



EVALUATION EXTERNE PROGRAMME #HEALTH4ALL 2022-2026

Portfolio A : RD Congo

« Santé pour tous et toutes en République Démocratique du Congo »

Ecole de santé publique (ESP) de l'ULB, Centre de recherche en « Politiques et systèmes de santé – santé internationale »

Rapport de l'évaluation intermédiaire (Phase 2)

Septembre-décembre 2024

Auteurs :

Marie Geneviève Basilia Agoumba, Marjorie Bruggeman, Margaux Daniels, Armelle Guezodje Vigan, Olivier Kidima, Edouard Nkurunziza et Gervais Nshimirimana (Memisa et partenaires)
Sébastien Sebahizi, Greet Segers et Paulien Valvekens (MSV)

Équipe d'évaluation croisée

Aline Labat et Samuel Makali (ESP/ULB), *équipe d'évaluateurs externes*

Version finale

Bruxelles, le 15 avril 2025

Table des matières

Liste des acronymes.....	3
Résumé analytique	4
1) Contexte, objectifs et approche méthodologique	9
1.1 Le programme #Health4All	9
1.2 Le processus d'évaluation.....	11
2) Déroulement de l'évaluation intermédiaire.....	12
2.1 Phase préparatoire	12
2.2 Mission de collecte des données	14
2.3 Rédaction du rapport de mission	14
2.4 Analyse réflexive	14
3) Constats et réponses aux questions d'évaluation	16
3.1 QE 1. Appréciation de l'évaluabilité « en pratique »	16
3.2 QE 2.1. Analyse stratégique (réponse aux besoins)	24
3.3 QE 2.2. Analyse stratégique (avantages comparatifs).....	26
3.4 QE 3. Analyse logique de la théorie de changement.....	34
3.5 QE 4.1. Analyse de la fidélité d'implantation.....	41
3.6 QE 4.2. Analyse d'implantation	50
4) Conclusions et recommandations.....	57
4.1 Synthèse de l'évaluation au regard des critères d'évaluation.....	57
4.2 Recommandations.....	58
Annexes	62
Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées et calendrier des missions d'évaluation croisée en RDC	62
Annexe 2 : Matrice consolidée des indicateurs de suivi.....	67

Liste des acronymes

AMCES	Association des œuvres médicales privées confessionnelles associatives et sociales
AS	Aire de santé
AT	Assistant/ce technique
BDOM	Bureau Diocésien de Œuvres Médicales
BCZ	Bureau central de la zone de santé
BPZ	Bureau provincial de zone
CAMEBASU	Central d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels de Bandundu Sud
CDEB	Chaîne de l'Espoir Belgique
CJ	Critère de jugement
COGES	Comité de gestion
CPPS	Cadres permanents promotion de la santé
CDS	Centre de santé
CSC	Cadre Stratégique Commun
DPS	Division provinciale de la santé
DGD	Direction générale Coopération au développement et Aide humanitaire
EGC	Espaces collectifs de gestion des connaissances
Enabel	Agence belge de développement
EEZS	Equipe d'encadrement de zone sanitaire
ESP	Ecole de Santé Publique
HGR	Hôpital Général de Référence
HZ	Hôpital de zone
IPS	Inspection provinciale de la santé
MEG	Médicaments essentiels génériques
MS	Ministère de la Santé
MSV	Médecins Sans Vacances
OS	Objectif spécifique
OSC	Organisation de la société civile
PADZS	Plan d'action de développement de la zone de santé
PF	Planification familiale
PPT	Plan de travail trimestriel
PTB	Plan de travail budgétisé
PTF	Partenaire technique et financier
QE	Question évaluative
RECO	Relais Communautaires
RN	Représentation Nationale
SNIGS	Système national d'information et de gestion sanitaires
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SROI	Social Return on Investment
TdC	Théorie de changement
TRC	Trajet de Renforcement de Capacités
ULB	Université libre de Bruxelles
ZS	Zone de santé

Résumé analytique

Le programme « #Health4All », commun à trois organisations de la société civile (OSC) et cofinancé par la coopération belge au développement, est mis en œuvre sur la période 2022-2026. En République Démocratique du Congo, il est mis en œuvre par les trois OSC du consortium, à savoir Memisa, Médecins Sans Vacances (MSV) et la Chaîne de l'Espoir Belgique (CDEB). Son objectif spécifique (Outcome) est le suivant : « contribuer à l'amélioration de la disponibilité, la qualité et l'accessibilité des soins de santé pour le plus grand nombre de personnes, en agissant sur le renforcement des acteurs du système de santé, en veillant à inclure et faire participer les populations plus vulnérables ou marginalisés. » À cette fin, le programme s'articule autour de quatre résultats attendus :

- **Résultat 1** : L'organisation du système de santé est améliorée et il existe des espaces de communication et de dialogue social entre détenteurs de droits et porteurs d'obligations.
- **Résultat 2** : Afin de contribuer à la santé et au bien-être des populations, des services et soins de santé sont disponibles et de qualité et le système de référence et contre-référence entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire est fonctionnel.
- **Résultat 3** : Les détenteurs de droits sont mieux organisés et participent davantage à tous les niveaux à la résolution de ses problèmes et le bien-être de tous·tes, en lien avec des initiatives favorisant une meilleure accessibilité aux services et une meilleure continuité des soins.
- **Résultat 4** : Amélioration de l'efficacité, efficacité et harmonisation des actions. La participation de MEMISA-MSV-CDEB à des travaux réalisés au sein d'Espaces collectifs de Gestion des Connaissances (EGC), regroupant une diversité d'acteurs actifs dans le secteur de la santé en RDC permet de créer et stimuler des synergies, ainsi qu'améliorer l'efficacité et l'efficacité des interventions pour la contribution au changement ultime.

Le programme #Health4All fait l'objet d'une évaluation externe qui se déroule en plusieurs phases et est réalisée par trois équipes d'évaluation croisée appuyées par des évaluateurs externes. Trois missions de recueil des informations ont été réalisées en RDC entre août et novembre 2024 dans les provinces suivantes : Sud Kivu, Kivu et Kinshasa – Kongo Central. Ce rapport présente les principales conclusions de l'évaluation intermédiaire du programme, d'abord au regard des six questions évaluatives (QE) retenues et puis au regard des cinq critères d'évaluation pertinents à ce stade.

Sur la base des informations recueillies, cette évaluation intermédiaire a permis de tirer les conclusions suivantes.

1. Au terme de cette évaluation intermédiaire, nous pouvons conclure qu'à mi-parcours, **l'évaluabilité du programme est en partie assurée grâce au système de suivi existant, qui permet d'assurer une disponibilité et une qualité satisfaisante des informations pour le suivi-évaluation, bien que certaines lacunes subsistent.** La population cible est globalement définie et quantifiée, mais l'absence d'un groupe de contrôle limitera l'évaluation à une analyse de contribution du programme (approche "avant-après"). Certains indicateurs de suivi sont parfois mal compris ou mal calculés, avec des divergences dans leur application entre les provinces. La collecte des données est structurée via SNIS, mais des erreurs persistent (problème de dénominateurs). Concernant les indicateurs sexo-spécifiques, la désagrégation par genre a bien été prise en compte lors de la formulation, mais est peu opérationnelle, car non prévue dans le SNIS. La valeur de base (baseline) de chacun des indicateurs de suivi du programme a été collectée et les valeurs à mi-parcours sont disponibles, mais, des adaptations sont à prévoir pour les indicateurs qui seront modifiés/recalculés. De plus les fichiers

disponibles dans chaque région ne sont pas uniformisés ce qui rend l'analyse difficile. Le mécanisme de suivi est bien organisé à travers des ateliers annuels et des rapports réguliers, bien que l'harmonisation entre les trois OSC soit incomplète et que certaines faiblesses aient été identifiées. La gestion des connaissances est en cours de structuration via le Hub Santé, mais la capitalisation des expériences reste peu systématique. Enfin, les données nécessaires au calcul du Retour Social sur Investissement (SROI) ne sont pas encore disponibles, nécessitant un travail préparatoire immédiat pour assurer une évaluation pertinente en fin de programme.

2. **Le programme #Health4All répond à des besoins normatifs, mais ils ne sont pas en mesure de conclure formellement quant à leur degré de priorité pour les bénéficiaires finaux.** Ils sont par contre consultés durant la mise en œuvre qui permet de nombreux ajustements annuellement pour prendre en compte leurs besoins.

Le programme s'aligne sur les problèmes identifiés par les groupes cibles qui sont supposés prendre en compte les besoins de leurs populations.

Les choix des populations cibles et des zones d'intervention ne sont pas justifiés de manière explicite. De plus, bien que les aspects transversaux comme le genre et l'environnement aient été pris en compte, l'action sur ces thèmes reste superficielle lors des planifications annuelles. Le programme dans son ensemble s'est aligné sur les priorités nationales et le CSC, garantissant une bonne cohérence externe.

3. **Les observations issues de cette évaluation intermédiaire montrent qu'il existe une cohérence entre les objectifs du programme et les stratégies des trois OSC.** Le programme #Health4All repose sur une répartition des rôles entre Memisa, MSV et CDEB-CHIRPA, chacun intervenant à un niveau spécifique de la pyramide sanitaire. En théorie, cette structuration est pertinente et alignée avec la stratégie des OSC, qui cherchent à assurer une couverture sanitaire complète. Cependant, la mise en œuvre révèle certaines difficultés dont l'absence de convergence géographique entre les trois OSC (ce qui empêche la continuité du référencement des patients), le déséquilibre des moyens (ce qui entraîne également un déséquilibre dans l'impact des interventions), et la fragmentation des actions (ce qui réduit la possibilité de synergies entre OSC du programme tel que décrit dans la théorie de changement). Il y a peu d'harmonisation et d'échanges d'outils et de pratiques dans la gestion du programme. Néanmoins, on constate qu'il existe certaines collaborations qui restent limitées et ponctuelles (comme le Hub-Santé et la Plateforme Hospitalière).

Les trois OSC possèdent des compétences spécifiques et complémentaires, mais les écarts de moyens et les limitations budgétaires compromettent leur capacité à agir pleinement sur les causes des problèmes de santé (Memisa dispose d'une équipe expérimentée et de ressources plus solides lui permettant d'assurer efficacement le renforcement des CDS et le travail communautaire ; MSV et CDEB-CHIRPA rencontrent des contraintes budgétaires qui réduisent leur impact).

Le programme s'aligne globalement sur les priorités définies dans le Cadre Stratégique Commun de la coopération belge, notamment l'amélioration de l'accès aux soins de santé (p.ex. Memisa a renforcé plusieurs CDS partenaires, MSV et CDEB-CHIRPA ont formé des professionnels de santé via des missions d'expertise) et le renforcement de la qualité des services de santé (via p.ex. l'appui à la formation et supervision des prestataires de soins ainsi que les missions de volontaires médicaux pour accompagner les hôpitaux dans l'amélioration des pratiques cliniques). Par contre la prise en considération de l'approche genre reste basique dans les actions, car elle repose davantage sur des quotas institutionnels que sur des actions en faveur d'adresser l'iniquité de genre en santé comme prévu dans le programme ; et les interventions en lien avec l'environnement sont limitées. Enfin, le programme #Health4All est aligné avec les

politiques nationales de santé, ce qui évite les chevauchements avec d'autres initiatives.

4. **L'analyse logique de la théorie de changement (ToC) du programme #Health4All montre qu'elle est toujours plausible et cohérente.** Les impacts attendus et les étapes nécessaires pour les atteindre sont relativement clairs, mais les **liens causaux devraient davantage être explicités en regard des activités à mettre en œuvre**. Le choix des stratégies d'intervention est, dans une certaine mesure, justifié et fondé sur des bases probantes.

Les moyens mis en œuvre sont insuffisants au regard des objectifs ambitieux de l'intervention, ce qui réduit la plausibilité de l'atteinte des objectifs spécifiques relatifs à chaque axe d'intervention à la fin du programme. En outre la flexibilité de planification annuelle permet des ajustements indispensables.

Il existe des indicateurs valides pour la plupart des étapes de la théorie de changement, mais la fiabilité des calculs est à revoir. Tous les indicateurs n'étaient pas renseignés dans certaines provinces lors de l'évaluation à mi-parcours (certaines données dépendent du système national d'information sanitaire et n'étaient pas encore disponibles). Les cibles fixées pour les indicateurs disponibles ne sont pas toutes réalistes au regard du contexte et des moyens mis à disposition. Les différents canevas de rapportage d'indicateurs utilisés dans les provinces pour les différentes OSC ne facilitent pas la consolidation à l'échelle du pays.

Les interactions entre les différents axes du programme sont clairement explicitées, permettant de rendre compte de la complexité des relations causales et le modèle opérationnel est justifié. Mise à part pour le volet concernant l'offre, il n'existe pas de consensus évident entre les partenaires de mise en œuvre sur les éléments clés de la théorie de changement, et les partenaires limitrophes n'en ont pas la même connaissance.

Des éléments pertinents de contexte sont pris en compte au niveau de la conception du programme et de son montage opérationnel ; toutefois, l'analyse de risques mériterait d'être actualisée de manière régulière.

Les évaluateurs n'ont pas constaté d'aporie, cependant des synergies entre les OSC manquent, notamment au niveau géographique.

5. **A mi-parcours, la mise en œuvre du programme est globalement conforme à la planification.** Les principales activités exécutées à ce stade s'inscrivent dans les quatre axes du programme, mais peu d'activités ont été réalisées au niveau de la gestion des connaissances et de l'apprentissage communs.

Plusieurs des activités mises en œuvre sont spécifiquement liées au genre et à l'environnement, mais il manque une réelle intégration de ces deux dimensions dans le programme dès la planification des activités. De plus ces thématiques ne sont pas comprises par tous les acteurs de la même manière.

Il n'y a pas eu d'écarts significatifs observés entre les moyens et ressources financières prévues initialement et ceux mis en place, quelques points d'amélioration restent possibles quant à la qualité des investissements en matériel et à la formation des utilisateurs de certains types d'investissements.

La plupart des activités planifiées par les trois OSC sont exécutées selon le planning, les quelques écarts entre les activités prévues et réalisées semblent sous contrôle. Cependant à Kinshasa/Kongo Central les hôpitaux ne sont pas informés sur les activités planifiées et donc pas en mesure de juger de la bonne exécution du programme. Les retards pourraient être atténués par une participation effective de toutes les parties prenantes, une communication et une redevabilité ascendante et descendante.

Les taux d'exécution financière sont difficiles à calculer pour l'ensemble du pays car les OSC n'ont pas uniformisé leurs modes de calcul. La situation de consommation budgétaire semble sous contrôle pour Memisa. MSV et CDEB doivent rester vigilantes.

6. **Au terme de cette évaluation intermédiaire, le programme produit les résultats attendus. Il n'a pas dû apporter de modification majeure dans sa conception et sa structure opérationnelle** pour s'adapter au contexte. Mis à part pour CDEB, les évaluateurs n'ont pas constaté de variations particulières dans le degré de mise en œuvre selon les zones d'intervention. Les principaux outputs (biens et services) et changements (effets) produits à ce stade de la mise en œuvre du programme s'inscrivent dans les quatre axes du programme, cependant la gestion des connaissances est encore peu développée.

Les données financières partagées avec les évaluateurs ne permettent pas toujours de calculer le coût unitaire des principaux biens et services produits (manque d'harmonisation entre OSC/provinces rend les calculs difficiles). Il n'y a pas d'outils de gestion développés dans le cadre du programme. Il y a par contre des bonnes pratiques qui ont le potentiel d'être capitalisées et transférées vers d'autres partenaires et/ou d'autres contextes. Certaines de ces pratiques sont déjà répliquées (modalités de supervision, prise en charge des indigents...).

Plusieurs acteurs stratégiques ont émergé en cours de mise en œuvre, comme jouant un rôle central au regard des objectifs du programme ; des collaborations ont été développées ou sont en cours de l'être afin de renforcer les impacts du programme (partenaires techniques pour la maintenance d'équipement par exemple ou partenaires financiers).

Les perceptions des partenaires limitrophes sur les différents volets du programme sont très positives.

Plusieurs interventions clés ont été identifiées pour faire l'objet de l'évaluation finale et plusieurs bonnes pratiques comme susceptibles d'être transférées dans les contextes des équipes d'évaluation croisée. C'est le cas par exemple de l'approche client mystère ou du recours à des équipes mixtes d'expert-volontaires (international-local).

Au total, l'appréciation des évaluateurs quant à la performance du programme au regard des différents critères d'évaluation pertinents à ce stade de la mise en œuvre se présente comme suit :

- **Pertinence** : Les bénéficiaires directs sont satisfaits des activités mises en œuvre et des possibilités d'adaptation en cours de programme afin de prendre en compte les besoins émergents. Il n'a pas été possible lors de cette évaluation intermédiaire de confirmer si ces besoins sont jugés prioritaires pour les bénéficiaires finaux.
- **Cohérence** : Le programme correspond aux expériences et capacités des OSC impliquées et montre une bonne cohérence externe avec les priorités nationales et celles de la coopération belge. Le programme contribue également chaque année aux approches, synergies et complémentarités du CSC RDC, même si cette contribution pourrait être mieux documentée. Les OSC sont complémentaires quant au niveau de soins auxquelles elles interviennent, mais nécessiteraient plus de cohérence sur les actions au niveau géographique. Certaines procédures financières et outils de gestion restent peu harmonisés entre les OSC.
- **Efficacité** : Les activités sont mises en œuvre conformément à la planification attendue et donnent les résultats espérés surtout au niveau de l'offre et de la demande. Une partie des indicateurs doit être modifiée, cependant, ceux qui sont adaptés pour mesurer les changements apportés par le programme, montrent une bonne progression. La diversité des

canevas de rapportage des indicateurs entre OSC et entre régions, rend tout de même l'analyse des indicateurs difficile.

- **Efficiencia** : La consommation budgétaire semble sous contrôle, les dépassements budgétaires des premières années ont été compensés pour MSV. Pour Memisa la budgétisation annuelle apporte une flexibilité utile mais peut limiter la planification par province (le budget de chaque province dépend des autres). Les informations concernant CDEB montrent consommation budgétaire à 87% sur les 3 premières années du programme. Les taux d'exécution budgétaires ne sont pas calculés de la manière identique entre les OSC (par province ou pour le pays) ce qui rend difficile la consolidation pour l'ensemble du pays.
- **Aspects transversaux** : Il n'y a pas d'analyse approfondie des disparités de genre lors de la planification annuelle, l'approche repose essentiellement sur des quotas institutionnels (lors des formations) que sur de réelles actions en faveur des femmes. De plus, les indicateurs sexo-spécifiques ne sont pas opérationnels car ils reposent sur des données de DHIS2 du SNIS non désagrégées par sexe (outil national non modifiable). Les interventions en lien avec l'environnement sont limitées faute de prise en compte systématique de la thématique lors de la planification annuelle.

Enfin, ce rapport se termine par une série de recommandations générales pour le programme ainsi que des recommandations spécifiques pour chacune des trois provinces visitées durant l'évaluation.

1) Contexte, objectifs et approche méthodologique

1.1 Le programme #Health4All

Le programme « #Health4All », commun à trois organisations de la société civile (OSC), vise à améliorer la disponibilité, la qualité et l'accessibilité des services de santé pour la population, en particulier les personnes vulnérables, les femmes et les enfants, à travers diverses activités de renforcement du système de santé et le partage d'outils et de bonnes pratiques. Il est cofinancé par la coopération belge au développement sur la période 2022-2026. La stratégie et le cadre conceptuel communs comprennent quatre voies de changement : amélioration de la gouvernance, renforcement de l'offre, appui à la demande, gestion des connaissances et apprentissages communs.

En RDC, il est mis en œuvre par les trois OSC du consortium, à savoir Memisa, Médecins Sans Vacances (MSV) et la Chaîne de l'Espoir Belgique (CDEB). Son objectif spécifique (Outcome) est le suivant : « contribuer à l'amélioration de la disponibilité, la qualité et l'accessibilité des soins de santé pour le plus grand nombre de personnes, en agissant sur le renforcement des acteurs du système de santé, en veillant à inclure et faire participer les populations plus vulnérables ou marginalisées. » À cette fin, le programme s'articule autour de quatre résultats attendus :

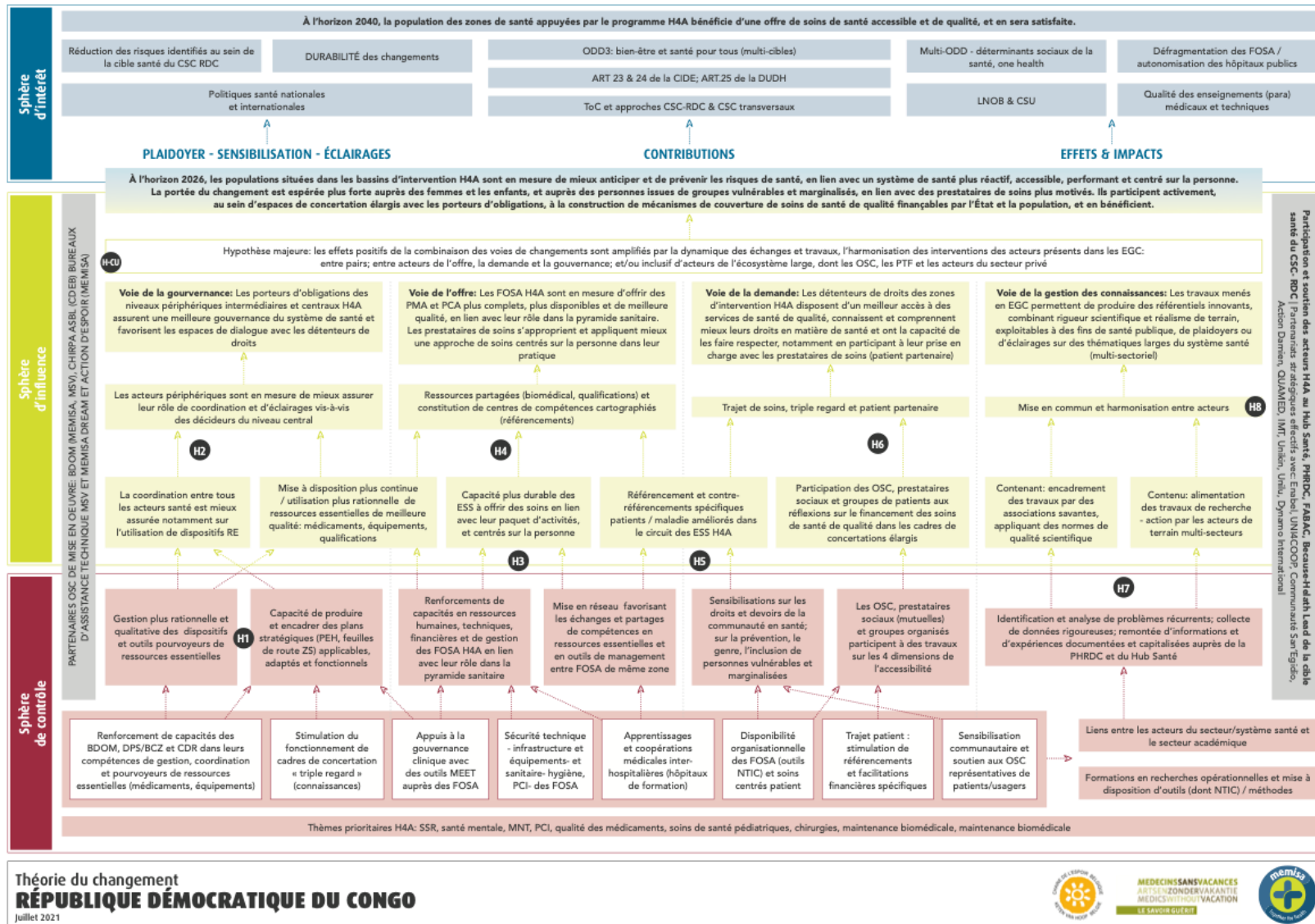
- Résultat 1 : L'organisation du système de santé est améliorée et il existe des espaces de communication et de dialogue social entre détenteurs de droits et porteurs d'obligations.
- Résultat 2 : Afin de contribuer à la santé et au bien-être des populations, des services et soins de santé sont disponibles et de qualité et le système de référence et contre-référence entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire est fonctionnel.
- Résultat 3 : Les détenteurs de droits sont mieux organisés et participent davantage à tous les niveaux à la résolution de ses problèmes et le bien-être de tous·tes, en lien avec des initiatives favorisant une meilleure accessibilité aux services et une meilleure continuité des soins.
- Résultat 4 : Amélioration de l'efficacité, efficacité et harmonisation des actions. La participation de MEMISA-MSV-CDEB à des travaux réalisés au sein d'Espaces collectifs de Gestion des Connaissances (EGC), regroupant une diversité d'acteurs actifs dans le secteur de la santé en RDC permet de créer et stimuler des synergies, ainsi qu'améliorer l'efficacité et l'efficacité des interventions pour la contribution au changement ultime.

