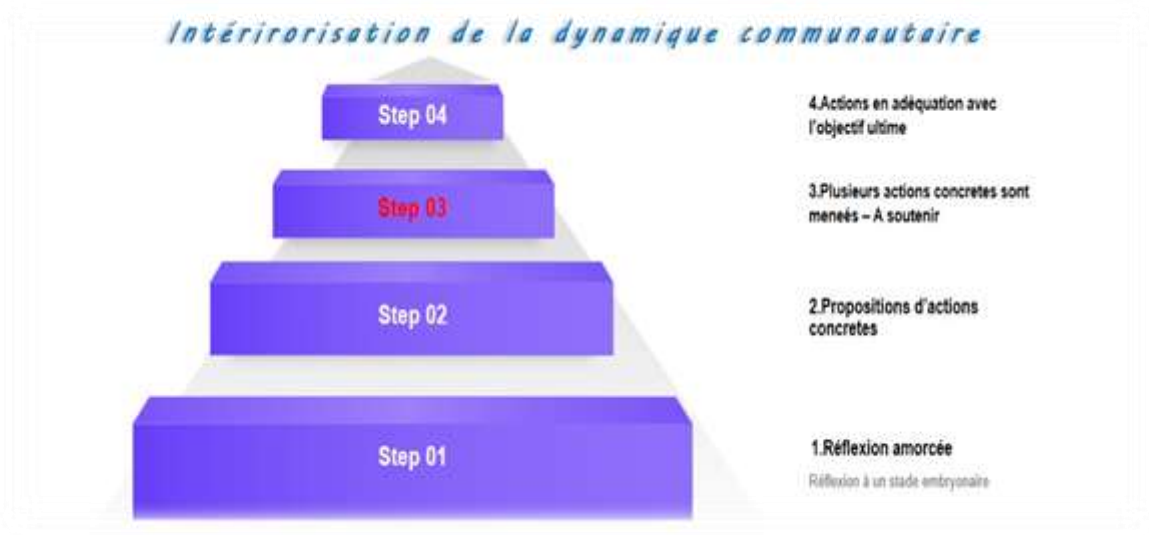

Photo 5 : Schématisation de la dynamique communautaire dans la ZS de Kintambo avec l'appui de l'Étoile du sud

A notre avis, la dynamique communautaire est sur la bonne voie. Le groupe de réflexion pour le développement de la première ligne a une prise de conscience des enjeux de renforcement du système local de santé suite au forum d'expression populaire, celle-ci sera précisée par les résultats de l'enquête de satisfaction réalisée par EDS. La survenue de changements substantiels de l'attitude des prestataires demande du temps étant donné que l'approche réflexive se construit avec les personnes d'horizons différents et cela. Ce volet mérite d'être davantage soutenu avec d'une part une bonne structuration des interactions entre le groupe de réflexion sur le développement de la première ligne dans son ambition d'avoir des formations sanitaires qui orientent leurs actions sur les besoins prioritaires de la population et d'autre part entre la communauté et les établissements des soins à travers la plate-forme des

usagers pour remonter les besoins et attentes de la population dans la perspective de l'amélioration de la qualité des services et soins offerts à la population.

VI.2.5. Observations sur la capitalisation et la recherche-action

Le projet ULB-Coopération 217-2021 dans l'optique de promouvoir la bonne gouvernance, la recherche action et la capitalisation. Etant donné que le projet porte sur le milieu urbain très complexe et qu'on agit souvent au cas par cas, la recherche-action s'impose comme méthodologie d'intervention avec recours aux les outils de recherche (protocole, évaluation continue, hypothèse dynamique, boucles de rétroaction). La capitalisation fait partie intégrante de la démarche et était conçue avec quelques aspects d'expérimentation censés être documentées pour servir de modèle et alimenter l'adaptation ou mieux l'actualisation des normes et directives.

La démarche de recherche action est justifiée dans ce contexte où il s'agit hypothèses de changements à vérifier pour changer un système. La porte d'entrée basée sur la qualité est transversale et fédère potentiellement toutes les 3 composantes du projet.

La capitalisation se fonde sur la conviction intime des acteurs de l'apport des décisions prises pour changer une situation et de l'apport des actions menées. Dans cette perspective, la documentation en est le premier pas. Cette documentation porte sur l'analyse des problèmes, les décisions prises, l'approche de la mise en œuvre et les changements observés.

Le rapport de la mission de capitalisation de décembre 2020 a déclaré que la capitalisation doit permettre aux équipes d'identifier et de renforcer leur savoir commun, d'améliorer les pratiques d'équipe, développer la cohésion de groupe et l'identité collective ; de favoriser la réussite des projets et de partager le savoir avec un public plus large. La démarche de capitalisation recouvre un triple enjeu :

- Le premier enjeu consiste à apporter une compréhension des processus de gouvernance et de formation en compétences médicotechniques, tout en identifiant ce qui a permis l'appropriation de pratiques et de savoir- faire d'analyser et d'améliorer leur pratique professionnelle ;
- Le deuxième enjeu est de nourrir la réflexion « Former pour Transformer » et apporter des pistes d'approfondissement de certaines thématiques prioritaires et approches pilotes ;
- Le troisième enjeu est de mettre en évidence un modèle de pratiques utilisables pour d'autres programmes similaires dans des secteurs ou contextes différents.

De nos échanges avec les différentes plateformes bénéficiaires, plusieurs initiatives émergent et sont décrites avec aisance par les acteurs mais qui ne sont pas documentées avec des supports appropriés pour permettre leur diffusion. Cependant avec les matériaux disponibles, il est possible de se rattraper et capitaliser les changements observés et les mettre en forme pour leur présentation à l'aide des supports de visibilité appropriés (photos, vidéos, articles, interview, posters etc).

De ce qui précède, nous pouvons dire que la culture de la documentation des bonnes pratiques et capitalisation des expériences n'est pas encore bien intériorisée. Il y a nécessité de renforcer la capitalisation des expériences dans les prochaines interventions par l'accompagnement des acteurs de terrain à la production et l'archivage des rapports d'activités, l'organisation des réunions d'analyses d'activités avec identification des bonnes pratiques à capitaliser et la mobilisation ponctuelle des expertises pour la capitalisation des expériences et bonnes pratiques en vue de leur diffusion.

VI.3. Contribution aux cibles stratégiques du programme

Les commanditaires de l'évaluation ont demandé à l'équipe d'évaluation de montrer dans quelle mesure le programme a pu contribuer aux cibles stratégiques. Ci-dessous notre appréciation en lien avec chacune de cinq cibles partent des observations relevées.

VI.3.1.Cible stratégique 4 A (bonne gouvernance, la recherche action et la capitalisation)

Le programme a contribué à la promotion de la bonne gouvernance travers le renforcement du dialogue entre les différentes parties prenantes à l'action sanitaire au niveau de la première ligne et par la démarche réflexive visant à inscrire les actions dans la vision de résolution des problèmes. La mise en place et le fonctionnement des différentes plateformes constituent à la fois des espaces de dialogue et des organes de gouvernance dans ce sens qu'elles permettent d'analyser les préoccupations de la population pour déboucher sur les actions fondées sur les évidences. De même, la mise en réseau des prestataires et les échanges améliore la gouvernance technique pour l'organisation des prestations des services et soins. La mise en œuvre des microprojets a aussi fortement contribué à renforcer les capacités managériales des acteurs.

Le programme avait aussi mis un focus sur la recherche action et la capitalisation. Cette démarche est justifiée dans le contexte complexe de l'organisation des services et soins en milieu urbain. Nous n'avons pas encore enregistré de livrables de la recherche action en phase d'amorçage à l'HGR Kintambo. Le projet dispose de quelques documents de capitalisation portant sur les processus de mise en œuvre de la prise en charge de la drépanocytose, les actions de sensibilisation de l'EDS et le forum rédigés à partir de la fiche de capitalisation introduite par le projet. Nous ont répertorié des réflexions qui poussent sur des questionnements récurrents mais qui ne sont pas encore arrivées à des résultats et recommandations concrètes. C'est le cas de prépaiement des accouchements par les avances au cours des CPN au CS Lubudi-Nganda, le renforcement du service de réanimation de l'HGR de Matete. Un accent devra être mis sur le renforcement des capacités des prestataires dans la documentation de l'analyse des problèmes, des décisions prises, l'approche de la mise en œuvre et les changements observés

VI.3.2.Cible stratégique 4 B (renforcement du système local de santé)

La dynamique pour le renforcement du système local de Kintambo est lancée par la rationalisation des paquets d'activités et la mise en réseau de centres de santé et l'amélioration de la qualité des services et soins aussi bien au niveau des CS et à l'HGR. Elle n'a pas encore atteint un niveau optimal.

Au niveau des centres de santé, l'action a été mise sur l'inventaire des formations sanitaires en œuvre, l'analyse de leurs paquets d'activités et l'instauration d'une collaboration entre les formations sanitaires d'une même aire de santé. En outre, un mécanisme d'échange a été mis en place entre les Centres de Santé avec un mécanisme d'accompagnement par les pairs. Un effort est fait pour l'intégration des nouvelles thématiques telle la détection et la prise en charge de l'Anémie SS avec un accent sur le renforcement des capacités des prestataires.

L'hôpital de Kintambo a bénéficié des actions appuyées par le PH-RDC pour l'ensemble des hôpitaux, notamment le renforcement des capacités, les microprojets et les interactions à travers les échanges avec les autres hôpitaux membres de la PH-RDC.

Les différentes plateformes en place (GDR, PUS et groupe pour le développement de la première ligne) sont à l'œuvre. Des avancées notables sont apportées sur l'efficacité des soins avec le recours des ordinogrammes mais n'ont pas encore apporté des nouvelles orientations dans les questions de la continuité ses soins entre le CS et l'HGR suite à l'existence de beaucoup de Centre médicalisés.

Le renforcement institutionnel de l'ECZ et l'encadrement technique de la DPS et de la Direction en charge de la qualité du Ministère de la santé constituent des conditions nécessaires à l'ancrage des appuis du projet.

VI.3.3.Cible stratégique 4 C (amélioration de la qualité des services et soins)

Le projet a effectivement contribué à impulser la culture de l'amélioration continue de la qualité des soins aussi bien à l'Hôpital que dans les centres de santé. Plusieurs actions y ont contribué notamment le renforcement des capacités des prestataires, des actions sur la PCI et l'hygiène hospitalière, des microprojets d'amélioration des infrastructures et équipements et le renforcement de la dynamique communautaire qui a permis de remonter les attentes et préoccupations des communautés.

Nous avons relevé le fait que le processus d'amélioration de la qualité des soins décrite dans la note stratégique et la feuille de route a peu fait l'objet d'une planification systématique dans les formations sanitaires en vue d'agencer les soins dans le sens du développement durable du continuum des services. La nécessité d'un plan de mangement qui prend en compte les besoins pour améliorer la qualité et un accompagnement des prestataires aussi bien sur les aspects de prestation clinique que le management-gestion des formations sanitaires (Hôpitaux et Centres de Santé). La création des conditions de la mise en œuvre de la recherche action sur la qualité (rédaction du protocole, consensus sur les actions, mise en place du comité de pilotage) ont exigé de l'équipe beaucoup d'efforts. Cette situation de l'avis de l'équipe semble avoir quelque peu occulté l'implémentation des activités tels que évoqués dans la note stratégique qualité.

VI.3.4.Cible stratégique 4 D (promotion de l'accès équitable aux soins)

Le programme a contribué à la promotion de l'accès aux soins dans son volet en lien avec l'amélioration de la disponibilité via l'inclusion dans les paquets de certains aspects manquants, tels le suivi des diabétiques, la détection et le suivi des enfants drépanocytaires. Mais aucune action spécifique n'a été envisagé quant à la promotion de l'équité au regard de la précarité et de la pauvreté dans la partie rurale de la ZS de Kintambo.

Le programme a lancé, vers sa clôture, des initiatives d'amélioration de la prise en charge des nouveau-nés et des personnes âgées dans quelques hôpitaux. Les missions exploratoires organisées avec les Experts des Hôpitaux Belges permettront d'aborder les interventions en réponse aux problèmes qui se posent aux formations sanitaires.

