



■ 4 ONG UNIVERSITAIRES BELGES AU SERVICE DE LA COOPERATION ■

RÉPONSE MANAGÉRIALE ÉVALUATION INTERMÉDIAIRE

TITRE : PERTINENCE ET EFFICACITÉ DES APPROCHES PLURIDISCIPLINAIRES D'UNI4COOP MENÉES EN VUE DE L'AMÉLIORATION DES SOINS AU PREMIER ÉCHELON. PROGRAMME DGD 2017-2021, RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE CONGO.

Table des matières

RÉPONSE MANAGÉRIALE ÉVALUATION INTERMÉDIAIRE	1
TITRE : PERTINENCE ET EFFICACITÉ DES APPROCHES PLURIDISCIPLINAIRES D'UNI4COOP MENÉES EN VUE DE L'AMÉLIORATION DES SOINS AU PREMIER ÉCHELON. PROGRAMME DGD 2017-2021, RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE CONGO.	1
A. Identité	2
B. Résumé de la réponse managériale	2
C. Rappel du contexte et de l'objectif général de l'évaluation :	3
D. Les conclusions générales de l'évaluateur extraites du résumé exécutif du rapport :	4
E. Suite à donner à l'évaluation.....	8
E.1. Décision sur la prise en compte ou non des recommandations	8
E.2. Synthèse du suivi des évaluations	19
E.2.1. Recommandations communes à LC et UCO :	19
E.2.2. Au niveau d'ULB-Coopération :	20
E.2.3. Au niveau de Louvain Coopération :	21
E.3. Planification indicative de mise en œuvre des recommandations retenues	22
ULB-Coopération :	22
Louvain Coopération :	27
E.4. Alimenter les hypothèses des théories de changement et nos stratégies.	31
E.4.1. Théorie du changement :	31
E.4.2. Les stratégies :	33
E.5 Modalités de diffusion de l'évaluation :	33
F. Qualité du processus et du rapport d'évaluation.....	34
F1 : Qualité du processus d'évaluation :	34
F2. Qualité du rapport d'évaluation :	34

A. Identité

Projet	Programme DGD 2017-2021 RDC
Code IATI	BE-BCE_KBO-0415627875-PROG2017-2021_CD_0S4_1701C4_A_PS BE-BCE_KBO-0422717486-PROG2017-2021-0S5-RDC_PS
Objectifs concernés	OS 4 UCO : Améliorer la qualité et l'accessibilité des soins dans la province du Nord-Kivu et assurer leur stabilité en installant un système d'accréditation des structures de santé afin de les rendre éligibles au système contractuel de subvention qui se met en place dans la province. OS 5 LC : d'ici 2021, les systèmes locaux de santé sont de meilleure qualité, en particulier par une meilleure prise en charge des pathologies chroniques non transmissibles. UCO/UE : projet PADISS -contrat FED/2016/382-015- résultat concerné : une organisation viable de structures de soins de santé de premier échelon légères, de qualité, privés, laïques, sans but lucratif et accréditées pour être éligibles à un système contractuel de subvention se met en place au niveau de la zone urbaine de Goma.
Date évaluation	Février -juin 2020
Evaluateurs	Jean-Pierre Noterman, Benjamin Ndoole
Date réponse	04/08/2020
Auteurs réponse	Anne Depret, Karlien Jolie, Barnabé Minani, Daniela Chinnici, Jean-Bosco Kahindo, Edgard Musuabo

B. Résumé de la réponse managériale

LC et UCO, tous les deux membres du consortium UNI4COOP, développent dans le programme quinquennal 2017-2021 des modèles innovants de structures sanitaires de premier échelon. Bien qu'il y ait des différences dans les approches, LC et UCO partagent une même vision, celle de centrer les interventions sur le patient comme une personne en non pas uniquement comme un problème de santé.

Dans son rapport final l'évaluateur a conclu que les modèles de structures sanitaires que LC et UCO mettent en place sont **cohérents** par rapport au rôle, à la fonction et à l'offre de prestation attendue de la part d'un service de santé de premier échelon. Il a également conclu que ces modèles sont **pertinents** pour répondre aux attentes des autorités sanitaires au niveau provincial et national. Quant à la pertinence perçue par la population bénéficiaire, pour LC, les innovations introduites sont globalement bien perçues et ont eu des effets bénéfiques appréciés. Pour UCO, avec seulement quelques mois de fonctionnement, il est trop tôt pour vraiment juger, bien que des innovations telles que la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire et d'un service de kinésithérapie soient déjà bien appréciées.