Les trois OSC n'interviennent pas systématiquement dans toutes les zones d'intervention. Les zones suivantes ont été retenues pour l'évaluation à mi-parcours :

- Sud Kivu où seules Memisa et MSV sont actives dans des ZS différentes (une pour Memisa et six pour MSV) aux niveaux : (i) communautaire, centres de santé (CDS) (20 aires de santé pour Memisa) ; (ii) hôpitaux généraux de référence (six HGR) et un centre neuropsychiatrique pour MSV.
- Kwilu où Memisa est active dans trois zones de santé (ZS). MSV intervient dans un HGR (Mosango), mais n'a pas fait partie de l'évaluation dans cette province.
- Kongo Central où Memisa et MSV interviennent dans deux ZS (deux HGR) et Kinshasa où les trois OSC sont actives (quatre hôpitaux/cliniques).

La Figure 1 montre la théorie de changement (TdC) conjointe du programme

Figure 1 : Théorie de changement conjointe du programme « santé pour tous » en RDC



De manière plus concrète, les stratégies sont mises en œuvre à travers les activités suivantes (TdC pp. 5-7) :

- Appuis aux Bureaux et Équipes-Cadre de Zone ainsi que des Divisions Provinciales de Santé (ECZ, BCZ, DPS : régulateurs), des Centrales d'Achat Régionales (CDR-Structure Décentralisée du SNAME, fournisseur de Médicaments Essentiels et Génériques) et des Bureaux Diocésains des Œuvres Médicales (le BDOM, OSC de gestion-coordination de formations sanitaires privées confessionnelles non-lucratives incluses dans le système de santé au niveau des zones et des provinces ; le BDOM est un partenaire opérationnel et non un bénéficiaire du programme) ;
- Stimulation du fonctionnement de cadres de concertation « triple regard » de l'offre, la demande et la gouvernance ;
- Appuis à la gouvernance clinique auprès des hôpitaux appuyés par MSV et CDEB ;
- Renforcement des infrastructures et équipements des structures sanitaires, et de leurs pratiques d'hygiène et de prévention et contrôle des infections ;
- Apprentissages et coopérations médicales interhospitalières nationales et internationales ;
- Amélioration de la disponibilité organisationnelle des services de santé et des soins orientés patient ;
- Stimulation de référencements via facilitations financières (fonds d'équité, de solidarité) et sociales spécifiques ;
- Sensibilisation communautaire sur les droits et devoirs des personnes en santé, et appuis pour/collaborations avec des OSC et prestataires sociaux représentatifs des usagers ;
- Re- ou mieux lier les acteurs du secteur santé et le secteur académique ;
- Former les acteurs de terrain en recherche opérationnelle et mettre si pertinent certains outils/méthodes à leur disposition.

1.2 Le processus d'évaluation

Le programme #Health4All dans son ensemble fait l'objet d'une évaluation externe qui poursuit une double finalité : l'apprentissage et la reddition de comptes. Les termes de référence indiquent que l'évaluation devra :

- 1) Vérifier globalement et de manière indépendante le retour social sur investissement du programme et apprécier le programme sur la base de critères d'évaluation.¹
- 2) Analyser la collaboration et la synergie sur le terrain entre les trois OSC, ainsi que leurs collaborations et les partenariats avec d'autres acteurs locaux pour l'atteinte des objectifs du programme.
- 3) Tirer les principaux enseignements et formuler des recommandations pratiques se trouvant dans la sphère de contrôle des OSC.

Selon l'approche méthodologique retenue, l'évaluation externe se déroule en plusieurs phases et est réalisée par trois équipes d'évaluation croisée appuyées par des évaluateurs externes de l'Ecole de santé publique (ESP) de l'Université libre de Bruxelles (ULB). **L'évaluation intermédiaire** (Phase 2) privilégie l'aspect formatif et se concentre sur les critères d'évaluation les plus pertinents à ce stade de la mise en œuvre du programme (voir le [Rapport de la Phase 1](#)

¹ Il s'agit des critères d'évaluation du Comité d'Aide au Développement de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (CAD/OCDE), à l'exception de l'impact qui est intégré dans l'efficacité/efficience, plus le genre et l'environnement.

de l'évaluation externe qui décrit et justifie les choix méthodologiques posés). Trois missions de recueil des informations ont été réalisées en RDC :

- Au Sud Kivu du 26 août au 3 septembre 2024, par Mesdames et Messieurs Marjorie Bruggeman (Memisa Belgique), Edouard Nkurunziza et Gervais Nshimirimana (Memisa Burundi) et Paulien Valvekens (MSV Belgique)
- Au Kivu du 5 au 10 novembre 2024, par Mesdames Marie Geneviève Basilia Agoumba et Armelle Guezodje Vigan (partenaires Memisa Bénin) et Margaux Daniels (Memisa Belgique)
- A Kinshasa et au Kongo Central du 21 au 30 octobre 2024, par Madame Greet Segers (MSV Belgique) et Messieurs Olivier Kidima (Memisa RDC) et Sébastien Sebahizi (MSV Burundi).

Ces équipes croisées ont été accompagnées par M. Samuel Makali de l'équipe d'évaluateurs externes. Les missions ont été facilitées par les équipes hôtes, en particulier :

- Marie-Noël Cikuru et Claude Kashasa (Action d'Espoir – partenaire Memisa) ; Romain Mukupi et Antoine Nihire (MSV) au Sud Kivu
- Jules Diaka, Jean-Marie Ipay, Fiston Akatumbila et Jean Blaise Kazadi de Memisa au Kivu
- Manfreddy Binyet et Pierrot Kihala (MSV), Bob Lubamba (CHIRPA – partenaire CDEB), ainsi que Mathieu Kasongo et Juste Momboto (Memisa) pour Kinshasa et Kongo Central.

qui avaient préalablement rassemblé tous les documents utiles à la réalisation de la mission et organisé les rencontres. Le groupe de travail RDC au sein duquel chaque OSC est représentée, a été un appui constant à la préparation de cette évaluation (organisation des séances d'échanges préparatoires, partage de documents, réflexion sur les programmes de missions et validation...). L'Annexe 1 présente le programme détaillé (calendrier) de chaque évaluation et les personnes rencontrées.

Ce rapport se base sur les trois rapports de fin de mission des équipes d'évaluation croisées, qui a ensuite été vérifié, complété et édité sous la direction d'Aline Labat (ESP/ULB). Il présente les conclusions de l'évaluation intermédiaire, tirées sur la base des informations recueillies au cours des missions ainsi que de toutes les informations partagées par les équipes hôtes. Il est organisé autour des six questions évaluatives (QE) validées à l'issue de la Phase 1 (préparation de l'évaluation intermédiaire) et de leurs critères de jugement (CJ) respectifs permettant d'y répondre de la façon la plus objective possible.

Les équipes d'évaluation – croisée et externe – tiennent à remercier l'ensemble des parties prenantes rencontrées au cours des missions et plus particulièrement les membres des équipes hôtes pour la préparation de l'évaluation dans son ensemble, tout en assurant la logistique de qualité permettant de faire face à tous les aléas rencontrés, pour leur disponibilité à accompagner les équipes croisées et enfin pour leur engagement dans la réflexion menée au cours de l'évaluation. Les membres des équipes croisées remercient également le siège de leurs organisations pour l'organisation de l'évaluation dans sa globalité et la disponibilité des moyens nécessaires afin de permettre le bon déroulement de cette évaluation croisée. Ils remercient également toutes les personnes qui ont contribué à rendre leur mission très agréable dans son ensemble.

Les conclusions et recommandations présentées dans ce rapport sont attribuables aux seuls évaluateurs externes et n'engagent nullement les équipes hôtes.

2) Déroulement de l'évaluation intermédiaire

2.1 Phase préparatoire

A la suite à la Phase 1 de l'évaluation externe, qui a permis de développer la méthodologie

d'évaluation (y compris la formulation des QE, des CJ et des outils génériques de collecte des données) et de former les équipes d'évaluation au cours de trois séances (la première sur les concepts et principes de l'évaluation, la deuxième sur la méthode du retour social sur investissement, la troisième sur la méthodologie retenue et les outils à utiliser/adapter sur le terrain), la Phase 2 a commencé début juillet 2024. Les démarches suivantes ont été effectuées afin de préparer et de mener l'évaluation.

1) Cadrage de l'évaluation

En vue de préparer les équipes croisées à l'exécution de leurs missions respectives, plusieurs réunions en visioconférence ont eu lieu avec les équipes hôtes (réunions distinctes pour chacune des trois provinces faisant l'objet de l'évaluation). Elles ont permis de déterminer la liste des participants à interviewer, de faire le point sur la disponibilité de la documentation et de s'accorder sur les aspects logistiques des missions.

2) Analyse documentaire préalable

Conformément à ce qui était convenu dans le rapport de la première phase de l'évaluation (version révisée du 17 juillet 2024), les équipes hôtes ont mis à disposition des évaluateurs une série de documents qui ont fait l'objet d'un examen préalable à la mission de terrain. Il s'agit particulièrement des documents suivants :

- Le document descriptif du programme soumis à la Direction générale Coopération au Développement et Aide humanitaire (DGD) ;
- La Théorie de Changement » (TdC) commune aux trois OSC ;
- La matrice de suivi d'indicateurs ;
- Les scores de performance ;
- Le récapitulatif de suivi-exécution des dépenses.

3) Préparation des outils de collecte des données

Au cours de la Phase 1, les évaluateurs externes ont produit et partagé des outils génériques de collecte des données comprenant : (1) le guide de focus group avec les gestionnaires de programme et partenaires de mise en œuvre ; (2) des guides d'entretien avec les diverses parties prenantes, selon les différentes QE ; (3) un guide d'observation ; et (4) un guide d'animation des ateliers participatifs/réflexifs. Néanmoins, ces guides ont dû être adaptés en fonction des personnes interrogées avec l'appui de Samuel Makali.

4) Préparation du programme des missions d'évaluation

Trois calendriers ont été élaborés par les équipes hôtes. Les calendriers définitifs sont présentés en Annexe 1.

2.2 Mission de collecte des données

Plusieurs démarches ont été accomplies au cours des trois missions pour collecter les données qui ont alimenté l'évaluation croisée, dans le but de la triangulation des données, nécessaire pour assurer la fiabilité de celles-ci :

- La revue documentaire ;
- Une discussion en focus group au cours de laquelle les évaluateurs croisés ont interrogé les responsables des OSC et d'autres acteurs ;
- Des entretiens et visites de terrain dans des hôpitaux, des centres de santé et avec la communauté ;
- Des ateliers participatifs/réflexifs.

Chaque mission a veillé à répartir les tâches au sein de l'équipe croisée.

2.3 Rédaction du rapport de mission

Conformément aux engagements convenus dans le rapport de la Phase 1, les évaluateurs croisés ont produit un rapport de mission et un journal de bord décrivant leurs activités pour chaque province visitée (soit trois dossiers d'évaluation). Sur cette base, l'évaluatrice principale a rédigé le présent rapport avec l'appui de Samuel Makali, en veillant à contre-vérifier les informations et à harmoniser la présentation avec les rapports des autres pays des Portfolios B et C de l'évaluation #Health4All. Des échanges ont eu lieu avec les évaluateurs croisés pour s'assurer de la bonne compréhension du rapport, clarifier certains points et demander des compléments d'information. Ce rapport a ensuite été soumis pour validation aux évaluateurs croisés.

2.4 Analyse réflexive

L'approche utilisée pour l'évaluation croisée, appuyée par des évaluateurs externes, a constitué un défi qui a été surmonté avec succès en RDC. Voici quelques forces et faiblesses de cette approche.

Au titre des **éléments positifs et des bonnes pratiques identifiées**, on retrouve les éléments suivants :

- L'évaluation croisée a été un moment d'apprentissage mutuel entre les équipes locales et leurs pairs sur la mise en œuvre contextuelle du programme ;
- L'accompagnement par l'équipe d'évaluateurs externes a été capital à toutes les phases de la mission (formation, préparation, récolte des données, rapportage) ;
- Les réunions de préparation effectuées avant les missions (7-10 jours avant) ont permis non seulement de rappeler les rôles et responsabilités de chacune des équipes (équipe croisée, équipe hôte et équipe d'évaluateurs externes), mais aussi de clarifier les zones d'ombres qui perduraient sur les outils de collecte des données, ainsi que de faire une bonne planification logistique des missions ;
- Lors de la récolte des données, le premier focus group avec l'équipe hôte a été très utile, permettant aux équipes croisées de bien comprendre les axes d'interventions ainsi que toutes les parties prenantes impliquées dans la mise en œuvre du programme ;
- Les techniques diverses de collecte des données (par entretiens, par observations et par la revue des différents documents) ont permis de bien cerner la réalité et d'apporter un jugement basé sur la triangulation de plusieurs sources d'informations ;

- La décision de faire des mises en commun chaque soir entre les membres de l'équipe croisée a permis : (i) de compléter petit à petit le rapport d'évaluation, le carnet de bord ainsi que d'analyser les maquettes d'indicateurs selon la répartition des tâches convenue, (ii) d'avoir une compréhension commune sur le jugement à émettre par rapport aux critères préétablis, et (iii) de formuler de manière progressive les recommandations nécessaires ;
- La préparation des guides d'entretien, adaptés aux personnes à interroger, la veille de la tenue de l'entretien (tiré des guides génériques) a permis de rendre les entretiens plus fluides et d'obtenir les réponses appropriées ;
- L'accompagnement de certains membres de l'équipe hôte à chaque visite de terrain a facilité l'accueil et la récolte des données ;
- L'atelier participatif final avec les membres de l'équipe hôte, guidé par l'évaluateur externe (présent à deux ateliers sur les trois provinces), a permis, d'un commun accord, de redresser certaines parties du rapport d'évaluation pour obtenir un jugement fondé sur des faits réels.

Au titre des **limites de cette évaluation**, on retrouve les éléments suivants :

- Malgré les formations et les différentes réunions préparatoires, l'évaluation semblait être une pratique « nouvelle » pour la plupart des membres des équipes croisées, surtout pour les techniques de collecte et d'analyse des données qualitatives ;
- La complexité du programme en RDC (avec l'intervention de plusieurs OSC et cela de manière différente dans les trois provinces) rendait parfois difficile la compréhension holistique et logique de la mise en œuvre de ce programme ;
- Les distances à parcourir (parfois toute une journée) ont rendu la tâche difficile aux équipes croisées (certains entretiens ont été réalisés en fin de journée après 6-7h de « mauvaise » route) ;
- Les interventions de certains membres des équipes hôtes lors des entretiens, au départ censés juste introduire les membres de l'équipe croisée, perturbaient souvent le cours normal de ces entretiens ;
- Une des équipes croisées (Kinshasa et Kongo Central) était en « sous-effectif » (trois membres en début de mission, puis seulement deux), ce qui n'a pas permis de bien réaliser la mission selon le temps imparti et de rendre les livrables à temps ;
- Certaines journées étaient surchargées et fatigantes, ne permettant pas aux équipes croisées de faire leurs mises en commun du soir (ou alors en allant dormir très tard) ;
- Le temps imparti pour les missions d'évaluation était « sous-estimé » dans le sens où il n'a pas tenu compte de : (i) le temps de lecture des documents nécessaires et d'appropriation des outils de collecte des données avant d'aller sur terrain (ii) les reports des rendez-vous selon les agendas des personnes à interviewer, (iii) la mise en commun des équipes croisées, (iv) les longs déplacements entre les sites à visiter, et (v) le temps de rédaction du rapport, d'autant plus qu'à leurs retours dans leurs pays respectifs, les membres des équipes croisées devaient « rattraper » le retard accumulé durant leur absence, au détriment de la finalisation des livrables à rendre ;
- L'analyse des données n'a pas été aisée et prenait beaucoup de temps, vu la grande masse d'informations récoltées par les diverses techniques, qu'il fallait en plus trianguler. Selon les membres des équipes croisées, cela demande une certaine « expérience ».

Malgré ces défis, les équipes ont su s'adapter en ajustant leurs agendas pour atteindre les objectifs fixés dans le cadre de cette évaluation.

3) Constats et réponses aux questions d'évaluation

Cette section synthétise les éléments de réponse aux six questions évaluatives proposées et validées au cours de la Phase 1 de l'évaluation externe. Une consolidation des trois rapports a été réalisée et des illustrations pour les différentes provinces sont proposées. Il n'a pas été jugé opportun de présenter pour chaque critère une illustration systématique de chaque province, afin de conserver un rapport lisible.

3.1 QE 1. Appréciation de l'évaluabilité « en pratique »

Cette première question évaluative était formulée comme suit : *QE 1. Dans quelle mesure le système de suivi du programme #Health4All permet-il d'assurer la disponibilité et la qualité des informations nécessaires pour en assurer le suivi-évaluation – en particulier pour permettre, à terme, de mesurer le Retour Social sur Investissement du programme à la fin de sa mise en œuvre ?*

Au terme de cette évaluation intermédiaire, nous pouvons conclure qu'à mi-parcours, l'évaluabilité du programme est en partie assurée grâce au système de suivi existant, qui permet d'assurer une disponibilité et une qualité satisfaisante des informations pour le suivi-évaluation, bien que certaines lacunes subsistent. La population cible est globalement définie et quantifiée. Certains indicateurs de suivi sont parfois mal compris ou mal calculés, avec des divergences dans leur application entre les provinces. La collecte des données est structurée via DHIS2, mais des erreurs persistent (problème de dénominateurs). Concernant les indicateurs sexo-spécifiques, la désagrégation par genre a bien été prise en compte lors de la formulation, mais est peu opérationnelle, car non prévue dans le SNIS (outil national standard). La valeur de base (*baseline*) de chacun des indicateurs de suivi du programme a été collectée et les valeurs à mi-parcours sont disponibles, mais, des adaptations sont à prévoir pour les indicateurs qui seront modifiés/recalculés. De plus les fichiers disponibles dans chaque région ne sont pas uniformisés ce qui rend l'analyse difficile. Le mécanisme de suivi est bien organisé à travers des ateliers annuels et des rapports réguliers, bien que l'harmonisation entre les trois OSC soit incomplète et que certaines faiblesses aient été identifiées. La gestion des connaissances est en cours de structuration via le Hub Santé, mais la capitalisation des expériences reste peu systématique. Enfin, les données nécessaires au calcul du Retour Social sur Investissement (SROI) ne sont pas encore disponibles, nécessitant un travail préparatoire immédiat pour assurer une évaluation pertinente en fin de programme.

Les éléments probants qui nous permettent d'étayer ce jugement sont les suivants.

La population cible est globalement définie et quantifiée (CJ 1.1.).

Le document de programme « Santé pour tous et toutes en RDC » soumis à la DGD indique (p. 11) que les groupes-cibles sont :

- Les porteurs d'obligation, qui sont : les institutions publiques (9DPS, 29 ECZ, 28 hôpitaux, les CDS et les comités de santé) et les organisations sans but lucratif ayant un mandat comme porteurs d'obligation en santé ;
- Les détenteurs de droits, qui sont composés de groupes représentatifs des bénéficiaires de l'action (Action d'Espoir et MUSAKIS). ADE agit pour renforcer les détenteurs de droit à jouer leur rôle dans le système de soins de santé.

Les populations bénéficiaires du programme sont celles vivant dans les zones sanitaires d'intervention, soit 5.026.614 habitants (49% hommes et 51% femmes), et en particulier :

- les femmes en âge de procréer (de 15 à 49 ans), soit 1.055.589 femmes ;
- les enfants de moins de 5 ans, soit 950.030 enfants ;
- les personnes vulnérables (qui ne sont pas définies), soit 402.129 personnes ;
- et les personnes souffrant de troubles mentaux (qui ne sont pas quantifiées).

Pour le Kwilu par exemple, les données disponibles permettent de calculer la population cible (bénéficiaires indirects) des trois ZS, soit 629.693 habitants (estimation 2022). Les porteurs d'obligation (bénéficiaires directs) sont bien ceux repris dans le document projet auxquels s'ajoutent les relais communautaires (RECO).

Pour les trois provinces les porteurs d'obligation sont clairement identifiés.

Selon la documentation mise à disposition et la discussion en focus group avec les partenaires de mise en œuvre et gestionnaires de programme, aucun groupe de contrôle n'a été clairement défini et quantifié lors de la conception du programme, ce qui est une bonne pratique pour la nature du programme (CJ 1.2.).

Cependant, pour certaines actions ciblées, il pourrait s'avérer nécessaire de devoir comparer les structures bénéficiant des interventions du programme commun et celles qui n'en bénéficient pas. Des idées concrètes de ZS ou d'HGR pouvant servir de groupe contrôle ont émergé au Sud Kivu lors des discussions avec les évaluateurs. . L'appréciation des effets propres à l'intervention reposera sur une évaluation analytique propre à l'approche de la recherche-action.

Tous les indicateurs de suivi du programme ne sont pas adaptés au contexte et mesurables de manière identique dans toutes les provinces (CJ 1.3.).

Sur base de la revue documentaire et des entretiens réalisés à travers les focus group et ateliers participatifs, il apparaît que les indicateurs du programme ne sont pas compris de manière univoque par les acteurs de mise en œuvre (BAT et partenaires). Ceci a été confirmé lors de l'atelier national à Kinshasa en mars 2024. Le problème principal concerne les dénominateurs utilisés, certains font leur calcul en prenant en compte la ZS dans son ensemble, d'autres ne considèrent que les structures bénéficiant de l'appui.

L'équipe croisée de Kinshasa – Kongo central a également constaté que les trois OSC n'utilisent pas un système de suivi commun.

Concernant les indicateurs extraits du DHIS2 du SNIS, des erreurs de calcul ont été identifiées au Sud Kivu notamment, car des moyennes de fréquences ont été réalisées sans tenir compte des dénominateurs qui différaient entre les ZS. De plus, si la définition de l'indicateur visé dans le cadre logique n'est pas strictement identique à celle proposée dans DHIS2 du SNIS, le recours aux données du SNIS pour renseigner l'indicateur du cadre logique fausse le résultat et son interprétation (exemple des médicaments génériques traceurs dont les définitions diffèrent). Il convient donc d'adapter les indicateurs du cadre logique en conséquence si ce n'est pas déjà fait dans toutes les provinces. Au Kwilu par exemple, les évaluateurs ont constaté que de nouvelles modalités de calcul avaient été mises en place pour les indicateurs PMA et PCA (document : Update VF 03092024 MK JM Grille évaluation PCA Qualité revu formule printable usable T4-2024 HGR AMV de Yasa-Bonga), ainsi que pour les médicaments traceurs.

Outre les indicateurs communs pour l'ensemble du programme, qui sont renseignés par les OSC en fonction de leur niveau d'intervention, dans certaines provinces les OSC ont complété ces indicateurs par d'autres qui leur permettent de suivre plus spécifiquement certaines activités.

La valeur de base (*baseline*) de chacun des indicateurs de suivi du programme a été collectée et les valeurs actuelles sont disponibles. Cependant les fichiers disponibles dans chaque région ne sont pas uniformisés ce qui rend l'analyse difficile (CJ 1.4.).

Il existe une ligne de base pour le suivi de chaque indicateur qui a été définie au début du programme avec des cibles pour l'année 3 (mi-parcours du programme) et pour l'année 5 (fin du programme). Dans le document de programme, chaque indicateur se présente sous une forme homogène, comme suit :

- Ind.3.3 : % HGR avec tarif forfaitaire
- Description de l'indicateur : Nombre d'hôpitaux appliquant la tarification forfaitaire / nombre total d'hôpitaux appuyés
- Baseline : 60%
- Target Year 3 – 31/12/2024 : 70%
- Target Year 5 – 31/12/2026: 80%

Les indicateurs de suivi ont été conçus pour être désagrégés par genre, sauf ceux dont la désagrégation n'est pas possible, mais tous ne sont pas calculés par genre tel que prévu (CJ 1.5.).

Il existe quatre indicateurs « genre spécifique » : 2.3, 2.4, 3.2, 3.6.

Les équipes d'évaluation ont cependant relevé que seul l'indicateur 2.3, produit par le programme, était désagrégé.

En effet les autres indicateurs, issus du DHIS2 du SNIS, posent problème, car le logiciel ne propose pas d'informations genrées, ce qui rend ces indicateurs impossibles à calculer de manière désagrégée (constat valable dans les trois provinces).

On note une absence d'indicateurs opérationnels ou de marqueur de progrès définis lors des planifications annuelles des activités relatifs à la mesure de l'impact environnemental (CJ 1.6.).