Le projet a eu des effets limités sur la réduction des barrières financières et l'amélioration équitable de l'accès aux services et soins services aux populations. L'initiative de la subvention des soins au service de pédiatrie de l'HGR Kintambo qui applique la tarification forfaitaire subsidiée avec l'appui de ULB-C est en voie d'abandon par la direction de l'hôpital avec depuis la fin des subventions entrainant le mécontentement du personnel. Les questions de financement global des formations sanitaires et la subvention des soins n'a pas fait des réflexions particulières. La prédominance du paiement direct des ménages fait l'objet des réflexions particulières dans le cadre de ce projet. L'ambition du pays de faire avancer l'agenda de la CSU dans un contexte de pauvreté plaide pour la promotion des initiatives de réduction des barrières financières et l'amélioration de l'accès aux services et soins. La réduction des barrières financières est tributaires de réformes nationales (assurances, subvention des soins essentiels, filet de protection sociale etc...) est hors de portée des ressources mobilisés dans le cadre d'un projet.

VI.3.5.Cible stratégique 4 E (droits à la santé et plaidoyer)

Le programme a permis de faire avancer la dynamique communautaire et les actions de renforcement des capacités des acteurs communautaires pour la maitrise et la défense de leurs doits la santé. Des actions de sensibilisation ont été menées sur plusieurs thèmes au nombre des quels la prévention des IST-VIH et la sexualité responsable et la prévention des grossesses non désirées, deux aspects qui sont liées la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes.

Les groupes de réflexion des quartiers, le groupe de réflexion pour le développement de la première ligne et la plateforme des propriétaires des structures privées de la Zone de santé de Kintambo sont devenues des espaces de dialogue et de concertation pour la résolution des problèmes qui se posent aux différents niveaux de la pyramide sanitaire de la Zone.

L'organisation du forum d'expression populaire est une illustration du plaidoyer sur les problèmes de santé et l'amélioration des services et soins faits aux autorités sanitaires et politico-administratives.

VI.4.Nos observations sur le financement du programme

Le dernier volet des observations concerne le financement du programme vu sous l'angle de l'allocation des ressources aux différentes cibles. Nous avons fait trois observations suivantes :

- L'allocation des ressources parait être rationnelle au regard des priorités visées ;
- La gestion est jugée efficace au regard du niveau de la réponse aux besoins exprimés en termes de formations et microprojets en dépit des ajustements successifs qui ont changé la configuration du programme sur le plan budgétaire par rapport à la programmation pluriannuelle initiale ;
- Le nombre d'actions visées nous a paru être au-dessus des capacités financières du projet. C'est le cas du nombre des hôpitaux bénéficiaires des microprojets qui fait craindre une dispersion des efforts et la dilution de l'impact des interventions.

VII DISCUSSIONS EN LIEN AVEC LES QUESTIONS D'EVALUATION

Ce chapitre aborde les discussions conformément aux questions d'évaluation reprises en (annexe 8). Il s'agit de l'appréciation de la performance globale du programme, l'analyse selon les critères CAD inspirée de l'autoévaluation des acteurs (annexe 10) et l'analyse SEPO réalisée par les parties prenantes (annexe 9).

VII.1.Appreciation globale du projet

Le premier volet de la question centrale de l'évaluation était de savoir, au vu des résultats atteints, s'il est possible de donner une autonomie aux acteurs dans la prise d'initiatives adaptées aux contextes de terrain et de renforcer la coordination du système de santé de manière horizontale sans que le rôle décisionnaire opérationnel des autorités sanitaires hiérarchiques (ECZ, DPS) ne doive nécessairement s'exercer .

Notre avis est qu'au regard des résultats intéressants et changements prometteurs observés sur les différentes cibles du projet, il est possible de donner davantage d'autonomie aux acteurs par leur entrainement à une approche réflexive dans la résolution des problèmes. Une telle approche permet de réduire le rôle décisionnaire opérationnel des autorités hiérarchiques dans la mise en œuvre et d'orienter leur rôle vers le coaching des équipes avec plus des conseils avisés que d'instructions au regard des actions envisagées en réponse aux problèmes qui se posent sur le terrain et qu'ils n'ont pas analysé avec les bénéficiaires :

- Etant donné que les résultats obtenus découlent des initiatives des acteurs moyennant un accompagnement, nous déduisons qu' 'il y a un grand potentiel pour l'autonomisation des hôpitaux à la suite des formations sur la gestion du cycle des projets et des microprojets d'amélioration de la qualité des services et soins offerts. Un potentiel d'autonomisation possible aussi des centres de santé et dans une moindre mesure au niveau des communautés ;
- le rôle de leadership de l'ECZ dans le développement des CS nous est apparu limité, expliqué en partie par 'une faible motivation de l'équipe évoquée dans les sections précédentes du rapport. En effet, il est difficile d'obtenir la coordination entre pairs sans qu'il y ait une autorité reconnue pour mettre en lien les acteurs, modérer les échanges, faire l'arbitrage et dégager les bonnes pratiques consensuelles. L'équipe d'assistance technique a largement compensé cette lacune, mais cette situation peut être considérée comme une des limites de la durabilité du projet. Néanmoins avec le dynamisme des acteurs, le rôle décisionnaire des autorités hiérarchiques est en plein changement du fait que les décisions prises par l'ECZ par rapport aux CS et de la DPS vis à vis de l'ECZ viennent formaliser les évidences qui émergent et sont moins contraignantes.

Certaines initiatives locales (cas de Lubudi-Luka) ont amené à des réformes organisationnelles et à mobiliser des ressources complémentaires pour la qualité (hygiène et local sensibilisation), obligation du port de la blouse par les prestataires, introduction d'ordinogrammes, cas de Matete où la direction injecte plus de ressources dans le fonctionnement du service depuis le microprojet réanimation.

Le deuxième volet a porté sur l'impact général du programme sur la qualité des soins prodigués au sein des services de santé visés par le programme avec des indicateurs d'impact mis en place par le programme suite aux recommandations de l'évaluation intermédiaire. Le projet a mis en route des processus qui améliorent la fonctionnalité du système local de santé en milieu urbain et partant, la qualité des services et soins :

- Le renforcement des capacités des acteurs sur l'analyse des problèmes et la priorisation des actions sur base des besoins et attentes de la population ;
- L'intérêt porté par les prestataires sur l'amélioration du processus d'apprentissage à travers l'échange d'expériences qui permet de se remettre en question et d'apprendre des autres pour améliorer ses propres pratiques ;
- La volonté affichée des gestionnaires des établissements des soins et les prestataires de recherche de solutions aux problèmes ressentis par la mobilisation des ressources travers les micro-projets et l'allocation des ressources propres ;
- L'appropriation progressive de l'attitude réflexive en réponse aux attentes des usagers via la plateforme hospitalière et le groupe de réflexion pour le développement des structures du premier échelon ;
- La dynamique communautaire qui permet sensibiliser et responsabiliser les populations sur les problèmes de santé et de mener le plaidoyer auprès des autorités et des bailleurs.

Cependant, en dépit de l'initiation de la démarche qualité, le mécanisme pour remonter la perception des patients et leur degré de satisfaction n'est pas encore structuré. L'apport de cette pratique implantée à la première ligne à travers la plateforme des usagers appelle son extension dans les hôpitaux par une interaction entre la PUS et la PH-RDC et ses hôpitaux membres.

VII.2.Appreciation sur base des critères CAD

Un exercice d'autoévaluation a été réalisé avec toutes les parties prenantes au cours de l'atelier d'analyse des résultats du projet organisé par l'équipe d'évaluation le 28 février 2O22.Les acteurs impliqués dans les trois axes d'interventions ont identifié les succès, les échecs, les potentialités et les obstacles au regard du contexte de mise en œuvre et donné leurs avis sur les critères CAD, notamment la pertinence des interventions, l'efficience, l'efficacité et la durabilité des résultats.. Leurs appréciations détaillées sont reprises en annexes 6 et 7.

Ci-dessous notre appréciation en lien avec les critères CAD partant des éléments puisés dans la mise en œuvre et du ressentiment aussi bien des acteurs que des bénéficiaires.

VII.2.1. Pertinence du programme et cohérence avec les appuis des autres PTF

Le projet 2017-2021 de l'ULB-Coopération est jugé cohérent et en phase avec les appuis des autres partenaires au regard des actions mises en œuvre auprès des différentes cibles. En effet, les actions menées sont pertinentes et en phase avec le plan national de développement sanitaire 2016-2020 pour la Couverture Sanitaire Universelle recadrée pour la période 2019-2022 (PNDS 2019-2022) :

- Les actions menées travers la plateforme hospitalière et les hôpitaux membres sont en phase avec la réforme hospitalière qui vise entres autres les résultats l'amélioration du management des établissements des soins, le renforcement des capacités des prestataires, le relèvement du plateau technique (infrastructures et équipements) ainsi l'implémentation de la démarche qualité ;
- Les actions de la première ligne sont aussi pertinentes au regard de sa mission qui doit, à travers son paquet d'activités, répondre aux problèmes de santé de la communauté. L'intégration des nouvelles interventions telle la prise en charge de la drépanocytose et des actions de prévention contrôle des infections (PCI) dans le cadre de la riposte contre COVID-19 illustre l'adaptation de la première ligne aux exigences du contexte ;
- Le renforcement de la dynamique communautaire est conforme à la vision de renforcement du système de santé qui préconise d'impliquer les bénéficiaires et d'en faire des acteurs dans la vision des soins centrés sur les personnes. La mise en groupes de réflexion et la

plateforme des usagers comble une lacune qui faisait que les actions des prestataires soient déconnectées des problèmes de santé et attentes de la communauté. En donnant la parole à la population, les prestataires reconnaissent le pouvoir à la population et se remettent son service.

L'appui à la mise en œuvre des 3 plates formes est opportun et a amélioré la qualité des soins. (Exemple de permanence, plus réactifs aux besoins, gestion de l'information sanitaire, documentation, PCI). L'interconnexion des 3 plates formes reste à renforcer via plus de partage et l'adoption d'une vision globale de la qualité.

Nous pensons bien qu'ayant connu du retard pour le démarrage, la recherche action initiée à l'Hôpital de Kisantu constitue une bonne porte d'entrée pour lancer une approche structurée pour la mise en place et l'organisation des comités qualités dans d'autres hôpitaux. En effet, cette recherche action porte sur la sécurité des patients et la gestion des risques qui est une exigence transversale de qualité des soins de toute formation sanitaire. Sa mise en œuvre implique la fonctionnalité du comité qualité élargie d'autres expertises au sein de l'hôpital pour améliorer l'enregistrement et l'analyse des incidents critiques dans le vécu des patients et partant identifier des actions correctrices suivant une approche globale de la qualité permettra de toucher de toutes les composantes (RH, infrastructures, équipements, produits de santé, demande, financement, administration gestion). Elle peut être bénéfique pour les autres structures membres de la PH-RDC et les centres de santé dans ce sens que les outils développés peuvent être extraits et répliqués dans d'autre hôpitaux même sous une forme allégée pour permettre selon la feuille de route qualité issue de l'atelier de validation de la note stratégique qualité élaborée en 2018.

VII.2.2. Impact du programme

Pour ce qui concerne l'impact général du programme sur la qualité des soins prodigués au sein des services de santé visés par le programme, le projet a apporté une contribution notable à travers le renforcement des compétences des prestataires aussi bien dans les hôpitaux que dans les centres de santé. Il a financé des microprojets d'amélioration de la qualité des services et soins offerts par les CS et les hôpitaux. En outre, ce projet a mis en route des processus qui améliorent la fonctionnalité du système local de santé en milieu urbain et partant, la qualité des services et soins. Mais l'amélioration de la coordination verticale ne peut s'affirmer sans l'apport des autorités hiérarchiques dans l'arbitrage et la formalisation des approches.

Nous avons constaté un effort constant du programme au fil des ans pour n rapportage basé sur les effets du projet et les leçons apprises (en atteste le changement qualitatifs du format de rapportage annuel) et le recrutement d'une personne ressource dédiée au suivi.

certains indicateurs d'impact ont été mis en place par le programme suite aux recommandations de l'évaluation intermédiaire qui permettent au mieux de rendre compte de l'impact sur les pratiques des prestataires , sur la qualité des soins, la perception du degré de satisfaction des patients et les modalités de gestion administrative et financière des hôpitaux. Mais ceux-ci restent encore parcellaires et ne couvrent pas encore les domaines des pratiques des prestataires ; la perception du degré de satisfaction du personnel et des propriétaires, les modalités de gestion administrative et financière des hôpitaux, l'évaluation des connaissances attitudes et pratiques des populations suite aux actions des PUS. Cependant, en ce qui concerne la question de la qualité des soins, quoique la pratique ne soit pas encore généralisée, nous avons enregistré des initiatives dans quelques hôpitaux dans le cadre de microprojets. C'est le cas du suivi des infections post-opérations à l'Hôpital Militaire de Camp

Kokolo et suivi de la mortalité au service des urgences de l'Hôpital de Matete. En outre, certains éléments indirects d'appréciation sont de nature à faire penser à l'amélioration progressive de la satisfaction des patients. C'est entre autres, le changement d'horaire de travail et l'organisation du service de maternité au CS Lubudi-Luka, le port de blouse par les infirmiers au CS Lubudi-Luka etc. Selon les informations obtenues d'EDS une enquête de satisfaction des usagers a été réalisée en fin 2021, les données sont en cours d'analyse. Le démarrage de la recherche action de Kisantu sur l'approche qualité basée sur la sécurité des patients et la gestion des risques est une bonne porte d'entrée pour l'amélioration la qualité des services et soins. Ces indicateurs prendront d'avantage d'importance avec la mise en place des différents processus de changement.