L'évaluateur a basé son analyse sur les écarts entre les modèles conceptuels proposés et ses observations de terrain. Selon lui, l'efficacité de ces nouveaux modèles est freinée du fait que les

éléments théoriques, bien que connus, sont encore insuffisamment intégrés. Les structures ont besoin de plus d'accompagnement.

Il s'avère également nécessaire de prendre davantage en compte des déterminants qui influencent cette mise en œuvre. Notamment :

- La fonctionnalité des services, l'organisation des activités et la gestion des ressources au niveau de chaque CS/MM et chaque CSMU concernés ;
- La programmation, le management et l'encadrement opérationnel des actions d'implémentation entreprises par les Bureaux Centraux des Zones de Santé avec l'ensemble des partenaires qui y sont associés ;
- La coordination opérationnelle des actions entreprises par chacune des Divisions Provinciales de la Santé ;
- Le dispositif de pilotage et de capitalisation par le Ministère de la Santé Publique des changements introduits par les initiatives innovantes de LC et UCO et qui pourrait intéresser également des initiatives similaires entreprises dans d'autres Zones de Santé et Provinces du pays.

Pour pleinement réussir ces modèles innovants l'évaluateur propose une série de recommandations dont les principales sont :

- 1) Un accompagnement plus rapproché des structures dans la mise en œuvre quotidienne des changements apportés
- 2) L'approfondissement des relations avec les autorités pour s'assurer de leur pleine appropriation.

Les actions que LC et UCO mèneront pour répondre aux recommandations de l'évaluateur vont dans ce sens.

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

UNI4COOP s'est engagé dans un programme commun financé par la Direction Générale de la Coopération au Développement belge pour une durée de 5 ans de 2017 à 2021.

En RDC, ULB-Coopération (UCO) à Goma au Nord Kivu et Louvain Coopération (LC) au Sud Kivu dans 5 Zones de Santé, soutiennent des initiatives innovantes en appui à des structures de premier échelon à propos desquelles elles souhaitent poursuivre leurs échanges, notamment au travers l'organisation d'une évaluation commune externe réalisée à mi-parcours.

L'évaluateur devait proposer des recommandations à propos de la conception, du processus de mise en place et/ou l'emploi des outils, dispositifs et mécanismes d'amélioration de la qualité opérationnalisés au sein des centres de santé accompagnés et l'utilisation qui en résulte dans les activités de promotion de la santé, de prévention et curatives, tant au sein des structures concernées que dans leur relation avec les acteurs périphériques. Pour le Nord Kivu, les recommandations devaient également porter sur la conformité de ces informations avec les exigences d'une accréditation potentielle de ces structures.

Six questions étaient posées à l'évaluateur :

Question 1 : Quelle est l'**efficacité** des stratégies, activités, dispositifs et outils pour une prise en compte de l'ensemble des déterminants de la qualité des soins (efficacité, accessibilité et continuité des soins) ? De manière générale et plus particulièrement auprès des patients chroniques ?

Question 2 : Quelles sont les **forces et les faiblesses** des relations établies entre ces centres de santé/maisons médicales et leur population cible ? Quelles sont les **similitudes et différences** dans les approches des deux ONG et centres de santé concernés par l'évaluation ? Par exemple : informations disponibles sur le malade, système de relance, référence, coût de prise en charge, organisation des équipes, sondage de satisfaction, qualification du personnel en contact avec les patients/ la communauté, formation continue du personnel, statistique d'observance, de détection, ...).

Question 3 : Dans quelle mesure les expérimentations telles que menées actuellement sont-elles **pertinentes** pour répondre aux attentes des autorités sanitaires au niveau provincial et national ? Quelle est la cohérence de ces mêmes activités initiées et des outils, dispositifs mis en place dans le cadre des projets d'expérimentation d'UCO avec une mise en conformité de ces centres en vue de pouvoir répondre aux critères conditionnant l'**accréditation** de structures de santé du premier échelon ? Quelle est leur pertinence à ce niveau ?