Même s'il n'existe pas d'indicateurs directement liés à l'impact environnemental prévus dans les planifications annuelles des activités, les équipes croisées peuvent attester que des activités sont réalisées.

Au Sud Kivu par exemple (HGR de Nyantende / CDS Cibumbiro / etc.), les évaluateurs ont pu observer la gestion des déchets intrahospitaliers, l'installation de panneaux solaires, de gouttières pour récolter les eaux des pluies... des activités du même type ont également été observées dans les autres provinces.

Dans l'évaluation des scores de performance annuels du programme (rapport moral DGD), il y a un mode de calcul objectif clairement défini en ce qui concerne l'impact environnemental, qui se base sur les indicateurs/marqueurs de progrès définis lors de la planification des activités et leur atteinte en fin d'année. Ce mode de calcul n'est pas utilisé actuellement mais les activités ayant un impact positif sur l'environnement y sont recensées (achat d'équipements locaux, maintenance biomédicale, hygiène hospitalière).

Il existe un système de suivi constitué de plusieurs mécanismes appropriés (CJ 1.7.).

Au début de chaque année, les trois organisations organisent un atelier commun pour l'ensemble de la RDC, afin d'évaluer la mise en œuvre du programme, d'élaborer les scores de performance et de parcourir les leçons apprises des trois organisations, en préparation du rapport annuel pour la DGD.

Le mécanisme de suivi est fonctionnel dans chaque province évaluée à mi-parcours, même si les outils utilisés sont différents entre les OSC.

A titre d'illustration, les évaluateurs à Kinshasa – Kongo Central ont pu constater que le

mécanisme de suivi adopté par Memisa, MSV et CHIRPA est bien structuré et utilise un certain nombre d'outils facilitant la planification des activités, le suivi périodique des indicateurs, ainsi que le rapportage moral et programmatique.

- Mécanisme de suivi des activités au niveau des OSC :

Les responsables des OSC et les documents consultés indiquent que les trois OSC élaborent un plan d'action annuel, incluant le budget pour chaque activité, et un plan de travail trimestriel (PTT), détaillant le chronogramme de réalisation de chacune des activités. Chaque trimestre (dans la mesure du possible), et suivant les termes de référence validés par le conseiller médical, les responsables des OSC réalisent des missions de suivi de terrain sanctionnées par l'élaboration d'un rapport de mission.

En ce qui concerne les finances, les OSC élaborent au début de chaque année un budget annuel dont le décaissement se fait trimestriellement sur base d'un plan de travail budgétisé (PTB) préalablement validé par la hiérarchie de chaque organisation (représentant régional et responsable finance du siège pour Memisa). A la fin du trimestre, une évaluation du PTB et PTT est réalisée afin de suivre le niveau de mise en œuvre des activités et la consommation budgétaire.

Quelques spécificités propres à chaque OSC sont à noter dans la mise en œuvre au niveau des structures appuyées.

- Pour Memisa et l'HGR Saint Joseph : un plan d'appui annuel a été élaboré avec les thématiques choisies parmi les priorités identifiées par le projet d'établissement hospitalier (PEH 2021 de l'HGR Saint Joseph).
- Pour MSV, chaque année un planning annuel est élaboré, basé sur et encadré par, le Trajet de Renforcement de Capacités (TRC) qui est rédigé en collaboration avec l'hôpital individuel. Cet outil sert de cadre de référence pour le suivi opérationnel des activités. Des missions de suivi sont également organisées par le médecin conseiller de MSV et des missions d'experts-volontaires sont organisées deux fois l'an (dans la mesure du possible).
- Pour CHIRPA, les missions des experts en cardiologie pédiatrique et en chirurgie cardiaque pédiatrique de CDEB se réalisent sur base de termes de référence élaborés en concertation avec les équipes locales de la clinique Ngaliema et des Cliniques Universitaires UNIKIN. Un plan a été élaboré pour faciliter le transfert de compétences au regard de faiblesses identifiées lors des missions antérieures.

- Collecte des données et production de rapports :

Lors de missions de suivi conjointes de terrain, les données sont collectées et encodées dans DHIS2 de Memisa chaque semestre. A la fin de chaque activité/trimestre/année, les évaluateurs ont pu constater que les trois organisations produisent différents rapports dans la mise en œuvre du programme. A titre d'exemple, pour Memisa, le rapport Sitrep, les rapports de mission de suivi et supervision, le rapport de fin de stage de formation au niveau du centre de formation, le rapport de suivi semestriel et annuel des indicateurs du CL et autres. Pour MSV, il y a des rapports de mise en œuvre de TRC, comme le rapport de mission pour les experts-volontaires, le tableau de feedback du partenaire, le rapport de mission des volontaires...

Concernant le suivi des indicateurs du programme, les missions au Kivu et au Sud Kivu ont pu constater que Memisa assure un suivi mensuel lors des supervisions avec les ECZ et une analyse trimestrielle. Le reporting DHIS2 de Memisa est semestriel. Pour MSV les indicateurs sont rapportés annuellement sur base des informations communiquées par les HGR/ZS, mais il existe aussi un suivi semestriel au niveau de la DPS.

L'équipe hôte du Kwilu a indiqué que les nouveaux outils basés sur la gestion axée sur les résultats introduits en 2024 permettaient un suivi rapproché des résultats obtenus (PAO, PTT) qui en font un système de suivi performant. Ceux-ci permettent le suivi des activités réalisées, avec des explications permettant de comprendre pourquoi certaines activités n'ont pas été réalisées.

Le système de suivi est globalement de qualité satisfaisante, même s'il mériterait d'être davantage harmonisé entre les trois OSC (CJ 1.8.).

L'équipe d'évaluation croisée a constaté que le système de suivi et des données produites atteint une qualité suffisante. En termes d'harmonisation, certains outils communs existent, tels que le fichier Excel de consolidation du suivi des indicateurs par OSC et par année. Séparément, les OSC signalent des points forts et faibles de leur système de suivi.

Points forts	Points faibles
Memisa	
- accompagnement structuré en deux niveaux: la représentation nationale (appui les aspects techniques) et le siège (soutien au niveau budgétaire et réglementation des bailleurs de fonds), produit une synergie d'action sur le terrain. (Sud Kivu, Kinshasa – Kongo C.) - mise en place d'un outil, pour concilier le PTB et le PTT, qui permet un suivi des activités aligné sur les résultats du programme. (Sud Kivu) - présence fréquente sur le terrain, au plus près des bénéficiaires. (focus group BAT et entretiens CDS au Kwilu) - collecte des données directement au niveau des CDS et des HGR. (focus group BAT et entretiens CDS au Kwilu) - collaboration étroite avec les autorités sanitaires locales (DPS, ZS) et réalisation de missions conjointes qui facilitent la prise de décision rapide et l'appropriation par l'Etat. (focus group BAT et entretiens CDS au Kwilu, Kinshasa – Kongo C.) - suivi selon l'approche "gestion axée sur les résultats" est meilleure que la précédente qui consistait à rapporter les activités réalisées au cours du trimestre. (focus group BAT et entretiens CDS au Kwilu) - mise en place des outils de planification ainsi que de suivi programmatique et financier tel que le PAO, le PTB et le PTT, qui facilite le suivi global des activités. (Kinshasa – Kongo C.)	- absence d'un poste dédié au suivi et à l'évaluation, bien que ces tâches soient reprises dans le cahier de charge de certains personnels (assistants techniques, conseillers médicaux, coordinateurs régionaux...). La double casquette « mise en œuvre » et « suivi/évaluation » biaise les résultats des évaluations (Sud Kivu, Kinshasa – Kongo C.) - absence d'outils spécifiques et uniformisés au niveau du programme pour le suivi des indicateurs, qui rendait difficile une évaluation cohérente du programme. Ceci a été corrigé via la mise en place du PTT. (Sud Kivu) - contrôle de la qualité des données n'est pas intégré à l'outil "gestion axée sur les résultats". (focus group BAT et entretiens CDS au Kwilu) - Manque de moyens (petit matériel, motivation financière) pour les volontaires des cadres permanents promotion de la santé (CPPS) pour organiser les séances de concertation communautaire et assurer le mécanisme de feedback au niveau communautaire. (Sud Kivu) - Au Kwilu, les réunions logistiques avec le siège et la représentation nationale sont trop peu nombreuses, une fréquence mensuelle/trimestrielle serait plus appropriée. (BAT Kwilu) - La relation directe entre le siège et les bureaux régionaux fragilise parfois les efforts de la RN et ne facilite pas l'appropriation locale dans la mise en

	œuvre du programme commun. (Kinshasa – Kongo C.)
MSV	
- outils du rapportage du TRC, les canevas de (dé)briefing des missions, sont uniformisés au niveau international, et permettent de suivre l'évolution de chaque formation sanitaire appuyée. (Sud Kivu, Kinshasa – Kongo C.)	- processus de décentralisation de MSV. Absence d'un poste dédié au suivi et à l'évaluation qui est intégré à la fonction du coordinateur médical (organisation des missions, accompagnement de partenaire, suivi du rapportage et suivi des indicateurs du programme). Cette fonction est comprise dans la chaîne d'accompagnement du coordinateur MEAL du HUB. (Sud Kivu) - mobilité et instabilité du personnel formé, ce qui constitue un défi majeur pour l'atteinte des résultats. (Sud Kivu, Kinshasa – Kongo C.)
CDEB – CHIRPA	
- élaboration conjointe des termes de référence des missions par des experts cardiologues et chirurgiens de CDEB et l'équipe locale, comprenant avec définition préalable des objectifs favorisant le transfert de compétence. (Kinshasa – Kongo C.)	- nombre insuffisant de missions chirurgicales (2 par an) - faible collaboration entre l'équipe des experts CDEB et l'équipe locale. Ce climat de travail non optimal entrave parfois le bon déroulement des missions. (Kinshasa – Kongo C.)

Il existe plusieurs mécanismes institutionnalisés dédiés à la gestion des connaissances (quatrième axe du programme #Health4All), dont le Hub Santé, mais la capitalisation n'est pas systématique, ni bien comprise par tous (CJ 1.9.).

Il existe un cadre permettant aux trois OSC de partager les résultats des activités réalisées dans le cadre du programme commun : le Hub Santé, les conférences Be-Cause Health, ECTMIH, HSR, etc. Concernant le Hub Santé, Il est subdivisé en groupes thématiques alimentés par les organisations membres. Cela permet non seulement l'identification de synergies sur le terrain, mais favorise également l'apprentissage commun.

Chaque organisation dispose ensuite de ses propres mécanismes de documentation et capitalisation.

Des outils ont été élaborés conjointement et mis à disposition dès le début du programme. Un résultat a été alloué à cette tâche avec un budget prévu et des indicateurs définis. Un renforcement des compétences en capitalisation a eu lieu lors des ateliers nationaux de mars 2023 et 2024 et les équipes des trois OSC disposent désormais d'un canevas standard pour les leçons apprises (permettant une transmission d'informations harmonisées à la DGD).

Pour Memisa, cela a permis au BAT de Kikwit par exemple, d'initier la capitalisation du travail réalisé en 2024 autour de trois thématiques (l'utilisation des motos ambulances pour la référence des malades ; le système de potabilisation de l'eau ; les mécanismes de récupération nutritionnelle).

L'équipe de Kinshasa – Kongo Central a indiqué qu'un « volontaire capitalisation » a été identifié (ce n'était pas prévu lors de la formulation du programme) et travaille avec les bureaux régionaux pour identifier les sujets à capitaliser.

Un partage d'informations a été mis en place pour la diffusion de documents importants : SITREP, témoignages et articles pour le service communication. Ils sont partagés au sein de Memisa ainsi qu'à la plate-forme du Hub Santé, lors des ateliers régionaux et nationaux. Il existe également un mécanisme de suivi par la RN via son point focal capitalisation.

L'équipe du BAT de Kikwit reconnaît toutefois qu'il n'y a pas beaucoup d'attention accordée à la gestion des connaissances.

Concernant MSV, les évaluateurs ont pu constater qu'il y avait de nombreuses thématiques à capitaliser (exemple pour le Sud Kivu : qualité des supervisions, urgences pédiatriques, référencement... ; pour Kinshasa – Kongo C. : TRC fistules, urgences pédiatriques...), mais il n'existe pas encore de plan concret pour gérer ces connaissances.

Les évaluateurs croisés de la mission au Sud Kivu ont constaté qu'il y avait une incompréhension concernant la gestion de connaissances. Pour l'équipe hôte, les échanges durant les rencontres communes, les réunions au niveau national/régional avec les trois organisations, les rapports communs narratifs, les leçons apprises en commun, constituent la capitalisation du programme. Pour l'équipe Memisa Kinshasa – Kongo C. il y a eu aussi une mauvaise compréhension de ce qu'est la capitalisation. L'équipe a indiqué que le consultant engagé initialement avait rendu le processus très lourd. La fiche actuelle, beaucoup plus opérationnelle, a permis aux équipes de débiter l'identification des sujets à capitaliser.

Enfin, les évaluateurs ont constaté une absence de budget alloué à la capitalisation au Sud Kivu tant chez MSV que chez ADE/Memisa lors des planifications annuelles. Des adaptations sont donc en cours. Pour MSV, il est prévu de trouver une ligne budgétaire qui pourra contribuer à cette activité. Et pour ADE/Memisa, la RN interrogée à cet effet a indiqué que la planification 2025 prévoirait un budget à répartir par province selon le besoin exprimé.

Les informations nécessaires au calcul du retour social sur investissement (SROI) lors de l'évaluation finale ne sont pas encore disponibles et un travail conséquent mérite d'être effectué dès à présent pour les rendre disponibles à terme (CJ 1.10.).

Les focus groups avec les équipes hôtes dans les trois provinces ont montré qu'aucune équipe n'a commencé à réfléchir aux thématiques à prendre en compte ni à comment mesurer le SROI, ce qui fait que les informations nécessaires ne sont pas encore disponibles. Les éléments suivants sont le résultat des premières discussions pour chaque province, mais le travail nécessite d'être approfondi. La mission d'évaluation aura eu pour intérêt d'initier la réflexion et de faire prendre conscience aux équipes que le travail à ce niveau doit débiter sans tarder.

1. Parties prenantes à impliquer et nombre de personnes à consulter

Parties prenantes les plus impactées	Nombre de personnes à consulter
Sud Kivu ADE / Memisa	
- 18 CDS - Communautés desservies par les CDS	- Voir convention de collaboration avec BCZ pour estimer
Sud Kivu MSV	
- HGR (institution) - Prestataires bénéficiant des formations et équipements	- Existence de documents pour quantifier nombre de prestataires et population couverte

- Population de la ZS	
Kwilu Memisa	
- Population des 9 aires de santé - Hôpitaux (comité directeur) - Leaders locaux - ECZs - Centrale de Distribution Régionale des médicaments - BCZ - CODESA (comité de santé) pour les activités concernant la population - autorités ecclésiastiques (BDOM) - DPS (chef de division) - mamans ayant sensibilisé les femmes à venir à la consultation	
Kinshasa – Kongo C. Memisa & MSV	
- Secrétaire Général à la Santé (détenteur du rôle normatif et ayant la vision globale de la politique de santé du pays) - DPS - ECZs - HGR (comité de direction) - Services hospitaliers appuyés - Prestataires bénéficiant des formations et équipements - Population utilisatrice des services	- Existence de documents pour quantifier nombre de prestataires et population couverte
Kinshasa – Kongo C. CHIRPA / CDEB	
- Centre de Chirurgie Pédiatrique de la Clinique Ngaliema - Clinique Universitaire de Kinshasa - Prestataires : cardiologie et infirmier - 40 patients opérés à Ngaliema	

2. Indicateurs et sources de données à utiliser pour chaque résultat

Plusieurs des indicateurs de suivi du cadre logique pourront être utilisés dans le calcul du SROI. Toutefois, il est d'abord nécessaire d'identifier les résultats qui feront l'objet du SROI

En ce qui concerne les sources de données, pour la grande majorité, les données sont produites par les hôpitaux appuyés et sont contenues dans les outils de gestion des données, mis en place dans le cadre du système national d'information sanitaire (DHIS2). Ces données sont validées lors de revue mensuelle par les équipes cadres de zones de santé. Les OSC ont accès à DHIS2.

De plus, tous les différents rapports produits dans le cadre de la mise en œuvre du programme sont bien archivés et donc disponibles.

3. Durée estimée pour chaque résultat de chaque partie prenante

Le choix des interventions faisant l'objet du SROI permettra de définir les parties prenantes. L'estimation de la durée dépendra aussi de ces interventions.

Les premiers constats de terrain par les évaluateurs à Kinshasa et au Kongo central ont permis de constater que la durée des résultats est grandement influencée par la nature de l'appui. Par

exemple, pour Memisa et MSV, l'appui en équipements dans les HGR a un impact immédiat du fait du changement directement observé.

Par contre, pour le volet TRC avec MSV et CHIRPA, cela demande du temps du fait que le développement des compétences est un long processus (en moyenne 2 à 3 ans, si le personnel reste stable). De plus, pour CHIRPA, étant donné que le faible nombre des missions de chirurgie par an, l'autonomie du centre risque de prendre encore plus du temps et pourra même impacter son utilisation.

3.2 QE 2.1. Analyse stratégique (réponse aux besoins)

Cette deuxième question évaluative était formulée comme suit : *QE 2.1. Le programme #Health4All, tel qu'initialement formulé, répond-il toujours aux besoins prioritaires des bénéficiaires ?*

Au terme de cette évaluation intermédiaire, les évaluateurs concluent que le programme #Health4All répond à des besoins normatifs, mais ils ne sont pas en mesure de conclure formellement quant à leur degré de priorité pour les bénéficiaires finaux. Les groupes cibles et les bénéficiaires sont par contre consultés durant la mise en œuvre qui permet de nombreux ajustements annuellement pour prendre en compte leurs besoins.

Le programme s'aligne sur les problèmes identifiés par les bénéficiaires directs qui sont supposés prendre en compte les besoins de leurs populations.

Les aspects transversaux (le genre et l'environnement) ont été pris en compte, mais leur analyse lors des planifications annuelles reste superficielle. Le programme dans son ensemble s'est aligné sur les priorités nationales et le CSC, garantissant une bonne cohérence externe.

Les éléments probants qui nous permettent d'étayer ce jugement sont les suivants.

La formulation du présent programme s'est alignée sur le CSC qui détaille le contexte général du pays et l'analyse de risques.

Pendant la mise en œuvre du programme, les bénéficiaires sont impliqués pour l'identification et l'évolution de leurs besoins, p.ex. pendant les ateliers de trajet de renforcement des capacités avec les hôpitaux partenaires de MSV dans lesquels ils choisissent les domaines dans lesquels ils souhaitent un renforcement. C'est également le cas pour le Centre de Chirurgie pédiatrique de la Clinique de Ngaliema, partenaire de CDEB-CHIRPA.

L'administration locale, qui représente les intérêts de la population, les services techniques du secteur de la santé et/ou d'autres intervenants ont été consultés (réunions aux conseils de gestion des provinces d'interventions, HGR, CDS et ZS) (constat identique au Sud Kivu et au Kwilu). Annuellement, les besoins sont également remontés vers les OSC.

En fonction des provinces, d'autres acteurs sont impliqués dans l'identification des besoins en cours de mise en œuvre (formulation des PADZS), par exemple au Kwilu l'équipe du BAT a indiqué que le député et le bourgmestre, en tant que représentants de la population, transmettent les besoins au nom de la population. Le président du CODESA a aussi été associé dans plusieurs activités, par exemple pour les critères de la construction du centre de Matamba.

Au Sud Kivu, les évaluateurs ont pu constater lors de leur mission que la population est indirectement impliquée dans la formulation afin de prendre en compte leurs besoins. Les priorités d'action sont définies lors du CSC, où la société civile congolaise devrait jouer un rôle clé dans l'analyse des besoins prioritaires, en tant que relais entre les ONG belges et les bénéficiaires finaux. Or, Action D'Espoir (ADE) n'a pas été impliquée dans l'élaboration du programme 2022-2026. Par contre dans la mise en œuvre la population est directement impliquée. Par exemple au niveau des CDS, la population et les services techniques interviennent

à travers les cadres de concertation pour répondre aux besoins prioritaires. Au niveau des HGR, c'est le staff médical, paramédical et administratif qui identifie les besoins.

Au Kwilu, concernant l'élaboration des plans d'action de développement de la zone de santé (PADZS), le comité de gestion de la ZS s'est réuni pour identifier les problèmes et les a fait remonter au niveau du BAT Kikwit. Ensuite, le médecin chef de ZS et le médecin directeur de l'HGR se sont rendus à Kikwit pendant 4 jours pour finaliser le PADZS, préparer leur présentation et participer à l'atelier d'endossement, présidé par la DPS.

De manière générale, pour la formulation des PADZS, on associe le bureau central de la zone (BCZ), le comité de direction des HGR, la communauté (député pour Yassa Bonga, le président du CODESA), les autorités politico-administratives (chef de secteur) et religieuses (père curé, sœur supérieure). Cependant, en fonction du contexte, on a associé le bourgmestre de commune à Pay-Kongila et à Yasa Bonga. A la fin de l'élaboration, le projet est endossé par la DPS, partenaires (Memisa, BDOM) et les bureaux centraux des ZS.

Au cours de sa mise en œuvre, le programme essaie de s'adapter aux besoins exprimés par les bénéficiaires directs (CJ 2.1.3.).

Le programme s'est aligné sur le CSC, dans lequel il est clair que l'identification des besoins s'est basée sur une analyse situationnelle de la situation sanitaire en RDC pour différents groupes-cibles, les axes stratégiques d'intervention du gouvernement congolais - plan national de développement sanitaire (PNDS), stratégie de renforcement du système de santé (SRSS), plan stratégique national de la couverture santé universelle, recueil des normes de fonctionnement de la ZS - des autorités sanitaires ainsi que d'autres intervenants.

Par exemple, pour l'offre, les besoins identifiés concernent : renforcement des capacités et compétences, en équipement, en infrastructure, appui en MEG. Pour la demande c'est essentiellement la nécessité d'un accès équitable et juste aux soins de santé à travers la CSU qui est mis en avant. Pour la gouvernance, la nécessité d'appuyer les DPS, les BCZ, les RECOs et les cadres de concertation, a été ressentie. Pour la gestion des connaissances, c'était le fait d'identifier les bonnes pratiques, les capitaliser et les rendre bénéfiques pour les populations.

Pour les besoins au niveau opérationnel, ce sont les bénéficiaires eux-mêmes (communauté, personnel sanitaire, etc.) qui les ont exprimés durant la mise en œuvre.

Par exemple Memisa s'aligne sur les plans opérationnels des zones de santé (définissant les besoins réels des structures de santé) pour définir les PADZS. Memisa redresse ses actions en fonction des besoins prioritaires des structures de santé.

MSV s'adapte aux besoins exprimés par les HGR (en formation et en matériels) pour définir des TRC. Des rapports avant-après missions permettent également d'évaluer, avec les HGR, comment mieux répondre aux besoins exprimés selon leurs priorités.

CHIRPA sélectionne les enfants à opérer grâce aux experts (cardiologues pédiatres) locaux de la Clinique Ngaliema et de l'UNIKIN, en utilisant des critères objectifs selon les besoins et les priorités vitales des enfants.

Le programme s'aligne sur les problèmes identifiés par les bénéficiaires directs qui sont supposés prendre en compte les besoins de leurs populations (CJ 2.1.4.).

Lors des entretiens avec les ZS, les évaluateurs ont constaté que des outils (PADZS, revue semestrielle, TRC, etc.) permettent aux acteurs de terrain proches de la population (IT, MDH, ECZ, CODESA) de remonter les besoins qu'ils ont identifiés.

De plus, les besoins, exprimés par les formations sanitaires et les représentants de la population rencontrés, sont observés sur le terrain.

Les aspects transversaux (genre et environnement) ont été analysés et pris en compte lors de la formulation du programme, mais ces analyses mériteraient d'être approfondies annuellement lors des planifications annuelles des activités (CJ 2.1.6.).

L'équipe d'évaluation a constaté que les aspects transversaux (genre et environnement) sont pris en compte dans le document de programme #Health4All 2022-2026 (pp. 5-7). Cependant, aucune intégration de ces axes au niveau des planifications annuelles des activités accompagnée d'analyse approfondie des effets potentiels des activités sur l'environnement d'une part et d'une analyse des disparités entre les sexes en termes d'équité de genre d'autre part.

Etant donné que le programme propose un nombre important d'activités visant l'amélioration de l'environnement (cf C.J 1.6.), une analyse plus poussée des effets des activités pour réduire les impacts négatifs par exemple serait utile. Cela permettrait également de formuler des indicateurs liés à l'impact environnemental qui sont encore manquants à ce stade. Compte tenu de la diversité des activités dans chaque province il sera cependant difficile de trouver des indicateurs consensuels, peu nombreux et pertinents.

