



Réponse managériale de l'évaluation intermédiaire

« Outcome Santé en RDC »

DGD

Juillet 2025

## Table des matières

Réponse managériale de l'évaluation intermédiaire .....	1
« Outcome Santé en RDC » .....	1
A. Identité : .....	3
B. Résumé de la réponse managériale .....	3
C. Rappel du contexte et de l'objectif général de l'évaluation : .....	3
D. Les conclusions générales de l'évaluateur : .....	4
E. Suite à donner à l'évaluation : .....	6
E.1. Décision sur la prise en compte ou non des recommandations. ....	6
E.2. Synthèse du suivi des recommandations. ....	15
E.3. Planification indicative de mise en œuvre des recommandations retenues. ....	15
E.4. Alimenter les hypothèses des théories de changement et nos stratégies.....	16
<b>Hypothèse concernant les populations, usagers et patients</b> .....	16
<b>Hypothèse concernant les équipes soignantes du premier échelon</b> .....	16
<b>Hypothèse concernant les autorités sanitaires (DPS et ECZ)</b> .....	17
<b>Hypothèse concernant les institutions académiques et de formation</b> .....	17
E.5. Renforcer le système de suivi-évaluation-apprentissage.....	18
E.6. Prise en compte des remarques émises par la DGD à propos des TDR .....	19
E.7. Modalités de diffusion de l'évaluation .....	19
F. Qualité du processus et du rapport d'évaluation .....	19

## A. Identité :

Projet	Outcome santé : système de santé de qualité : en route vers les soins centrés sur la personne dans 3 provinces de la RDC (Kinshasa, Sud-Kivu et Nord-Kivu).
Références IATI	BE-BCE_KBO-0415627875-prog2022-16-CD
Type d'évaluation	Évaluation intermédiaire
Date évaluation	Juin 2025
Evaluateurs	Ecole de Santé Publique de l'Université Catholique de Bukavu
Date de la réponse managériale	Juillet 2025
Coordination de la réponse	Anne DEPRET, COSEPRO

## B. Résumé de la réponse managériale

L'objectif global de cette évaluation à mi-parcours était de **fournir des recommandations** visant à renforcer les approches innovantes prônées par le programme, afin d'offrir des soins davantage centrés sur la personne. Pour ce faire, tous les acteurs de la santé : communauté, dispensateurs de soins et régulateurs sont concernés par les changements de comportement, d'aptitude et d'attitude que cela nécessite.

L'évaluation démontre que les approches innovantes citées plus loin, sont globalement pertinentes, acceptables et adaptées aux différents contextes provinciaux où elles sont implantées. Elles méritent cependant d'être davantage capitalisées et faire l'objet d'une diffusion ciblée, notamment vis à vis des régulateurs de la santé et auprès des institutions d'enseignement et de recherche actifs dans la santé.

Un atelier en présentiel, préparé en amont, pourrait contribuer non seulement à prendre du recul par rapport aux approches différenciées initiées dans les différents contextes, mais aussi construire des bases solides pour un futur système de suivi-évaluation davantage axé sur l'apprentissage, sur l'observation des changements de comportements attendus et souhaités.

## C. Rappel du contexte et de l'objectif général de l'évaluation :

L'objectif visé par cet Outcome est la mise en place de dispositifs novateurs, à travers des approches multi acteurs engageant autorités, prestataires, communautés et centres de recherche, pour renforcer la collaboration entre les différentes composantes du système de santé. Ces dispositifs doivent conduire à un système de soins centrés sur la personne et participer à l'amélioration du bien-être bio-psycho-social des populations.

L'évaluation portait sur la **pertinence** et **l'efficacité des approches innovantes** visant des soins davantage centrés sur la personne développée par ULB-Coopération et Louvain Coopération dans 3 provinces de la RDC (Sud-Kivu, Nord-Kivu et Kinshasa) pour le renforcement de la qualité et de l'acceptabilité des soins de santé. Parmi ces approches citons :

- L'approche triple regard ;
- L'implémentation d'une grille de soins centrés sur la personne, co-élaborée avec les parties prenantes,
- L'implémentation d'une grille d'auto-évaluation du bien-être des enfants dans les centres d'accueil d'enfants en situation de rue,
- Des clubs de personnes diabétiques, et plus généralement l'accompagnement des malades chroniques.
- La médicalisation du premier échelon,
- Le financement par micro-projet,
- L'implémentation d'un dossier familial
- L'implémentation d'un outil d'accompagnement psychosocial et d'évaluation du bien-être des enfants.

L'évaluation devait également rester attentive à la mise en œuvre d'une approche genre et inclusive et à l'approche partenariale.

Quant aux questions évaluatives, elles sont rappelées ci-dessous.

Question 1 : Pertinence : Dans quelle mesure l'approche de soins centrés sur la personne, et notamment les dispositifs novateurs, répond-elle au besoin d'amélioration de la qualité des services et soins de santé à différents échelons de l'organisation des soins.

Question 2 : Efficacité : Dans quelle mesure le processus et les stratégies d'intervention des soins centrés sur la personne mises en œuvre dans les différents contextes s'avèrent-ils efficaces pour permettre l'atteinte, des résultats annoncés ? Dans quelle mesure les hypothèses énoncées dans la théorie du changement se vérifient-elles ?

Question 3 : Efficacité : Quelles sont les forces et faiblesses des relations établies avec les différentes parties prenantes que sont les communautés, partenaires opérationnels locaux, université/centre de formation, autorités sanitaires, etc.) dans le cadre de partage de responsabilités dans l'atteinte des résultats annoncés ?

Question 4 : Pertinence et apprentissage : Analyser la pertinence du système de suivi et évaluation mis en œuvre en vue d'en tirer des apprentissages et nourrir les réflexions sur le prochain programme.

Question 5 : Durabilité : Dans quelle mesure les résultats obtenus sont-ils durables à long terme ? Quelles leçons ont été tirées de ce projet et comment peuvent-elles être appliquées aux initiatives futures ?