Question 4 : Quelle est la pertinence perçue par la population bénéficiaire des stratégies et dispositifs décrits plus avant, ce y compris en tenant compte du genre ?

Question 5 : Quels pourraient être les freins relatifs à la pérennisation des stratégies et dispositifs décrits (institutionnels et financiers) ? Et comment pourraient-ils être levés ?

Question 6 : Quelles seraient les méthodologies les plus adéquates à initier en fin de programme, compte tenu des ressources disponibles en matière de mesure de leur impact auprès des populations et des autorités sanitaires ?

➤ *Se référer aux termes de référence pour plus de détail.*

D. Les conclusions générales de l'évaluateur extraites du résumé exécutif du rapport :

Pour répondre aux questions d'évaluation posées par les termes de référence en prenant en compte les hypothèses de recherche sous-jacentes aux changements attendus (voir TdR annexe 1, page 112) la méthodologie a consisté à :

- Etablir un diagnostic opérationnel des services de soins de premier échelon concernés, portant sur les conditions fonctionnelles et organisationnelles nécessaires à la délivrance de soins de qualité centrés sur la personne,
- Apprécier le degré de compréhension, d'adhésion, de satisfaction et de participation aux innovations introduites par les parties prenantes dont principalement les populations bénéficiaires et les équipes médicales chargées de la délivrance des soins.

L'initiative innovante de LC au Sud Kivu d'approche psycho-médicosociale (PMS) de l'offre de soins est inspirée du modèle de Maison Médicale en Belgique. Cette approche qui répond aux orientations de la politique nationale de santé, est soutenue par un cadre conceptuel cohérent qui a été conçu avec l'apport méthodologique des Ecoles de Santé Publiques de l'UCL en Belgique et celle de l'Université Catholique de Bukavu (UCB).

Cette approche de type Maison Médicale est implémentée au Centre de Santé moyennant des modifications structurelles mineures portant sur l'introduction d'une fonction d'assistant psychosocial exercé par la capacitation d'un des membres de l'équipe en place et de celle de quelques nouveaux supports d'information comme une fiche de soins intégrant les trois dimensions PMS, un canevas reprenant les étapes à suivre lors d'une consultation avec un patient présentant des problèmes de santé mentale et un carnet individuel de soins des diabétiques.

L'implémentation des activités est réalisée en collaboration avec la Division Provinciale de la Santé, les Equipes Cadres des Zones de Santé concernées, avec la Fondation Panzi et le Centre d'Assistance Médico Psycho Sociale en tant que partenaires disposant d'une expérience avérée dans le champ des soins psychosociaux et avec l'UCB pour la dimension scientifique et de suivi des hypothèses de recherche-action.

Après trois ans de mise en œuvre, les constats faits ont confirmé notamment par l'accroissement significatif du nombre de patients dépistés et soignés, la pertinence potentielle de l'approche PMS telle qu'elle a été initiée aux bénéfiques des groupes cibles des personnes du troisième âge, des diabétiques ainsi que des personnes présentant des problèmes où la composante psychologique interfère sur l'état de santé, comme les victimes de violence sexuelles, les filles-mères, les femmes battues... mais aussi des maladies stigmatisantes comme le Sida, le diabète, la tuberculose, l'épilepsie, le cancer...

Ces actions se sont bien ancrées dans la communauté, notamment via la création de groupes solidaires (clubs de diabétiques, de troisième âge) et les visites domiciliaires réalisées de plus en plus régulièrement par l'assistant psychosocial avec l'accompagnement des psychologues. Elles contribuent également à renforcer la relation de confiance vis-à-vis du personnel de santé et l'instauration de dialogue constructif portant sur les problèmes rencontrés et la recherche de solutions adaptées.

L'approche PMS a apporté une amélioration perceptible à la prise en charge des problèmes de santé ciblés et elle gagnerait à être étendue à l'ensemble des activités dont celles relatives à la santé maternelle et infantile qui représente avec la malnutrition une part importante des besoins en soins de santé.