La théorie du changement commune aux trois OSC indique d'emblée (première phrase) que le programme #Health4All « s'est construit sur base de convergences de valeurs et d'approches fortes [sous-entendu, propres aux OSC], qui ont déterminé les voies de la gouvernance [...] et de la gestion des connaissances (apprentissage collectifs et recherche-action), et de complémentarités techniques évidentes (les trois niveaux de la pyramide sanitaire), exprimées dans les voies de l'offre et de la demande ». Ensuite, elle décrit les voies de changement proposées et les effets attendus, sans s'attarder sur la description et l'analyse du problème et de ses causes profondes (voir CJ 2.1.1.).

Le document de programme fait par la suite référence au CSC qui, lui, explicite les problèmes avec des données chiffrées.

Le programme dans son ensemble a une bonne cohérence externe avec les priorités nationales telles qu'identifiées dans les documents de politiques et de stratégies nationaux (CJ 2.1.8.).

Le programme dans son ensemble a tenu compte des priorités nationales (PNDS, Stratégie de Renforcement du Système de Santé...) et des expériences du programme passé. Cela se retrouve dans le processus de rédaction contenu dans le CSC sur base duquel le programme a été formulé. La première étape du dialogue stratégique (page 21 du CSC) fut une évaluation globale de la mise en œuvre de l'instrument CSC depuis 2017. En novembre 2020, des ateliers par cibles ont été organisés afin de préparer le dialogue stratégique. Comme points en étude, il y avait les principales réalisations, les opportunités et les nouveaux défis liés aux objectifs stratégiques, la synergie et la complémentarité, l'échange d'expériences et les processus d'apprentissage communs. Les conclusions et recommandations du dialogue stratégique ont servi de base à l'élaboration du CSC 2022-26. Cet ensemble, répondant aux normes et besoins contenus dans les documents stratégiques de la RDC, atteste d'une bonne cohérence externe du programme.

3.3 QE 2.2. Analyse stratégique (avantages comparatifs)

Cette troisième question évaluative était formulée comme suit : *QE 2.2. Le programme #Health4All, tel qu'initialement formulé, correspond-il aux capacités/avantages comparatifs des OSC impliquées et de leurs partenaires de mise en œuvre ?*

Les observations issues de cette évaluation intermédiaire montrent qu'il existe une cohérence

entre les objectifs du programme et les stratégies des trois OSC. Le programme #Health4All repose sur une répartition des rôles entre Memisa, MSV et CDEB-CHIRPA, chacun intervenant à un niveau spécifique de la pyramide sanitaire. En théorie, cette structuration est pertinente et alignée avec la stratégie des OSC, qui cherchent à assurer une couverture sanitaire complète. Cependant, la mise en œuvre révèle certaines difficultés dont l'absence de convergence géographique entre les trois OSC (ce qui empêche la continuité du référencement des patients), le déséquilibre des moyens (ce qui entraîne également un déséquilibre dans l'impact des interventions), et la fragmentation des actions (ce qui réduit la possibilité de synergies entre OSC du programme tel que décrit dans la théorie de changement). Il y a peu d'harmonisation et d'échanges d'outils et de pratiques dans la gestion du programme. Néanmoins, on constate qu'il existe certaines collaborations qui restent limitées et ponctuelles (comme le Hub-Santé).

Les trois OSC possèdent des compétences spécifiques et complémentaires, mais les écarts de moyens et les limitations budgétaires compromettent leur capacité à agir pleinement sur les causes des problèmes de santé (Memisa dispose d'une équipe expérimentée et de ressources plus solides lui permettant d'assurer efficacement le renforcement des CDS et le travail communautaire ; MSV et CDEB-CHIRPA rencontrent des contraintes budgétaires qui réduisent leur impact).

Le programme s'aligne globalement sur les priorités définies dans le Cadre Stratégique Commun de la coopération belge, notamment l'amélioration de l'accès aux soins de santé (p.ex. Memisa a renforcé plusieurs CDS partenaires, MSV et CDEB-CHIRPA ont formé des professionnels de santé via des missions d'expertise) et le renforcement de la qualité des services de santé (via p.ex. l'appui à la formation et supervision des prestataires de soins ainsi que les missions de volontaires médicaux pour accompagner les hôpitaux dans l'amélioration des pratiques cliniques). Par contre l'approche genre reste basique dans la planification des actions, car elle repose davantage sur des quotas institutionnels que sur des actions en faveur de l'équité de genre en santé; et les interventions en lien avec l'environnement sont limitées faute d'intégration de l'approche de manière transversale lors des planifications annuelles, empêchant la création d'indicateurs opérationnels évaluables lors du calcul des scores de performance. Enfin, le programme #Health4All est aligné avec les politiques nationales de santé, ce qui évite les chevauchements avec d'autres initiatives.

L'analyse ci-dessus repose sur les éléments probants suivants :

Les objectifs du programme (causes visées et populations cibles) sont cohérents avec la stratégie des trois OSC impliquées (CJ 2.2.1.).

Le programme vise à renforcer le système de santé en RDC (particulièrement en améliorant l'accessibilité et la qualité des services de santé à tous les niveaux du système) en s'appuyant sur les trois OSC, chacune ayant un rôle spécifique. Memisa est principalement active au niveau des CDS, jouant un rôle clé dans l'offre de soins primaires et la mobilisation communautaire. MSV intervient dans les hôpitaux généraux de référence (HGR), se concentrant sur les soins secondaires et spécialisés. Enfin, CDEB est impliquée dans le renforcement du niveau tertiaire, principalement pour la chirurgie pédiatrique spécialisée.

Les trois OSC ont les capacités techniques et l'expérience préalable nécessaires pour agir dans le domaine de l'accès et de la qualité des soins de santé. Cependant on note une certaine disparité entre les ressources dont elles disposent pour agir sur les causes des problèmes, qui semblent aussi très complexes. Cette complexité entraîne une demande de surplus de ressources que le programme n'a pas prévu au départ (CJ 2.2.2.).

Les trois OSC (et leurs partenaires de mise en œuvre) ont un bon ancrage institutionnel, à travers leurs années d'existence et leurs collaborations avec les différents organes du système de santé (secrétariat général, ministère de la santé, divisions provinciales de la santé, bureaux centraux des ZS et d'autres intervenants importants, comme le BDOM). Ajouté à la mise en œuvre de leurs programmes précédents, ceci leur confère une bonne expérience préalable pour agir dans les domaines d'intervention du programme.

Memisa a – comparé à MSV et CDEB-CHIRPA – des ressources humaines nettement plus importantes et un budget supérieur. Leur équipe a beaucoup d'expérience pour agir sur les multiples défis auprès des structures renforcées. Au Sud-Kivu Memisa agit à travers Action d'Espoir (ADE). Cette dernière a recruté un assistant technique régional qui assure l'interface entre la ZS d'intervention et le programme. Cependant au Kwilu, le BAT estime que des formations continues pour l'actualisation des connaissances restent utiles.

L'équipe de MSV à Kinshasa a été renouvelée et augmentée au cours du programme actuel. Le coordinateur médical, et récemment un nouveau manager régional, ont beaucoup d'expériences préalables, mais le budget ne suffit pas pour atteindre tous les objectifs de façon complète comme souhaité dans le programme initialement. Aussi, en pratique, certaines adaptations ont été faites afin de renforcer le mieux possible les hôpitaux partenaires. Au Sud-Kivu, le coordonnateur médical est un ancien médecin chef de ZS qui a également 5 ans d'expérience chez MSV.

L'équipe de CHIRPA a beaucoup d'expérience, mais connaît de nombreux défis, surtout liés à une réduction conséquente du budget au début du programme quinquennal par la DGD.

En théorie, il existe des synergies et complémentarités dans l'objectif d'assurer une couverture complète du système de santé et un continuum entre les différents niveaux de soins. Cependant, la convergence géographique n'est pas totale et la coordination entre OSC (répartition des responsabilités) pas optimale dans l'ensemble des provinces (CJ 2.2.3.).

Les patients sont censés être référés d'un niveau à l'autre selon leurs besoins, avec un continuum des soins assuré entre les CDS, les HGR et les structures spécialisées. Cette structuration repose sur une théorie du changement qui suppose une coordination fluide entre les OSC et une répartition claire des responsabilités.

Selon les informations récoltées lors de l'évaluation, ces synergies et complémentarités sont structurées différemment dans les trois provinces de la RDC :

- Au Sud-Kivu, seules deux OSC interviennent, au niveau du premier échelon de soins représenté par le CDS (Memisa) ainsi que du second échelon des soins et dans une structure spécialisée de prise en charge des pathologies psychiatriques (MSV). Memisa intervient à travers un partenaire de mise en œuvre actif dans la province depuis 2017 (ADE). Cependant, en pratique sur le terrain, les deux OSC n'ont aucune ZS d'intervention commune pour assurer la continuité des soins dans la pyramide sanitaire telle que définie dans la ToC.
- A Kinshasa, les trois OSC sont présents avec CHIRPA qui est le partenaire de mise en œuvre de CDEB. Cependant Memisa intervient de manière isolée dans l'appui au laboratoire à l'hôpital Saint Joseph - membre de la plateforme hospitalière - là où intervient également MSV dans le renforcement des capacités en chirurgie et en pédiatrie. Ce dernier appui aussi d'autres hôpitaux secondaires. CDEB-CHIRPA quant à elle n'intervient que dans une seule thématique (la chirurgie pédiatrique) dans un hôpital tertiaire (Clinique Ngaliema). Le fait que

les trois OSC travaillent dans le même bâtiment à Kinshasa permet une communication assez fluide et rapide entre elles.

Au Kongo central, MSV intervient également dans le renforcement des capacités au niveau des hôpitaux secondaires.

- Au Kwilu, seul Memisa est présent. Elle intervient non seulement au niveau des centres de santé, mais aussi au niveau des HGR et même au sein des bureaux centraux des ZS. Vérifier MSV est à Mosango

Cette faible convergence géographique entre OSC empêche une application des synergies et complémentarités telles que décrites dans la TdC. Aussi, l'absence de mécanismes de coordination inter-OSC nuit à l'alignement des actions et limite les effets multiplicateurs du programme. Par exemple au Sud-Kivu, l'atelier de supervision formative de MSV a permis de développer un modèle utilisé localement, mais il manque de coordination avec Memisa pour le renforcer. Notons néanmoins qu'il existe, à Kinshasa, une plateforme commune aux trois OSC (Hub-Santé), chapeautée par un membre de Memisa, qui permet de partager les connaissances et d'identifier des éléments de synergie sur terrain pour un apprentissage commun.

Au niveau des sièges, le groupe de travail RDC a pour vocation de stimuler les synergies entre les OSC. Il a été très actif lors de la planification de cette évaluation et a permis d'avoir rapidement une vision commune des zones à visiter, des partenaires importants à rencontrer...

Le programme #Health4All contribue aux objectifs (cibles, approches) du Cadre Stratégique Commun (CSC) de la coopération belge (CJ 2.2.4.).

L'évaluation croisée confirme qu'il y a une contribution démontrée du programme aux objectifs qui se retrouvent dans les approches CSC en sa cible stratégique commune 4 : « *améliorer l'accès aux soins de santé de qualité et promouvoir le droit à la santé pour toutes et tous* ».

Dans les objectifs du CSC où MSV, ADE/Memisa et CDEB/CHIRPA sont inscrits, il y a des activités qui sont mises en place liées aux approches du CSC. Par exemple, le renforcement des capacités (F), les sensibilisations (H), l'appui à la communauté (I), les échanges, participations et apprentissages communs au sein de réseaux et plateformes (inter)nationaux (K) et la gestion des savoirs (L).

Dans le cadre de l'approche de genre (G), il y a une contribution indirecte qui est observée. Elle se situe plus dans la promotion de l'équité genre dans les activités du programme (ex : un minimum exigé de 30 à 35% de représentativité féminine dans la participation communautaire et les instances décisionnelles, la construction des toilettes/douches et l'aménagement des salles d'hospitalisation de manière séparée pour les hommes et les femmes). Pour MSV, la promotion à l'emploi des femmes à compétences égales et à des formations dans l'ensemble est favorisée. Le volet environnement est couvert à travers certaines réalisations, comme la construction des zones à déchet, la construction des douches/toilettes, la mise à disposition du matériel d'assainissement du milieu (brouette, gants, balais...) au personnel d'entretien des CDS, et l'aménagement des puits d'eau avec réservoir.

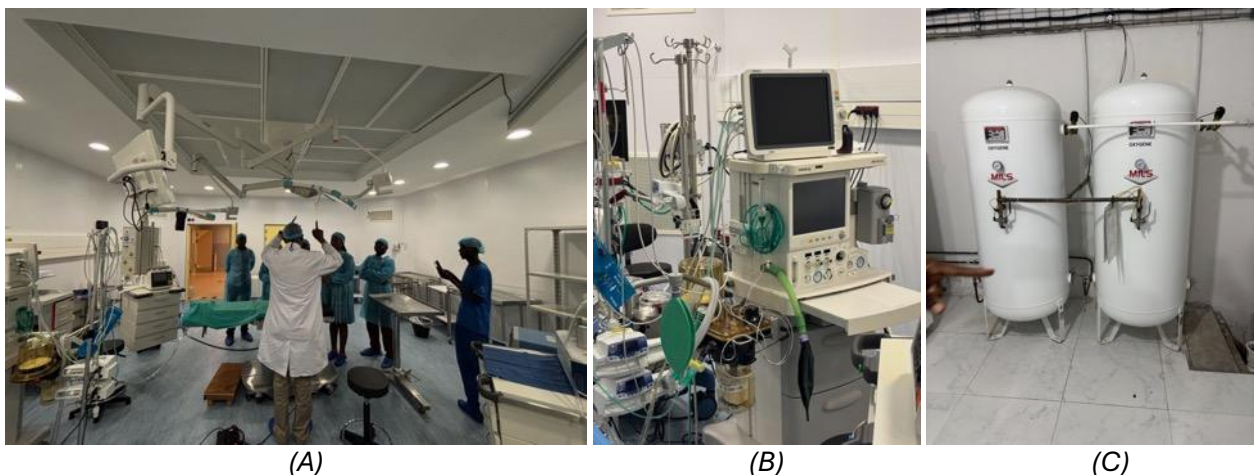
Les partenaires de mise en œuvre des OSC ont les capacités (en termes de ressources humaines et matérielles) et l'expérience préalable nécessaires pour agir sur les problèmes liés à l'offre et/ou la demande de soins dans leur(s) zone(s) d'intervention. Cependant il persiste encore certains besoins ressentis – en ce qui concerne les matériels, équipements et infrastructures – ainsi que les ressources humaines propres chargées de suivi et évaluation du programme ; et le problème d'instabilité des personnels formés (CJ 2.2.5.).

Les trois OSC travaillent avec des partenaires de mise en œuvre qui ont une expertise avérée dans le domaine de la santé en RDC et qui ont des ressources humaines et matérielles suffisantes pour mener à bien le programme.

Memisa met en œuvre le programme au Sud-Kivu à travers ADE qui a un ancrage communautaire important depuis 2017. Son action est basée sur la collaboration avec les ZS qui définissent leurs besoins dans le PADZS qui est complètement aligné sur le PAO de la ZS. Au niveau communautaire, Memisa s'appuie sur des organisations communautaires existantes comme le comité de santé pour mener à bien les activités du programme. Au Kwilu par exemple, Memisa collabore avec la CAMEBASU (Central d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels de Bandundu Sud) pour approvisionner les structures appuyées par le programme en médicaments de bonne qualité. Elle qui dispose des ressources nécessaires et a une grande expérience dans l'approvisionnement en médicaments essentiels dans la province.

MSV noue des partenariats, via des contrats formels, avec les hôpitaux généraux de référence et d'autres structures pour effectuer ses activités. Les HGR et MSV définissent ensemble des TRC qui deviennent des outils de mise en œuvre du programme. En termes d'expériences préalables, toutes ces structures sont présentes et impliquées dans le secteur de la santé depuis plusieurs décennies. Par exemple au Sud-Kivu, MSV travaille avec SOSAME (la seule structure de la province spécialisée de la prise en charge des pathologies psychiatriques) qui existe depuis 30 ans ; et le bureau diocésain des œuvres médicales (BDOM) de l'église catholique de Bukavu qui a été fondée en 1972-74 et qui gère tous les HGR appuyés par MSV. A Kinshasa, MSV travaille avec des HGR ayant du personnel de grande expérience dans la prise en charge des malades. Le pool mixte (Nord et Sud) des experts volontaires pour la formation continue au sein des HGR est constitué sur base des expériences des uns et des autres dans leurs spécialités respectives.

CDEB met en œuvre le programme à Kinshasa à travers CHIRPA, qui est une organisation reconnue par le ministère de la santé dans son rôle d'appui à la chirurgie pédiatrique en RDC. CHIRPA réalise ses activités liées au programme au sein du centre de chirurgie pédiatrique de l'hôpital tertiaire de la Clinique Ngaliema (construit et très bien équipé par le gouvernement congolais). Les chirurgiens proviennent de la clinique universitaire de Kinshasa (qui a des ressources fiables) et d'Europe.



*Photos prises lors de la visite du centre de chirurgie pédiatrique de la Clinique Ngaliema.
A=Salle d'opération ; B=Appareil d'Anesthésie ; C= Centrale de production d'oxygène*

A part ces efforts des OSC pour choisir des partenaires de mise en œuvre ayant une grande expérience et possédant des ressources suffisantes, l'évaluation externe a noté certains besoins ressentis non satisfaits, notamment :

- Au Sud-Kivu la construction des CDS demeure un grand défi pour Memisa qui a des ressources limitées pour cette activité. Dans les hôpitaux appuyés par MSV les besoins en matériels médicaux restent énormes. Aussi, certains personnels formés par les missions de MSV sont soit mutés dans d'autres structures, soit s'engagent dans d'autres organisations, ce qui perturbe la durabilité de l'intervention. Enfin, le BDOM a évoqué la frustration des autres HGR sous sa responsabilité qui ne reçoivent pas l'appui MSV et pour qui les indicateurs de performance restent faibles comparés à ceux des HGR appuyés par MSV.
- A Kinshasa, CHIRPA a vu son budget réduit par la DGD, ce qui limite les investissements, perturbe le fonctionnement, et réduit le nombre des missions annuelles. Pour MSV, que ça soit à Kinshasa ou au Kongo Central, il est difficile de mobiliser les pools d'experts volontaires pour plus de missions dans les HGR appuyés à cause de ressources limitées. L'hôpital St Joseph, pour qui l'appui se termine, pense que le besoin en termes de formation et d'appui en équipements est encore existant.
- Au Kivu les différentes zones de santé appuyées par Memisa ont signifié à l'équipe d'évaluation que les besoins en médicaments, formations, matériels et équipements au niveau des CDS et des HGR demeurent énormes. Le système de moto-ambulance instauré avec l'appui de Memisa ne couvre que peu d'axes, d'où la nécessité d'étendre cette pratique de référence des patients à d'autres axes difficiles d'accès.

Il existe certaines synergies et complémentarités entre les partenaires de mise en œuvre, surtout dans le montage opérationnel du programme, mais cela diffère d'une province à l'autre de la RDC. Certaines complémentarités sont assez développées dans certaines provinces, tandis qu'elles sont très limitées dans d'autres (CJ 2.2.6.).

Les éléments suivants illustrent ce constat dans les trois provinces visitées :

- Au Sud-Kivu, le BCZ est le partenaire de mise en œuvre commun entre MSV et ADE/Memisa. Il est l'organe qui dirige toutes les interventions de santé de la ZS, tant au niveau primaire (CDS et communauté – lieu d'intervention de ADE/Memisa) qu'au niveau secondaire (HRG – lieu d'intervention de MSV). Le point commun pour ce partenaire était l'inscription des activités du programme dans le PAO de la ZS. Pour ADE/Memisa, cette intégration a été effective avec la cocréation d'un PADZS, inscrit dans le PAO, pour définir les activités du programme au niveau primaire. Pour MSV, l'intégration est passée via la cocréation des TRC avec les HGR selon leurs plans d'établissement hospitalier qui s'inscrivent également dans le PAO de la ZS. Les activités des OSC dans les ZS sont renseignées dans les rapports annuels des ZS qui sont transmis au niveau de la division provinciale de la santé. Cependant, les deux OSC interviennent dans des ZS différentes, ce qui ne permet pas de bien capitaliser l'apport du partenaire de mise en œuvre commun qui est le BCZ.
- A Kinshasa, il y a peu de synergies/complémentarités entre les partenaires de mise en œuvre du programme. MSV, CDEB (via la PH-RDC) et Memisa interviennent tous les trois dans l'hôpital St Joseph mais sans pour autant qu'on perçoive un travail « en commun ». Par ailleurs, le Hub-santé constitue une plateforme des trois OSC dans laquelle elles peuvent inviter des partenaires de mise en œuvre pour le partage des connaissances. Enfin, on note aussi que les cardiologues des cliniques universitaires de Kinshasa interviennent dans l'hôpital pédiatrique de Kalembe-lembe (appuyé par MSV et membre de la plateforme hospitalière) et peuvent parfois envoyer des cas difficiles à opérer vers la Clinique Ngaliema (appuyée par CHIRPA). Pour CDEB/CHIRPA, la planification des enfants à opérer se fait grâce à un processus de sélection impliquant différents acteurs

dont les médecins/infirmiers de la Clinique Ngaliema et ceux des cliniques universitaires de Kinshasa.

- Les synergies/complémentarités les plus développées entre les partenaires de mise en œuvre ont été constatées au Kwilu où intervient uniquement Memisa, que ça soit entre les partenaires initiaux du programme ou avec d'autres apparus en cours de mise en œuvre. Voici quelques exemples de synergies et complémentarités :
 - La réalisation des missions conjointes (Memisa-DPS-BDOM-IPS) de supervision dans les zones de santé (ex : Yasa Bonga) permettent d'éviter des chevauchements entre les activités de Memisa et d'autres partenaires. C'est ainsi que par exemple Memisa prend en charge les indigents et MISEROR (une autre organisation) rembourse les frais des soins.
 - Le programme multisectoriel de nutrition et santé (PMNS) appuyé par la banque mondiale a donné des MEG (Médicaments Essentiels Génériques) aux CDS appuyés par Memisa. De l'autre côté Memisa a identifié six structures "orphelines" ne recevant pas d'appui PMNS pour leur donner les médicaments prévus pour les CDS appuyés par Memisa. Aussi, si le PMNS construit ou réhabilite un CDS, Memisa ne pourra plus le faire même si cela était prévu.
 - Concernant les vaccins, les structures de santé ont été dotées en frigos par Gavi et Memisa a décidé de prendre en charge la logistique pour assurer l'acheminement des vaccins de Kikwit vers les ZS.

Les procédures et les outils de gestion du programme #Health4All sont très peu harmonisés entre les OSC et leurs partenaires de mise en œuvre (CJ 2.2.7.).

Sur base de la revue documentaire et des différents entretiens réalisés, l'équipe croisée a constaté que l'outil commun utilisé par les trois OSC est le document du programme #Health4All. Entre les OSC et les partenaires de mise en œuvre, il existe deux types de documents qui sont utilisés :

- Les conventions de collaboration et de partenariat. Par exemple, au Sud-Kivu il y a une convention de collaboration établie entre ADE/Memisa et le BCZ qui définit le cadre de collaboration et d'harmonisation des approches et des procédures. Entre la DPS et MSV on retrouve également une convention de collaboration qui permet d'intégrer les activités de MSV dans les plans des HGR et ensuite dans le PAO de la DPS. Au Kwilu, une convention existe entre Memisa et la DPS, et entre Memisa et la CAMEBASU
- Les outils codéveloppés pour la mise en œuvre du programme. Ces outils servent aussi de base pour la redevabilité des OSC envers leurs partenaires. Il s'agit notamment : (i) pour MSV, du TRC créé sur base des besoins des HGR, (ii) pour Memisa, du PADZS développé sur base du PAO des ZS, et (iii) pour CDEB/CHIRPA il s'agit du rapport de sélection des enfants à opérer et des termes de référence qui servent de base pour programmer les missions avec la CliniqueNgaliema et les cliniques universitaires de Kinshasa.

On remarque enfin qu'à part le document de base du programme, chaque OSC utilise ses outils de gestion et de mise en œuvre, sans pour autant harmoniser avec les autres. Voici quelques exemples :

- Chaque OSC comprend différemment la définition et les méthodes de calcul des indicateurs du programme, ce qui entraîne pas mal d'incompréhensions sur ce point entre les OSC. Par exemple Memisa a introduit, de manière unilatérale, un nouvel outil de calcul des indicateurs des PMA et PCA au niveau des structures de santé. En fonction des interventions des OSC, elles sont parfois seules à renseigner un indicateur (ex : PMA Memisa), mais dans d'autres cas deux OSC peuvent être responsables d'un même indicateur (ex : PCA : Memisa et MSV), il serait donc utile d'avoir une méthodologie commune afin de bien le renseigner. Lors de

l'atelier national de mars 2024, les trois OSC ont néanmoins débattu sur l'harmonisation des méthodes de calculs des indicateurs du programme.