Question 6 : Cohérence : Les activités mises en œuvre dans ce projet sont-elles cohérentes avec les politiques nationales et les autres actions menées et/ou appuyées par d'autres ONG dans les mêmes zones d'intervention ?

➤ *Se référer aux termes de référence et à la note de cadrage pour plus de détail.*

#### D. Les conclusions générales de l'évaluateur :

Cette évaluation intermédiaire a permis d'analyser de manière approfondie la mise en œuvre du projet d'amélioration de la qualité des soins de santé en RDC à travers l'approche des soins centrés sur la personne (SCP), promue par l'OMS. Conduit par ULB Coopération et Louvain Coopération dans trois

provinces (Kinshasa, Nord-Kivu et Sud-Kivu), le projet s'appuie sur des dispositifs innovants visant à renforcer la pertinence, la qualité et l'acceptabilité des soins, avec une attention particulière portée au premier échelon.

L'évaluation démontre que les approches innovantes mises en place sont globalement pertinentes, acceptables et adaptées aux contextes provinciaux, bien qu'elles requièrent encore des ajustements pour maximiser leur efficacité :

- Grille des soins centrés sur la personne : cet outil a été bien accueilli dans toutes les provinces, avec des usages distincts (ascendant à Kinshasa, descendant au Nord/Sud-Kivu). Elle permet d'engager une dynamique d'auto-évaluation participative et de planification d'amélioration continue. La formalisation institutionnelle et l'appropriation à tous les niveaux du système de santé (DPS, BCZ, ESS, communauté) serait un grand pas vers l'amélioration de la qualité des soins.
- Approche triple regard : elle est bien comprise et appliquée à Kinshasa et au Sud-Kivu comme un cadre de dialogue entre les autorités, les prestataires et les usagers. Au Nord-Kivu, sa mise en œuvre reste partielle. Cette approche renforce la concertation et la responsabilité partagée dans l'organisation des soins. L'instauration de ce type de réunions dans la routine des activités régaliennes des ZS améliorerait également la qualité des soins.
- Médicalisation de la première ligne et dossiers familiaux : le modèle des CSMU au Nord-Kivu montre un impact positif sur la qualité des soins, la prise en charge intégrée et le suivi des ménages. Sa mise à l'échelle favoriserait non seulement une bonne continuité de soin mais aiderait aussi le système congolais à réguler un problème constaté depuis plusieurs années : la présence des médecins à la première ligne de soins.
- Accompagnement psychosocial des enfants en situation de rue : les outils/approches développés (fiches de suivi, maison de l'insertion) apportent une réponse adaptée aux besoins psychosociaux des enfants vulnérables, renforçant l'approche SCP auprès de populations marginalisées. L'utilisation effective de la grille de bien-être pourra améliorer cette prise en charge du fait de la prise en compte de l'enfant comme une personne à part entière.
- Clubs des malades chroniques : ces structures communautaires renforcent l'autonomisation des patients et la gestion des maladies non transmissibles. Le projet devrait continuer à appuyer ces clubs et les accompagner non seulement dans l'éducation thérapeutique mais aussi à les aider à être les plus autonomes possibles pour la prise en charge de leurs membres. Cela en les aidant par exemple à développer des micro-projets qu'ils peuvent soumettre à des bailleurs de fonds.
- Micro-projets : ils constituent une modalité de réponse rapide aux besoins identifiés s'ils s'alignent sur les résultats issus des grilles SCP. Ils doivent être complémentaires aux ressources endogènes.

➤ *Se référer au rapport de l'évaluateur pour plus de détail.*

E. Suite à donner à l'évaluation :

E.1. Décision sur la prise en compte ou non des recommandations.

N°	Recommandation	Prise en compte oui- non- partielle	Argumentation
	<p><b>L'implémentation de la grille des soins centrés sur la personne (SCP).</b>  <i>Outil co-élaboré par LC et UCO en s'inspirant des directives de l'OMS. Il propose une démarche d'amélioration de la qualité des soins impliquant les régulateurs, les prestataires et la communauté et dont la première étape du processus est l'autoévaluation volontaire des différentes composantes de l'approche SCP</i></p>		
R1	<p>Organiser des séances de restitution des résultats d'évaluation des ESS par les grilles SCP afin de leur permettre d'améliorer leur performance et aller vers l'élaboration des plans d'amélioration pour garder la confiance des prestataires.</p> <p><i>Cette recommandation fait suite au constat, à Kinshasa que les ESS, non accompagnés par le projet et ayant fait l'objet d'une évaluation supervision de l'ECZ, n'ont pas été informés des résultats.</i></p> <p>Les réunions triple regard représentent un cadre approprié pour cela afin de susciter des discussions plus constructives.</p>	<b>Oui</b>	<p>L'output recherché par la grille SCP est l'amélioration de la qualité de soins davantage centrés sur la personne à travers une dynamique de réflexion/échanges et de discussions que suscitent les séances d'évaluation. Soulever la préoccupation de restitution renvoie à plusieurs interrogations sur le processus même d'évaluation, d'appréciation des items de la grille et de planification/ mise en œuvre des améliorations.</p> <p><u>ETS appuyés/ non appuyés :</u>            Le programme fait la distinction entre des Ets appuyés et non appuyés. Cette recommandation ouvre la porte au changement de modalités d'intervention du projet vis-à-vis des établissements de santé non appuyés. En effet, l'ambition, dans le cadre de ce programme, vis-à-vis des ETS non appuyés se limitait à une sensibilisation à propos de l'existence de la grille et à un monitoring de leur progression dans cette grille lorsque adoptée. Dans le cadre de ce programme, l'accompagnement du processus d'autoévaluation et de partage des résultats en vue d'identifier les actions d'amélioration s'adressait aux ETS dits appuyés.</p>