Si les formations de capacitation des prestataires de soins ont amélioré leurs compétences dans la prise en charge psychosociale, en revanche la dimension médicale a peu progressé comme en témoigne le manque de rationalisation des traitements prescrits, caractérisé notamment par un usage abusif et non justifié d'antibiotiques ou de corticoïdes et surtout l'absence de dispositif permettant d'assurer la continuité des soins.

Les actions entreprises auraient également gagné en efficacité si elles avaient davantage pris en considération certains déterminants qui conditionnent une offre de soins de qualité exprimée en termes d'adéquation :

- Du nombre de la population de responsabilité qui est actuellement trop élevé avec les capacités opérationnelles du Centre de Santé,
- Du dispositif de renforcement des capacités par rapport aux besoins d'amélioration des bonnes pratiques de soins,
- Du plateau technique par rapport aux soins à délivrer,
- De la gestion des pharmacies et des approvisionnements en médicaments pour éviter les ruptures de stocks,
- Des conditions d'emploi pour que le personnel puisse s'engager pleinement dans l'accomplissement de ses responsabilités,
- Du système d'information pour qu'il soit adapté à assurer l'évaluation objective de l'évolution des performances obtenues et la continuité des soins.

Au stade actuel de mise en œuvre, la pérennité institutionnelle de l'approche PMS est liée à son extension à l'ensemble des activités de soins relevant du premier échelon du système de santé, à la reconnaissance de sa pertinence opérationnelle par l'ensemble des acteurs de la santé via la mise en

place de dispositifs de coordination des initiatives en cours au niveau de la Division Provinciale de la Santé et de pilotage par le Ministère de la Santé Publique pour en assurer la capitalisation.

La pérennité financière est encore très tributaire du financement communautaire (60%) et des faibles capacités de paiement du coût des soins par les ménages pour couvrir l'ensemble des besoins dont le réapprovisionnement régulier en médicaments et un revenu décent au personnel de santé qui oscille actuellement entre 60 et 190 \$ par mois selon les fonctions exercées.

L'initiative innovante d'UCO à Goma d'approche de soins de santé centrée sur la personne est conçue autour d'un modèle d'organisation du premier échelon en milieu urbain nommé Centre de Santé Médicalisé Urbain (CSMU), qui s'inspire également du modèle de Maison médicale en Belgique mais aussi de la médicalisation des Centre de Santé Communautaire au Mali.

Cette approche se caractérise par des changements structurels profonds qui ont conduit à la création ex-nihilo d'un concept totalement nouveau où le CSMU n'est plus animé que par des infirmiers mais bien par une équipe pluridisciplinaire composée de médecin généraliste, d'infirmier, de kinésithérapeute, de psychologue-clinicien et d'assistant social. Il se différencie également du Centre de Santé classique par une offre de soins délivrée uniquement de jour, sans services d'hospitalisation, de maternité et de laboratoire qui sont dorénavant réalisées par des structures distinctes disposant d'un lien fonctionnel avec le CSMU, et par l'externalisation des fonctions de gestion de la pharmacie, de la comptabilité, de l'entretien et du gardiennage. Le CSMU est lié contractuellement avec l'Hôpital Provincial du Nord Kivu pour les soins de référence et avec un établissement d'utilité publique soutenu financièrement par le Fonds européen de Développement, qui subventionne une part importante du coût des soins et de fonctionnement.

Cette approche a été élaborée à la suite d'une longue phase d'investigation coordonnée par un groupe ad hoc « Santé urbaine » mis en place au sein de la Division provinciale de la Santé. Elle s'est matérialisée par le démarrage des activités en avril 2019 à la suite de la construction et l'équipement des deux nouveaux bâtiments, du recrutement et d'une formation d'induction du personnel destiné à y travailler ainsi que de celle des ECZ chargée d'encadrer l'implémentation de l'ensemble du dispositif organisationnel en collaboration avec UCO.

Au stade actuel, après moins d'une année de mise en œuvre, il est prématuré de se prononcer objectivement sur la pertinence opérationnelle de l'initiative. Néanmoins, les observations faites permettent de donner quelques indications.

L'élargissement de l'offre de soins réalisé par une équipe pluridisciplinaire et accueillante, est bien apprécié comme en témoigne l'accroissement de la fréquentation au cours des mois qui a triplé entre mai et décembre 2020 passant d'une moyenne de six à seize patients par jour, mais aussi les réactions positives émises par la population.