- Pour la gestion financière et la planification d'activités, les trois OSC utilisent des procédures et des outils différents, ce qui ne facilite pas l'harmonisation pour la préparation et le suivi budgétaire de ces activités. Il existe un plan de travail budgétisé (PTB) et en plan travail trimestriel (PTT) comme outils de planification des activités au regard des résultats à atteindre du programme. Tandis que pour MSV les lignes budgétaires sont bien définies de manière quinquennale et puis déclinées annuellement, ce qui permet de mieux planifier et suivre les activités.
- Concernant le rapportage, Memisa utilise par exemple au Sud-Kivu, des rapports de mission/supervision conjointe BCZ/ADE, les situations reports (SITREP) mensuels, le rapport des ateliers régionaux et les rapports des activités ainsi que le suivi des canevas financiers mensuel. Pour MSV, il y a des rapports liés au TRC (le rapport de mission pour les expert-volontaires, le tableau de feedback du partenaire, le rapport récapitulatif et la note de synthèse qui résume les différents rapports). Ensuite, il y a également des documents de rapportage et de suivi liés aux formations thématiques, stages et supervisions, qui sont analysés dans les cadres de concertation et de coordination (les 3C) au niveau provincial.
- Pour le partage d'expérience, Memisa est en avance, car son personnel des trois provinces a bénéficié d'une formation à Kinshasa sur la capitalisation et ils établissent progressivement des fiches d'identification d'expériences à capitaliser.

Le programme dans son ensemble a une cohérence externe démontrée avec les actions menées par d'autres acteurs dans les zones d'intervention (Ministère de la Santé, autres partenaires techniques et financiers...) (CJ 2.2.8.).

Lors de la mission d'évaluation, l'équipe croisée a constaté qu'il existe une cohérence externe entre le programme #Health4All et le plan national de développement sanitaire (PNDS), qui est l'outil directeur de toutes les interventions sanitaires en RDC. Cela a été confirmé par une des autorités nationales de la santé lors d'un entretien à Kinshasa : *« le programme est en parfaite cohérence avec le PNDS et s'aligne à la politique nationale. Il répond aux besoins du pays, et un effort est fait pour éviter les chevauchements et les doublons »*. CHIRPA est en collaboration étroite avec le gouvernement congolais qui subventionne le renforcement des capacités du Centre de Chirurgie Pédiatrique de la Clinique Ngaliema, grâce à une subvention accordée à CHIRPA Asbl, et qui supporte 90% du coût des opérations des enfants dans la Clinique Ngaliema, lors des missions organisées conjointement par CDEB et CHIRPA Asbl.

Au niveau provincial, les OSC participent aux réunions des partenaires au niveau de la DPS et y envoient leurs rapports. Au Kwilu, Memisa réalise des missions de supervisions conjointes avec les organes techniques du ministère provincial de la santé (DPS et IPS) pour éviter des chevauchements des activités avec d'autres partenaires et s'assurer des complémentarités entre eux. Au Sud-Kivu, MSV contribue à la tenue des revues annuelles de la DPS et en profite pour son insertion dans les ZS appuyées par le projet PBF.

Au niveau opérationnel (ZS), Memisa et MSV s'inscrivent complètement dans la planification des ZS et des HGR. Cela se fait grâce à l'élaboration du PADZS aligné au PAO des ZS pour Memisa, et au TRC aligné pour le plan d'établissement hospitalier des HGR. Cela permet de co-définir les priorités des ZS et HGR avec les acteurs de ces institutions et de planifier les activités selon les besoins ressentis, tout en évitant la duplication des interventions avec d'autres organismes appuyant la ZS/HGR. Aussi, au Kwilu Memisa partage sa planification budgétisée annuelle aux ZS, ce qui permet de mieux anticiper la complémentarité des interventions dans ces ZS.

3.4 QE 3. Analyse logique de la théorie de changement

Cette quatrième question évaluative était formulée comme suit : *QE 3. La théorie de changement du programme #Health4All au Bénin, telle qu'initialement formulée, est-elle toujours plausible et cohérente ?*

Au terme de cette évaluation intermédiaire, il ressort de l'analyse logique de la théorie de changement (ToC) du programme #Health4All qu'elle est toujours plausible et cohérente. Les impacts attendus et les étapes nécessaires pour les atteindre sont relativement clairs, mais les liens causaux devraient davantage être explicités en regard des activités à mettre en œuvre. Le choix des stratégies d'intervention est, dans une certaine mesure, justifié et fondé sur des bases probantes.

Les moyens mis en œuvre sont insuffisants au regard des objectifs ambitieux de l'intervention, ce qui réduit la plausibilité de l'atteinte des objectifs spécifiques relatifs à chaque axe d'intervention à la fin du programme. En outre la flexibilité de planification annuelle permet des ajustements indispensables.

Il existe des indicateurs valides pour la plupart des étapes de la théorie de changement, mais la fiabilité des calculs est à revoir. Tous les indicateurs n'étaient pas renseignés dans certaines provinces lors de l'évaluation à mi-parcours (certaines données dépendent du système national d'information sanitaire et n'étaient pas encore disponibles). Les cibles fixées pour les indicateurs disponibles ne sont pas toutes réalistes au regard du contexte et des moyens mis à disposition. Les différents canevas de rapportage d'indicateurs utilisés dans les provinces pour les différentes OSC ne facilitent pas la consolidation à l'échelle du pays.

Les interactions entre les différents axes du programme sont clairement explicitées, permettant de rendre compte de la complexité des relations causales et le modèle opérationnel est justifié. Mise à part pour le volet concernant l'offre, il n'existe pas de consensus évident entre les partenaires de mise en œuvre sur les éléments clés de la théorie de changement..

Des éléments pertinents de contexte sont pris en compte au niveau de la conception du programme et de son montage opérationnel ; toutefois, l'analyse de risques mériterait d'être actualisée régulièrement.

Les évaluateurs n'ont pas constaté d'aporie, cependant des synergies entre les OSC manquent, notamment au niveau géographique.

Les éléments probants qui nous permettent d'étayer ce jugement sont les suivants.

Les impacts attendus et les étapes nécessaires pour les atteindre sont relativement clairs, mais les liens causaux devraient davantage être explicités en regard des activités à mettre en œuvre (CJ 3.1.).

Les impacts attendus repris par les quatre piliers de la théorie de changement (p.3) sont clairement définis :

- **Voie de la gouvernance** : les porteurs d'obligations des niveaux périphériques intermédiaires et centraux H4A assurent une meilleure gouvernance du système de santé et favorisent les espaces de dialogue avec les détenteurs de droits.
- **Voie de l'offre** : Les FOSA H4A sont en mesure d'offrir des PMA et PCA plus complets, plus disponibles et de meilleure qualité, en lien avec leur rôle dans la pyramide sanitaire. Les prestataires de soins s'approprient et appliquent mieux une approche de soins centrés sur la personne dans leur pratique.
- **Voie de la demande** : Les détenteurs de droits des zones d'intervention H4A disposent d'un meilleur accès à des services de santé de qualité, connaissent et comprennent mieux leurs droits en matière de santé et ont la capacité de les faire respecter,

notamment en participant à leur prise en charge avec les prestataires de soins (patient partenaire).

- **Voie de la gestion de connaissance :** les travaux menés en Equipe Gestion de Connaissance (EGC) permettent de produire des référentiels innovants, combinant rigueur scientifique et réalisme de terrain, exploitable à des fins de santé publique, de plaidoyers ou d'éclairages sur des thématiques larges du système santé (multisectoriel).

Les étapes nécessaires pour les atteindre sont clairement identifiées dans la TdC.

Le choix des stratégies d'intervention est, dans une certaine mesure, justifié et fondé sur des bases probantes (CJ 3.2.).

Les stratégies reposent en grande partie sur les leçons apprises tel qu'indiqué dans la TdC p4 « ces enjeux [...] ont...] été traduits en stratégies concrètes, s'inspirant de celles qui ont porté leurs fruits ou de celles qui n'ont pas marché lors du programme précédent (lessons learned).

De plus, les bases de l'intervention sont définies dans le CSC - RDC 2022-2026 (page 93). Au niveau du choix des stratégies d'intervention, celles-ci sont aussi définies dans le CSC, dans le document de programme et également dans la TdC. Cette analyse montre que les bases, les thèmes et les stratégies sont cohérents. Leurs ajustements en cours de mise en œuvre permettront d'atteindre les objectifs du programme. Il convient de vérifier pour chaque zone d'action qu'il y a une complémentarité des OSC et des autres parties prenantes ; ce qui quelques fois n'est pas le cas pour le moment, par exemple les hôpitaux de référence ne sont pas toujours impliqués dans la planification annuelle des activités.

Les moyens mis en œuvre sont insuffisants au regard des objectifs ambitieux de l'intervention à la suite de l'évolution du contexte – notamment à l'est de la RDC-, ce qui réduit la plausibilité de l'atteinte des objectifs spécifiques relatifs à chaque axe d'intervention à la fin du programme. Cependant, la flexibilité de planification annuelle permet des ajustements indispensables (CJ 3.3.).

Les besoins en investissement et en formation sont déterminés annuellement pour les trois OSC, tout comme les budgets, ce qui permet une flexibilité très utile pour s'adapter à l'évolution des besoins (ex : épidémie Mpox). La répartition du budget entre les différentes provinces (pour Memisa) n'étant pas fixe, cela permet aussi de nombreuses adaptations, cependant cela limite les possibilités de planifications par province (le dépassement budgétaire d'une province ayant un impact sur les autres l'année suivante). Elles n'ont donc pas de réelle visibilité sur les cinq ans du programme ce qui rend les projections vers l'attente des objectifs difficiles pour les différents responsables rencontrés lors de l'évaluation.

Memisa a indiqué au Sud Kivu que ce mode de planification conduit à des sur- ou sous-consommations budgétaires, mais aussi à des reports d'activités faute de budget. A Kinshasa – Kongo Central aussi l'équipe a indiqué ne pas toujours pouvoir honorer ses engagements (réhabilitation d'un local à l'hôpital Saint Joseph).

MSV au Sud Kivu ne semble de prime abord pas inquiétée par la planification budgétaire. L'équipe a indiqué que les lignes budgétaires sont bien définies de manière quinquennale, puis déclinées annuellement et qu'il était donc facile de planifier en conséquence. Ce n'est pas le sentiment de l'équipe à Kinshasa qui, au moment de la mission d'évaluation, n'avait pas encore pu donner sa planification 2025 aux partenaires pour les missions et l'investissement, car elle ne connaissait pas encore son budget pour 2025.

Pour Chaine de l'Espoir Belgique et CHIRPA le nombre d'enfants nécessitant une intervention chirurgicale est énorme comparé aux moyens disponibles pour les opérer. Une mission d'une

semaine tous les 6 mois est insuffisante pour prendre en charge les enfants et pour former les chirurgiens nationaux, dont l'autonomie en fin de programme n'est pas garantie.

MSV au Sud Kivu a mentionné que les budgets fixés répondent de manière générale aux objectifs du programme sauf pour la rubrique investissement qui est déficitaire. A titre illustratif ils ont mentionné la difficulté d'acheter une machine d'anesthésie dont le montant dépasse largement le budget annuel de 5 000€ fixé pour les investissements (coût de la machine : 20 000€). Ils doivent alors chercher des financements alternatifs (fonds propres MSV, fonds des HGR, autres partenaires : Enabel, Expertise France...).

Les équipes hôtes ont rapporté qu'en cours de mise en œuvre, elles mettent en place des adaptations momentanées pour répondre aux besoins non prévus afin d'atteindre les objectifs fixés chaque année, tout comme l'illustre l'exemple de MSV avec la machine d'anesthésie.

Il existe des indicateurs valides pour la plupart des étapes de la théorie de changement, mais la fiabilité des calculs est à revoir (CJ 3.4.).

Ils sont également adaptés à chaque niveau de la théorie de changement, des indicateurs de processus pour la zone de contrôle, d'effets pour la zone d'influence et d'impact pour la zone d'intérêt qui dépend de nombreux autres acteurs et facteurs. Les quatre volets du programme sont couverts.

Certains sont cependant plus difficiles à collecter (notamment pour permettre d'avoir des indicateurs genre spécifique) et d'autres ont été mal compris et sont mal calculés, ils devront donc être réadaptés pour garantir leur fiabilité (voir CJ 1.3.).

Chaque hypothèse du programme est associée à plusieurs indicateurs dont l'inventaire est repris ci-dessous :

- H1 : cercle vertueux, lié à la disponibilité de ressources de qualité et aux compétences d'encadrement/gestion qui stimulent l'utilisation appropriée des ressources :
 - Ind 1.1: % HGR sans rupture de stock de médicaments traceurs ;
 - Ind 1.2: % de recommandation de l'audit qualité prises mises en œuvre ;
 - Ind 1.4: % des hôpitaux avec PAO participatif en place sur nombre total des hôpitaux appuyés.
- H2: les capacités renforcées lors des cadres de concertation agissent sur les comportements des régulateurs/gestionnaires et sur la qualité/continuité des services :
 - Ind 1.1: % HGR sans rupture de stock de médicaments traceurs ;
 - Ind 1.2: % de recommandation de l'audit qualité prises mises en œuvre ;
 - Ind 2.6: % matériel biomédical acheté, non amorti, fonctionnel et en utilisation dans les services appuyés disposant d'un plan de maintenance ;
 - Ind.3.1: % des COSA fonctionnels ;
 - Ind 3.4: % utilisation de méthodes contraceptives modernes ;
 - Ind. 4.1: # d'expériences documentées, référentiels et/ou outils partagés de manière effective sur des plateformes nationales et/ou internationales ;
 - Ind. 4.2: # séminaires thématiques organisés.
- H3 : infrastructures, équipements et apprentissages influencent les paquets d'activités et les capacités des prestataires à offrir des soins adaptés :
 - Ind 2.1: % des CDS qui disposent d'au moins 90% du PMA ;
 - Ind 2.5: % de services dans les HGR qui ont un PCA complet ;
 - Ind 2.3: nombre de personnes-jour avec capacités renforcées, cumulé.
- H4 : les changements positifs du programme se poursuivent à la fin du programma grâce à son institutionnalisation de ressources essentielles partagées par le biais de réseaux (FOSA, Hub Santé,...). Il s'agit d'élargir les sources partagées et le contenu de

renforcement, tels que par exemple par l'approche patient-partenaire, participation aux recherches action entrepris dans les EGC... :

- Ind 4.1: # d'expériences documentées, référentiels et/ou outils partagés de manière effective sur des plateformes nationales et/ou internationales, cumulées; et
- Ind 4.2: # séminaires thématiques organisés, cumulés
- H5 : meilleure participation des patients dans leur trajet de soins :
 - Ind 1.4: % des hôpitaux avec PAO participatif en place sur nombre total des hôpitaux appuyés ;
 - Ind 2.2: % Aires de santé couvertes par un système de transport d'urgence fonctionnel vers l'HGR ;
 - Ind 3.1: % des COSA fonctionnels ;
 - Ind 3.2: % pénétration Musakis ;
 - Ind 3.3: % HGR avec tarif. Forfaitaire.
- H6 : structuration des acteurs (OSC, prestataires sociaux, groupes de patients...) permet d'interagir plus efficacement au sein des cadres de concertation :
 - Ind 1.4: % des hôpitaux avec PAO participatif en place sur nombre total des hôpitaux appuyés ;
 - Ind 3.1: % des COSA fonctionnels ;
 - Ind 3.2: % pénétration Musakis ;
 - Ind 3.3: % HGR avec tarif forfaitaire.
- H7 : instaurer une dynamique de recherche opérationnelle pour identifier les problèmes et capitaliser les expériences :
 - Ind. 4.1: # d'expériences documentées, référentiels et/ou outils partagés de manière effective sur des plateformes nationales et/ou internationales ;
 - Ind. 4.2: # séminaires thématiques organisés.
- H8 : gestion des connaissances via la mise en commun entre acteurs
 - Ind. 4.1: # d'expériences documentées, référentiels et/ou outils partagés de manière effective sur des plateformes nationales et/ou internationales ;
 - Ind. 4.2: # séminaires thématiques organisés.

Tous les indicateurs n'étaient pas renseignés dans certaines provinces lors de l'évaluation à mi-parcours. (CJ 3.5.).

L'équipe croisée du Sud Kivu a comparé les données des indicateurs de 2023 par rapport à l'année cible 3 (2024). Tous les indicateurs n'étaient pas disponibles (Ind. 1.2, 2.1, 2.2, 3.2, 3.3, 3.4, 4.1, 4.2) . Il est donc difficile de déterminer globalement si les cibles sont réalistes dans cette province. La plupart des indicateurs dont les données étaient disponibles, le sont.

Pour les indicateurs nécessitant des révisions, les cibles devront également être ajustées une fois l'indicateur bien défini (ex : Ind.2.5).

Les trois OSC ne semblent pas rapporter les indicateurs de manière standardisée ni à l'échelle du pays, ni par province. De nombreux canevas ont été partagés avec les évaluateurs et la consolidation s'avère difficile.

Les interactions entre les différents axes du programme sont clairement explicitées, permettant de rendre compte de la complexité des relations causales (CJ 3.6.).

Les différents axes du programme sont interconnectés de manière complexe, avec des relations causales parfois non linéaires, mais qui se renforcent mutuellement. Les relations causales ont été bien prises en compte dans la conception de la TdC et les OSC interviennent à des niveaux

différents de la pyramide. Cependant, dans le schéma de la TdC, des doubles flèches à certains niveaux rendraient les interactions plus explicites. En effet, certains éléments s'influencent l'un l'autre. Par exemple, améliorer la qualité de l'offre de soins (équipements biomédicaux, renforcement des capacités des prestataires de soins...) devrait stimuler la demande, les communautés étant plus incitées à se faire soigner (élément stimulateur). Cependant, cela peut aussi entraîner une augmentation des coûts de soins, nécessitant que la communauté négocie des tarifs abordables. Les flèches devraient montrer cet échange entre l'offre et la demande. Il existe également une relation à matérialiser entre la gouvernance et l'offre.

Le modèle opérationnel est justifié (CJ 3.7.).

Le choix des stratégies d'interventions et des modes opérationnels est justifié dans la théorie de changement et le document de programme.

La stratégie globale du programme est alignée sur la pyramide sanitaire et chaque OSC agit à un niveau prédéfini qui est justifié. Concrètement le modèle opérationnel débute avec la signature d'une convention de collaboration ou de partenariat, puis de la co-rédaction d'un projet d'appui au développement de la zone sanitaire. Le programme s'aligne aux PAO des différents partenaires pour être complémentaires et éviter les chevauchements et les duplications.

La CDEB intervient via son partenaire CHIRPA qui est responsable de la mise en œuvre des activités qui consistent principalement en deux missions annuelles, réalisées par des chirurgiens internationaux, de renforcement des compétences de leurs homologues congolais.

MSV collabore directement avec les hôpitaux. Memisa collabore notamment avec ADE au Sud Kivu.

Mise à part pour le volet concernant l'offre, il n'existe pas de consensus évident entre les partenaires de mise en œuvre sur les éléments clés de la théorie de changement (CJ 3.8.).

Les évaluateurs ont constaté que les partenaires (niveau central...) du programme connaissent la TdC du programme commun de manière théorique et empirique.

L'équipe croisée à Kinshasa – Kongo Centrale a même décidé d'occulter cette question qui semblait incompréhensible pour les acteurs rencontrés. Visiblement ils connaissent le programme H4A, mais sans savoir quels sont les changements auxquels on s'attend et comment on va y arriver. Un prestataire parmi ceux interviewés a dit : « *mon souci est que les malades trouvent les services qu'ils cherchent, il ne faut pas me demander plus que cela* ». Cela peut ne pas empêcher l'atteinte des résultats ou des objectifs du programme, mais il sera difficile de capitaliser et pérenniser les acquis si les acteurs ne savent pas pourquoi et comment les changements sont arrivés.

De plus au Sud Kivu, l'équipe croisée a constaté que les responsables de mise en œuvre n'ont pas tous la même compréhension sur les éléments clés de cette théorie. C'est le cas du volet concernant la gestion des connaissances pour lequel les équipes ne savent donc pas comment opérationnaliser ce volet. Par exemple les responsables ADE/Memisa, estiment que les actions menées au niveau communautaire ne sont pas reprises dans la gestion de connaissances alors que cela est bien repris dans la TdC selon la compréhension des évaluateurs.

Dans la province de Kikwit, l'équipe du BAT et les autres acteurs rencontrés par les évaluateurs (DPS, CDR, BDOM, ZS, HGR, CDS), ont pu citer les éléments suivants comme étant les éléments clés de la TdC : les infrastructures de base, les équipements et médicaments, les formations/renforcement de capacité, l'hygiène, la sensibilisation pour que la communauté

utilise les services. Il apparaît donc que les notions de gouvernance et de gestion des connaissances sont moins prises en compte par les principaux acteurs du programme.

De même il a été noté à Kinshasa – Kongo Central que pour les piliers gouvernance et gestion des connaissances, les acteurs ne voient pas réellement ce qu'ils peuvent faire, d'autant que ces piliers ne sont pas financés.

Il semble qu'il y a une difficulté pour les équipes de s'approprier les éléments de la TdC autres que ceux de leur sphère d'intervention directe. Le volet offre est le mieux maîtrisé par l'ensemble des acteurs.

Des éléments pertinents de contexte sont pris en compte au niveau de la conception du programme et de son montage opérationnel ; toutefois, l'analyse de risques mériterait d'être actualisée (CJ 3.9.).

A titre d'illustration, dans la province du Kwilu, les partenaires rencontrés ont mentionné que Memisa s'adaptait au contexte en prenant en compte les besoins des différents acteurs de la province. Les éléments suivants ont été mentionnés comme des preuves de prise en compte de ce contexte changeant :

- CDR est présente à tous les ateliers nationaux de Memisa, ce qui permet une prise en compte de ses besoins. Memisa a par exemple fourni les médicaments des formations sanitaires dans lesquelles la Banque Mondiale n'intervenait pas.
- DPS : Memisa appuie la gouvernance à travers la revue trimestrielle, le comité de pilotage et la supervision conjointe. Pour le volet offre, Memisa appuie la digitalisation, la logistique avec l'informatisation, l'achat des médicaments, la formation du personnel et l'achat de matériel. La demande est soutenue avec les motos-ambulances pour la référence, le paiement des soins des indigents et la tarification forfaitaire. Pour le partage des connaissances, il y a le partenariat hôpital pour hôpital et le partage des connaissances et des leçons apprises lors des ateliers.
- CDS Kimbimbi : bonne prise en compte des problèmes (i) de distance et de routes avec l'achat de moto-ambulance, (ii) d'absence de connexion et réseau téléphonique avec l'installation d'un VSAT (connexion internet satellitaire), (iii) d'indigence en appuyant la prise en charge de ceux qui ne peuvent pas financer leurs soins ; mais aussi des interventions de nouveaux acteurs, par exemple le PMNS a donné des MEG aux CDS appuyés par Memisa, Gavi a fourni des frigos pour conserver les vaccins et Memisa achemine ces vaccins de la ZS jusqu'aux frigos.

Toutefois, les ZS du Kwilu ont indiqué qu'il était difficile pour eux d'établir leur PAO, car outre Memisa, les autres PTFs ne communiquent ni leurs planifications, ni budgets lors des réunions communes des PTFs (auxquelles Memisa participe)

Selon les entretiens réalisés avec l'ECZ de Kingandu et de Yasa Bonga, les HGR et CDS du Kwilu, un élément de contexte primordial est cependant occulté: le non-paiement (ou faible paiement) des agents de santé (prestataires, agents de la ZS) or ce sont eux qui doivent délivrer les soins de qualité visés par le programme. La ZS Yasa Bonga a également exprimé sa difficulté à préfinancer les frais de fonctionnement et à obtenir un remboursement par la suite. Antérieurement ils recevaient les fonds de manière anticipée et devaient ensuite justifier les frais. Cette stratégie avait été abandonnée par le BAT, car la mise à disposition des preuves de dépenses était trop tardive.

Une autre limite a été mise en évidence à Kinshasa – Kongo Central par un partenaire de mise en œuvre. Il a mentionné le manque d'adaptabilité du programme lors de situation d'urgence, telle que l'épidémie Monkey Pox pour laquelle le budget a manqué.