		<p>Les autorités sanitaires ayant été davantage impliquées qu’espérer au lancement du programme, une réflexion s’impose au sujet du processus d’implémentation de la grille SCP à leur niveau.</p> <p>Des stratégies différenciées restent intéressantes à déployer par rapport à des ETS appuyés et non appuyés. Ces stratégies doivent notamment tenir compte des moyens disponibles pour accompagner les plans d’amélioration.</p> <p>Lors de la <u>restitution des résultats</u>, les autorités et les autres parties prenantes peuvent être impliquées de plusieurs manières.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réaliser le partage des résultats pour les ESS non appuyés au cours des réunions de monitoring mensuel et des revues mensuelles sous la houlette de l’Equipe Cadre de la Zone de Santé.</li> <li>- Systématiser l’organisation de réunions triple regard (chaque semestre) avec comme objectif la restitution des résultats de l’approche SCP (sur base de la grille), la collecte des avis des parties prenantes (autorités, prestataires et usagers) au cours des discussion sur les problèmes prioritaires en lien avec la santé.</li> </ul> <p><u>Évaluation grâce à la grille SCP :</u></p> <p>L’autoévaluation réalisée sur base de la grille SCP par un ETS contribue, dans un premier temps à lancer la dynamique, à motiver l’équipe sur le chemin de l’amélioration de la qualité des soins.</p> <p>Cette auto-évaluation pourrait intervenir à la fin de chaque semestre avant d’organiser des évaluations mixtes (autorité-Usagers et ONG). Ces évaluations devront déboucher sur l’élaboration des plans d’amélioration des pratiques qui mobiliseront à priori les ressources locales de l’ETS ou en provenance du régulateur. Les besoins non couverts par les ressources mobilisées localement pourront être exprimés sous forme de microprojet pour l’obtention d’un appui extérieur sous forme de cofinancement.</p> <p>Les modalités qui seront mises en œuvre dans les zones doivent contribuer à favoriser une appropriation par tous les acteurs potentiellement concernés : – communauté, prestataires, régulateurs des différents échelons ainsi que des financeurs des établissements privés et autres bailleurs. Chaque acteur peut dès lors avoir un usage différencié de l’outil. Il peut être un outil de supervision pour le régulateur, un outil de planification pour l’ETS et un outil pour exercer le droit</p>
--	--	---

			<p>à la santé pour la communauté. Le tout permettant de construire un contexte informationnel commun entre ces trois types d'acteurs.</p> <p>LC considère la grille aussi comme un outil de planification HCD (Human-Centered Design).</p> <p><u>Plan d'amélioration/ micro-projets :</u> Le plan d'amélioration est par essence pluriannuel et dont la mise en œuvre est fonction d'apports divers ; l'approche micro-projets permet une action concrète dans le court terme.</p>
R1 bis	Bien clarifier l'output de l'évaluation des ESS par la grille SCP en poussant la réflexion plus loin en termes d'indicateurs d'efficacité (p.ex. : le nombre de réunions de feedback organisées, le nombre de structures avec un plan d'amélioration issu des évaluations, le nombre de micro-projets rédigés après évaluation).	<b>Partiellement</b>	<p>Dans la temporalité de ce programme, l'indicateur choisi en termes d'output était de mesurer 1° l'adoption de la grille par des ETS appuyés et non appuyés et 2° les niveaux de progression dans la grille.</p> <p>A l'avenir, d'autres indicateurs plus qualitatifs et pouvant renseigner davantage à propos de l'efficacité des processus initiés par U4C pourraient par exemple : s'assurer des changements de comportements/attitudes/rerelations/ pratiques opérées au sein des différentes composantes du système de soins, en vue de la progression dans cette grille. Par exemple à l'aide d'une cartographie des incidences. On s'attend à ce que (réaction aux activités mises en place), on souhaite que, on aimerait dans l'idéal que ...</p> <p>Par exemple, au-delà du fait que la restitution soit organisée, identifier les paramètres d'une restitution réussie, qui porte des fruits de changement de comportement tant dans la supervision que dans les relations entre les patients et les soignants, etc.</p>
R2	Voir dans quelle mesure bonifier la grille SCP avec les éléments d'autres outils d'évaluation de la qualité des soins existants dans les ESS et les ZS.	<b>Partiellement</b>	<p>La question de ne pas démultiplier les grilles d'appréciation avait été posée lors des ateliers réflexifs U4C. Ce qui avait conduit à se focaliser uniquement sur ce qui favoriserait les SCP.</p> <p>Les outils du MSP apprécient la qualité des soins dans les ETS mais ne se focalisent pas sur la personne bénéficiaire des soins. Ils sont axés sur la maladie et les indicateurs de programme de lutte contre la maladie (approche clinique). La grille des SCP est globalisante. Elle tient compte des déterminants de la mauvaise santé, elle met la personne comme partenaire dans la gestion de sa santé et de celle de sa collectivité.</p>

			<p>Il faut aussi garder à l'esprit que la grille SCP est un des outils possibles, que les régulateurs utilisent d'autres outils (par exemple audit des incidents critiques, approche collaborative.... C'est la complémentarité des différentes approches (proactive telle que la grille SCP ou rétroactive (audit) qui peut être intéressante.</p> <p>La grille n'a pas pour vocation d'évoluer vers un outil normé. La grille a été conçue comme un baromètre utilisé sur une base volontaire, plutôt que comme un d'outil « sanction ».</p> <p>Si bonification il y a, ce sera sur base de l'expérience des terrains et sur sa capacité à apporter une valeur ajoutée dans l'amélioration de la qualité de soins.</p>
R3	Favoriser l'implémentation descendante de la grille SCP pour susciter l'intérêt et l'appropriation par les autorités sanitaires à tous les échelons.	<b>Partiellement</b>	<p>Cette recommandation ne cadre pas avec la théorie de changement du programme qui met en exergue l'autonomisation des acteurs à identifier les problèmes et les actions d'amélioration afin d'améliorer l'offre des services de première ligne en milieu urbain au regard de la complexité de cette dernière.</p> <p>Les deux approches, ascendante et descendante, sont valides et à encourager ; le point d'entrée a été inhérent aux contextes de chaque zone d'intervention.</p> <p>L'important est que le processus soit le plus inclusif possible et durable. C'est pour cette raison que les régulateurs doivent être associés, pour éviter aussi toute mauvaise interprétation de la démarche ou rejet. L'implémentation descendante de la grille favorise l'appropriation de la grille par les autorités tandis que l'implémentation ascendante valorise l'implication des usagers/la communauté dans la gestion et le développement des ETS.</p>
R4	Harmoniser l'approche d'implémentation de la grille SCP (auto-évaluation ? évaluation-supervision ? interventionnelle ? ou mixte ?) dans les provinces pour faciliter une analyse comparative cohérente à la fin du projet.	<b>Partiellement</b>	<p>L'analyse comparative n'est pas un objectif poursuivi par le projet. Cependant, il serait probablement intéressant de davantage capitaliser à propos des approches différenciées pour en tirer les forces et les faiblesses.</p> <p>Le but est d'identifier des stratégies adaptées à chaque contexte, à la complexité du système de soins dont les éléments sont étroitement liés aux espaces géographiques, la population, le profil des Etablissements de Soins et le style managérial utilisé par le régulateur.</p> <p>La recommandation est partiellement acceptée si elle est réorientée vers un apprentissage et partage d'expérience mutuel.</p>