Les activités préventives de consultations de femmes enceintes et des enfants de 0 à 5 ans ont été intégrées au mois d'octobre 2019 mais elles sont toujours réalisées par un personnel infirmier suivant le même modèle qu'auparavant et bénéficient encore peu des effets attendus des soins centrés sur la personne, délivrés par une équipe pluridisciplinaire. Au vu de la charge de travail que ces activités représentent, la présence d'un second médecin s'avère nécessaire.

L'adjonction d'un service de kinésithérapie est une innovation unanimement appréciée répondant manifestement à un besoin de soins de proximité qui n'était pas couvert comme le confirme les chiffres de sa fréquentation. De mi-avril à décembre 2019, 170 nouveaux cas ont été pris en charge pour un total de 1.441 séances.

Le lancement de l'initiative CSMU a été néanmoins marqué par des problèmes de compréhension et d'adhésion des populations cibles par rapport aux changements introduits dans l'offre de service comme la suppression de la permanence des soins, des services de maternité, de laboratoire et d'hospitalisation auxquels les gens étaient habitués.

Par ailleurs, la programmation de l'ensemble des dispositifs organisationnels de ce nouveau modèle d'offre de soins semble ne pas avoir été suffisamment aboutie pour que tous les changements proposés soient opérationnels et puissent satisfaire à l'approche centrée sur la personne ainsi qu'aux critères d'accréditation souhaités. Il s'agit par ordre d'importance de :

- La définition de la population de responsabilité qui cumule actuellement les patients inscrits par dossier familial tel que prévu dans le modèle conceptuel et la population de l'aire de santé dans laquelle est située le CSMU, soit 30 pour le CSMU Rapha et 40.000 habitants pour le CSMU de Kyeshero,
- L'adaptation de tous les supports d'information pour qu'ils puissent notamment garantir la continuité des soins que nécessitent les malades chroniques dont le diabète et les activités de prévention des groupes à risques (femmes enceintes, enfants de 0-5 ans, couples en âge de procréer) et permettre d'apprécier objectivement l'évolution des performances,
- La formation à l'utilisation et l'exploitation du dossier familial comme outil de prise en charge globale des soins et d'intégration des déterminants sociaux de la santé,
- L'externalisation de la gestion de la pharmacie qui n'est pas encore opérationnelle pour réduire les ruptures de disponibilité en médicaments,
- L'intégration des activités préventives suivant l'approche centrée sur la personne et le recrutement d'un second médecin,
- Le recours aux assistantes sociales au-delà du service d'accueil pour les problèmes relevant de leur compétence,
- Le recrutement du psychologue-clinicien,
- La contractualisation avec des services de maternité, de laboratoire et d'imagerie médicale en plus de celle avec l'Hôpital Provincial qui ne peut satisfaire à lui seul à l'ensemble des besoins en soins de référence.

Au stade actuel de mise en œuvre, la pérennité opérationnelle est liée aux résultats et bénéfices qui pourront être obtenus à l'avenir par les changements introduits tels qu'ils sont actuellement coordonnés par la Division Provinciale de la Santé et qui pourraient être capitalisés par le Ministère de la Santé Publique pour en assurer la capitalisation via un dispositif de pilotage à mettre en place.

La pérennité financière dépend des contributions extérieures qui représentent actuellement 80% des dépenses totales. Ces contributions proviennent du mécanisme de subvention au coût des soins et du fonctionnement financé par l'UE, et par l'Etat pour une partie des rémunérations qui oscillent actuellement entre 180 à 235 \$ et 935 \$ pour le médecin.

Au terme des initiatives entreprises par **LC au Sud Kivu et UCO à Goma au Nord Kivu**, l'impact des changements introduits pourrait se mesurer sur la base des performances opérationnelles obtenues et du degré de satisfaction et d'appropriation par la population et des acteurs du système de santé à tous les niveaux.