VII.2.3. Efficience de la mise en œuvre du programme

Le projet 2017-2021 est jugé efficient à des degrés différents au regard des changements observés auprès des différentes cibles en réponses à leurs problématiques spécifiques :

- Le programme semble être efficient en ce qui concerne la dynamique communautaire étant donné que les ressources disponibles ont permis d'organiser la population à travers les groupes de réflexion des quartiers et leur fédération en une plateforme des usagers ayant permis d'amener la prise de conscience de la population de son rôle et le début de la défense de ses droits illustrée par l'organisation d'un forum d'expression populaire ;
- Le programme parait aussi efficient à la première ligne dans une certaine mesure du fait que les ressources déployées ont permis de renforcer les capacités des prestataires , d'améliorer les infrastructures et équipements ainsi que la mise en réseau des formations sanitaires ;
- L'efficience du programme est limite par rapport à l'appui de la plateforme hospitalière et les hôpitaux membres au regard de la faiblesse des enveloppes allouées et du nombre élevé des hôpitaux pris en compte et qui n'ont pas bénéficié des appuis spécifiques en termes des microprojets.

La hauteur du budget contraste avec les ambitions de la PHRDC et les attentes des hôpitaux. L'efficience serait accrue si on disposait d'un plan d'amélioration de la qualité des formations sanitaires, d'une approche de financement multi bailleurs et d'un suivi accru des microprojets dans un contexte de projet établissement. Toutefois, il y une tendance timide à la mobilisation de ressources endogènes pour le cofinancement des microprojets dans les hôpitaux à l'exemple de l'Hôpital de Matete et des cliniques Universitaires de Kinshasa.

VII.2.4. Efficacité de la mise en œuvre du programme santé 2017-2021

L'efficacité du programme 2017-2021 est jugé plus ou moins efficace à des degrés différents par rapport aux cibles :

- Ce programme est largement efficace au niveau de la communauté du fait qu'il a permis , dans le contexte urbain , de sensibiliser, organiser et mobiliser la communauté pour des actions en faveur de l'amélioration de sa propre santé ; Ce résultat semble encore tributaire de l'expertise de EDS et nécessite un transfert progressif de compétence vers les GDR et la PUS ;
- L'efficacité de ce programme est prouvée au niveau de l'ECZ de Kintambo pour avoir permis une meilleure connaissance des formations sanitaires de la ZS et pour les différentes plateformes de la ZS. Elle a poussé progressivement les prestataires à la prise en compte des thématiques antérieurement non considérés dans le paquet d'activités des CS tel le dépistage de l'anémie SS. La qualité des soins et la continuité s'améliore sous

l‘effet de la pression communautaire, de l’émulation renforcé par la compétition et des échanges avec les structures privées;

- L’efficacité du projet est bonne en ce qui concerne le renforcement des compétences du personnel des hôpitaux, leur mise en réseau et des échanges d’expériences entre pairs. Le relèvement du plateau technique et l’amélioration du paquet d’interventions dans une certaine mesure constitue un pas vers les services et soins de qualité même si cette dernière est diluée à cause du nombre élevé des hôpitaux. La réduction de l’incidence des infections post opératoires en est un exemple.

La prise en compte des indicateurs de processus aurait permis d’expliciter les changements induits par le programme via la documentation systématique des actions et leurs effets, y compris pour les microprojets. Il s’agit notamment du fonctionnement des plates formes (régularité des rencontres , qualité des décisions prises et suivi de la mise en œuvre) , le suivi post-formations pour s’assurer sur les compétences acquises via un mécanisme d’évaluation des pratiques professionnelles, enregistrement des dysfonctionnements et plaintes des communautés et solutions trouvées ,l’évolution de la satisfaction des usagers des services et l’inventaire des questions de fond nécessitant des échanges avec le niveau hiérarchique et stratégique.

VII.2.5. Durabilité des résultats du projet 2017-2021

La durabilité des résultats obtenus du programme 2017-2021 est mitigée : elle est bonne pour les aspects communautaires tandis qu’elle semble faible pour le développement de la première ligne et la plateforme hospitalière.

La dynamique impulsée au sein de la communauté dans le cadre de l’exercice du droit à la santé avec l’appui de l’Etoile du Sud est appréciable et il est possible de la maintenir de manière durable moyennant un accompagnement de proximité au regard du degré d’appropriation de l’initiative et des capacités acquises dans l’analyse des problèmes et l’interaction de la population avec les prestataires et les autorités locales.

Les résultats en lien avec le développement de la première ligne quoique intéressants ont un potentiel de durabilité faible en dépit des aptitudes acquises par les prestataires. Le maintien voire l’amélioration et l’extension des innovations enregistrées reste tributaire du maintien en poste du personnel formé, de la disponibilité des ressources et de l’accompagnement des prestataires par l’équipe cadre de zone et l’équipe d’assistance technique.

Les résultats sur la plateforme hospitalière et les hôpitaux membres sont encore fragiles du fait que les actions n’étaient pas orientées suivant le continuum des soins ou un trajet spécifique des soins en faveur des usagers vulnérables. Cependant nous avons noté une forte volonté des hôpitaux partenaires de maintenir la dynamique. Des exemples de partage d’expertise entre pairs (mise en place d’un système d’archivage, développement de système d’information hospitaliers) et l’existence d’une base des données d’experts mobilisables pour les formations sont suggestifs de durabilité.

Le lien entre les différentes plateformes reste encore à consolider pour faire durer les changements au niveau des bénéficiaires.

Cet appui mérite d’être poursuivi selon l’esprit de la réforme hospitalière avec un focus porté sur l’amélioration continue de la qualité des soins avec ses exigences dans la vision de la Couverture Sanitaire Universelle.

VIII. APPRECIATION DE LA THEORIE DE CHANGEMENT

La théorie du changement à la base de ce projet misait sur la mobilisation des ressources et l'engagement des acteurs à travers trois plateformes (plateforme des usagers, le groupe de réflexion pour le développement de la première ligne et la plateforme hospitalière) catalyseurs des changements de comportements attendus pour l'amélioration de la disponibilité des services et soins de santé et leur accessibilité dans le contexte urbain.

VIII.1. Analyse des chemins de changement tracés par le projet

Deux chemins de changement inter liés ressortent des interventions et du montage du projet 2017-2021 :

- Le chemin de changement relatif l'amélioration de la disponibilité de l'offre des services et soins de qualité au niveau des CS et des hôpitaux ;
- Le chemin de changement se rapportant à l'amélioration de la demande rationnelle des services et soins via la dynamique communautaire**.**

Le changement ultime attendu est que les formations sanitaires (CS et autres formations sanitaires) de la première ligne ainsi que les hôpitaux travaillent en réseaux et offrent des services et soins de santé de qualité et accessibles centrés sur les besoins et attentes de la population et que l'utilisation de ces services s'améliore.

Le modèle conceptuel des interventions monté par la coordination du projet avec ces deux chemins de changement est visualisé par le schéma ci-dessous qui laisse transparaitre les changements intermédiaires attendus au niveau des différentes parties prenantes et les actions essentielles.

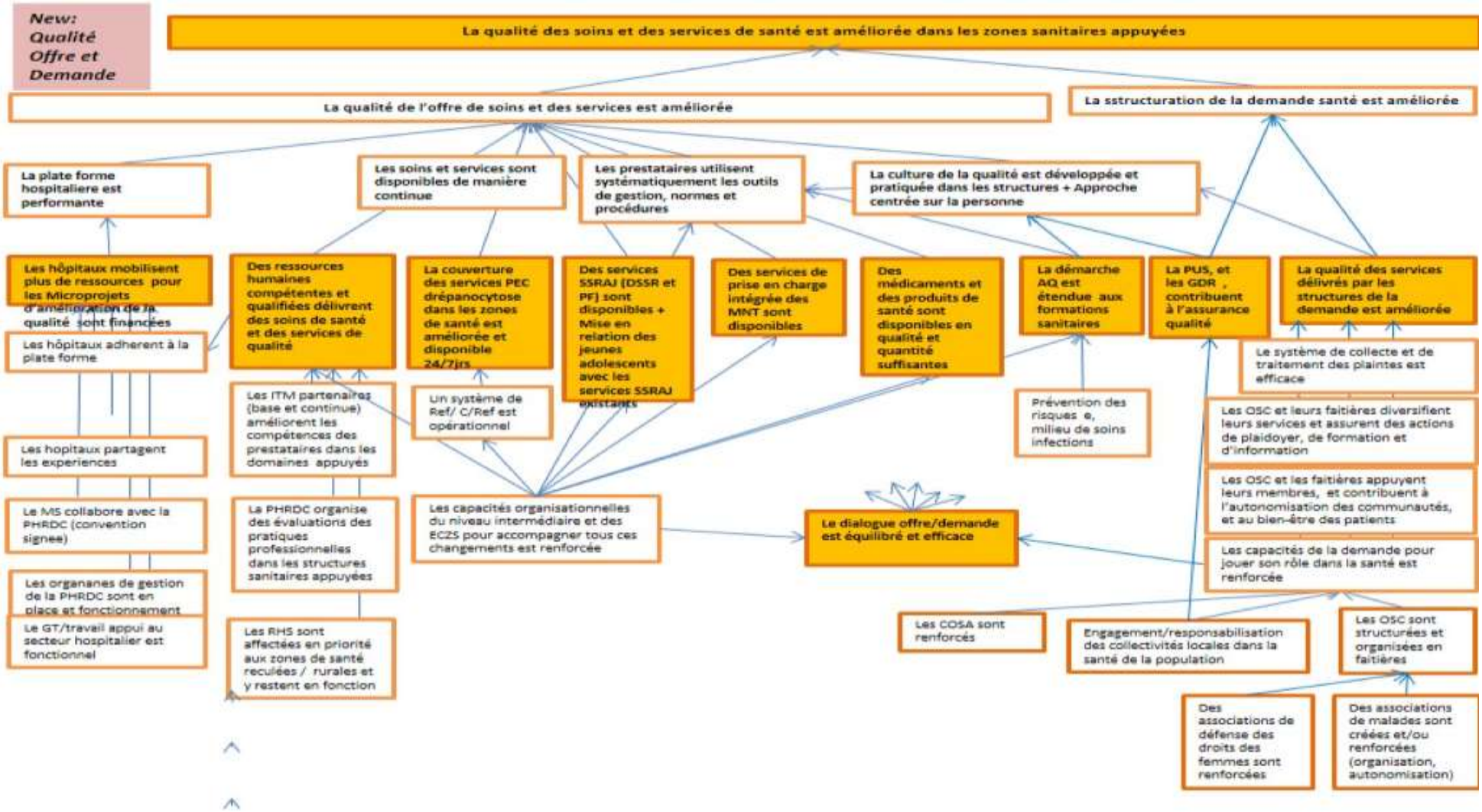

Photo 5 : Schéma descriptif de la théorie des changements avec les changements intermédiaires attendus (source : Equipe de coordination ULB-C Kinshasa)

VIII.1.1. Chemin de changement sur l'amélioration de l'offre

Le chemin de changement sur l'amélioration de l'offre part du constat selon lequel qualité des services et soins offerts par les hôpitaux membres de la PH-RDC ne sont pas d'une qualité optimale et accessible suite au déficit des ressources et de l'encadrement des prestataires. Le but visé est que les populations urbaines, périurbaines et rurales aient accès à des soins de santé de première ligne (CS) et de 2eme niveau (HGR) de qualité et de manière optimale dans leur contexte.