			La question de l'auto-évaluation, évaluation-supervision, interventionnelle devra être davantage clarifiée.
R5	Dans le processus d'intégration des SCP, plaider pour la cooptation des rubriques manquantes de la grille dans le système national d'information sanitaire.	<b>Partiellement</b>	<p>Un préalable est de documenter davantage le processus et de capitaliser avant d'entamer des actions de plaidoyer et intégration au SNIS.</p> <p>La philosophie du programme est davantage axée sur la décentralisation de la prise de décision pour l'amélioration continue de la qualité de soins à l'aide d'outils d'autoréflexion moins contraignants.</p> <p>Les rubriques à discuter avec l'autorité, représentée par le bureau information sanitaire, recherche et communication au niveau intermédiaire et l'équipe cadre de zone au niveau périphérique seraient : I (i) Associer les personnes et la communauté, (ii) Réorientation du modèle de soin, et (iii) Créer un environnement de travail favorable. D'où l'importance des approches collaboratives de résolution des problèmes en équipe qui pourront se répercuter sur la qualité des services offerts en lieu et place de rester uniquement concentré sur les données chiffrées.</p> <p>Il faut aussi garder à l'esprit que la tendance du SNIS est à la simplification, à une diminution des données récoltées.</p>
	<p><b>L'approche triple regard.</b></p> <p><i>Consiste à intégrer trois perspectives complémentaires (celles des autorités sanitaires ou régulateurs de la santé (DPS, ECZ), des prestataires de soins et des patients (communauté en général) dans la recherche de solution aux problèmes liés à la santé.</i></p>		
R6	Caractériser davantage l'organisation des réunions triple regard selon sa définition opérationnelle (but, modalités, contexte d'application).	<b>Partiellement</b>	<p>Une note/fiche technique méthodologique d'organisation des rencontres triple regard a été finalisée. Elle peut être améliorée et complétée.</p> <p>La grille SCP pourrait faire l'objet d'une des thématiques abordées au cours des réunions triple regard.</p> <p>La fiche technique (cf power point) devrait servir de guide pour documenter cette approche.</p>
R7	Capitaliser les leçons apprises lors des réunions triple regard menées par l'équipe du projet pour recadrer efficacement la mise en œuvre de cette approche dans toutes les provinces.	<b>Oui</b>	<p>En effet, il s'agit d'une innovation promue par U4C qu'il serait intéressant de valoriser.</p> <p>Cette approche doit être documentée davantage. Il s'agit de tirer des leçons d'apprentissage en vue d'en améliorer la préparation, l'organisation, la participation pour obtenir des résultats meilleurs en termes de changement.</p> <p>Voir support de documentation proposé pour ce faire.</p>

	<b>La médicalisation du premier échelon des soins et l'implémentation du dossier familial.</b>		
R8	Lors de l'évaluation finale, inclure une évaluation de la qualité et l'accessibilité des soins offerts par les équipes de premier et second échelons appuyées par le projet, ainsi que du rapport coût-efficacité des approches innovantes vers les SCP.	<b>Partiellement</b>	<p>L'outcome DGD s'adresse uniquement aux ETS du 1<sup>er</sup> échelon.</p> <p>Ce type d'évaluation d'impact relève davantage des compétences des régulateurs. En effet, l'amélioration de la qualité des soins et de l'accessibilité dépendent de nombreux facteurs donc pas uniquement d'U4C. Il est de plus trop tôt pour statuer sur l'impact des innovations implémentées. Une phase de capitalisation préalable s'avère d'abord nécessaire. La recommandation vise à établir une relation de cause à effet pas évidente à établir avec les données dont U4C pourrait déjà disposer.</p> <p>Néanmoins, il serait intéressant de s'interroger sur le coût-bénéfice relatif à l'implémentation des innovations promues.</p>
R9	Créer une plateforme des prestataires au Nord et Sud-Kivu pour favoriser le partage d'expérience sur la mise en œuvre des SCP.	<b>Partiellement</b>	<p>Le partage d'expérience est à favoriser entre les prestataires. Néanmoins, les modalités pour y parvenir peuvent varier.</p> <p>La plateforme des prestataires a été utile à Kinshasa, dans un contexte où la majorité des ETS étaient privés et donc hors de la sphère de contrôle des régulateurs. Cependant, les situations diffèrent au Nord et Sud Kivu.</p> <p>Au Sud-Kivu, les prestataires se réunissent déjà lors des rencontres d'intervision et y partagent leurs expériences.</p> <p>A Nord-Kivu, le partage d'expérience pourra se tenir lors des réunions de prestataires organisées par les ECZ de façon mensuelle. Les questions de prise en charge des malades centrées sur la personne pourraient être mises à l'ordre du jour.</p> <p>D'une façon générale, c'est bien l'ensemble des acteurs du triple regard (régulateurs, prestataires et population) qui devraient bénéficier d'espaces de partage et d'apprentissage, pas uniquement les prestataires.</p>
	<b>L'implémentation de la grille d'autoévaluation du bien-être et des outils d'accompagnement psychosocial des enfants en situation de rue.</b>		