En conclusion, si les initiatives soutenues par **LC et UCO** sont potentiellement pertinentes par rapport aux innovations et changements introduits, leur degré de cohérence pourrait être amélioré par des aménagements à apporter dans les processus :

- De programmation et d'accompagnement par les Equipes Cadres des Zones de Santé pour corriger les écarts qui existent en entre chacun des modèles conceptuels proposés et la réalité actuelle en termes de moyens techniques, de capacités professionnelles et de dispositifs organisationnels,

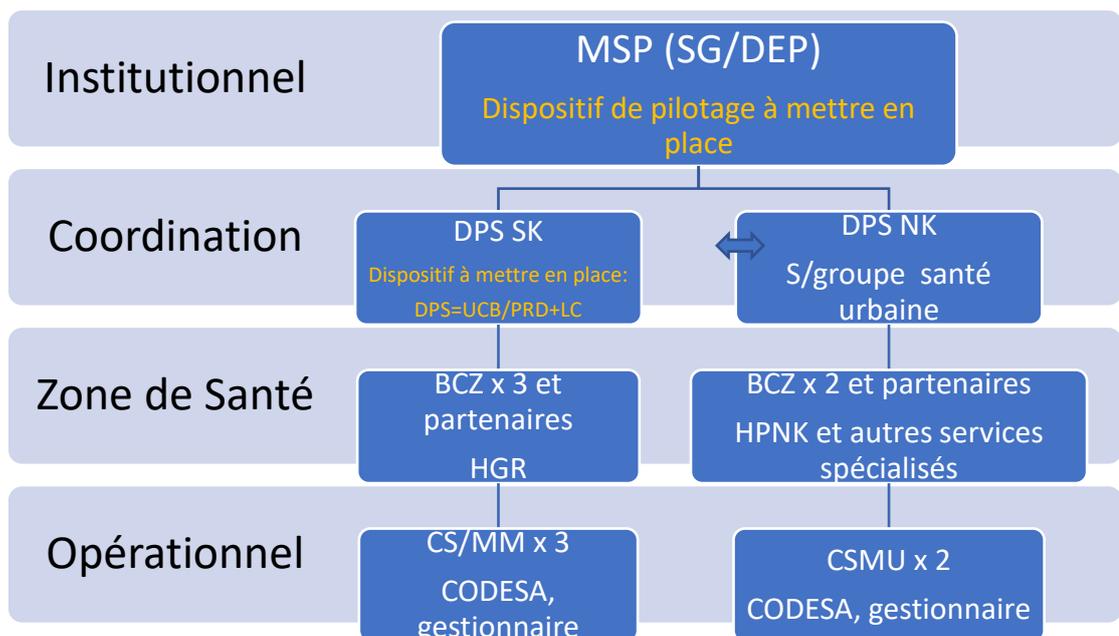
- De coordination au niveau des deux Divisions Provinciales de la Santé,
- Du pilotage au niveau du Ministère de la Santé Publique.

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

E. Suite à donner à l'évaluation

Les constats issus de l'évaluation nous enseignent entre autres que la réalisation des modèles conceptuels proposés par LC et par UCO d'offre de soins exige la présence concomitante d'un dispositif de pilotage, d'un cadre de programmation et de management opérationnel adaptés à l'implémentation des changements à opérer et ce à tous les niveaux de prise de décision.

A cet effet, l'évaluateur propose la mise en place de quelques nouveaux dispositifs de pilotage, en dehors de ceux qui existent déjà actuellement. Il s'agit au niveau institutionnel d'un dispositif auprès des Ministères Provinciaux de Santé et au niveau de la coordination d'un dispositif au sein de la DPS au Sud Kivu. Dans l'organigramme les dispositifs proposés sont repris en jaune.



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

En gris les recommandations relatives aux deux ONG

En vert les recommandations spécifiques au projet conduit par Louvain -Coopération.

En bleu, les recommandations spécifiques au projet conduit par ULB-Coopération.