L'analyse des risques réalisée au moment de la formulation était conforme au contexte, mais nécessite d'être adaptée à l'évolution de la situation du pays.

L'équipe d'évaluation du Sud Kivu a pris le temps de parcourir avec les équipes de MSV et ADE/Memisa le plan d'analyse des risques et voici les éléments de modification qui ont été proposés :

- Reformulation du traitement du risque instabilité politique et contexte pré et post électoral => appui à l'élaboration du plan de contingence et appuyer sa MEO : ce plan de contingence n'existant pas pour le moment et de même que les OSC ne disposent pas de fonds spécifiquement alloués pour appuyer la MEO.
- Risque sur le contexte sécuritaire fragile à l'est de la RDC à la suite des multiples groupes armés : ajouter la guerre du Nord-Kivu qui a des effets directs dans les provinces appuyées du Sud-Kivu (déplacement des populations). Augmenter ce risque à 4.
- Risque de perturbation majeur de l'état de santé de la population : ajouter Mpox. Pas de modification de la probabilité.
- Risque EPP en nombre insuffisant pour superviser les ECZ : réduire la probabilité à 1, car le processus d'intégration est en cours.
- Risque du réseau MSV/CDEB n'adhère pas à l'approche santé publique : MSV a précisé que ce niveau de probabilité diminue de 2 à 1, car elle estime que cette approche permet de répondre efficacement aux problèmes de santé.

Les évaluateurs n'ont pas constaté d'aporie, cependant des synergies entre les OSC manquent, notamment au niveau géographique (CJ 3.10.).

Les synergies sont bien dessinées sur papier dans la TdC. Chaque organisation a un niveau de mise en œuvre bien défini et complémentaire des autres. MEMISA au niveau communautaire, CDS et hôpitaux de référence ; MSV dans les hôpitaux de référence et CDEB dans les hôpitaux tertiaires (spécialités). Cependant dans l'opérationnalisation, ces synergies ne sont pas toujours claires.

Au Sud Kivu, les ateliers participatifs avec les gestionnaires du programme ont montré que les deux OSC interviennent dans l'ensemble des éléments clés de la théorie de changement, mais ne se retrouvent pas dans une même zone d'intervention. La complémentarité observée dans la TdC n'apparaît donc pas sur le terrain, faute de convergence géographique. Ce manque de cohérence et de synergie dans une même zone d'intervention est décrié non seulement par les acteurs de mise en œuvre, mais également par les structures appuyées, où l'offre et la demande ne se complètent pas suffisamment. Cela s'illustre par exemple avec les activités de santé mentale. Les évaluateurs ont ressenti un écart important entre les activités communautaires de santé mentale et les activités cliniques de SOSAME.

A Kinshasa et au Kongo Central les formations sanitaires appuyées ne sont pas non plus dans la même zone de santé ce qui limite les synergies et la continuité des soins. Les évaluateurs s'interrogent sur le parcours du patient, par exemple si un médecin consulte un enfant avec une probable cardiopathie à Gombe Matadi, comment il parviendra aux hôpitaux universitaires de Kinshasa et à la Clinique Ngaliema pour bénéficier de l'appui de CDEB. D'autres asymétries se voient dans la coordination des interventions entre les organisations, que ça soit sur papier ou dans la pratique sur terrain. Enfin, dans un même hôpital, on peut retrouver des équipements donnés par MEMISA et d'autres par MSV, preuve d'une forme de synergie. Cependant ni l'hôpital ni les organisations n'ont pu expliquer aux évaluateurs comment ces synergies fonctionnaient réellement. Il manque de clarification sur la répartition des tâches/achats entre les OSC actives dans une même formation sanitaire.

Au Kwilu, où seul Memisa intervient, les trois partenaires de mise en œuvre interrogés séparément (BDOM, CDR, DPS) ont indiqué que la synergie est très bonne. Cela se matérialise par des missions conjointes qui sont jugées très profitables, mais aussi des complémentarités de financement avec d'autres PTFs permettant de combler les besoins.

3.5 QE 4.1. Analyse de la fidélité d'implantation

Cette cinquième question évaluative était formulée comme suit : *QE 4.1 A ce stade, la mise en œuvre du programme #Health4All est-elle conforme à la planification ?*

A mi-parcours, la mise en œuvre du programme est globalement conforme à la planification.

Les principales activités exécutées à ce stade s'inscrivent dans les quatre axes du programme, mais peu d'activités ont été réalisées au niveau de la gestion des connaissances et de l'apprentissage communs.

Plusieurs des activités mises en œuvre sont spécifiquement liées au genre et à l'environnement, mais il manque une réelle intégration de ces deux dimensions dans le programme. De plus ces thématiques ne sont pas comprises par tous les acteurs de la même manière.

Il n'y a pas eu d'écarts significatifs observés entre les moyens et ressources financières prévues initialement et ceux mis en place, quelques points d'amélioration restent possibles quant à la qualité des investissements en matériel et à la formation des utilisateurs de certains types d'investissements.

La plupart des activités planifiées par les trois OSC sont exécutées selon le planning, les quelques écarts entre les activités prévues et réalisées semblent sous contrôle. Cependant à Kinshasa/Kongo Central les hôpitaux ne sont pas informés sur les activités planifiées et donc pas en mesure de juger de la bonne exécution du programme. Les retards pourraient être atténués par une participation effective de toutes les parties prenantes, une communication et une redevabilité ascendante et descendante.

Les taux d'exécution financière sont difficiles à calculer pour l'ensemble du pays car les OSC n'ont pas uniformisé leurs modes de calcul. La situation de consommation budgétaire semble sous contrôle pour Memisa. MSV et CDEB doivent rester vigilantes.

Les éléments probants qui nous permettent d'étayer ce jugement sont les suivants.

Les principales activités exécutées à ce stade s'inscrivent dans les quatre axes du programme, mais peu d'activités ont été réalisées au niveau de la gestion des connaissances et de l'apprentissage communs (CJ 4.1.1.).

Au Sud Kivu :

- Au niveau de l'offre : Pour ADE/Memisa, les constructions du CDS Itara et du CDS Cibumbiro et les réhabilitations des sources d'eau, la fourniture d'équipements et MEG, les formations des prestataires de soins, RECO etc. et également les coachings et supervisions en partenariat avec le BCZ. Pour MSV, l'évaluation de la qualité satisfaisante des HGR Walungu et Nyangezi, les réhabilitations des services spécialisés, la fourniture d'équipement et MEG, les renforcements des capacités du personnel hospitalier, coaching, stages et supervisions ainsi que la maintenance des équipements.
- Au niveau de la demande : Pour ADE/Memisa, les sensibilisations des ménages dans les CPN et CPS et l'organisation des émissions de sensibilisation via les radios locales. Pour MSV, les activités exécutées au regard de la demande sont effectuées de manière indirecte aux bénéficiaires. Par exemple, MSV organise les ateliers avec la société savante des pédiatres

du Sud-Kivu qui permettront d'améliorer la qualité des soins pédiatriques et ainsi favoriser la demande de ces soins.

- Au niveau de la gouvernance : Pour ADE/Memisa , appui aux supervisions de la nutritionniste de l'ECZ et des CDS, appui aux RECO et aux CPPS. Pour MSV, appui aux supervisions formatives des EPP de la DPS et appui aux réunions d'évaluation du TRC avec le HGR.
- Au niveau de la gestion des connaissances : Pour ADE/Memisa, enquête client mystère pour évaluer la qualité de l'offre de soins pour les services liés à la santé sexuelle (activité non planifiée initialement). Pour MSV, l'organisation des colloques sur les urgences pédiatriques et l'enquête de la qualité des supervisions. Cette enquête a évalué les connaissance, attitude et pratique des superviseurs. Les résultats ont été partagés durant un atelier qui a débouché sur l'activité 3C+ (concertation, cadre et coordination).

Au Kwilu :

- Au niveau de l'offre : Achat de MEG, constructions/aménagements et réhabilitations (réhabilitations : laboratoire de l'HGR, maternité, bureau de l'infirmier titulaire de Kimbimbi et la salle d'attente ; constructions : latrines, salle d'opération dans la maternité de l'HGR, zones à déchets, CDS, adduction d'eau courante avec filtrage). Au cours des travaux de construction, la communauté apporte de l'eau et du sable pour accompagner le chantier. Il y a également un appui pour : la digitalisation et l'informatisation des données (notamment achat d'ordinateurs aux ZS, kit de connexion internet/VSAT), le renforcement de capacité du personnel (SONU, pratiques obstétricales essentielles, management en soins de santé primaires, gestion des médicaments, entreposage et distribution, recyclage de techniciens de laboratoires sur les manipulations d'appareil d'hémoglobine glyquée, formation sur la nutrition à base communautaire, formations en ordinogramme, formation en PCI (prévention contre les infections)), la dotation en matériels (matelas, lits, pèse-bébés, kits de nettoyage, boîtes d'intervention chirurgicale, véhicule, tank, tables d'accouchements, tables d'opération) et les audits de qualité des médicaments.



Appui en infrastructure CDS Kimbimbi (bureau IT et salle d'attente) - HGR Kingandu (zone à déchets)
Novembre 2024

- Au niveau de la demande : appui aux indigents (1000\$/an, remboursement en fin de trimestre par Memisa : mécanisme copié par la Banque mondiale), système de moto-ambulances,

tarification forfaitaire négociée avec la communauté par les organes de gestion communautaire, sensibilisations au cours des consultations prénatales (utilité des CPN, échographie...), sensibilisation de la communauté (planification familiale, prévention des infections, malnutrition et hygiène dans la communauté), appui aux activités génératrices de revenus.



Appui en infrastructure et moto-ambulances HGR Kingandu (Novembre 2024)

- Au niveau de la gouvernance : Appui aux supervisions de la DPS, appui à la tenue de revues et comité pilotage provincial, missions d'accompagnement conjointes, appui aux frais de fonctionnement du BCZ chaque trimestre (750\$), appui à l'organisation des réunions de comité d'administration des ZS du T1 et T4 (500\$ au T1 pour la validation du PAO, et 500\$ au T4 pour l'évaluation PAO), achat de 2 motos de supervision pour le BCZ, réparation du système photovoltaïque du BCZ.
- Au niveau de la gestion des connaissances : Ateliers de partage d'expérience, partage de documents au sein de Memisa, articles sur le site de Memisa.

A Kinshasa – Kongo Central :

Les activités sont concentrées sur le volet offre.

- Au niveau de l'offre : Les principales activités exécutées concernent : la réhabilitation, l'équipement, les formations thématiques (dans les salles), les formations in situ (missions classiques de MSV dans les FOSA), l'appui en médicaments et consommables et l'élaboration des outils de gestion, des outils techniques et/ou des bonnes pratiques.
 - Clinique Ngaliema – CHIRPA : installation du centre (entraînant l'amélioration des autres services en termes d'hygiène hospitalière), stage en Afrique du Sud des prestataires, mise en place de normes d'utilisation du centre de chirurgie pédiatrique, communication sur l'existence du centre, plaidoyer au niveau de la présidence de la république, participation à une réunion d'évaluation en Belgique
 - Hôpital Saint-Joseph :

- MSV : renforcement compétence des chefs de service néonatalogie sur l'organisation et la gestion du service, encadrement prestataires en hygiène hospitalière, dotation en matériels et médicaments, formation de l'équipe ORL pour les chirurgies du goitre
- Memisa : équipements (2 analyseurs hémogrammes, 1 appareil de déionisation, 1 frigo), réactifs et consommables pour le laboratoire
- CDEB : Plateforme Hospitalière
 - Hôpital Kalembe Lembe – MSV : formations et interventions chirurgicales (COVID19, prise en charge hypo et épispadias, malformations anorectales hautes et basses, neurochirurgie, malformations congénitales de nouveau-nés), dotation en équipement (lampe scialytique mobile, pousse-seringue électrique, appareil d'anesthésie, instruments de chirurgie)
 - Hôpital de Gombe Matadi – MSV : 2 missions de formation en néonatalogie, développement de protocoles affichés à l'hôpital (gynéco-obstétrique, chirurgie de base, hygiène hospitalière)
 - Hôpital de Kimpese – MSV : réhabilitation salle des urgences et néonatalogie, dotation en équipements (2 blocs opératoires, médicaments et consommables pour soins intensifs, urgences et néonatalogie), formation leadership, missions en soins d'urgences, en néonatalogie et sur la prévention et contrôle des infections
- Au niveau de la demande : Il n'y a pas des activités spécifiques recensées qui contribuent à la demande de soins. Néanmoins, l'offre de soins influence indirectement la demande.
- Au niveau de la gouvernance : d'après le directeur de KIMPESE, les directeurs des hôpitaux partenaires de MSV ont eu une formation sur la gouvernance et le leadership.
- Au niveau de la gestion des connaissances : Aucune activité recensée.

Plusieurs des activités mises en œuvre sont spécifiquement liées au genre et à l'environnement, mais il manque une réelle intégration de ces deux dimensions dans le programme. De plus ces thématiques ne sont pas comprises par tous les acteurs de la même manière (CJ 4.1.2.).

Il apparaît que la compréhension de ces deux thématiques transversales n'est pas claire ni au Kivu, ni à Kinshasa et au Kongo Central, et surtout n'est pas la même entre les OSC belges et les formations sanitaires. L'équipe d'évaluateurs à Kinshasa – Kongo central l'a constaté à plusieurs reprises pendant des entretiens, tant avec des hôpitaux partenaires qu'avec des organisations de mise en œuvre. Concernant le genre, selon les personnes interviewées, il y a souvent une incompréhension entre siège et terrain qui ne parlent pas forcément des mêmes concepts. Il y a notamment des résistances mentionnées quand les OSC parlent de droits sexuels et reproductifs. Beaucoup d'acteurs locaux se plaignent d'une vision occidentale qui est imposée – malgré des sessions organisées par des acteurs congolais (Si Jeunesse Savait). Pour l'aspect de l'environnement, par exemple, les hôpitaux préfèrent souvent un générateur à des panneaux solaires.

Concernant la dimension genre, elle se décline différemment entre les provinces.

Memisa et MSV y accordent une attention particulière au Sud Kivu, mais uniquement au niveau de la représentation des femmes lors des renforcements de compétences ou dans les instances de prise de décision.

Par exemple au Sud Kivu en 2023, sur les 60 experts volontaires MSV, 15 étaient des femmes et près de la moitié des prestataires formés par MSV étaient également des femmes (223/476 agents). De plus, le médecin directeur de l'HGR de Nyantende a mentionné que les femmes représentent 36,5% du personnel de l'hôpital.

Toujours au Sud Kivu, ADE/Memisa s'engage à assurer une représentation équilibrée des

femmes et des hommes dans toutes les sphères d'intervention, en mettant en place des cadres de concertation permanents pour la santé où une participation minimale de 35% de femmes est garantie, occupant également des postes clés, tels que comptable ou caissière pour favoriser leur implication dans les processus décisionnels (confirmé lors de la visite du CDS Cibumbiro où sur 15 membres CPPS/IT 6 sont des femmes). Par exemple, dans les projets d'aménagement des sources d'eau et la construction du centre de santé, les deux sexes sont activement impliqués, avec une attention particulière portée aux femmes en raison de leur rôle crucial dans les tâches domestiques et l'accès à l'eau. Les femmes ont initié le projet d'amélioration des conditions de la maternité en participant à l'attribution des lits pour garantir un meilleur accueil des nouveau-nés. Leur participation est également importante dans des situations d'urgence humanitaire, comme lors de l'intervention à Kalehe, où elles ont défini les produits de soins et d'hygiène essentiels pour prévenir les maladies génito-urinaires.

Au Kwilu, outre la prise en compte du genre dans les participants aux formations, Memisa s'investit dans la prise en compte des besoins spécifiques des femmes : séparation des toilettes hommes/femmes, sensibilisation des hommes et des femmes sur les thématiques liées à la santé sexuelle et reproductive (PF, CPN, infections sexuellement transmissibles...), mais aussi formation SONU et réhabilitation de la maternité comprenant un bloc opératoire (intégré dans le PADZS du CDS Kimbimbi). L'HGR de Yasa Bonga a également réduit le tarif des échographies à 6500 FC afin de les rendre plus accessibles pour les femmes enceintes.

Pour Kinshasa et le Kongo Central, il n'existe aucune activité spécifiquement liée au genre. Cependant, dans la majorité des hôpitaux visités, les évaluateurs ont pu noter que les femmes étaient suffisamment représentées et les toilettes étaient souvent séparées (homme-femme). Aucune ligne budgétaire allouée au genre n'existe, ce qui explique peut-être le non-investissement dans cette dimension.



Appui en infrastructure: toilettes des malades HGR Kingandu Novembre 2024

Pour l'environnement, l'hygiène hospitalière (gestion des déchets hospitaliers) est l'unique activité commune aux trois OSC dans l'ensemble des provinces évaluées.

D'autres activités sont néanmoins visibles au Sud Kivu concernant le matériel, avec la maintenance biomédicale, permettant d'augmenter la durabilité du matériel, l'encouragement du recrutement de technicien de maintenance, ou encore le fait de privilégier les achats locaux. Au niveau des bâtiments des formations sanitaires, les évaluateurs ont pu constater des actions ayant directement un impact environnemental (visites HGR de Nyantende, CDS Cibumbiro...) : installation de centrales photovoltaïques (Walungu, Centre SOSAME), réhabilitation de sources d'eau dans quatre aires de santé, utilisation de l'énergie solaire à la place de groupes électrogènes lors de nouvelles constructions (CDS Itara), réservoirs d'eau de pluie pour éviter l'érosion autour des bâtiments, assainissement des CDS respectant les normes d'hygiène et de gestion des déchets.

Au Kwilu, le volet environnement est focalisé sur la gestion des déchets (fosse à placenta intégrée dans la zone de déchets, incinérateur, broyeur de verreries). Pour faciliter cette gestion, Memisa a mis à la disposition de ces partenaires du matériel d'entretien (pelles, brouettes, botte ...).

À Kinshasa et au Kongo Central, il n'y a pas d'activités spécifiques, si ce n'est l'hygiène hospitalière.

Enfin, le programme a également adopté une politique de réduction de son empreinte carbone par l'utilisation de l'expertise locale permettant la compensation du CO2 de tous les vols internationaux



Appui en infrastructure: incinérateurs de déchets biomédicaux et à flacons- forage d'eau HGR Kingandu (Novembre 2024)

L'équipe d'évaluation croisée estime toutefois que le programme #Health4All présente des limites dans ses approches genre et environnement. Il semble manquer une intégration

transversale des deux thématiques lors des planifications annuelles des activités, le programme se limitant à cibler un certain nombre d'activités libellées « genre » ou « environnement » a posteriori, au moment du calcul des scores de performance, sans pour autant faire une véritable analyse des inégalités de genre ni de l'impact environnemental des actions menées.

Il n'y a pas eu d'écarts significatifs observés entre les moyens et ressources financières prévues initialement et ceux mis en place, quelques points d'amélioration restent possibles quant à la qualité des investissements en matériel et à la formation des utilisateurs de certains types d'investissements (CJ 4.1.3.).

Selon les différents entretiens réalisés au Kwilu (CDS Kimbimbi, ZS Kingandu, BAT Kikwit, CDR, BDOM, DPS), il n'y a pas d'écart observé important au niveau des moyens/ressources mis à disposition par Memisa. Les partenaires de terrain ont indiqué que l'OSC communique bien à l'avance les ressources dédiées aux différentes activités et paie dans les temps. Cependant un retard a été observé en 2022, causant la non-réalisation de certaines activités, lié au changement de personnel au siège Memisa (changement de RR). Il y a par contre quelques soucis concernant la qualité de certains achats (lits, pinces, etc.). L'équipe d'évaluation a pu observer par elle-même la très mauvaise qualité des lits reçus à peine quelques semaines auparavant (3 semaines).

Il est également important de noter que la construction de zones de destruction des déchets n'a pas été accompagnée de formation pour leur utilisation, leur maintenance ou même l'hygiène hospitalière de manière générale. À l'inverse, les prestataires de l'HGR Yasa Bonga ont été formés à la prise en charge de la malnutrition, mais ils ne disposent pas d'intrants, donc ne peuvent pas mettre en pratique leurs compétences.

Au Sud Kivu deux constats de terrain indiquent un risque accru d'investissement non prévu. Au niveau du CDS Cibumbiro, l'équipe d'évaluation a constaté que le centre de santé est érigé sous une pente raide, présentant un risque d'éboulement en saison des pluies. Lors de la visite de l'HGR Nyangezi, le MDH a signalé que les batteries des panneaux solaires de l'HGR ne fournissent plus assez d'énergie. MSV a proposé de changer totalement le circuit des installations pour y remédier ce qui va impacter le budget.

Il est intéressant de noter que les formations sanitaires développent des stratégies de pérennisation de certaines interventions. Au Kwilu, pour faciliter la gestion des motos-ambulances mises à disposition par Memisa, une caisse a été créée par un comité de gestion. Cette caisse est alimentée par les patients et par les formations sanitaires. Le patient participe à hauteur de 2.000 FC pour son déplacement et les formations sanitaires versent à la caisse un montant de 500 FC par consultation, soit environ 20.000 FC mensuellement. Ils ont cependant besoin d'un renforcement de compétences pour la bonne gestion financière. Cependant la maintenance des moto-ambulances pose problème suite au départ des personnes formées. De plus le nombre de motos ne permet pas de couvrir tous les axes à Yasa Bonga.

D'après l'entretien avec l'ECZ Yasa Bonga, dans un contexte national de détournements de fonds au niveau du pays, Memisa vient avec beaucoup de transparence dans sa gestion, sans passer par certaines personnes qui ont des intérêts dans le système habituel et qui ne touchent pas d'argent via Memisa. Cela dérange certaines personnes, mais est jugé très positif par l'ECZ.

En matière de construction, les acteurs sont satisfaits des résultats des entreprises de Kinshasa, mais mettent en doute les entreprises locales et provinciales. Ils ont indiqué que les CDS construits avec des ingénieurs locaux sont médiocres, ces entreprises faisant passer au premier plan leurs intérêts personnels et pas la qualité. Ces problèmes ne surviennent pas durant les constructions appuyées par Memisa.

À Kinshasa et au Kongo Central, les évaluateurs n'ont pas non plus objectivé d'écarts importants concernant la mise à disposition des moyens/ressources. L'exécution du programme est facilitée par la planification annuelle au niveau des OSC et par activité au niveau des hôpitaux. Quelques écarts ont néanmoins été signalés :

- Hôpital Saint-Joseph : le frigo acheté par MEMISA est plus petit que celui convenu
- Hôpital Kimpese : initialement manque de consommables et de médicaments envoyés pour accompagner les missions des experts-volontaires de MSV. Le problème a été corrigé.

Les évaluateurs ont identifié que, de façon générale, les hôpitaux ne connaissent pas les moyens/ressources prévus dans le cadre de ce programme, ce qui pose un problème de redevabilité descendante.

La plupart des activités planifiées par les trois OSC sont exécutées selon le planning, les quelques écarts entre les activités prévues et réalisées semblent sous contrôle. Cependant à Kinshasa/Kongo Central les hôpitaux ne sont pas informés sur les activités planifiées et donc pas en mesure de juger de la bonne exécution du programme (CJ 4.1.4.).

Au Sud Kivu, les activités planifiées se déroulent tel que prévu. Un petit bémol concernant ADE/Memisa, dont la construction d'un CDS a pris du retard lors de la première année de mise en œuvre (perte de temps pour s'adapter aux standards nationaux de construction). Concernant MSV, la mobilité du personnel dans les HGR nécessite de renouveler les formations déjà réalisées, ce qui constitue un risque important pour l'atteinte des résultats.

Selon les différents entretiens réalisés au Kwilu (CDS Kimbimbi, ZS Kingandu, BAT Kikwit, CDR, BDOM, DPS), il n'y a pas d'écart observé au niveau de la réalisation des activités, si ce n'est des retards dans les constructions (liés aux entreprises qui n'ont pas bien estimé les délais). Il y a également un problème concernant le forage du CDS Matamba qui s'est tari faute d'avoir atteint la nappe aquifère. Le problème est cependant en train de se résoudre via le recrutement par le BAT d'une nouvelle entreprise.

Pour Kinshasa et le Kongo Central, il est difficile pour les évaluateurs d'avoir un avis tranché, car tel qu'indiqué au point précédent, les hôpitaux partenaires ne savent pas quelles sont les activités qui seront exécutées tout au long du programme.

Les hôpitaux visités ont tout de même pu mentionner quelques écarts :

- La digitalisation de l'hôpital de Gombe Matadi qui n'a jamais débuté alors qu'il était parmi les deux domaines du TRC. Actuellement l'hôpital souhaite que les fonds prévus soient réalloués à la maternité (SONU).
- L'hôpital Saint-Joseph mentionne des retards dans l'achat de certains équipements, mais aussi dans la réhabilitation du laboratoire et de la radiologie, l'appareil d'hémogramme pas encore reçu, le manque de réactifs pour l'automate de biochimie (matériel à l'arrêt et pour lequel la formation a été insuffisante) (Memisa). Un laryngoscope est également attendu de MSV.