R1 0	Favoriser des échanges d'expérience entre les équipes (Kinshasa et Bukavu) appuyant les jeunes en situation de rue pour améliorer les approches de leur prise en charge psychosociale.	<b>Oui</b>	La réflexion est déjà amorcée. L'idée est que les équipes d'accompagnement psychosociale de Bukavu discutent régulièrement avec celles de Kinshasa pour apprendre les unes des autres en termes d'outils, d'approches, etc.
R1 1	S'investir pour faire valider la grille d'évaluation du bien-être des enfants auprès des autorités compétentes afin de favoriser sa mise en œuvre effective.	<b>Partiellement</b>	Avec les autres acteurs intervenant sur cette thématique dans le cadre du REJER, le plaidoyer pourra se faire, mais l'adhésion de l'autorité y compris son implication effective ne dépendra que de son intérêt à elle.
	<b>La mise en place des clubs de malades chroniques</b>		
R1 2	<p>Encourager les clubs des malades chroniques à rédiger des micro-projets de génération de ressources (en collaboration avec les ESS), que le projet pourrait appuyer.</p> <p><i>Sud Kivu : Cependant, l'appui en médicaments et en consultation par des spécialistes (provenant des hôpitaux de Bukavu) qui semblaient importants pour les malades n'est plus disponible, ce qui est perçu comme un gap). Les membres des clubs font des cotisations mensuelles pour former une caisse de solidarité pour aider les membres qui sont à court de moyens lorsqu'ils ont besoin de soins.</i></p> <p><i>NK : Pour l'auto prise en charge, ces clubs combinent à la fois des initiatives communautaires spontanées, où les membres se réunissent pour agir ensemble sans financement extérieur, et des projets nécessitant des ressources financières pour être plus structurés et efficaces. ...ils développent des activités génératrices de revenus, créent des caisses solidaires et cherchent à établir des partenariats locaux. Cette autonomie financière est essentielle pour négocier des avantages tels que la réduction des prix aux CSMU et pour garantir l'accessibilité</i></p>	<b>Partiellement</b>	<p>La question plus générale posée par cette recommandation est : comment financer la prise en charge spécifique des maladies chroniques (CSU). La réponse à cette question n'est pas de l'unique ressort de nos ONG. Néanmoins, une approche de solution peut être envisagée :</p> <p>Au Sud Kivu :</p> <p>Les modalités de financement de la prise en charge de cette catégorie des patients peuvent faire encore l'objet de réflexions dans le cadre de la CSU et d'autres actions intersectorielles à la santé.</p> <p>A préciser que les consultations par des spécialistes n'ont jamais été l'approche de LC d'autant plus que ces spécialistes sont rares localement et l'idée est d'impliquer les quelques spécialistes disponibles dans la formation des médecins et infirmiers des hôpitaux et CS pour déconcentrer les services. Une dimension communautaire a aussi tout son sens.</p> <p>Pour les médicaments, un appui est octroyé aux hôpitaux et CS partenaires, bien que celui-ci ne couvre pas la totalité des besoins.</p> <p>NK : Des microprojets pourraient être élaborés conjointement entre les CSMU et le club des malades chroniques pour contribuer au paiement des frais d'adhésion des membres du club des malades chroniques aux systèmes d'assurance maladie ; la constitution d'un stock stratégique de médicaments spécifiques pour la prise en charge des malades chroniques attachés aux CSMU ; l'achat de petits équipements de base pour l'auto prise en charge (Tensiomètre, glucomètre, bandelettes de glycémie, stylos pour le prélèvement du sang, téléphones portables avec applications d'alerte de suivi de rendez-vous et glucomètre digital. Des activités génératrices de revenu initiées au bénéfice des membres ou du club (petit élevage ; agriculture des légumes .....).</p>

	<p>des services à tous les membres, même ceux disposant de moyens limités. Ainsi, l'objectif est de permettre à ces groupes de se prendre en charge durablement tout en favorisant la participation et l'inclusion. Toutefois, les patients des clubs de diabétiques ont rapporté que leur club ne sont pas encore légalisés du coup cela sera difficile d'obtenir des financements.</p>		
	<p><b>Le financement des micro-projets</b></p>		
R1 3	<p>S'assurer que les micro-projets soient alignés aux résultats issus des évaluations SCP, et qu'ils soient conçus selon une logique de réponse aux besoins prioritaires identifiés dans les plans d'amélioration.</p> <p><i>Bien que l'approche (micro-projet) semble être intéressante, l'évaluation avec la grille des SCP doit d'abord aboutir des résultats permettant d'établir un plan de redressement pouvant conduire à des micro-projets répondant aux besoins prioritaires identifiés dans ce plan.</i></p>	<p><b>Partiellement</b></p>	<p>Il est important de souligner que les actions identifiées pour améliorer la qualité de soins après évaluation à l'aide de la grille de SCP ne nécessitent pas nécessairement l'élaboration d'un microprojet.</p> <p>Il faut garder à l'esprit que les fonds, lorsque disponibles restent très limités et en deçà des besoins qui seraient identifiés dans le cadre d'un plan d'amélioration issu de l'appréciation de la grille SCP.</p> <p>Le recourt au microprojet ne peut et ne doit s'envisager qu'après avoir épuisé toutes les possibilités de mobilisation des ressources intrinsèques de l'ESS et des régulateurs. La recherche de solution interne doit être privilégiée.</p> <p>Néanmoins, nous sommes d'accords sur le fait que les microprojets doivent s'aligner sur les insuffisances constatées après évaluation de l'ESS sur la grille SCP. Les modalités d'attribution des fonds doivent s'accorder à chaque zone d'intervention. Par exemple au Nord Kivu, le GT Information Sanitaire Recherche et Communication serait le cadre de prise de décision pour la validation des microprojets élaborés par les ESS avec l'appui de l'ECZ. A Kinshasa, la validation des microprojets est plus démocratique et se réalise en deux phase. La première phase consiste à la sélection des meilleurs microprojets par les pairs dans le cadre de groupe de réflexion des prestataires. La validation des microprojets à financer est quant à elle réalisée par ULB C en concertation avec l'ECZ et la DPS.</p> <p>Il n'est pas prévu d'appliquer la modalité micro-projet au Sud Kivu dans le cadre de ce programme faute des fonds additionnels. Pour répondre aux besoins des ETS identifiés lors de l'évaluation sur base la grille, certaines solutions sont trouvées lors des planifications opérationnelles annuelles avec les autres parties prenantes sur base des ressources disponibles.</p>