Changements ultimes

1. Les formations sanitaires œuvrant à la première ligne sont mises en réseaux et offrent des services et soins de santé de qualité et accessibles centrés sur les besoins et attentes de la population ;
2. Les soins offerts par les hôpitaux membres de la PH-RDC formations sanitaires sont centrés sur les besoins et attentes de la population, d'une qualité optimale et accessibles dans la vision de la couverture Sanitaire Universelle conformément la réforme hospitalière.

Changements intermédiaires

Les changements intermédiaires attendus son différents selon qu'il s'agit de la première ligne ou des hôpitaux.

Ci-dessous les changements intermédiaires attendus à la première ligne :

1. Cibles prestataires : les attentes de la population sont prises en compte dans le processus décisionnel de l'offre de soins (réalisation enquêtes de satisfaction des usagers, réunions de concertation et microprojets d'amélioration de la qualité) ;
2. ECZ : les animateurs communautaires et les infirmiers superviseurs ont des compétences renforcées en matière de participation communautaire et assurent le suivi de la mise en œuvre des décisions issues des cadres de concertation inclusifs des PUS et développement d'un système d'information qui capte les données de la PUS ;
3. La plateforme des propriétaires des formations sanitaires privés devient opérationnelle et permet les échanges entre les animateurs de la zone, la prise en compte des améliorations exigées par la PUS et l'amélioration des conditions de travail ;
4. La plateforme pour le développement de la première ligne discute des problèmes communautaires et partage des expériences et bonnes pratiques de mobilisation communautaire.

Les changements intermédiaires suivant attendus des hôpitaux membres de la PH-RDC :

1. Managers des institutions hospitalières élaborent des plans d'établissements hospitaliers et mobilisent des ressources pour les investissements (infrastructures et équipements) ainsi que le renforcement des capacités des prestataires ;
2. Prestataires des établissements hospitaliers utilisent des outils d'aide aux prestations (guides thérapeutiques et standards de nursing) pour l'administration des services et soins en réponse aux besoins et attentes de la population desservie ;
3. Population et usagers des services des hôpitaux dialoguent avec les prestataires sur le degré de leur satisfaction et des attentes non couvertes ;
4. Les régulateurs de l'organisation et gestion des services des soins assurent l'accompagnement des hôpitaux conformément la réforme hospitalière.

Modalités opérationnelles et axes d'interventions

Partant des actions menées avec l'assistance technique de l'ULB-Coopération, les actions suivantes peuvent être envisagées à la première ligne :

1. Renforcement des capacités des prestataires de la première ligne sur la prise en charge des maladies et problèmes de santé
2. Rationalisation des paquets d'activités et interventions
3. Organisation et fonctionnement des GDR, de la plateforme des usagers en vue d'assurer le suivi des performances des FOSA
4. Interaction avec les communautés pour recueillir leurs préoccupations et suggestion en vue d'améliorer leur satisfaction par les services et soins offerts.

Au regard des leçons apprises de l'accompagnement de la plateforme hospitalière, les actions suivantes peuvent être envisagées au niveau des hôpitaux :

1. Planification du changement et estimation pluriannuelle des besoins (Plan d'établissement hospitalier) ;
2. Mobilisation des ressources (microprojets) pour l'amélioration de la qualité des services et soins ;
3. Renforcement des capacités institutionnelles des FOSA ;
4. Renforcement des capacités des prestataires et mise en œuvre de la démarche qualité.

Mécanisme de suivi et évaluation

L'évaluation est envisagé à travers le suivi de la satisfaction des usagers (réalisation enquêtes de satisfaction) et l'organisation des réunions des différentes plateformes (GDR, PUS et groupe de réflexion pour le développement de la première ligne) pour le suivi de la résolution des problèmes sur base des écarts en comptant sur l'utilisation des fonds des microprojets.

VIII. 1.2. Chemin de changement renforcement de la demande

Ce chemin de changement est construit pour le renforcement de la demande du fait que les directives d'organisation de la participation communautaire en vigueur sont inadaptées au contexte urbain. En effet le milieu urbain est caractérisé par la prédominance de formations sanitaires privées, un mix des populations (aisées et pauvres) et une différence des modèles de cohésion sociale avec le milieu rural. Le but vise est de donner la parole la communauté pour exprimer ses attentes en vue des services et soins centrés sur ses besoins.

Changement ultime

Les populations prennent conscience du rôle qu'elles ont à jouer au niveau de la santé et font savoir leurs besoins et attentes pour l'organisation des services et soins de qualité.

Changements intermédiaires

Les changements intermédiaires suivant attendus en faveur de la dynamique communautaire :

1. La communauté s'organise pour le développement d'une société civile indépendante avec mise en place des cadres d'échange et discussion pour l'identification et la priorisation des problèmes de la communauté ;
2. Les prestataires des soins impliquent et fassent participer la population dans le processus d'identification des problèmes travers par la réalisation enquêtes de satisfaction et prennent en compte des besoins de la population dans l'extension des paquets d'activités/interventions et dans la mobilisation des ressources pour les microprojets d'amélioration de la qualité des services et soins.

3. L'Equipe Cadre de Zone renforce les compétences des acteurs en charge de l'encadrement de la communautaire (animateurs communautaires et infirmiers superviseurs) et collabore avec les organisations assise communautaire dans l'encadrement des initiatives communautaires et le suivi de la mise en œuvre des décisions issues des cadres de concertation inclusifs (GDR, PUS).

Modalités opérationnelles et axes d'interventions

En se basant sur les leçons apprises de l'expérience avec l'ONG Etoile du Sud, les actions futures peuvent être systématisées de la manière suivante :

- Renforcement des capacités des communautés dans le domaine du droit à la santé ;
- Organisation des communautés en groupe de réflexion (GDR) pour identifier les besoins adaptés à leur contexte ;
- Organisation d'une structure de concertation des GDR sous forme plateforme des usagers pour interagir avec les prestataires de soins ;
- Organisation des échanges réguliers des représentants des communautés avec les prestataires au sein d'un groupe plus élargi (autorités administratives, leaders communautaire) pour partager les réflexions en vue d'améliorer la pertinence et la qualité des soins.

Mécanisme de suivi et évaluation

Le même dispositif décrit pour mécanisme l'amélioration de l'offre s'applique dans ce volet, notamment la réalisation enquêtes de satisfaction et l'organisation des réunions de suivi de la mise en œuvre des décisions et résolutions des différentes plateformes.

VIII.2. Analyse des indicateurs de changement dans le projet 2017-2021

L'analyse de la pertinence et de la sensibilité des indicateurs de changement se fait à deux niveaux : les indicateurs de processus et les indicateurs des résultats.

Les indicateurs de processus ou marqueurs des progrès renseignent si le projet est « en route » vers le résultat attendu. Ces indicateurs orientent le pilotage. Dans ce projet :

- Nombre d'hôpitaux ayant une convention avec la plateforme
- Proportion des hôpitaux ayant obtenu les subventions des microprojets
- Nombre des structures des soins qui participent au groupe de réflexion de la première ligne etc.

Les indicateurs des résultats ou indicateurs directs renseignent qu'un résultat a été atteint. Ces indicateurs orientent la redevabilité. Dans ce projet ces indicateurs manquent et doivent être définis pour la suite.

VIII.3. Proposition des indicateurs de changement pour les projets futurs

VIII. 3.1. Importance des indicateurs de changement

Le suivi de la mise en œuvre d'un projet a pour but d'alimenter le pilotage par des informations sur les progrès, les performances et les difficultés et d'éclairer la prise de décisions et la communication sur l'exécution du projet en vue d'en améliorer le pilotage et la redevabilité.

Le suivi de la future intervention sera facilité par la mise en place d'une plateforme intégrée (numérique) reprenant les indicateurs consensuels des 3 plates formes afin d'améliorer la disponibilité, la qualité et l'utilisation des données nécessaires aux prises de décision dans le système local de santé. Notamment lors des processus de planification, et pour suivre les performances du système.

Les performances, comparées aux objectifs, seront rapportées et discutées dans des cadres de concertation, notamment les réunions de monitorage et les revues. Par exemple les leçons tirées des hôpitaux partenaires et des centres de santé performants devraient être documentés et partagées aux structures qui font face à des contreperformances aussi bien dans le cadre de l'interaction/communication horizontale que pour la coordination verticale.

VIII. 3.2. Définition d'un cadre conceptuel de suivi des changements

Le cadre conceptuel de suivi de changements est un processus complémentaire d'aide à la décision qui fournit aux parties prenantes d'un projet des informations sur les progrès réalisés par rapport à la situation de référence ainsi que les explications y relatives. Ce cadre devra s'appuyer au maximum sur les éléments du système d'information sanitaire du partenaire complété par des études/enquêtes spécifiques nécessaires (cout élevé) afin de capter les changements tels les connaissances attitudes et pratiques des populations, la satisfaction des utilisateurs, la motivation des prestataires et le vécu des propriétaires des structures sanitaires.

Des indicateurs de résultats orientés vers des cibles préalablement fixées doivent être un mix de données quantitatives et qualitatives. Les données qui s'y rapportent doivent avoir un certain niveau de désagrégation prenant en compte le genre pour une prise de décision au niveau local.

Le choix de ces indicateurs se basera sur les critères de pertinence, utilité et sensibilité :

- En ce qui concerne l'utilité et la pertinence, ces indicateurs doivent impérativement renseigner sur les progrès et résultats attendus du projet
- Par leur sensibilité, ils mesureront les changements qui surviendront au cours de la mise en œuvre du projet,
- L'analyse des données doit servir pour alimenter les cadres de concertation techniques et décisionnels dont le fonctionnement optimal est une condition nécessaire de succès de l'intervention

VIII. 3.3. Propositions de quelques indicateurs traceurs

Indicateurs sur la qualité de la prise en charge

- Proportion des CS n'ayant pas connu de rupture des examens traceurs et produits de santé (tests drépanocytose, diabète, médicaments traceurs pour la prise en charge)
- Proportion de cas pris en charge selon les protocoles de soins en cours dans les CS
- Proportion de formations sanitaires publiques et privées respectant les mesures universelles de prévention et le contrôle des infections
- Proportion de formations sanitaires (CS, hôpitaux) disposant d'ouvrage WASH selon les normes (adduction d'eau, latrines fonctionnelles …)
- Taux d'infection des plaies chirurgicales (en proportion de toutes les interventions chirurgicales majeures
- Nombre de plaintes reçues par types (réclamations, suggestions, plaintes) dans les formations sanitaires (Hôpitaux et CS)
- Taux de satisfaction des bénéficiaires des soins dans les hôpitaux et centres de santé (focus sur femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans, adolescents et jeunes)

Indicateurs du management du système local de santé

- Taux de promptitude et de complétude des données du système d'information (CS, ZS, Hôpitaux)
- Proportion de cadres de concertation fonctionnels CS, ZS, Hôpitaux (cadres décisionnels et techniques) Proportion des recommandations des cadres décisionnels de concertation mises en œuvre dans les délais (%)
- Taux de réalisation des supervisions intégrées des agents des centres de santé
- Nombre de rapports de synthèse des GDR et PUS avec informations sur le nombre et typologie de plaintes et proportions de plaintes traitées qui ont fait l'objet de discussion en réunion de concertation (Hôpitaux et CS, ECZS)
- Proportion de rapports PHRDC, EDS, ZS transmis à la coordination du programme dans les délais.

Indicateurs du financement

- Proportion du budget de la formation sanitaire dépensé au titre de la contribution locale des formations sanitaires aux microprojets.
- Nombre d'indigents pris en charge dans les formations sanitaires (Hôpitaux, CS)

Indicateurs de suivi des changements

Les performances dans un projet d'expérimentation peuvent être objectivées par des données quantitatives à travers le système d'informations sanitaires. Mais des histoires racontées sont plus révélatrices des changements et contiennent plus d'informations. Les trajectoires de changements doivent être discutées avec les parties prenantes et au niveau de la coordination lors des revues conjointes du programme. L'exemple de l'atelier participatif du projet lors de cette évaluation finale a été très apprécié des acteurs.

L'approche du most significant change qui est outil de monitoring et d'évaluation participatif (Davies and Dart 2005) est très utile dans ce type de projet en vue de (i) Identifier changements non attendus, ii) identifier valeurs existantes iii) encourager l'analyse des données et (iv) fournir une photo enrichie de ce qui se passe concrètement. Cette approche permet de monitorer et/ou évaluer des initiatives de façon ascendante. Elle ne demande pas de compétences professionnelles, ni d'indicateurs pré-identifiés et facilite la capitalisation.