Lors de la visite il a également été souligné l'importance d'impliquer toutes les parties prenantes à tous les niveaux (Ex : les techniciens de laboratoires devraient participer dans l'achat des intrants, réactifs et équipements, les chefs de service devraient être impliqués dans le choix des prestataires à former).

L'hôpital de Kalembe Lembe a quant à lui signalé que les difficultés antérieures d'organisation des missions d'experts volontaires ont été corrigées.

Les taux d'exécution financière sont difficiles à calculer pour l'ensemble du pays car les OSC n'ont pas uniformisé leurs modes de calcul. La situation de consommation budgétaire semble sous contrôle pour Memisa. MSV et CDEB doivent rester vigilantes (CJ 4.1.5.).

Il a été très difficile pour les évaluateurs d'avoir des taux d'exécution facilement accessibles et interprétables. Pour MSV, les taux sont disponibles par région mais pas pour le pays et pour Memisa c'est l'inverse.

		Taux d'exécution budgétaire		
		2022	2023	1 ^{er} semestre 2024
Memisa	Sud Kivu	53% ^a	97%	74%
	Kwilu	58,73%	83,69%	81,60%
	Kin & KC	ND	ND	ND
MSV	Sud Kivu	119% ^b	76%	56%
	Kin & KC	ND	107%	48%
CDEB	Kin & KC	123%	82,70%	36%

^a Report de la construction du CDS Itara à 2023

^b Achat d'équipements pour le service chirurgie HGR Nyangezi non prévu initialement
ND : information non récoltée par l'équipe croisée

Pour Memisa, le taux d'exécution budgétaire pour la RDC est de 62.43% après 3 années sur 5 ce qui semble acceptable aux évaluateurs. Ils ont cependant constaté qu'il restait indispensable de bien ajuster les budgets par province afin de ne pas risquer de créer des déséquilibres. Il reste donc difficile pour les provinces de planifier de manière exacte toutes les activités par année, sans connaître à l'avance les budgets disponibles. Par exemple en 2025, certaines provinces ont dû réduire leur budget initialement prévu.

Le budget MSV ayant été dépassé au Sud Kivu, des stratégies de management ont été développées afin de combler ses dépassements.

L'équipe d'évaluation du Sud Kivu a constaté que, pour Memisa, les taux d'exécution sont disponibles annuellement, mais il n'y a pas de vision sur le budget total du programme.

En 2022 et 2023, MSV a fortement dépassé le budget prévu initialement, notamment pour le renforcement des capacités auprès des différents hôpitaux partenaires à Kinshasa et dans le Kongo-Central et surtout pour la partie 'investissements', ce qui aura un impact considérable sur les activités dans les années suivantes.

Les équipes hôtes ont mentionné que le taux de change et l'utilisation de deux devises (\$-Euros) qui évoluent d'année en année peuvent impacter les budgets.

Les coûts des principales activités des deux OSC sont repris ci-dessous (CJ 4.1.6.).

Coûts des principales dépenses au Sud Kivu :

Pour ADE/MEMISA :

- Construction des CDS : 132 764 \$
- Réhabilitation source d'eau : 22 000 \$
- Approvisionnement MEG : 56 000\$

Pour MSV :

- Appui en renforcement capacité : 370 342,65 €
- Achat matériel /équipement : 204 995,02 €

Coûts des principales dépenses au Kwilu :

- Construction des CDS : 233.100 \$
- Réhabilitations : 72.000 \$
- Approvisionnement en MEG : 39.000 \$
- Achat de véhicule (ZS Kingandu) : 50.000 \$
- Formations : 5.400 \$

3.6 QE 4.2. Analyse d'implantation

Cette sixième question évaluative était formulée comme suit : *QE 4.2 A ce stade, le programme #Health4All produit-il les résultats attendus et quels en sont les principaux ressorts ?*

Au terme de cette évaluation intermédiaire, nous constatons qu'à mi-parcours, le programme produit les résultats attendus. Il n'a pas dû apporter de modification majeure dans sa conception et sa structure opérationnelle pour s'adapter au contexte. Mis à part pour CDEB, les évaluateurs n'ont pas constaté de variations particulières dans le degré de mise en œuvre selon les zones d'intervention. Les principaux outputs (biens et services) et changements (effets) produits à ce stade de la mise en œuvre du programme s'inscrivent dans les quatre axes du programme, cependant la gestion des connaissances est encore peu développée.

Les données financières partagées avec les évaluateurs ne permettent pas toujours de calculer le coût unitaire des principaux biens et services produits (manque d'harmonisation entre OSC/provinces rend les calculs difficiles). Il n'y a pas d'outils de gestion développés dans le cadre du programme. Il a par contre des bonnes pratiques qui ont le potentiel d'être capitalisées et transférées vers d'autres partenaires et/ou d'autres contextes. Certaines de ses pratiques sont déjà répliquées (modalités de supervision, prise en charge des indigents...).

Plusieurs acteurs stratégiques ont émergé en cours de mise en œuvre, comme jouant un rôle central au regard des objectifs du programme ; des collaborations ont été développées ou sont en cours de l'être afin de renforcer les impacts du programme (partenaires techniques pour la maintenance d'équipement par exemple ou partenaires financiers).

Les perceptions des partenaires limitrophes sur les différents volets du programme sont très positives.

Plusieurs interventions clés ont été identifiées pour faire l'objet de l'évaluation finale et plusieurs bonnes pratiques comme susceptibles d'être transférées dans les contextes des équipes d'évaluation croisée. C'est le cas par exemple de l'approche client mystère ou du recours à des équipes mixtes d'expert-volontaires (international-local).

Les éléments probants qui nous permettent d'étayer ce jugement sont les suivants.

Le programme n'a pas dû apporter de modification majeure dans sa conception et sa structure opérationnelle pour s'adapter au contexte (CJ 4.2.1.).

Les quelques adaptations mentionnées par les OSC sont reprises ci-dessous.

Au Sud Kivu, MSV a continué de travailler avec les expert-volontaires locaux en combinaison avec les experts-volontaires européens suite à la COVID-19, constituant ainsi des équipes mixtes d'experts volontaires. Pour ADE/Memisa, deux nouvelles aires de santé ont été ajoutées (20 AS au lieu de 18) ce qui a conduit, à budget constant, à réorganiser la répartition des médicaments pour tenir compte des besoins prioritaires de chaque AS. De plus, une activité non planifiée a été menée suite aux fortes pluies et à l'urgence de glissement de terre dans un village (installation de 105 abris d'urgence et la distribution 100 kits-hygiène).

Au Kwilu, l'arrivée de la Banque Mondiale et du projet PMNS a nécessité, de la part de Memisa, de rediriger son approvisionnement en MEG vers les six structures non appuyées par la Banque Mondiale, même si elles n'étaient pas dans leur champ d'intervention de départ. Comme indiqué par le BAT, ce type d'adaptation ne sort pas de la stratégie de Memisa, qui est justement d'avoir un budget annuel flexible permettant de s'adapter à tout moment au contexte.

Au niveau opérationnel à Kinshasa – Kongo Central, MSV a (re)-mis en place un bureau local, fonctionnant avec un personnel élargi, qui facilite les échanges avec les acteurs de terrain. Tout comme au Sud Kivu, il y a également un focus croissant sur les missions mixtes comprenant des experts-volontaires européens et africains.

Mis à part pour CDEB, les évaluateurs n'ont pas constaté de variations particulières dans le degré de mise en œuvre selon les zones d'intervention (CJ 4.2.2.).

En guise d'illustration, le BAT Kikwit a indiqué : « il n'y a pas de différences dans le degré de mise en œuvre entre les zones. Chaque zone est concernée de la même façon et il y a justement une recherche d'équilibre entre les trois zones et une attention portée à une égalité d'intervention sur les cinq années du programme. »

Concernant MSV, la collaboration sous forme d'un trajet de renforcement de capacités a pris fin avec deux hôpitaux partenaires (Kalembe Lembe et Saint-Joseph) durant ce programme. Leurs compétences ayant été jugées adaptées aux besoins, un soutien n'était plus nécessaire. L'hôpital Saint-Joseph regrette cette collaboration qui permettait une meilleure prise en charge, mais aussi comblait les besoins de remplacement en équipements. Certains prestataires de cet hôpital sont devenus experts-volontaires pour MSV.

Pour CDEB-CHIRPA le budget prévu initialement pour le programme n'a pas été accordé par la DGD, ce qui a eu un impact considérable sur leur planification.

Les principaux outputs (biens et services) et changements (effets) produits à ce stade de la mise en œuvre du programme s'inscrivent dans les quatre axes du programme, cependant la gestion des connaissances est encore peu développée (CJ 4.2.3.).

Au Sud Kivu :

Globalement, pour MSV et ADE/Memisa, les outputs principaux qui ont amélioré la qualité de soins sont les constructions et réhabilitations des infrastructures, les équipements et la provision de médicaments, les formations des prestataires et des RECO, l'appui aux supervisions et coaching avec l'ECZ et la supervision (BCZ, BAT du DPS).

Au Kwilu (entretiens CDS, HGR, ZS, CDR, BDOM et DPS) :

- Amélioration de l'offre: constructions de centres de santé et réhabilitations des infrastructures (maternité, salle de césarienne, médecine interne), adduction d'eau via trois forages, construction des zones à déchets, équipements (lits, matelas...), achat de médicaments, formations des prestataires (SONU, pratiques obstétricales essentielles, management en soins de santé primaires)
- Amélioration de l'accès aux soins de santé/la demande : appui aux indigents, soit 1000\$ par ZS et par an, fourniture de moto-ambulances.
- Amélioration de la gouvernance : appui aux supervisions conjointes (notamment supervision DPS-IPS-BDOM-MEMISA)

De manière très concrète pour la ZS de Yasa-Bonga, les évaluateurs ont pu noter les améliorations suivantes : (i) il n'y a plus de rupture en MEG, (ii) le CDS Matamba répond aux normes (électricité et eau via un forage) et a augmenté sa fréquentation (iii) la communauté du CDS Kiamfu ne doit plus parcourir 6km pour chercher de l'eau, (iv) le nouveau véhicule (2023) a

réduit les frais d'entretien qui sont consacrés à d'autres priorités, (v) la réhabilitation du laboratoire de l'HGR, la dotation en lits, la construction d'une zone de déchets permettent une meilleure prise en charge des patients, (vi) les références ont augmenté grâce aux moto-ambulances.

À Kinshasa et au Kongo Central :

- Pour MSV les principaux outputs sont : le renforcement des capacités des hôpitaux partenaires via le TRC sous forme de missions d'experts-volontaires (équipes souvent mixtes), les formations, les missions de suivi, d'autres formes d'apprentissage et de renforcement mutuel, les achats d'équipements et consommables et aussi sous forme de rénovation/réhabilitation pour certains partenaires. Des aspects de maintenance biomédicale et hygiène hospitalière reçoivent aussi de l'attention. Via la collaboration avec Pallia Familli, un focus sur le besoin en soins palliatifs est renforcé.
- Pour Memisa (budget DGD) : renforcement du laboratoire de l'hôpital St-Joseph (amélioration du plateau technique, provisions en réactifs en intrants et planification de la réhabilitation du bâtiment). Le HUB Santé, qui est coordonné par un employé de Memisa et soutenu par les autres OSC, organise des groupes de travail thématiques, ainsi que des rencontres avec les décideurs politiques congolais et avec l'ambassade belge.
- Pour CDEB-CHIRPA le principal output est le renforcement du centre de chirurgie pédiatrique au sein de la Clinique Ngaliema, notamment via le renforcement des capacités du staff par des missions d'experts internationaux, le soutien en équipements...

Un output partagé par le programme concernant la gestion des connaissances est le renforcement de la plateforme hospitalière qui réunit des hôpitaux de certaines provinces congolaises (pas uniquement les hôpitaux partenaires du programme). Cette plateforme stimule les hôpitaux à se renforcer mutuellement (activités, formations, microprojets...).

Les données financières disponibles ne permettent pas toujours de calculer le coût unitaire des principaux biens et services produits (CJ 4.2.4.).

Les coûts unitaires varient d'une province à l'autre et il n'y a pas d'uniformité dans les principaux biens et services produits au sein du programme. En effet les coûts fluctuent naturellement en fonction du nombre de personnes conviées à une formation, du type de réhabilitation envisagée...

Au Sud Kivu, MSV dispose d'un budget forfaitaire de 35 000 € (2023) pour chaque HGR appuyé. Il se répartit en deux volets d'une part, le renforcement de capacité, les médicaments et les consommables (30 000 €) et d'autre part les investissements (achat d'équipement ou réhabilitation : 5 000 €). Ce forfait a été réduit à 33 000 € en 2024.

Pour ADE/Memisa :

- réhabilitations des sources d'eau : coût unitaire = 2000 \$
- constructions de CDS : forfait unitaire = 76 000 \$
- équipement et matériel médical : forfait unitaire = 10 000 \$
- approvisionnement en MEG traceurs : forfait unitaire = 18 000 \$ en 2022 et 2023, puis 20 000 \$ en 2024.

Au Kivu les coûts unitaires durant l'année 2024 sont les suivants :

- forage : 25 000 \$
- réhabilitation du circuit d'adduction d'eau dans le service HGR : 14 000 \$
- constructions de CDS (y compris puits perdus et fosses septiques) : 70 000 \$
- système photovoltaïque : 9 500 \$
- équipements et matériels médicaux :

- achat international : 37 000 \$
- achat local : 16 700 \$
- approvisionnement en MEG traceurs : 21 000\$ (forfait annuel adaptable en fonction des besoins)
- achat de voiture y compris les frais connexes : coût unitaire 50 000 \$ (2022 Kingandu, 2023 Yasa Bonga)
- formations dans une zone de santé : 6 000 \$
- appui à la DPS (CPP, revue et accompagnement) : 7000 \$

Aucune information n'a été rapportée par l'équipe croisée pour Kinshasa et Kongo Central.

Il n'y a pas d'outils de gestion communs développés dans le cadre du programme. Il a par contre des bonnes pratiques qui ont le potentiel d'être capitalisées et transférées vers d'autres partenaires et/ou d'autres contextes (CJ 4.2.5.).

Parmi ces bonnes pratiques, les évaluateurs ont identifié au Sud Kivu que le PADZS intègre progressivement le PAO de la ZS (Memisa – ADE). De plus le modèle des supervisions initié par MSV est désormais utilisé dans la province, tout comme le module de prise en charge des urgences pédiatriques qui est utilisé dans les HGR et aussi dans la structure académique (voir CJ 1.7.).

D'après la DPS Kivu, les bonnes pratiques de Memisa que la DPS aimerait voir se développer ailleurs concernent le recyclage des médicaments, mais également la planification et la communication réalisées en début d'année. Il est intéressant de noter que le modèle de prise en charge des indigents développé par Memisa a été repris par la Banque Mondiale.

Certaines bonnes initiatives de Memisa ont cependant des effets pervers inattendus qui méritent d'être analysés et partagés. À Yasa Bonga par exemple, la population est associée aux constructions, elle apporte du matériel, s'approprie le centre et se transforme en gestionnaire du CDS. Toutefois, cela la rend autoritaire et la communauté n'accepte pas par exemple le changement de l'infirmier titulaire qui est du ressort de la DPS et non de la communauté, qui n'est pas concertée ce qui engendre des conflits avec les autorités sanitaires.

À Kinshasa et au Kongo Central, les hôpitaux ont identifié des apprentissages transférables, découlant des missions des experts-volontaires, tels que la réduction d'utilisation d'antibiotiques (hôpital de Gombe-Matadi), l'arrêt des transfusions sanguines systématiques lors de chirurgie du goitre (hôpital St-Joseph).

Plusieurs acteurs stratégiques ont émergé, en cours de mise en œuvre, comme jouant un rôle central au regard des objectifs du programme ; des collaborations ont été développées ou sont en cours de l'être afin de renforcer les impacts du programme (CJ 4.2.6.).

Lors de l'atelier participatif entre l'équipe croisée et les gestionnaires du programme du Sud Kivu, ADE/Memisa et MSV ont identifié plusieurs acteurs stratégiques émergents :

- Initiation de l'implication des sociétés savantes pédiatriques du Congo dans les modules de formation, dans la recherche-action et dans la capitalisation. (MSV)
- Suite à la pandémie covid19, des expert-volontaires africains ont pris part aux activités pour pallier à l'impossibilité pour les experts-volontaires européens de voyager. Le dispositif d'expert-volontaire a depuis été adapté et fonctionne désormais avec des équipes d'experts européens et africains qui constitue permet aussi un apprentissage mutuel. De plus les experts locaux peuvent être plus facilement mobilisés dans d'autres HGR. (MSV)
- Collaboration avec les CDR reconnus et agréés pour l'achat des MEG. (MSV et ADE/Memisa)

- Dans un souci d'assurer la maintenance des équipements biomédicaux dans les HGR et CDS et de diminuer les coûts de transports, ces achats sont favorisés au niveau local via BDOM et la convention avec ASRAMES.
- L'école de santé publique de Bukavu est un aussi un partenaire émergent qui contribue à la valorisation des thématiques liées aux supervisions.
- Nouveaux partenaires financiers et programmatiques : ENABEL, Louvain Coopération et Expertise France.
- Les organisations communautaires de base (OCB) permette à ADE un ancrage communautaire pour la réalisation de ses activités. Les OCB constituent des interlocuteurs privilégiés établis dans les zones d'interventions. Ils servent de ponts entre ADE/MEMISA et la communauté, ainsi qu'à l'ouverture sur des programmes spécifiques de la DPS comme le programme national santé des adolescents intégré.

MSV et ADE/Memisa soulignent également qu'ils se sont découverts mutuellement à travers le programme H4A.

D'après les entretiens réalisés avec le BAT et les structures sanitaires du Kwilu, l'acteur émergent est la Banque Mondiale et son programme PMNS, qui constituent un appui massif annuel pour l'achat de médicaments (autonomisation des structures pour ne plus passer par la ZS), les constructions, la gratuité des accouchements, ainsi que les primes et paiements des motivations des RECO. Une complémentarité entre Memisa et la Banque mondiale a permis une dotation en médicament de l'ensemble des AS.

Au niveau de Kinshasa et du Kongo Central, aucun nouvel acteur n'a été identifié.

Plusieurs facteurs contextuels ont entravé (goulots d'étranglement) ou au contraire favorisé la production des effets attendus (CJ 4.2.7.).

Sud Kivu seuls des goulots d'étranglement ont été identifiés :

- L'harmonisation des procédures standard avec l'État pour les constructions (ADE/Memisa)
- L'impact de la saison pluvieuse sur l'aménagement des puits d'eau (ADE/Memisa)
- L'instabilité du personnel formé au sein des HGR (MSV)
- La disponibilité des experts-volontaires (MSV)
- La fluctuation du coût du marché pour les consommables et médicaments ainsi que de leur accessibilité (MSV)
- L'harmonisation des procédures de validation financière (MSV)
- Le taux de change et la disponibilité des devises
- La fluctuation du prix du carburant.

Le BAT de Kikwit a relevé des retards dans l'exécution liés à des demandes trop tardives de la DPS. Organiser davantage de missions conjointes pourrait améliorer les collaborations.

Le principal facteur favorisant identifié au Sud Kivu concerne les synergies établies entre d'une part Memisa/ADE et la Banque Mondiale concernant la mise à disposition des médicaments et d'autre part Memisa/ADE et Gavi pour la vaccination. Certaines bonnes initiatives de Memisa ont cependant des effets pervers inattendus. La population est associée aux constructions, elle apporte du matériel, s'approprie le centre et se transforme en gestionnaire du CDS. Toutefois, cela la rend autoritaire et cela complique les relations avec les autorités sanitaires dans la gestion du personnel soignant.

Au niveau de Kinshasa et du Kongo Central, quelques éléments favorisant la production des changements ont été mentionnés par les hôpitaux partenaires :

- la préparation des missions qui se fait à temps (MSV, CDEB-CHIRPA)

- une concertation permanente entre les hôpitaux et les OSCs
- les achats locaux (surtout par MSV, mais aussi par Memisa pour St-Joseph)

Les mutations fréquentes de personnel des hôpitaux constituent un goulot d'étranglement important, notamment lorsqu'il s'agit du personnel qui a participé au renforcement des capacités. La période COVID-19 avait handicapé ou retardé certaines missions.

Les perceptions des partenaires sur les différents volets du programme sont très positives (CJ 4.2.8.).

Le Secrétaire Général du ministère de la santé s'est exprimé de façon très positive sur le programme commun. De manière générale, le programme améliore la prise en charge dans les formations sanitaires.

Au Sud Kivu les visites ont reflété que le programme constitue un réel soulagement tant pour la population que pour les responsables sanitaires à tous les niveaux. D'ailleurs, les HGR qui ne sont pas appuyés envient ceux qui le sont et demandent des partenariats. Le directeur du BDOM a mentionné qu'il aimerait que MSV puisse étendre ses activités dans d'autres hôpitaux sous sa responsabilité. Il en va de même pour le MCZ de la ZS Miti Murhesa qui a émis le vœu de voir l'HGR également pris en charge par le programme. Les participants du focus group de Cibumbiro ont montré que le CDS en cours d'achèvement constitue un pas géant vers l'accès des soins de qualité et le développement de l'AS.

Au Kwilu, d'après l'ensemble des partenaires interrogés (DPS, la CDR et le BDOM), Memisa est un partenaire très fiable : « elle fait ce qu'elle dit et dans les temps ». De plus, elle communique bien sur les activités prévues et le budget, contrairement aux autres PTFs.

Memisa est vu comme un ancien grand acteur de la province (14 ZS au Kwilu et 10 au Kwango), qui a donné un grand appui puis, après un arrêt du projet, est revenu timidement avec trois ZS au Kwilu et deux au Kwango. Plusieurs intervenants ont exprimé leur peur de voir Memisa partir et leur envie de voir Memisa revenir avec les moyens et l'étendue d'autrefois.

À Kinshasa, le centre de chirurgie pédiatrique au sein de la Clinique Ngaliema a une très bonne réputation et les opérations sont soutenues par le gouvernement congolais. Les témoignages suivants illustrent la satisfaction des prestataires :

- *« Grâce à ce service de chirurgie cardiaque pédiatrique, les femmes qui ont des enfants ayant des pathologies cardiaques ont reçu de l'espoir. Avant, ils restaient avec les enfants chez eux en attendant leur mort ou allaient chez les féticheurs. Actuellement ils viennent nous consulter et nous sommes épanouis de faire le diagnostic d'une pathologie cardiaque et trouver à dire à la famille. Avant, on manquait à leur dire, mais aujourd'hui on leur dit que l'enfant a la possibilité de vivre, et quand cela marche, la demande augmente. Merci à CDEB »* (médecin de la Clinique Ngaliema).
- *« Avant l'amélioration de l'hygiène au sein de notre hôpital, deux patients avaient déjà refusé les soins en étant déjà à l'intérieur [de la salle d'opération] (une personne qui venait pour l'aspiration et une autre qui venait pour la césarienne) » ; « les missions de formation par MSV nous ont appris à économiser l'argent des malades : la transfusion a été abandonnée, l'antibiothérapie en cas d'opération du goitre. On ne craint plus d'intuber sans donner un curare pour les intubations sans urgence, car ce n'était pas indiqué, on gaspillait l'argent des patients sans le vouloir »* (technicien supérieur anesthésiste de l'hôpital de Saint-Joseph).

Enfin, le canal de communication offert par la Plateforme Hospitalière de la R.D. Congo (PH-RDC) et le Hub santé permettent une bonne visibilité du programme commun.

Plusieurs interventions clés ont été identifiées comme susceptibles de faire l'objet de l'évaluation finale (CJ 4.2.9.).

Au niveau des HGR du Sud Kivu, l'amélioration de leur environnement et leur alignement sur les normes en vigueur seraient intéressants à évaluer, notamment au travers d'activités telles que les formations de renforcement des capacités, le soutien en équipements et médicaments, ainsi que les supervisions. Trois interventions d'ADE/Memisa ont également été retenues : les CDS nouvellement construits qui concourent directement à l'objectif final du programme (la disponibilité, la qualité, l'accessibilité), l'achat et le transport des MEG traceurs et les sources d'eau aménagées.

Au Kwilu, aucune activité spécifique n'a été identifiée, mais l'équipe du BAT souhaiterait évaluer la mise en œuvre des PAO et PADZS.