	<b>Participation communautaire et collaboration interinstitutionnelle.</b>		
<b>R1 4</b>	Capitaliser les mécanismes de coordination communautaire en milieu urbain (groupes de réflexion, plateformes des usagers) dans les initiatives futures (comme des programmes à venir).	<b>Oui</b>	Il est de notoriété publique que les mécanismes actuellement prévus dysfonctionnent. Il est donc important de procéder à une capitalisation de l'expérience de coordination communautaire telle que pratiquée à Kinshasa et depuis peu au Nord Kivu.
<b>R1 5</b>	Plaider, auprès des autorités sanitaires compétentes, pour la formalisation des initiatives communautaires (Groupe de réflexion et plateforme des usagers) pour garantir leur pérennité.  <i>Les partenaires systémiques composés des instances provinciales et zonales du système de santé (les DPS, les BCZ et les ESS) ont pour rôle l'accompagnement de toutes les activités du projet dans les provinces et la facilitation de l'implémentation des toutes les approches innovantes appuyant les SCP. La majorité des approches proposées par le projet étaient nouvelles par rapport à celles qui sont dans le cadre normatif du système de santé congolais.</i>	<b>Oui</b>	Les résultats de la capitalisation à propos des mécanismes de coordination communautaire devront faire l'objet d'un plaidoyer organisé auprès des autorités sanitaires. Il faudra réfléchir aux modalités de ce plaidoyer. Il faut toutefois insister sur le fait que l'institutionnalisation n'est pas un effet recherché. Il s'agit plutôt de transformer les structures de participation communautaires existantes en leur suggérant d'adopter les modalités de fonctionnement utilisées par les groupes de réflexion afin de résoudre la problématique d'inféodation des structures de participation communautaires aux ETS.  En effet, cette « inféodation » ne leur permet pas de jouer leur rôle de pont entre les communautés et le système de santé pour les échanges réciproques en vue de l'amélioration de l'offre des services et de stimuler une demande de soins éclairée et adaptée aux besoins communautaires.
<b>R1 6</b>	Renforcer la collaboration avec les institutions de formation et de recherche pour un partenariat de gain mutuel : intégration des apprentissages du projet dans les curricula, et implication des académiques dans les activités de recherche et capitalisation.	<b>Oui</b>	Nos ONGD font déjà un effort dans ce sens, ils offrent des stages, sont impliqués dans les formulations de projet, contribuent à des évaluations, réalisent des consultations, des recherches, La question est donc de savoir comment, par quelles autres modalités renforcer cette collaboration qui doit s'organiser dans les deux sens, sous forme de partenariat afin de concrétiser leur contenu. Les premières structures locales concernées sont : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le Centre de Formation du NK</li> <li>- L'Université Catholique de Bukavu</li> <li>- L'Université de Kinshasa</li> <li>- L'Ecole de santé publique de Kinshasa</li> <li>- L'observatoire de la santé au NK</li> </ul>

## E.2. Synthèse du suivi des recommandations.

Sur les 16 recommandations émises par les évaluateurs 6 font l'objet d'une acceptation, aucune n'est rejetée mais 10 font l'objet d'une acceptation partielle. La réunion post-réponse managériale a permis d'orienter les discussions vers ces dernières. Les évaluateurs ont au cours de celle-ci bien compris le bienfondé des argumentaires avancés.

## E.3. Planification indicative de mise en œuvre des recommandations retenues.

Les sujets repris ci-dessous pourront être discutés lors des prochains ateliers du groupe de pilotage de l'outcome à organiser d'ici la fin de l'année 2025 afin de déboucher sur un plan d'action à réaliser dans le cadre de la dernière année de l'outcome et au sein du programme à venir.

Sujets à traiter
Tirer les enseignements des premiers mois d'implémentation de la grille SCP auprès des ETS appuyés, en se focalisant sur des sujets d'apprentissage- de capitalisation à décider ainsi que de l'organisation des réunions triple regard à la lumière de la note théorique produite en début de programme.
Combiner davantage les approches innovantes que sont la grille des soins centrés sur la personne et l'organisation de rencontres 3R, notamment lors de l'exploitation des informations issues des diagnostics et la recherche de solution aux manquements identifiés.
Affiner/revoir les stratégies visant l'appropriation par les régulateurs de l'approche "triple regard" et de la grille SCP. Définir le type de support et d'accompagnement à proposer, ainsi que les modalités du plaidoyer.
Identifier des indicateurs quantitatifs et qualitatifs ayant trait aux processus d'implémentation des innovations promues, aux résultats escomptés et aux impacts (incidences) recherchés.
Procéder à une analyse de coût des différentes innovations promues dans le cadre de ce programme en vue d'en évaluer l'efficacité.
Tirer les premières leçons des mécanismes de couverture des coûts de prise en charge des malades chroniques au Nord et Sud Kivu.
Procéder à une capitalisation de l'expérience de coordination communautaire telle que pratiquée à Kinshasa et depuis peu au Nord Kivu en vue de préparer un plaidoyer auprès des autorités sanitaires afin d'améliorer la participation communautaire.
Approfondir les modalités partenariales avec les centres de recherche et de formation pour aboutir à des relations plus structurantes, notamment autour de la prise en compte des innovations. Les centres visés sont : <ul style="list-style-type: none"><li>- Le Centre de Formation du NK</li><li>- L'Université de Bukavu</li><li>- L'Université de Kinshasa</li><li>- L'Ecole de santé publique de Kinshasa</li><li>- L'Observatoire de la santé au NK</li></ul>

#### E.4. Alimenter les hypothèses des théories de changement et nos stratégies

##### **Hypothèse concernant les populations, usagers et patients**

Les propos des personnes interrogées et les observations sur terrain confirment largement l'hypothèse selon laquelle les populations, usager-es et patient-es sont renforcés dans leurs connaissances et compétences et participent activement au fonctionnement du système de santé. Au niveau communautaire, des mécanismes innovants ont été initiés, notamment : (i) la mise en place des groupes de réflexion communautaire et la plateforme des usagers, (ii) l'inscription volontaire des ménages dans les centres de santé et la création de groupes favorisant une participation collective, et (iii) l'appui des clubs des patients chroniques. Cette démarche inclusive favorise une meilleure compréhension des droits et devoirs des patients, tout en élargissant la zone de responsabilité des structures de santé.