IX. LECONS APPRISES ET RECOMMANDATIONS

La mise en œuvre du programme santé 2017-2021 était faite dans une logique d'apprentissage partant de la complexité du système local de santé en milieu urbain. Nous reprenons dans les lignes qui suivent quelques leçons apprises au regard des changements observés et des bonnes pratiques générées susceptibles de contribuer de manière durable aux performances du système de santé.

IX.1.Lecons apprises dans la mise du programme santé 2017-2021

Les aspects ci-dessous constituent des leçons apprises dans la mise en œuvre du programme 2017-2021 :

Dans le fonctionnement de la plateforme hospitalière

1. La mise en réseau des hôpitaux a permis le renforcement mutuel des compétences et le partage d'expériences utiles pour l'amélioration de l'offre des services et soins ;
2. La mise en compétition des hôpitaux dans la mobilisation des ressources a éclairé d'avantage les gestionnaires dans l'analyse des besoins, la justification des critères de priorisation des besoins et la rationalisation de la gestion ;
3. L'expérience de plusieurs hôpitaux indique que la mise en œuvre des microprojets a valorisé les cliniciens et favorisé l'écoute de la direction administrative avec un octroi de plus de ressources (cofinancement des MP et davantage de ressources de fonctionnement- cas de Matete, Ngaliema)
4. Le renforcement des capacités des acteurs dans le management et la gestion a permis l'amélioration du processus de mobilisation et déploiement des ressources adéquates en réponse aux priorités identifiées ;
5. Les échanges entre pairs sur les initiatives porteuses favorisent l'extension progressive de proche en proche, des innovations et facilitent la capitalisation des bonnes pratiques.

Sur le renforcement de la première ligne

1. L'amélioration des interactions entre les prestataires et la communauté a permis aux prestataires d'appréhender les besoins des populations et d'améliorer la pertinence des interventions ;
2. La mise en réseau des formations sanitaires a permis le renforcement mutuel des compétences et le partage d'expériences utiles pour l'amélioration de l'offre des services et soins .Un des aspects novateurs concerne l'implication des privés dans les activités promotionnelles et préventives. Le fonctionnement optimal des cadres de concertation au niveau de la ZS et des CS est une condition nécessaire au dialogue des prestataires et de la communauté;
3. Une équipe d'encadrement de zone capable d'encadrer les CS est nécessaire pour consolider le système local de santé
4. La disponibilité de ressources pour organiser les cadres de concertations et d'échange avec la communauté (redevabilité) doit être assurée

Dans l'amélioration de la dynamique communautaire

1. La mise en place des cadres de réflexion facilite le dialogue au sein de la population, une meilleure compréhension des problèmes et l'identification consensuelle des priorités
2. L'association de bénéficiaires dans l'analyse des problèmes et l'identification des priorités améliore l'appropriation et la mise en œuvre des interventions communautaires;
3. L'accompagnement de proximité de la communauté est utile pour changer le regard sur son rôle et sur la plus-value des interactions avec les prestataires et les autorités locales en vue de changer les choses en réponses aux besoins et attentes de la population en

tirant profit du contexte local avec les acteurs influents (ONG, organisations société civile, et organisations religieuses genre BDOM) avec leur effet potentialisateur.

IX.2.Récommandation de l'évaluation du programme santé 2017-2021

Au terme de la revue finale du programme 2017-2021, les recommandations ont été formulées au regard des problèmes mis en exergue en rapport avec la coordination du projet dans l'appui aux hôpitaux et en lien avec l'accompagnement des formations sanitaires de la première ligne**.**

A la coordination du programme

En rapport avec le montage institutionnel et le pilotage du projet

1. Conçu dans une vision de double ancrage, la mise en œuvre du projet a montré peu de liens fonctionnels avec la Division Provinciale de la santé en dehors de la participation au comité de sélection des microprojets et dans une certaine mesure avec l'ECZ. La future intervention devra **Recadrer le pilotage dans la vision de double ancrage** : le montage institutionnel devra impérativement préciser les modalités d'interaction entre l'équipe du projet et la DPS et les modalités du coaching des interventions en collaboration avec l'ECZ périurbaines. Le processus d'intégration des soins gériatriques dans quelques hôpitaux permettra de réfléchir au rôle que peut jouer le GDR/la PUS au niveau communautaire et à la première ligne;
2. Les nouvelles approches envisagées dans l'appui à la ZS de Kintambo ont été butées aux résistances suite au manque d'un cadre de dialogue structuré avec les différents acteurs au point d'induire la révision du mode d'interventions. La future intervention devra **Mettre en place un cadre de dialogue avec les différents acteurs pour une meilleure compréhension des rôles et contributions de chacun aux résultats attendus**: structure de concertation locale avec un rythme régulier des réunions qui permettront d'échanger sur le cheminement de la mise en œuvre du projet, les problèmes qui se posent et des propositions de solutions consensuelles ;
3. Le mécanisme de réduction des barrières financières et l'amélioration équitable de l'accès aux services et soins services ont été peu abordés dans le cadre du projet. Au regard de la pauvreté et de la précarité dans certaines aires de santé reculées nous recommandons d'**Envisager la mise en place des initiatives de réduction des barrières financières et l'amélioration de l'accès aux services et soins dans la perspective de la CSU**;
4. Le projet a fonctionné au départ sans un système d'information organisé pour capter et stocker les informations sur la mise en œuvre et les effets du projet. L'ajoute d'un chargé de suivi et évaluation a remédié à cette carence les deux dernières années. Nous recommandons de **Renforcer le système de monitoring des interventions et documentation de leurs effets.** Il s'agira concrètement de:
   - Maintenir un chargé de suivi et évaluation dans le montage du futur programme
   - Elaborer un manuel de suivi évaluation avec des indicateurs consensuels de changement,
   - Organiser un atelier participatif de Baseline
   - Mettre en place un mécanisme de collecte des informations pour capter les changements à capitaliser pour vulgarisation et dissémination.

En ce qui concerne l'appui de la dynamique communautaire

1. La dynamique développée par la population avec l'appui d'EDS est bien décrit par différents acteurs mais les actions sont peu documentées à la base (GDR, PUS) Il est indispensable de **(1)Poursuivre la convention avec EDS en vue de la continuité du travail amorcé en mettant plus d'effort sur l'empowerment des GDR dans leurs interactions avec des formations sanitaires et (2) de documenter la dynamique développée par la population avec l'appui d'EDS au sein des groupes de réflexion des quartiers à travers la plateforme des usagers ;**
2. Un seul forum d'expression populaire a été organisé en guise de dialogue sur les problèmes de santé et l'amélioration des services et soins à la première ligne. Ce forum a été un succès de l'avis des acteurs. Il nous semble utile d'**Organiser le forum de partage au moins 2 fois par an** en guise de dialogue avec les autorités sanitaires et les autorités politico administratives locales et de l'alimenter avec les résultats des enquêtes de satisfaction des usagers.

Concernant la capitalisation recherche action

La culture de documentation des bonnes pratiques et capitalisation des expériences n'est pas encore installée chez les acteurs. Pour plus d'efficacité et de visibilité, il est indispensable **de renforcer la capitalisation par l'accompagnement des acteurs de terrain, Elaborer et mettre en œuvre un plan de capitalisation en début de projet, Impulser la dynamique locale pour la documentation et la diffusion des expériences et Mettre en place dispositif permettant le partage des expériences**.

La dynamique locale pour la documentation et la diffusion des expériences peut être envisagé par la mise à disposition d'un fond avec appel à concurrence pour de petites capitalisations à l'instar des microprojets même au niveau des équipes des hôpitaux, de l'ECZS et même des CS avec les IT. Une des solutions possibles serait d'envisager un système du sponsoring des mémoires d'étudiants sur la mise en œuvre de la recherche action sur la démarche qualité dans les hôpitaux à l'instar de la recherche en cours à l'Hôpital Saint-Luc de Kisantu.

Quant au dispositif permettant le partage des expériences, allusion est faite au Hub santé pour les acteurs belges, la revue et autres foras organisés par la Division Provinciale de la Santé de Kinshasa ou par le Ministère national de la santé ainsi que la participation à des les foras organisés par les partenaires au pays ou en dehors du pays.

A la Plateforme hospitalière de la RDC

1. La PH-RDC a, dans le cadre de son institutionnalisation, obtenu sa reconnaissance administrative et s'est doté d'un plan stratégique 2021-2025 qui donne les éléments clés de sa vision future. Mais le fonctionnement quotidien souffre car d'une part l'exécutif n'est constitué d'une seule personne alors que les défis des hôpitaux requièrent plus d'expertises et d'autre part elle n'a pas encore des ressources requises pour son plein fonctionnement. Il est indispensable de **Renforcer les capacités institutionnelles de la PH-RDC pour maximiser l'efficacité de son action dans l'accompagnement des hôpitaux dans la vision de la réforme hospitalière.** Une attention devra être portée sur la sélection des ressources complémentaires du comité exécutif et mettre un focus sur l'appui technique aux hôpitaux. Pour ce faire, la PHRDC devra se positionner dans le rôle de catalyseur pour relancer la réforme hospitalière et accompagner la conception et la mise en œuvre du processus de certification/accréditation nationale.

2. L'accompagnement des hôpitaux par la PH-RDC s'est fait sans que tous les hôpitaux disposent d'un plan stratégique ou plan d'établissements hospitaliers. Il nous semble indispensable pour la PH-RDC d'a**ccompagner les hôpitaux membres dans l'élaboration /l'actualisation de leurs plans d'établissements hospitaliers pour orienter les appuis dans le sens d'améliorer le continuum des soins**. Pour y parvenir, la mise en place d'un fonds d'expertise multi bailleurs au sein de la PH RDC permettra de fédérer l'assistance technique aux hôpitaux;

3. En dépit de l'appui aux hôpitaux via les formations, les microprojets et les échanges d'expérience, il n'y a pas encore une bonne lisibilité de l'approche d'amélioration de la qualité des services et soins vu l'absence des dispositifs pour recueillir les avis et attentes des utilisateurs des hôpitaux. Il nous parait indispensable de l**ancer l'approche globale d'amélioration de la qualité des services et soins offerts** : il s'agit de l'organisation des enquêtes de satisfaction, des actions correctrices partant des problèmes identifiés et documenter l'amélioration de la satisfaction des utilisateurs. La feuille de route issue de l'atelier sur la note stratégique qualité est à dérouler dans toutes les formations sanitaires.

A l'Equipe Cadre de Zone de Kintambo

1. Le projet milite pour le développement de la première ligne dans la vision d'un système de santé urbain centré sur les besoins de population. Cependant la planification opérationnelle des centres de santé ne tiennent pas suffisamment compte des problèmes des communautés. Il est nécessaire d'**appuyer les centres dans l'élaboration des plans de management**. Ces plans dont le but est l'amélioration de la qualité après un audit qualité diagnostic manquent dans les CS et devront permettre d'orienter les investissements dans le sens d'améliorer le continuum des soins; En outre, il doit être envisagé de **renforcer le coaching de proximité des CS par l'ECZ en vue d'accompagner la mise en œuvre des innovations dans la perspective de la rationalisation des services et soins ;**

2. Le rôle de leadership de l'ECZ dans le développement des CS nous est apparu limité, expliqué en partie par une faible motivation de l'équipe. De ce fait, la collaboration entre la coordination du projet et l'ECZ de Kintambo n'a pas été optimale. Il est utile de **renforcer le cadre de redevabilité des prestations des formations sanitaires** Cela devra se traduire par la mobilisation de ressources pour la tenue des réunions de qualité de ce cadre pour assurer un dialogue continu entre prestataires ,communauté et autorités sanitaires sur leurs performances, les bonnes pratiques et dégager des nouvelles orientations sur les problèmes qui se posent.