À Kinshasa et au Kongo central, les 3 OSCs sont actives dans le renforcement des hôpitaux, qui devra donc faire l'objet de l'évaluation finale. Il est aussi envisagé d'évaluer les collaborations avec Pallia Famili, la Plateforme Hospitalière (PH-RDC)...

Plusieurs bonnes pratiques ont été identifiées comme susceptibles d'être transférées dans les contextes des équipes d'évaluation croisée, et aucune erreur à éviter n'a été identifiée (CJ 4.2.10.).

Les bonnes pratiques sont les suivantes :

- Pour Memisa :
 - La mobilisation et la contribution locale dans la construction des CDS.
 - L'étude client mystère pour l'évaluation de la qualité des soins.
- Pour MSV :
 - La supervision intégrée et formative.
 - Le renforcement de capacités sur base des besoins initiés par les bénéficiaires.
 - Le suivi post-mission / post-formation.
 - L'approche des experts-volontaires africains et européens (missions mixtes).

4) Conclusions et recommandations

4.1 Synthèse de l'évaluation au regard des critères d'évaluation

En conclusion, il ressort de cette évaluation intermédiaire que le programme #Health4All en RDC est aligné sur les axes stratégiques d'intervention du PNDS et sur le plan stratégique national pour la CSU. Le programme répond à un certain nombre de besoins normatifs ainsi qu'exprimés par les bénéficiaires directs. Les critères de jugement proposés par la méthodologie d'évaluation ont permis de répondre aux six questions évaluatives de façon relativement étayée, et des recommandations pratiques ont été dégagées pour favoriser l'atteinte des objectifs du programme. Toutefois, il en ressort aussi qu'un travail conséquent est encore à faire pour pouvoir mesurer le SROI du programme à la fin de sa mise en œuvre, dans deux ans. En outre, l'équipe d'évaluation a pu observer que les trois OSC (MSV, la CDEB et Memisa) ont fourni des efforts pour développer des synergies et une dynamique de collaboration lors de la conception du programme. Cependant, il reste à renforcer cette collaboration sur le terrain. Cela pourrait passer par le développement d'un cadre de coopération structuré et par l'intégration explicite, dans la planification annuelle, d'activités visant à promouvoir la complémentarité et la synergie, en particulier dans les zones de convergence – y compris la collaboration entre les partenaires de mise en œuvre de Memisa d'une part, et MSV et la CDEB d'autre part – afin d'assurer l'atteinte des objectifs du programme.

Les OSC produisent chaque année un « Rapport moral » consolidé pour la DGD comprenant l'outil « Scores de performance » leur demandant de s'auto-évaluer au regard des critères d'évaluation classiques et des thèmes transversaux. En 2023, les OSC se sont auto-évaluées très positivement en s'attribuant le score de A (très bien) pour les critères d'efficacité, de pertinence et de cohérence, et de B (bien) au regard des critères efficacité, durabilité et des thématiques transversales (genre et environnement).

Sur la base des questions évaluatives et critères de jugement présentés ci-dessus, nous pouvons synthétiser l'appréciation des évaluateurs quant à la performance du programme au regard des différents critères d'évaluation pertinents à ce stade de la mise en œuvre comme suit.²

- **Pertinence** : Les bénéficiaires directs sont satisfaits des activités mises en œuvre et des possibilités d'adaptation en cours de programme afin de prendre en compte les besoins émergents.
- **Cohérence** : Le programme correspond aux expériences et capacités des OSC impliquées et montre une bonne cohérence externe avec les priorités nationales et celles de la coopération belge. Les OSC contribuent bien aux approches, synergies et complémentarité du CSC RDC. Les OSC sont complémentaires quant au niveau de soins auxquelles elles interviennent, mais nécessiteraient plus de cohérence sur les actions au niveau géographique. Certaines procédures financières et outils de gestion restent peu harmonisés entre les OSC.
- **Efficacité** : Les activités sont mises en œuvre conformément à la planification attendue et donnent les résultats espérés surtout au niveau de l'offre et de la demande. Une partie des indicateurs doit être modifiée, cependant, ceux qui sont adaptés pour mesurer les changements apportés par le programme, montrent une bonne progression. La diversité des canevas de rapportage des indicateurs entre OSC et entre régions, rend tout de même l'analyse des indicateurs difficile.
- **Efficience** : La consommation budgétaire semble sous contrôle, les dépassements budgétaires des premières années ont été compensés pour MSV. Pour Memisa la

² Comme expliqué dans le rapport de Phase 1, l'impact et la soutenabilité seront évalués lors de l'évaluation finale.

budgetisation annuelle apporte une flexibilité utile mais peut limiter la planification par province (le budget de chaque province dépend des autres). Les taux d'exécution budgétaires ne sont pas calculés de la manière identique entre les OSC (par province ou pour le pays) ce qui rend difficile la consolidation pour l'ensemble du pays.

- **Aspects transversaux :** Il n'y a pas d'analyse réalisée lors des planifications annuelles des activités qui permette d'approcher l'impact des actions prévues sur l'inégalité de genre et santé. L'approche repose essentiellement sur des quotas institutionnels (lors des formations) que sur de réelles actions en faveur des femmes. De plus, les indicateurs sexo-spécifiques ne sont pas tous opérationnels car ils reposent sur des données du DHIS2 du SNIS non désagrégées par sexe (outil national non modifiable). Les interventions en lien avec l'environnement sont limitées faute d'analyse transversale réalisée. Les liens à cette thématique réalisés lors des planifications annuelles des activités.

4.2 Recommandations

Au terme de cette évaluation intermédiaire, nous pouvons formuler les recommandations suivantes pour améliorer la mise en œuvre du programme dans les prochaines années :

1. Recommandations à l'ensemble du programme :

- Indicateurs : Les indicateurs du programme, définis pour le rapportage à la DGD, constituent un cadre de référence commun. Toutefois, cela ne doit pas empêcher les équipes provinciales de définir des indicateurs opérationnels complémentaires, adaptés à leur contexte spécifique et utiles pour le suivi local. Cette démarche permettrait de renforcer la documentation et la capitalisation des expériences, tout en assurant une meilleure cohérence entre les activités mises en œuvre et les résultats suivis sur le terrain.
- Les indicateurs nécessaires au calcul du SROI doivent être identifiés dès à présent et cela devra aussi être anticipé lors de la formation du programme suivant si l'objectif de calculer le retour social reste de mise.
- Zones d'intervention : Les synergies entre les trois OSC pourraient être renforcées si une plus grande convergence géographique était possible. Toutefois, dans le cadre du programme en cours, une modification des zones d'intervention apparaît difficile, en raison de l'implication de diverses parties prenantes (partenaires, autorités locales, etc.). Face au constat d'une convergence géographique limitée dans le programme actuel, nous recommandons aux équipes de Memisa, MSV et CDEB, en charge du suivi en RDC, de prioriser et d'opérationnaliser, au cours des deux années restantes, les synergies ne dépendant pas de cette convergence territoriale. À cet égard, le résultat 4, relatif à l'apprentissage mutuel et à la gestion des connaissances, constitue un levier stratégique. Par exemple, les trois organisations pourraient co-organiser une conférence ou proposer une session conjointe lors d'un événement national, régional ou international.
- .
- Théorie du Changement: La théorie du changement (TdC) nationale gagnerait à être contextualisée par chaque équipe provinciale, afin de refléter les réalités, priorités et besoins spécifiques à chaque province. En effet, une TdC unique à l'échelle nationale peut s'avérer peu pertinente dans certaines zones, où les enjeux diffèrent sensiblement selon les axes d'intervention. Une déclinaison régionale de la TdC permettrait non seulement une meilleure appropriation par les équipes locales, mais faciliterait également sa validation et son actualisation lors des ateliers régionaux. Sa pertinence pourrait ainsi être évaluée de manière plus régulière et précise
- Thématiques transversales genre et environnement : Lors des planifications annuelles budgétisées, il conviendra de systématiquement expliciter les activités liées aux thématiques transversales, notamment le genre et l'environnement. Il s'agira d'aller au-delà de la simple participation des femmes à certaines activités, en définissant pour chaque action un objectif, un indicateur ou un marqueur spécifique et mesurable. Cette approche permettra d'identifier,

dès la phase de planification, les activités susceptibles d'avoir un impact — positif ou négatif — sur les inégalités de genre en santé et sur le changement climatique. Elle favorisera ainsi une analyse anticipée des effets potentiels, qu'ils soient désirés ou indésirés, ainsi que des stratégies à mobiliser pour les atténuer ou les renforcer. Enfin, en intégrant cette analyse dans l'outil de planification existant, l'évaluation des performances liées aux thématiques transversales gagnera en objectivité. Il sera alors possible de mesurer concrètement les progrès réalisés en fin d'année, à travers les indicateurs ou marqueurs prévus.

- Capitalisation : Malgré son institutionnalisation, l'élaboration et la diffusion d'outils dédiés, des formations organisées chaque année, la présence d'un résultat spécifique et d'une ligne budgétaire dédiée, l'avancement sur l'axe de la capitalisation reste limité. Pour la suite du programme, inverser cette tendance constituera un véritable défi. Nous recommandons d'en faire un axe stratégique de synergie et de complémentarité entre les trois organisations, en particulier en l'absence d'une forte convergence géographique. Dans cette optique, une planification annuelle conjointe pour 2025 et 2026 devrait être mise en place, intégrant des activités précises telles que :
 - o l'organisation de formations communes
 - o la co-organisation de séminaires ou conférences,
 - o ou encore la présentation collective de sessions lors d'événements existants, nationaux ou régionaux.

Cette planification devra être assortie d'un budget dédié, afin d'opérationnaliser de manière concrète et ambitieuse l'axe « capitalisation », et d'en faire un véritable moteur de collaboration et de visibilité collective.

2. Recommandations spécifiques au Sud Kivu :

- Afin de justifier les demandes de financement pour appuyer les CPPS, produire un état des lieux sur la situation des AGR des CPPS, mettre en place des indicateurs de suivi, mettre en place des partages d'expérience avec d'autres partenaires du programme qui mettent ces activités en œuvre depuis plusieurs années (Memisa Burundi).
- Participation aux réunions de coordination pour bien comprendre les gaps qui persistent dans la province d'intervention.
- Des mécanismes de mutualisation des risques maladie sont à organiser et l'éducation de la population aux droits d'accès aux soins est à renforcer.

3. Recommandations Kwilu :

- Afin d'harmoniser les activités et stratégies avec les autres acteurs, profiter des réunions communes des PTFs à la DPS, pour qu'ils communiquent le plus tôt possible leurs planifications et budgets de l'année. Cela permettrait également aux ZS de s'organiser et de mener à bien leurs activités.
- Il faudrait réfléchir au problème d'absence ou de faible rémunération du personnel de santé et agents de la ZS. Dans la sphère de contrôles des organisations, il y a deux options identifiables rapidement, d'autres pourraient sortir lors du dialogue avec les autorités compétences.
 - o Considérer le problème des rémunérations comme une condition préalable à l'action, qui doit être satisfaite pour que les actions se poursuivent dans la zone concernée.
 - o Conserver l'action, tout en entamant un dialogue avec les autorités compétences dans l'espoir qu'un plaidoyer puisse avoir une incidence sur cette problématique.
- Une concertation interne à Memisa serait nécessaire pour rediscuter des tranches de paiement et procédures de passation de marché au regard du contexte.
- Nous recommandons d'adapter le manuel de procédures, ainsi que les documents annexes (cahier des charges, termes de référence, etc.), afin de mieux intégrer les enjeux liés à la qualité des équipements et à la sélection des prestataires. Plus précisément :

- Les retours d'expérience concernant des problèmes de qualité du matériel fourni doivent être systématiquement collectés et pris en compte pour éviter la reconduction de collaborations avec des fournisseurs peu fiables. À cet effet, une base de données interne recensant les cas problématiques et les évaluations de fournisseurs devrait être mise en place et alimentée régulièrement par les équipes terrain.
- Une réflexion stratégique doit être engagée quant au lieu d'acquisition des équipements (Belgique, Kinshasa, ou localement), en tenant compte des critères de qualité, des coûts logistiques et des délais de livraison.
- Enfin, la procédure de sélection des entreprises prestataires (forage, construction, réhabilitation, etc.) devrait être revue afin de mieux encadrer les situations de sous-traitance non maîtrisée. En particulier, il convient d'éviter que des entreprises non spécialisées soient mandatées pour des prestations techniques complexes, faute d'expertise suffisante.

La mise en œuvre de ces recommandations renforcerait la qualité des réalisations, la transparence des processus, ainsi que la maîtrise des risques techniques et budgétaires.

- Les notions d'environnement et de genre ne sont pas comprises localement. Un renforcement de compétences pour analyser davantage les inégalités de genre et environnement lors des planifications annuelles améliorerait l'attention portée sur le sujet aussi bien pour le BAT que ses partenaires (hôpitaux et formations sanitaires). Le programme bénéficiant d'une forte flexibilité dans l'action, il est recommandé de planifier ces formations dans la planification annuelle des activités.
- Dans le cadre de la protection de l'environnement, le BAT pourrait se mettre en synergie ou en complémentarité avec les autres partenaires (PMNS, Gavi, SANRU...) pour construire des incinérateurs en commençant par le CDS Kimbimbi par exemple. De plus une formation sur l'hygiène hospitalière améliorerait l'utilisation du matériel mis à disposition (utilisation des zones de destruction des déchets construites, leur maintenance...)
- Il est recommandé de systématiser l'analyse des conditions préalables avant la planification et la mise en œuvre de toute activité, afin d'assurer sa pertinence, son efficacité et sa durabilité. Par exemple, il ne serait pas pertinent de former des prestataires de santé à la prise en charge de la malnutrition si les intrants nécessaires (produits thérapeutiques, matériel spécifique) ne sont pas disponibles ou ne peuvent être fournis de manière durable, comme cela a été observé à l'HGR de Yasa Bonga. Cette démarche permettrait de :
 - éviter les investissements inefficaces,
 - renforcer la cohérence entre les formations, les ressources disponibles et les capacités opérationnelles,
 - et mieux aligner les activités avec les réalités du terrain.

Elle devrait faire partie intégrante du cycle de planification et être formalisée dans les outils de planification opérationnelle (formulaires, TDR, fiches d'activités, etc.)

- Renforcer les compétences en maintenance pour des moto-ambulances (turn over des personnes précédemment formées).

4. Recommandations Kinshasa et Kongo Central :

- Impliquer/informer effectivement toutes les parties prenantes, que ce soit pour le choix des activités, leurs mises en œuvre ou la budgétisation : tous les aspects du programme devraient être connus par toutes les parties prenantes. Les OSC devraient faire une planification conjointe avec les partenaires de mise en œuvre afin de faciliter la gestion. Actuellement le budget alloué aux hôpitaux (financement DGD) est annoncé au premier trimestre de chaque année, alors que les hôpitaux planifient leurs activités en juin. Les deux modes de planification ne sont pas du tout intégrés et les acteurs ne se concertent pas.

- Informer les hôpitaux des moyens et des ressources dont ils vont bénéficier et des coûts réels une fois les activités réalisées.
- Inciter les décideurs à toujours penser à la stabilisation du personnel pour pérenniser les acquis.
- Analyser la faisabilité de multiplier les missions médicales de MSV/CDEB et les allonger pour une meilleure acquisition des compétences.
- Face au problème de moyens par rapport aux besoins, il serait important d'assurer une bonne priorisation avec les parties prenantes en partant de leurs besoins.
- La plateforme hospitalière doit clarifier les complémentarités entre OSC. Chaque OSC doit présenter les activités et le budget dans les réunions de la plateforme et dans les CPSD pour éviter les chevauchements, les duplications et renforcer les complémentarités. Il est également important, si plusieurs OSC interviennent dans un même hôpital, de clarifier les rôles/investissements de chacun, voire d'éviter de soutenir une même structure.

Annexes

Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées et calendrier des missions d'évaluation croisée en RDC

1. Mission Sud Kivu

Lundi 26/08 : Focus group avec les gestionnaires du programme facilité par l'évaluateur externe :

- Romain Mukupi MSV, coordinateur médical régional
- Joseph Biringanine MSV, logisticien
- Marie Noël Cikuru Action d'Espoir, directrice
- Claude Mubilanyi Action d'Espoir, assistant technique régional

Mardi 27/08 : visites DPS, bureau Louvain coopération et BDOM :

- Blaise Ombeni Louvain Coopération, chef de projet santé Sud Kivu
- Marc Nabushobosi, Louvain coopération, coordination programme Sud Kivu (faisant fonction)
- Aimé Odudu Médecin chef DPS
- Michel Maneno, chef BAT
- Gérard Bacishoga Maheshe, directeur BDOM
- Shabani Muganza, coordinateur émdical BDOM

Mercredi 28/08 : visites HGR Nyangezi et HGR Nyantende

- Olivier Bongwa Masirika, médecin directeur HGR Nyangezi
- Valentin Bulambo, médecin chef de staff HGR Nyangezi
- Olivier Kabarati, médecin chef de zone Nyangezi
- Jean-Louis Kabuyatwa, médecin directeur HGR Nyantende
- Blaise Muntu Wa Mwami, pharmacien HGR Nyantende
- Patrick Ngaboyeka Baderha, infirmier de bloc et expert volontaire HGR Nyantende

Jeudi 29/08 : atelier entre membres de l'équipe croisée + visite Miti-Murhesa

- Serge Munyahu Cikuru, médecin chef de zone

Vendredi 30/08 : visite centre SISAME puis travail avec l'équipe hôte:

- Janvier Batumike Murhula, directeur général centre psychiatrique SOSAME
- Pacifique Birindwa Zagabe, project manager
- Francisca Habamungu, infirmier coach
- Mireille Mulohwe Mambuye, psychologue
- Théodore Ndege, administrateur gestionnaire
- Bercky Chishesa, infirmier, responsable pavillon patients améliorés
- Elvire Bahati Chakupewa, infirmière, responsable de bloc
- Eunice Tulizo Mbezi, infirmière responsable urgences
- Sonny Baganda Kasholero, maintenancier
- Sylvie Nabintu, technicienne de laboratoire

Samedi 31/08 et dimanche 01/09 : analyse et rapportage

Lundi 02/09 : visite Cibumbiro + travail avec l'évaluateur externe:

- Iragi Kashuru, infirmier titulaire CDS Cibumbiro
- Mapenzi Birhaboneka, pharmacienne CDS Cibumbiro
- Mapendo Balemage, nutritionniste CDS Cibumbiro
- Mugabo Marhegane, animateur, perceuteur
- Bahati Rubangiza, chef de sous-village
- Eustache Rwanciko, chef de sous-village
- Badesire Mihigo, président CPCS
- Barhumanana, membre CPCS
- Akilimali Muhala, secrétaire CPCS
- Aline Nshobole Bisimwa, conseillère CPCS
- Kata Minani, membre CPCS
- Françoise Cibaranza, présidente CVD Cibumbiro
- Roger Bateganyi, président CODESA
- Cirimwami Bagahwa, vice président CODESA
- Barham Maheshe, vice-secrétaire CODESA

Mardi 03/09 : rapportage + atelier de restitution final

2. Mission Kinshasa et Kongo central

Lundi 21/10 : briefing avec équipe hôte et évaluateur externe, visite de la plateforme hospitalière et entretien avec Pallia Famili:

Bob Lubamba	Coordinateur CHIRPA (Chirurgie Pédiatrique en Afrique) -partenaire de mise en œuvre de CDEB)
Manfredy Binyet	Manager RDC et Représentant national de Médecins sans Vacances (MSV)
Pierrot Kihala	Coordinateur médical MSV
Matthieu Kasongo	Conseiller Médical Memisa Belgique Représentant technique national de Memisa RDC RN (Kinshasa)
Roger Kakule	Assistant administratif et financier de la Plateforme Hospitalière (PH)
Alain Kabemba	Secrétaire général de Pallia Famili

Mardi 22/10 : entretien ULB coopération et visite à la Clinique Ngaliema

Serge Ngaima	Coordinateur de projets ULB Coopération
Kongo Minga	Médecin Directeur Clinique Ngaliema
Etienne Tshiony Kabanga	-Cardiologue pédiatrique -Coordinateur du centre de chirurgie pédiatrique Clinique Ngaliema -Conseiller médical de CHIRPA

Mercredi 23/10 : entretien HUB santé, visite de l'hôpital Saint Joseph et visite de l'hôpital de Kalembe Lembe

Juste Momboto	-Assistant technique national Memisa -Responsable Hub Santé
Sophie Monsenepwo	Directrice administrative financière Hôpital St-Joseph
Sr Hortense Penenge	Directrice nursing ad interim Hôpital St-Joseph
Justin Marius Kimbien	Anesthésiologiste Hôpital St-Joseph
Nelson Msiata	Chef de laboratoire Hôpital St-Joseph
Jean-Claude Kabidi	Infirmier au bloc opératoire
Akele Etango Catherine	Médecin Directeur de l'hôpital pédiatrique de Kalembe Lembe
Dodo Noël	Médecin responsable de l'unité pédiatrique de Hôpital de Kalembe Lembe

Jeudi 24/10 : visites Clinique Ngaliema et CHIRPA, entretien avec secrétaire général Ministère de la Santé

Raymond Remuzu	Infirmier Clinique Ngaliema
Paul Lumbala	Cardiologue pédiatrique -Professeur aux Cliniques Universitaires de Kinshasa - Praticien à la Clinique Ngaliema (centre de chirurgie pédiatrique)
John Senga	-Cardiologue pédiatrique -Professeur aux Cliniques Universitaires de Kinshasa
Joseph Shiku	Président de CHIRPA
Etienne Tshiony	Conseiller médical de CHIRPA
Madeleine Katende	-Vice-présidente CHIRPA -Présidente d'Espoir de Vie
Sylvain Yuma Ramazani	Secrétaire-Général du Ministère de Santé

Vendredi 25/10 : échanges avec l'évaluateur externe avant son départ et travail d'analyse/rapportage de l'équipe croisée

Samedi 26/10 : déplacement au Kongo Central

Dimanche 27/10 : déplacement de Mbanza-Ngungu vers l'hôpital de Gombe-Matadi, visite de l'hôpital et de l'IME Kimpese :

Kiansumba Mey	Médecin directeur de l'hôpital ad interim
Pindi-Nenayano	Médecin Chef de Zone ad interim
Tunda Dieumerici	Médecins chef de staff ad interim
Matondo Mazola	Médecin traitant
Nzuzi Mengi	Administrateur général
Popi Numbu	Technicien de laboratoire

Lubondo Majoline	Directrice de Nursing
Miesi-Kobi	Administrateur
Nkoko Dinzenba	Secrétaire
Désiré Imposo	Médecin directeur IME Kimpese

Lundi 28/10 : rapportage et visite de l'IME Kimpese

Mardi 29/10 : retour à Kinshasa et rapportage

Mercredi 30/10 : derniers échanges avec l'équipe hôte et atelier de restitution finale

3. Mission Kwilu

Lundi 4/11 : voyage vers Kikwit + rencontre avec équipe hôte :

- Jean-Marie IPAY : Coordonnateur Régional
- Jules Alexis DIAKA : Assistant TR/BAT
- Fiston AKATUMBILA : Logisticien
- Jean Blaise KARADI NTUMBA : RAF

Mardi 5/11 : visites à Kikwit et discussions avec l'équipe hôte

- Luna Charlotte, Adjointe au maire Kikwit
- Gauthier Nzazi, direction générale de la migration
- Directeur adjoint et RAF de la Centrale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels du Bandundu Sud (CABEMASU)
- Chef d'antenne DPS Kikwit
- Responsable BDOM

Mercredi 6/11 : voyage de Kikwit à la ZS de Kingandu, visite BCZ et HGR :

- Django Mechack, directeur HGR
- Hervé Kusahula, AG/RH HGR
- Mindele Kuziena, MCZ
- Felix Meso, administrateur BCZ
- Batidi Kintey, infirmier superviseur programme VIH, BCZ

Jeudi 7/11 : visite CDS Kimbimbi et retour vers Kikwit

- Hervé Ziata, infirmier titulaire CDS
- Jeampy Muyolo, infirmier
- Oscar Yemweni, président du comité de santé

Vendredi 8/11 : voyage vers Yassa Bonga et échanges avec BCZ et HGR

- Bola Konso, MCZ Yassa Bonga
- Maboko Motema, infirmier superviseur PLNP, BCZ Yassa Bonga
- Bwini Mafungu, infirmier superviseur VIH, BCZ Yassa Bonga
- Mwkanza Kupenza, AG/HGR
- Bill Mafuta, président société civile

Samedi 9/11 : retour vers Kikwit avec visite du CDS Matamba, puis analyse et rapportage

Dimanche 10/11 : finalisation de la mise en commun des informations et restitution finale

Annexe 2 : Matrice consolidée des indicateurs de suivi

Voir fichier Excel joint