De plus, l'émergence d'initiatives telles que la définition des micro-projets avec la participation communautaire ou encore la mise en place des comités communautaires d'assainissement et la participation active dans les réunions triple regard, démontrent une évolution vers un système de santé plus participatif, accessible et adapté aux besoins réels des usagers. Ces activités communautaires ont été fortement appuyées par le partenaire « Etoile du Sud » (à Kinshasa et Goma) qui est impliquée non seulement dans les différentes formations des membres de la communauté sur différentes thématiques, mais aussi dans leur accompagnement dans la mise en œuvre des initiatives communautaires en faveur de leur propre santé.

##### **Hypothèse concernant les équipes soignantes du premier échelon**

Selon les informations recueillies, jusqu'à présent les équipes de soignants du premier échelon ne sont pas encore pluridisciplinaires, sauf au niveau des CSMU au Nord-Kivu. Au Sud-Kivu, on retrouve dans les CS des équipes d'infirmiers polyvalents qui sont appuyés par un(e) assistant(e) psychosocial et un médecin de l'hôpital général de référence qui y passe de façon ponctuelle. A Kinshasa on retrouve plutôt une équipe intermédiaire comprenant un médecin, des infirmiers et parfois quelques spécialités (comme un nutritionniste).

L'approche d'une équipe multidisciplinaire, expérimentée via les CSMU, favorise une réponse plus complète aux besoins complexes des patients, en mobilisant les compétences complémentaires de chaque professionnel. Elle illustre concrètement la mise en œuvre d'un modèle de soins intégrés et participatifs, centré sur les besoins des individus et promouvant une approche « patient-partenaire ». Par ailleurs, la proposition des micro-projets à Kinshasa, la consultation multidisciplinaire au niveau des CSMU à Goma et l'accompagnement rapproché des clubs des diabétiques/hypertendus par les CS ainsi que la réalisation des consultations médico-psycho-sociales des malades au Sud-Kivu témoignent déjà d'une certaine motivation des personnels de premier échelon dans l'approche des SCP.

Plusieurs formations au profit des prestataires de premier échelon ont été réalisées notamment dans la thématique de l'approche des SCP, la prise en charge des maladies chroniques, la prévention et contrôle des infections ou encore la santé mentale. Au Nord-Kivu, le rôle du centre de formation du Nord-Kivu (CFNK) consiste précisément à accompagner ce processus de renforcement, par une approche systématique et contextualisée des formations. Cette stratégie assure une meilleure adaptation des savoirs (savoir-faire et savoir-être) aux réalités du terrain, notamment en matière de soins centrés sur la personne. Par ailleurs, les méthodes pédagogiques utilisées — telles que la

simulation, les études de cas, ou encore les jeux de rôle — favorisent l'appropriation des compétences relationnelles et la mise en pratique dans une logique de changement. Outre les formations, le projet octroie aux ESS de première ligne un appui au fonctionnement (fonds mensuels de soutien à l'opérationnalisation des activités), les dote en matériel selon le besoin exprimé (glucomètres, tiges, tensiomètres, médicaments, outils de suivi, spectrophotomètre, électrophorèse d'hémoglobine...) et appuie leurs supervisions formatives par l'équipe des BCZ. A Kinshasa, on également la création d'un groupe de réflexion des prestataires qui constitue un cadre d'échange et de partage d'expérience sur la prise en charge des malades.

La sous-hypothèse concernant la qualité et l'accessibilité des soins offerts par ces équipes soignantes de premier échelon appuyés par le projet n'a pas été vérifiée dans la présente mission d'évaluation.

### **Hypothèse concernant les autorités sanitaires (DPS et ECZ)**

Le projet appuie les DPS et les BCZ dans leur fonctionnement, dans leurs missions de supervisions et dans l'élaboration d'outils (modules, plans stratégiques, grilles d'évaluation). Le projet facilite également l'organisation des réunions triple regard. Au niveau de la DPS, le projet collabore avec les représentations provinciales de certains programmes nationaux (santé mentale et maladies non transmissibles) pour faciliter l'adoption de leur vision des SCP dans la prise en charge des maladies chroniques. Les personnels de ces programmes participent à la formation des soignants des ZS et les membres du projet effectuent de fois des supervisions conjointes avec ces programmes dans les ZS.

Pour le moment, la sous-hypothèse selon laquelle les équipes cadres des ZS (ECZ) adoptent l'approche des SCP dans leur fonctionnement quotidien est vérifiée. Dans toutes les provinces, les BCZ sont informées de cette approche. Cependant, la participation effective de ces équipes dans l'implémentation des SCP diffère selon les provinces : à Kinshasa, l'implication est totale (allant vers l'appropriation complète) parce que c'est l'ECZ Kintambo qui réalise maintenant les évaluations des ETS ; au Sud-Kivu les ECZ co-évaluent les ESS avec Louvain coopération et vont déjà dans l'optique d'utiliser les résultats des évaluations pour leurs supervisions formatives ; au Nord-Kivu par contre, bien que la grille a été adoptée par la DPS et les ECZ, c'est toujours ULB coopération qui évalue seule les ETS. Il est important de noter que le débat actuel sur les SCP est plus développé jusqu'au niveau des ZS. ULB coopération (Nord-Kivu) et Louvain Coopération (Sud-Kivu) ont fait une avancée significative dans l'adoption des SCP au niveau provincial (DPS) en adoptant une implémentation descendante. Par contre ULC coopération – Kinshasa tarde encore à faire adopter cette approche au niveau de la DPS.