LES ANNEXES

Annexe 1 Liste des documents consultés

1. UNI4COOP, Programme commun 2017-2021 RD Congo
2. ULB-C Kinshasa, Rapport annuels 2017, 2018, 2019,2020 et 2021
3. Statuts de la plateforme hospitalière (PH-RDC Asbl), Décembre 2016
4. PH-RDC, Rapports narratifs 2017,2018, 2019, 2020,2021
5. Coomans Yasmina, Evaluation des effets et processus d'un programme d'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des soins à Kinshasa : un protocole d'évaluation, ESP-ULB, 2019
6. Daniel Arnoldussen, Rapport d'évaluation intermédiaire de la PH-RDC, Mars 2019
7. Bruno Bindamba et Serge Ngaima, Rapport de l'atelier sur l'élaboration de la note stratégique sur la qualité et la sécurité des soins hospitaliers axées sur la gestion des risques au sein de la Plateforme Hospitalière(PH), Kinshasa, décembre 2017
8. Protocole de recherche action : Démarche qualité axée sur la gestion des risques dans les hôpitaux de la Plateforme Hospitalière en RD Congo: quels effets durables sur la gouvernance clinique et la satisfaction des patients Expérience de l'Hôpital Saint Luc de Kisantu, Kongo Central, RD Congo, Septembre 2021
9. BCZS de Kintambo, Rapport annuel 2018, 2019 et 2020
10. ECZ-Kintambo, TDR du groupe de réflexion pour le développement de la première ligne, Avril 2018
11. ECZ-Kintambo, TDR de la plateforme des usagers de la Zone de Santé de Kintambo, Mars 2020
12. ECZ Kintambo, Projet de suivi des activités de 3 centres de santé (CBCO, Lubudi-Luka et Pamurep) et de l'ITM Kintambo sur l'intégration de la prise en charge globale de la drépanocytose, Février 2019
13. Etoile du Sud, Mobilisation communautaire : mécanismes et changements au sein des communautés dans le système de santé, document de capitalisation, octobre 2020
14. Etoile du Sud, Rapports narratifs 2017,2018, 2019, 2020,2021
15. Ghislaine BOYER, Appui à la capitalisation des approches menées dans le cadre du programme Uni4Coop d'ULB-C dans la ville de Kinshasa, rapport de fin mission, Prospective-Coopération, décembre 2020
16. Stern et al L'évaluation réaliste – Évaluation des interventions de santé mondiale (pressbooks.pub), 2012
17. Guichard, A et Ridde,V, Outil Réflex-ISS : une grille d'analyse des actions our lutter contre les inégalités sociales , 2010
18. Colette Acheroy et Hédia Hadjaj-Castro, SEPO, Fiche pratique, Bruxelles, 2006
19. William A. « Bill » Ninacs, Empowerment et intervention, Presses de l'Université Laval, 2008.
20. rapports de réunion des acteurs de la première ligne Kintambo 2019,2020

Annexe 2 Liste des personnes contactées

N°	Personne rencontrée	Organisation	Fonctions	Téléphone	courriel
1	Dr Serge NGAIMA	ULB-Coopération	Coordonnateur	0813665303	sergengaima@ulb-cooperation.org
2	Dr Lucien EKWAKOLA	ULB-Coopération	Chargé de S &Evaluation	0820419965	bthsitekur@gmail.com
3	Dr Jacky NDONA	PH-RDC	Coordonnatrice	082067710	jackynona@gmail.com
4	Dr Bob KABAMBA	CHIRPA	Coordonnateur	082147871	bob.lubamba@chirpa.org
5	Dr Bruno Bindamba	Chaine de l'Espoir	Ancien coordonnateur	0824020356	bbindamba@gmail.com
6	Mme Sylvie LUZALA	Etoile du Sud	Coordonnatrice	0840600281	Sylvie.luzala.eds@gmail.com
7	Mr Pepe LUKEMBIKISA	Etoile du Sud	Chargé des opérations	0810769550	
8	Dr Frieda MBUSE MAHOLO	Zone de santé de Kintambo	Médecin Chef de Zone	O999958799	mbusemaholo@yahoo.fr
9	Mr André NSUKAMI	Zone de santé de Kintambo	Animateur Communautaire	0819680903	
10	Mme Paola KAPOMBO	Zone de santé de Kintambo	Infirmière Superviseur	0899414267	
11	Mme Gina SAKUBA	Zone de santé de Kintambo	Administrateur Gestionnaire	0891106762	
12	Mr BUANGO	GDR Lubudi-Nganda	Membre du GDR	0899848819	
13	Mme Ginette MATA	GDR Itimbiri	Membre du GDR	0898355304	
14	Dr MABYI	HGR-Matete	Chef de Service Soins Intensifs	0815032286	
15	Dr Michel TSHIBADI	HGR-Kintambo	Médecin Directeur	0825300034	
16	Mr Gabriel SHAMATENGE	Clinique Ngaliema	Chef de Service des Archives	0819828670	
17	Mme Rose NGOLELA	CS New CAMS	Infirmière Titulaire	0999119914	
18	Mr MUTSHIPAY	CSR CBCO-Kintambo	Infirmière Titulaire	0811459677	
19	Mme Nadine NSIMBA	CS GDR Lubudi-Luka	Infirmière Titulaire	0894493704	
20	Dr Urbain MENASSE	Ambassade Belgique en RDC	Attaché coopération-Santé	819700174	Urbain.Menase@diplobel.fed.be
21	Dr Arouna TRAORE	PROMEKIN 2	Chef de Mission	0892078499	a.traore.ext@credes.net
22	Mr Jérémie KAZIKA	DPS-Kinshasa	Cellule Qualité	0900438557	

Annexe 3 Participants à l'atelier d'analyse des résultats

N°	Personne rencontrée	Organisation	Téléphone
Atelier d'analyse des résultats 28 février 2022			
1	Dr Serge NGAIMA	ULB-Coopération	0813665303
2	Dr Lucien EKWAKOLA	ULB-Coopération	0991254344
3	Dr Jacky NDONA	PH-RDC	082067710
4	Mr Pepe LUKEMBIKISA	Etoile du Sud	0810769550
5	Mme Marie TABALA	Etoile du Sud	0851118534
6	Mr Roger KAKUDI	Etoile du Sud	09774129
7	Mme Angèle MBOMBA	CS Lomami	O822938554
8	Mr Filston NZUZI	CS Kilimami	O822938554
9	Mr Jules TEMBO LUVUALU	CS Wenze	0896385107
10	Mme Martine WUMBA	CS Nganda	0891117913
11	Mr Félicien ILENDA	CS Lubudi-Luka	0819023938
12	Mme Jolie KIASINGA	GDR Wenze	082730789
13	Mr Luc LOKOMA	HM Camp KOKOLO	08194329
14	Mr Stanis BAMPOMBO	HP Kimbondo	0825642672
15	Mr NTUMBA AMULI	HSJ-Limete	0998646298
16	Mme NDUITE BODUA	HP Kalembelembe	0815997428
17	Mme Géraldine NGULUNGU	HGR-Kintambo	0818141483
18	Dr Glénie NTSAMBI	Cliniques Universitaires	0812167783
19	Mr OTSINGA LOSEE	BCZS Kintambo	08129886598
20	Mr Pacifique MUKUTI	BCZS Kintambo	0896795810
21	Mr Léontin MUMPOYI	ITM-Kintambo	081272703
22	Dr Cheick OUEDRAOGO	Evaluateur International	0851177886
23	Dr Alain Mboko IYETI	Evaluateur National	0812679583
Atelier de validation des résultats d'analyse 08 mars 2022			
1	Dr Serge NGAIMA	ULB-Coopération	0813665303
2	Dr Lucien EKWAKOLA	ULB-Coopération	0991254344
	Mme YABIASU Viviane	ULB-Coopération	0819857888
3	Dr Jacky NDONA	PH-RDC	082067710
4	Dr Bob Kabamba	CHIRPA	0821478719
5	Mr Jeremie KAZIKA	DPS-Kinshasa (cellule qualité	815362179
6	Mr Egide BONKONDI	MSPHP-DESP	0815260887
7	Mr Pepe LUKEMBIKISA	Etoile du Sud	0810769550
8	Mme Marie TABALA	Etoile du Sud	0851118534
9	Mr Roger KAKUDI	Etoile du Sud	09774129
10	Mme Léontine MUPOY	ITM Kintambo	0812072703
11	Mme Angèle MBOMBA	CS Lomami	O822938554
12	Mme Martine WUMBA	CS Nganda	0891117913
13	Mr Filston NZUZI	Usager Kilimani	O822938554
14	Mme Jolie KIASINGA	Usager Wenze	082730789
15	Mr Jules TEMBO LUVUALU	Usgaer Wenze	0896385107
16	Mme Martine WUMBA	Usager Lubudi-Nganda	899117913
17	Mr Trésor KAPUTSHU	HGR Kinkole	081002215

18	Mr Luc LOKOMA	HM Camp Kokolo	08194329
19	Mr Stanis BAMPOMBO	HP Kimbondo	0825642672
20	Mr NTUMBA AMULI	HSJ-Limete	0998646298
21	Mme Gomer NDUITE BODUA	HP Kalembelembe	0815997428
22	Mme Géraldine NGULUNGU	HGR-Kintambo	0818141483
23	Dr Glénie NTSAMBI	Cliniques Universitaires	0812167783
24	Dr Cheick OEUDRAOGO	Evaluateur International	0851177886
25	Dr Alain Mboko IYETI	Evaluateur National	0812679583

Annexe 4 Répertoire des hôpitaux membres de la PH-RDC

No	Nom de l'institution	2017	2018	2019	2020	2021
Ville de Kinshasa						
1.	Clinique Ngaliema	X	X	X	X	X
2.	Hôpital général de Référence Provinciale de Kinshasa	X	X	X	X	X
3.	Hôpital de Kintambo	X	X	X	X	X
4.	Hôpital Militaire Central de Kokolo	X	X	X	X	X
5.	Hôpital Pédiatrique de Kalembe-Lembe	X	X	X	X	X
6.	Centre Mère et Enfant de Barumbu	X	X	X	X	X
7.	Centre de Médecine Mixte et d'anémie SS	X	X	X	X	X
8.	Hôpital Général de référence de Matete	X	X	X	X	X
9.	Centre Hospitalier Monkole	X	X	X	X	X
10.	Cliniques Universitaires de Kinshasa (CUK)	X	X	X	X	X
11.	Hôpital Saint Joseph	X	X	X	X	X
12.	Hôpital Roi Baudouin	X	X	X	X	X
13.	Hôpital Biamba Marie Mutombo	X	X	X	X	X
14.	Hôpital de l'Amitié Sino –Congolaise de Kinshasa	X	X	X	X	X
15	Centre Ophtalmologique de Masina	X	X	X	X	X
16.	Hôpital de Kinkole	X	X	X	X	X
17	Centre Médical Vipot		X	X	X	X
18	Hôpital Général de Référence de Maluku		X	X	X	X
19	Strategos Medicale Solution(SMS)		X	X	X	X
20	CHM Binza Delvaux				X	X
21	D-SMET				X	X
22	Centre Hospitalier de Kingasani				X	X
23	Centre d'Excellence Damien (CEDA)					X
Autres provinces						
1	Hôpital Saint Luc de Kisantu	X	X	X	X	X
2	Hôpital de Bwamanda	X	X	X	x	X
3	Hôpital Général de Référence de Bominenge	X	X	X	X	X

4	Hôpital Général de Référence de Bokonzi	X	X	X	X	X
5	Hôpital Général de Référence de Ngindinga		X	X	X	X
6	Hôpital Général de Référence PopoKabaka		X	X	X	X
7	Hôpital Général de Référence Kimvula		X	X	X	X
8	Hôpital Général de Référence de Gombe Matadi		X	X	X	X
9	Hôpital Général de référence de Budjala		X	X	X	X
10	Hôpital Général de Référence de Mosango		X	X	X	X
11	Clinique Pédiatrique de Mbuji Mayi		X	X	X	X
12	Hôpital Général de référence de Pawa		X	X	X	X
13	Hôpital Général de Référence de Boma Mangbetu		X	X	X	X