Néanmoins, cette grille n'est pas encore remontée au niveau central pour nourrir le débat sur la CSU en lien avec ses autres composantes. L'intégration des données ou indicateurs en lien avec l'approche des SCP dans le système national d'information sanitaire (DHIS2), comme l'a signalé un interrogé, serait un moyen de remonter l'information au niveau national.

### **Hypothèse concernant les institutions académiques et de formation**

Les institutions académiques et de formation (surtout les écoles de santé publiques des universités) collaborent avec les autorités sanitaires pour le renforcement du système de santé. Cependant, la collaboration entre le projet et les institutions n'est pas encore optimale pour permettre la capitalisation des expériences acquises lors de la mise en œuvre du projet.

A Kinshasa, ULB coopération met à disposition toutes les informations en lien avec le projet pour qu'elles servent d'outil d'enseignement et de recherche pour les étudiants de l'Université Libre de Bruxelles. Le point focal du projet à Kinshasa encadre ces étudiants pour leur apporter des éclaircissements sur les aspects contextuels de la mise en œuvre du projet. Louvain coopération de son côté collabore – via LBM – avec l'Université de Kinshasa pour encadrer les stagiaires en psychologies dans les centres d'accueils des enfants en situation de rue. En mars 2025, une thèse de doctorat a été soutenue à l'Université de Kinshasa en utilisant les données sur les familles de la rue.

Au Nord-Kivu, l'implication des institutions académiques dans la réorganisation du 1<sup>er</sup> échelon de soins en milieu urbain se manifeste principalement à travers une dynamique de capitalisation des connaissances et d'intégration de la recherche appliquée. Le protocole de la recherche-action sur les CSMU a d'abord été validé par le comité scientifique de l'ULPGL (l'Université Libre des Pays des Grands Lacs), soulignant l'ancrage académique dès le départ. Ensuite, les résultats et les observations issus de la mise en œuvre, sont régulièrement présentés à l'*Observatoire Santé* de la province, une plateforme de collaboration réunissant 12 institutions universitaires locales. Cette plateforme favorise la mise en relation entre les réalités du terrain et les milieux académiques, en organisant des ateliers semestriels où sont discutées des thématiques de recherche pertinentes. L'objectif est d'avoir des feedbacks des pairs pour des réajustements de l'action mise en place afin d'aboutir à un modèle optimal de médicalisation de la première ligne de soins en milieu urbain.

Au Sud-Kivu Louvain coopération collabore avec l'Université Catholique de Bukavu avec qui il a signé un accord-cadre pour voir dans quelle mesure proposer des sujets de recherche qui cadrent avec les projets qui sont implémentés. Cependant, l'utilisation des leçons apprises de la mise en œuvre des projets de Louvain coopération dans l'enseignement à l'Université Catholique de Bukavu n'est pas encore effective.

#### E.5. Renforcer le système de suivi-évaluation-apprentissage

Un programme visant une approche des soins davantage centrés sur la personne implique une profonde mutation des comportements des acteurs de la santé. Le système de suivi-évaluation gagnerait donc à élaborer une cartographie des incidences dont une première base avait déjà été proposée dans la théorie de changement et ce dès la conception du nouveau programme.

Pour ce faire, une formation à la cartographie des incidences devrait accompagner l'élaboration du système de suivi-évaluation.

Les sujets d'apprentissage, notamment relatifs aux innovations en cours, qui méritent un effort de capitalisation, devraient être choisis dès le démarrage du programme, afin de récolter des informations pertinentes à leur propos et pouvoir faire l'objet d'ateliers réflexifs entre pairs et partenaires du programme.

Une approche visant à identifier les freins potentiels aux changements de comportement permettrait également de prévoir des stratégies à mettre en œuvre dès le démarrage du programme tout en gardant de la souplesse pour des aménagements en cours d'exécution.

La fonction et les tâches de suivi-évaluation-capitalisation devraient être davantage mises en avant et faire l'objet d'une programmation au même titre que la mise en œuvre des activités.

## E.6. Prise en compte des remarques émises par la DGD à propos des TDR

Aucune remarque n'avait été formulée.

## E.7. Modalités de diffusion de l'évaluation

**DGD** : transmission du rapport et de la réponse managériale sur l'extranet de la DGD.

**Grand public** : publication d'un résumé sur les pages web d'ULB-Coopération, Louvain Coopération et d'U4C avec option de consulter les documents dans leur intégralité.

**UNI4COOP** :

- Partage de l'ensemble des documents relatifs à l'évaluation avec le COSEPRO (Comité de suivi-évaluation d'U4C)
- Partage de la réponse managériale avec le COPIL (Comité de pilotage d'U4C)

**Direction et conseil d'administration** :

- Présentation du rapport d'évaluation et de la réponse managériale lors des réunions et rencontres.
- Discussion à propos de la mise en œuvre des recommandations

**Membres des équipes, chargés de projet, assistants techniques, ...** :

- Partage des résultats et recommandations utiles dans le cadre des autres projets.
- Incidence sur les autres programmes et approches mises en œuvre.

**Cadre stratégique commun (CSC), plateforme Because Health, autres partenaires et bailleurs potentiels, centres de formation et de recherche** :

- Partage des innovations évaluées lorsqu'elles auront pu faire l'objet d'une capitalisation plus formelle.

## F. Qualité du processus et du rapport d'évaluation

Le rapport est lisible et compréhensible. Il apporte une réponse aux questions posées dans les termes de référence. La méthodologie utilisée est bien décrite.

Cependant, à sa lecture, il n'est pas évident de pouvoir établir un lien entre les observations, l'appréciation propres aux évaluateurs et les recommandations émises. Ce qui peut expliquer que la majeure partie des recommandations n'est que partiellement prise en compte. Néanmoins, les recommandations ont ouvert ou réouvert des sujets de discussion au sein du GPO.

Le rapport d'évaluation établit un lien intéressant avec la théorie du changement.