Annexe 5 Microprojets financés de 2018 2021

Hôpital	Intitulé microprojet bénéficie	Round	Année
1. HM KOKOLO	1. Aménagement de la Salle des archives	Round 1	2018
	2. Renforcement prise en charge en chirurgie pédiatrique	Round 3	2019
	3. Aménagement d'une unité de stérilisation	Round 5	2020
	4. Gestion des déchets biomédicaux et ménagers	Round 7	2020
2 .C NGALIELMA	1. Réhabilitation du box III de l'unité de néonatologie	Round 1	2018
	2. Protection du personnel et usagers contre COVID-19	Round 3	2019
	3. Renforcement des compétences en identitovigilance	Round 5	2020
3. Cliniques Universitaires de Kinshasa	1. Réhabilitation bloc opératoire chirurgie pédiatrique	Round 1	2018
	2. Equipement u bloc opératoire de Chirurgie pédiatrique	Round 6	2020
	3. Renforcement de la PCI au département de chirurgie	Round 7	2020
4. Centre de Médecine Mixte Anémie SS	1. Gestion des déchets biomédicaux	Round 2	2018
	2. Renforcement de la prise en charge des nouveaux –nés	Round 6	2020
	3. Renforcement protection face au COVID-19	Round 7	2020
5. HGR KINTAMBO	1°Renforcement du plateau du laboratoire de l'HGR	Round 2	2018
	2° Renforcement de la PCI/hygiène hospitalière	Round 7	2020
6. Hôpital Saint-Joseph	1. Réhabilitation de la toiture du Bloc opératoire	Round 2	2018
	2. Construction d'un incinérateur moderne avec bruleurs	Round 4	2019
7. HGR Matete	1. Formation en chirurgie pédiatrique	Round 3	2019
	2. Mise en place d'une Unité des Soins Intensifs	Round 6	
8. Pédiatrie de Kalembelembe	1. Réhabilitation de la néonatologie incendiée	Round 2	2018
	2. Construction d'un incinérateur	Round 5	2019
9. Centre Médical Vipot	1. Acquisition bac à linge, citerne d'eau et stérilisateur	Round 4	2019
	2. Renforcement protection face au COVID-19	Round 7	2020
10. HSL Kisantu	Equipement du service de stérilisation	Round 1	2018
11. HGR Bominenge	Construction d'un nouveau pavillon de Pédiatrie	Round 2	2018
12. Centre Monkole	Renforcement de la chirurgie pédiatrique	Round 3	2019
13. HP de Mbuji-Mayi	Renforcement de la chirurgie pédiatrique	Round 3	2019
14. CME Barumbu	Acquisition citerne pour adduction d'eau et un autoclave	Round 4	2019
15. HGR Budjala	Construction d'une clôture avec fils barbelés	Round 4	2019
16. HBM Mutombo	Renforcement de la PCI et acquisition Gen Expert	Round 7	2020
17. CH Roi Baudouin	Renforcement de la PCI dans le contexte de COVID-19	Round 7	2020
18. Desmet Hospital Kinsuka	Renforcement de la PCI face au COVID-19	Round 7	2020
19. HP KIMBONDO	Renforcement PCI au service d'accueil et aux urgences	Round 7	2020

Annexe 6 Formations première ligne 2017-2021

N°	Intitulé de la formation	Année	Formateur/trice
1	Gestion de cycle de projet	2018	AT ULB C et consultant
2	Elaboration business plan d'un CS	2018	AT ULB C et consultant
3	Prise en charge intégrée de la drépanocytose	2018	Experts CEFA Monkole
4	Intégration d'un test rapide drépanocytose au niveau d'un CS	2018	Experts CEFA Monkole
5	Prise en charge intégrée du diabète	2020	Centre de formation Diabète
6	Formation - Stage d'immersion pour le renforcement des capacités en PCI	2021	Consultante experte en Hygiène Hospitalière
7	Simulation clinique : tri-sélection et orientation des patients avec signes de danger au niveau de la première ligne dans le contexte de Covid 19	2021	Consultante experte en Hygiène hospitalière

Annexe 7 Projets de la première ligne financés par le projet 2017-2021

N°	Nom de la structure	Titre du projet	Année	Cout total	Contribution ULB-C
1	CSR CBCO	Intégration de la prise en charge précoce de la Drépanocytose chez les enfants de 0 à 15 ans au CSR CBCO de Kintambo	2019	3955 $	1355 $
2	CS PAMUREP	Implémentation des activités de lutte contre la Drépanocytose dans l'aire de santé Wenze dans la ZS de Kintambo	2019	3850 $	3850 $
3	CS Lubudi Luka	Intégration de la prise en charge globale de la Drépanocytose dans l'aire de santé Lubudi Luka	2019	3 955 $	3955 $
4	ITM KINTAMBO	Renforcement de protection des prestataires et des patients contre la COVID 19	2020	4 230 $	3 880 $
5	CS PAMUREP	Renforcement de protection des prestataires et des patients contre la COVID 19	2020	3620 $	3620 $
6	CSR C.B.CO KINTAMBO	Construction d'un service de triage et Réhabilitation de système de stockage d'eau	2021	12.390 $	11.080 $
7	Equipe Cadre de la Zone de Santé de Kintambo*	Projet de suivi des activités de Prévention et Contrôle des Infections (PCI) pour la protection des prestataires et des patients contre la COVID 19 dans la ZS de Kintambo	2021	3752 $	3752 $
8	Equipe Cadre de la ZS de Kintambo*	Projet de suivi des activités des CS CBCO, Lubudi Luka et PAMUREP et ITM Kintambo sur la prise en charge globale de la Drépanocytose	2019	2900 $	2900 $

*Projet de support pour le suivi des projets octroyés aux CS pour renforcer le leadership d*e l'ECZ.*

Annexe 8 Questions d'évaluation en lien avec les critères CAD

Questions d'évaluation	Sous questions
Question centrale : Au vu des résultats atteints par cet outcome, l'évaluateur estime-t-il qu'il est possible de renforcer la coordination et les acteurs du système de santé de manière horizontale, de leur donner une autonomie dans la prise d'initiatives adaptées aux contextes de terrain, sans que le rôle décisionnaire opérationnel des autorités sanitaires hiérarchiques (ECZ, DPS) ne doive nécessairement s'exercer ?	Le système local de santé est-il fonctionnel dans la commune urbaine de Kintambo ? Quelle est la contribution 3 plates formes dans la consolidation des fonctions de soutien et d'encadrement des formations sanitaires par l'EEZS ? • Caractère inclusif de la planification et orientée besoins des populations • Prise en compte des FS privées dans les supervisons • Inclusive des rencontres de conseil d'administration de la ZS • Appropriation de l'EEZS Y a-t-il des bonnes pratiques en matière de gouvernance dans les hôpitaux et CS cibles? Les attitudes de la hiérarchie et les textes sont-ils favorables à une autonomie accrue des formations sanitaires? quelles sont les initiatives locales capitalisées par la mise en œuvre de la synergie des 3 plates formes ? Le système mis en place avec les innovations des plates formes garantit-il une redevabilité à tous les niveaux du système ? quelles sont les expériences novatrices issues du fonctionnement des 3 plates formes qui peuvent améliorer le système local de santé dans le contexte urbain ? Quels sont les éléments du contexte qui ont favorisé ou freiné la progression des structures de santé vers l'autonomie?
Quel a été l'impact général du programme sur la qualité des soins prodigués au sein des services de santé visés par le programme ? Quels sont les indicateurs d'impact mis en place par le programme, suite aux recommandations de l'évaluation intermédiaire, qui permettent au mieux de rendre compte de l'impact sur (a) les pratiques des prestataires ; (b) la qualité des soins, c) la perception du degré de satisfaction des	Dans quelle mesure les changements suivants sont observés ? : • Les capacités d'analyse des problèmes et de rédaction des projets d'amélioration de la qualité des structures appuyées ? • La capacité de formulation et de mobilisation des financements de micro-projets concernant la recherche de solutions aux problèmes constatés au sein des services et issus des interactions avec la population (via les GDR et Plateformes des usagers) améliorée

Questions d'évaluation	Sous questions
patients, d) les modalités de gestion administrative et financière des hôpitaux.	• L'existence d'une attitude réflexive des membres de la plateforme hospitalière, et du groupe de réflexion des structures du premier échelon à utiliser les expériences vécues pour l'amélioration de la qualité intrinsèque des projets mis en œuvre. • Les efforts déployés par les structures en vue de sensibiliser et responsabiliser les populations sur les problèmes de santé • Les succès obtenus par l'intégration de la prise en charge des maladies chroniques (cas des centres de santé ayant introduit la prise en charge de la drépanocytose) • existence et efficacité d'un mécanisme de mesure de la satisfaction mis en place dans les structures de santé ? • Quelle est la perception de satisfaction des usagers selon les membres de la PUS ?
<u>Efficacité</u> Au vu des indicateurs d'OS, dans quelle mesure peut-on affirmer que l'OS a été atteint ? Les affirmations suivantes sont à vérifier : – Des changements positifs se sont produits sous tous les aspects visés par l'OS et/ou ses indicateurs. – Les changements observés sont conformes à l'ampleur des attentes. L'intervention a joué un rôle dans le niveau d'atteinte de l'OS et/ou de ses indicateurs. Indicateur 1 : Nombre de centres de santé et/ou de services hospitaliers qui ont passé une convention de collaboration avec la plateforme hospitalière conformément aux critères de qualité des projets. Indicateur 2 : Augmentation du nombre d'admissions à l'hôpital de Kintambo, non compris les urgences et les consultations.	Peut-on mesurer l'évolution des indicateurs des résultats en utilisant le cadre logique initial et les modifications apportées en cours de mise en œuvre du projet ? Existent –il de nouveaux indicateurs basés sur l'analyse du fonctionnement des plates formes (représentativité des membres, dynamiques internes des groupes, régularité et contenu des rencontres, qualité des livrables-output et leur utilisation au niveau institutionnel, changements sur les cibles (prestataires, usagers, responsables administratifs) peux ton utiliser pour démontrer les progrès ? Quels sont les compétences développées par les parties prenantes dans la mise en œuvre du projet ? (propriétaires, gestionnaires des structures de soins, prestataires, usagers, population
<u>Durabilité :</u>	Sur base de l'analyse des résultats obtenus

Questions d'évaluation	Sous questions
Dans quelle mesure la PH-RDC, le groupe d'échange du premier échelon et la plateforme des usagers, seront-ils en capacité de maintenir la dynamique initiée, les premiers résultats obtenus ? Dans quelle mesure les affirmations ci-dessous se vérifient-elles ? - Les structures appuyées montrent une volonté et une capacité de maintenir ou de développer les changements positifs obtenus par le biais des micro-projets et/ou formations dispensées. - Le dialogue constructif entre les autorités sanitaires et les structures appuyées peut se poursuivre. Le lien entre les différentes plateformes se consolide pour faire durer les changements au niveau des bénéficiaires.	Quelles sont les ressources nécessaires/disponibles pour mettre en œuvre les actions ? ces ressources seront-elles disponibles après le projet ? Quelle sont les preuves institutionnels de pérennité (engagement des responsables, des propriétaires) Le dialogue entre prestataires et usagers est –il planifié et bénéfice-t-il d'un soutien des Formations sanitaires, des responsables administratifs ? Quelles capacités institutionnelles (planification, pilotage, etc. ont été renforcées ? Les cadres de concertations planifiés par les plates sont-elles fonctionnelles ?
<u>Efficience :</u> Les modalités d'affectation des ressources du programme, sous forme de formation, de micro-projets ont-elles contribué à une appropriation plus collective de l'amélioration de la qualité des soins et à une optimalisation de la mobilisation de ressources endogènes ? Ces modalités ont-elles permis d'être au plus près des besoins des différentes parties prenantes ?	Les modes opératoires des plates formes sont-elles en adéquation avec les cibles ? Quelles sont les leçons apprises de la conception, du mécanisme de mise en œuvre et des réalisations des microprojets Améliorations à apporter au modèle Quels sont les axes de travail conjoints des 3 plates formes ?
<u>Pertinence :</u> La mise en place d'une « plateforme hospitalière », d'un « groupe d'échange des structures de premier niveau » ou encore d'une « plateforme des usagers » et le fait de les connecter les unes aux autres, permet-elle d'améliorer la qualité des soins et selon quels mécanismes ? Dans quelle mesure le fait de mener une recherche-action sur l'amélioration de fonctionnalité du comité qualité de l'hôpital de Kisantu peut-elle être bénéfique pour les structures membres de la PH-RDC ?	La structuration des plates répond-elle aux besoins des membres et des cibles ? La logique d'intervention des plates formes est-elle adaptée aux défis ? Les leçons apprises sont-elles utilisées pour améliorer les processus ? Les indicateurs définis sont-ils adéquat pour mesurer les progrès ? Quelles améliorations peu-t-on apporter à la théorie de changement initial du projet? Quelles sont les leçons apprises de la mise en œuvre de la recherche action de Kisantu ? en quoi peuvent être éclairé la réflexion stratégique pour le renforcement dues plates formes et du SYLOS ?

Questions d'évaluation	Sous questions
<u>Contribution aux CSC</u> Dans quelle mesure le programme a-t-il pu contribuer aux cibles énoncées ci-après ?	
Cible stratégique 4A : Promouvoir la bonne gouvernance, la recherche action et la capitalisation Les questions de <u>gouvernance</u> d'un hôpital comme celui de Kintambo et des centres de santé privés (confessionnels, non lucratifs et à but lucratif) de la ZS se sont éloignées des pouvoirs organisateurs de ces institutions. L'influence des tutelles publiques et privées est prépondérante et les enjeux sur les ressources sont permanents. Pour améliorer la gouvernance, nous allons travailler en partenariat avec des plateformes multi acteurs comme la plateforme hospitalière de la RDC et la future plateforme des intervenants au 1ier échelon à Kintambo. La confrontation avec les pairs va amener les promoteurs d'actions positives sur l'accès aux soins à rechercher la qualité, l'intérêt public et à être redevables. Comme on est en milieu très complexe et qu'on agit souvent au cas par cas (CS par CS, service hospitalier par service hospitalier), la recherche-action s'impose comme méthodologie d'intervention : utiliser les outils de la recherche (protocole, évaluation continue, hypothèse dynamique, boucles de rétro-action, …) pour mener une action dans laquelle on s'immerge et dont l'aboutissement n'est pas totalement prédéfini. La capitalisation fait partie intégrante de la démarche.	Quels sont les constats, vécus, et apprentissages des parties prenantes du projet et les livrables de la recherche action et capitalisation à même de prouver cette contribution • Amélioration gouvernance des structures • Prise en compte de la voix et empowerment des populations • Soutien institutionnel aux innovations • Compétences et Carences et observées chez les parties prenantes • Ancrage institutionnel des innovations Changements observés chez : • Les promoteurs • Les administrateurs des hôpitaux • La culture de qualité des prestataires • La tutelle administrative (EEZS) • Le niveau central à travers le plan stratégique de la réforme hospitalière • Les populations/GDR-PUS L'utilisation de la recherche action comme outil d'amélioration des stratégies opérationnelles
Cible stratégique 4B : Renforcer les systèmes locaux de santé, soins globaux, intégration des approches verticales Kintambo est une ZS, donc un système local de santé. L'objectif est d'assurer un développement de soins de qualité à l'HGR et dans les CS, avec le moins de chevauchements possibles et en construisant des liens forts (références, communication, accès) entre les structures. Les soins sont en général relativement bien intégrés (on fait tous les soins, le personnel est fort polyvalent), même dans les structures privées. La	Notre Analyse portera sur l'appui apporté aux différents piliers du système de santé (ressources Humaines, médicaments, infrastructures et équipements, informations sanitaires, financement….), l'interaction entre les communautés, les prestataires du premier échelon et le premier niveau de référence au niveau de la zone d'intervention. Continuité et efficacité des soins (adéquation prise en charge des cas chroniques et indigents)- dans les CS appuyées Prise en compte du promotionnel (déterminants de la santé)

Questions d'évaluation	Sous questions
plateforme multi acteurs va permettre de travailler plus à fond sur la continuité et l'efficacité des soins, deux axes problématiques récurrents en milieu urbain peu régulé.	Empowerment de la population Stratégie de formation du personnel
Cible stratégique 4C : Améliorer la qualité des soins Dans les services de l'hôpital de Kintambo et dans les centres de santé cibles identifiés dans la commune, les soignants, les dirigeants et tous les acteurs-clés de la santé présenteront des projets d'amélioration de la qualité des soins sur des aspects très concrets, très cliniques, axés sur des soins rationalisés (protocoles, schémas de traitements, dosages, voies d'administration, …), les techniques médicales et de nursing, la disponibilité et l'usage des médicaments essentiels, la maintenance des équipements , ce qui requiert formation et coaching, de présence clinique, d'observation participante.	Notre Analyse portera sur l'éclairage au minimum des axes suivants sur le plan de la qualité (à valider par le projet/parties prenantes) Continuité et efficacité des soins (adéquation prise en charge des cas chroniques et indigents)- dans les CS appuyées Stratégie de formation du personnel
Cible stratégique 4 D : Promotion de l'accès équitable aux soins Les actions menées au cours du programme précédent ont montré qu'il y a un grand champ d'action dans les CS de la ZS de Kintambo pour promouvoir et développer des soins complets sur des pathologies chroniques, fréquentes et négligées (HTA, diabète L'accès aux soins pour les personnes les plus vulnérables (orphelins, enfants des rues, personnes âgées, …) fera dans un premier temps l'objet d'études ciblées. La problématique est complexe car les soins sont payants et les structures de santé fonctionnent en autofinancement quasi complet. La solvabilité des patients préoccupe les soignants.	Analyse des mécanismes d'évaluation de la satisfaction des usagers et des modalités pratiques de prise en compte de leurs attentes Notre regard portera sur l'évolution de l'utilisation des services et les mécanismes de réduction des barrières d'accès aux services et soins offerts Analyse des mécanismes d'assistance aux indigents et patients incapables de payer les soins
Cible stratégique 4 E : Actions et plaidoyer pour les droits à la santé, à la santé sexuelle et reproductive et soins spécifiques La plateforme hospitalière et la plateforme des intervenants au premier échelon à Kintambo sont des lieux privilégiés de plaidoyer. La collaboration étroite avec EDS est conçue dans le sens du plaidoyer pour le droit à la santé aux côtés des communautés sensibilisés par l'ONG et actives sur les déterminants de santé à leur niveau.	Un regard sera aussi porté sur l'accompagnement des populations par rapport aux actions en lien avec la promotion des droits à la santé et le plaidoyer pour l'engagement de l'Etat dans l'amélioration de la santé en particulier pour les aspects liés à la santé sexuelle et reproductive, la santé des adolescents et jeun en collaboration avec les organisations communautaires

Annexe 9 Résultats détaillés de l'analyse SEPO réalisée avec les parties prenantes du projet

Au niveau de la plateforme des usagers

Succès	Potentialités
• Formation et la sensibilisation des acteurs • Bonne collaboration traduite par la planification conjointe des activités entre des acteurs communautaires et les prestataires • Communication entre les communautés et les autorités locales • Disponibilité des acteurs dans les FOSA : extension heures d'ouverture –Lubudi Luka 24h sur 24 (initialement de7h à16h) • Intégration des activités en réponse aux besoins de la communauté : prévention des IST, dépistage drépanocytose • Changement de mentalité des prestataires (port de blouse, écoute des usagers) • Mise en place et fonctionnement des GDR dans les 8 quartiers de Kintambo et de la PUS avec l'encadrement d'EDS • Prise de conscience et appropriation par les communautés des mesures de prévention Covid19 et les pratiques-clés d'hygiène • Création d'une plateforme des CS privés avec un comité élu • Suivi régulier des activités d'appui technique	• Possible interconnexion la PUS – PHRDC dans la vision de synergie et complémentarité • Extension des interventions des mutuelles de santé • Implication possible des associations des malades (type réseau de drépanocytaires) sensibilisation et de dépistage volontaire • Perspective de la recherche action multi acteurs sur les thématiques intégrées pour améliorer le système de santé • La mise à profit de la relation de confiance avec l'église pour développer les actions de sensibilisation et l'organisation de l'offre des services et soins de qualité •
Echecs	**Obstacles**
• Budget limité par rapport au volume de travail • Equipement de travail limité • Absence de Vidéoprojecteur bureautique ordi & imprimantes • Restrictions de mobilité dues au Covid19, restrictions de regroupements du contexte sociopolitique a limité les activités	• Instabilité politique • L'infodemie, la désinformation et l'intoxication de certains média • La guerre dans les pays donateurs • Recrudescence de la pandémie Covid19 ou autre épidémie • Bénévolat des acteurs communautaires avec risque de démotivation

Au niveau du groupe de réflexion de la première ligne

Succès	Potentialités
• Formation et encadrement du personnel • Dotation en matériel informatique, bureautique, équipement et matériel de réanimation d'urgence • Intégration des soins et ajout du personnel supplémentaire • Apprentissage théorique et pratique des apprenants • Bonne communication et accompagnement par les pairs • Initiation du dépistage actif de la drépanocytose • Supervision de la PCI et accompagnement dans le rapportage • Amélioration des indicateurs curatifs, préventifs et promotionnels	• Disponibilité des partenaires intéressés à l'installation forages d'eau dans certaines aires de santé • Intérêt affirmé de certains partenaires au suivi des diabétiques au home de vieillards • Formation en cycle de gestion de projet des acteurs (gestion des risques)
Echecs • non maitrise des procédures de marché et de gestion des microprojets • Sous-estimation des budgets des microprojets • Difficultés de déposer les échantillons et retirer les résultats d'électrophorèse • Non réalisation de certains microprojets soumis	**Obstacles** • Non-respect du circuit de distribution de test de dépistage de la drépanocytose par le BCZ vers les FOSA • Rupture de stock des tests de dépistage de la drépanocytose durant l'année

Par rapport à la plateforme hospitalière

Succès	Potentialités
• Acceptation et appropriation du programme suite à l'approche médicale innovante avec les microprojets • bonne collaboration entre HGR et PH-RDC • Initiative de mise en réseau des Hôpitaux • Formations plus, plus Valorisation des agents formés • Acquisition des matériels Maintenance garantie par le fournisseur des matériels • Linges et matériels bien conservés	• Formation continue sur l'Etat • Réforme des soins de santé dans l'armée • Mise en place d'une cellule projet • Agrandissement des infrastructures pour répondre aux demandes accrues • Exploiter la spécificité de l'Hôpital (Pédiatrie, HSJ) • Développement des soins aigues (gériatrie) • Création d'un service d'hospitalisation Long séjours (gériatrie)

• Augmentation de la fréquentation suite à la référence des cas par les CS et réduction des transferts • Réduction du taux d'infection réduction du taux d'infection P.O • Suivi d'exécution des MPs par la PH-RDC • Approche de gestion projet par la PH-RDC Fin MPs booste l'hôpital à contribuer • Désignation d'un point focal PH à l'Hôpital	• Positionnement en hôpital « pilote » (gériatrie) • Transformation en Chu (SJ) • Développement de la recherche à l'Unikin • Reconduction de la direction médicale, garantie pour le projet
Echecs • Non-respect du chronogramme d'exécution • Défaut de mise en service des ouvrages • Manque de pérennisation • Surplus du budget • Capacitation non accomplie (CUK) • Défaut de chronogramme à long et à moyen terme (PH-RDC) • Limitation dans le suivi et évaluation (PH-RDC) • Faible équité dans l'accès aux Micro-Projets et t Formation • Système de rapportage inefficace	**Obstacles** • Capacités limitées de la PH-RDC pour un accompagnement des hôpitaux membres (absence des locaux propres, faible effectif à la coordination PH-RDC, manque des moyens de déplacement • Subvention insuffisante ou inexistante selon les structures • Disfonctionnement électrique • Pauvreté de la population à couvrir le besoin de la santé • Réticence face aux innovations • Manque d'expertise • Crise covid19 et grèves • Lourdeur administratives

Annexe 10 Synthèse de l'autoévaluation selon les critères CAD

1. Pertinence du programme et sa cohérence avec les appuis des autres PTF

Pour la plateforme des Usagers

Pertinence du Programme	**A**	**B**	**C**	**D**
Note totale	**X**			

Pour le groupe de réflexion pour le développement de la première ligne

Pertinence du Programme	**A**	**B**	**C**	**D**
Note totale	X			

Pour la plateforme Hospitalière

Pertinence du Programme	**A**	**B**	**C**	**D**
Note totale		**X**		

2. Efficience de la mise en œuvre du programme

Pour la plateforme des Usagers

Efficience de la mise en œuvre	**A**	**B**	**C**	**D**
Note totale	**X**			

Pour le groupe de réflexion pour le développement de la première ligne

Efficience de la mise en œuvre	**A**	**B**	**C**	**D**
Note totale	**X**			

Pour la plateforme Hospitalière

Évaluation de la PERTINENCE : note totale	**A**	**B**	**C**	**D**
		X		

3. Efficacité de la mise en œuvre du programme

Pour la plateforme des usagers

Efficacité du programme	**A**	**B**	**C**	**D**
Note totale	**X**			

Pour le groupe de réflexion pour le développement de la première ligne

Efficacité du programme	**A**	**B**	**C**	**D**
Note totale	**X**			

Pour la plateforme Hospitalière

Efficacité du programme	**A**	**B**	**C**	**D**
Note totale		**X**		

4. Durabilité des résultats

Pour la plateforme des Usagers

Durabilité potentielle des résultats	**A**	**B**	**C**	**D**
Note totale		**X**		

Pour le groupe de réflexion pour le développement de la première ligne

Durabilité potentielle des résultats	**A**	**B**	**C**	**D**
Note totale			**X**	

Pour la plateforme Hospitalière

Durabilité potentielle des résultats	**A**	**B**	**C**	**D**
Note totale			**X**	