	Recommandation	Argumentation de la prise en compte totale/ partielle ou du rejet.
Pilotage	0. Mise en place de l'organigramme présenté ci-dessus	LC et ULB-C (0.) oui : oui
Fonctionnalité des services	1. Adapter la population de responsabilité aux exigences en soins de qualité centré sur la personne (10 à 12.000 habitants, maximum 15.000)	LC (1.) partielle : La difficulté évidemment c'est au niveau de l'autorité régulatrice notamment l'Etat représenté dans le cas d'espèce par la Division Provinciale de la Santé et les Bureaux centraux des Zones de Santé. Cette situation est une réalité bien évidente, il est clair que depuis que le recensement n'est pas fait, il se pose un problème réel sur les statistiques à considérer dans les différentes planifications. Pour l'instant, on recourt à certaines données issues de dénombrement de la population qui sont collectées dans le cadre de la campagne de distribution des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides, encore une fois, ces données ne sont pas fiables, mais faute de vraies statistiques, on fait une projection du taux d'accroissement de la population de 1,031. UCO : cette décision relève de la responsabilité du BCZ et DPS et exige des ressources. L'option sera négociée avec la DPS et la BCZ pour les deux zones de santé.
	1.1. Pour les CS/MM : actualiser les plans de couverture des zones de santé et pourvoir à l'ouverture de nouveaux CS. <u>Responsabilité</u> : BCZ avec l'appui des partenaires <u>Echéance</u> : Plan quinquennal 2022-2026	LC (1.1.) partielle : A discuter avec les différentes ZS appuyées par LC. La responsabilité du partenaire LC dans ce cas-ci ne serait que d'inscrire cette activité au compte des axes de plaidoyer.
	1.2. Pour les CSMU : 1.2.1 Inscription par dossier familial uniquement <u>Responsabilité</u> : équipe CSMU avec appui ECZ/UCO <u>Echéance</u> : dès que possible 1.2.2. Confier la prise en charge curative et préventive des populations non-inscrites résidant dans les aires de santé de Rapha et Kyeshero à des structures privées ou en stratégie avancée avec un personnel assigné à cet effet par l'ECZ. <u>Responsabilité</u> : BCZ <u>Echéance</u> : dès que possible	Oui : Dès le 2 ^{ème} semestre 2020 (mise en place progressive du processus) <i>1.2.1. Quels sont les besoins en formation des AS ? Quelles sont les étapes d'implémentation et les acteurs concernés ?</i> <i>1.2.2. Comment éviter la discrimination vis-à-vis de certains malades</i>
	2. Adapter les effectifs en personnel de santé à la charge de travail Pour les CSMU : 2.1. Recruter un second médecin pour assurer la médicalisation du préventif. Recourir éventuellement à des stagiaires en formation à Heal Africa	Oui : progressivement, dès le 2 ^{ème} semestre 2020. Dans un premier temps à cheval sur les deux structures. De même que l'engagement d'un psychologue. <i>Quel est le coût ? Est-ce supportable et durable ? Quid si modèle de CSMU doit être reproductible ? Engager un jeune médecin ?</i>

	<p><u>Responsabilité</u> : BCZ et UCO en concertation avec Heal Africa</p> <p><u>Echéance</u> : dès que possible</p>	
	<p>3. Revaloriser des conditions d'emploi du personnel</p>	
	<p>Pour les CS/MM et CSMU :</p>	<p>LC (3.) partielle : Ce n'est pas à une ONG internationale à améliorer les conditions salariales et les conditions d'emploi du personnel de santé travaillant dans les services publics. Le rôle de LC se limite au plaidoyer.</p>
	<p>3.1. Plaidoyer pour la régularisation salariale et obtention de la prime de risque de tous les agents</p> <p>3.2. Faire adhérer le personnel et leur famille directe aux mutuelles de santé</p> <p>3.3. Garantir l'octroi de crédits pour de petits investissements générateurs de revenus</p> <p>3.4. Encourager la construction de logement de fonction proche de CS/MM - CSMU</p> <p><u>Responsabilité</u> : MSP, DPS, BCZ, FoSa, partenaires</p> <p><u>Echéance</u> : préoccupation constante</p>	<p>LC (3.1. à 3.4.) partielle : Axes de plaidoyer du coté partenaires LC envers les BCZ, et la DPS.</p> <p>ULB-C Partielle :</p> <p>3.1. La régularisation salariale est un processus long et au résultat incertain en RDC ;</p> <p>3.3. Il n'existe pas de fonds dans le projet qui permettrait de garantir l'octroi des crédits ; A proposer aux équipes CSMU, en mettant en place un fonds dégagé sur les recettes (?) <i>mais pourrait aussi comporter des risques de « concentrer » des énergies à vouloir dégager des revenus plutôt que de s'intéresser aux objectifs du centre.</i></p> <p>3.3. Pas de financement sur pour la construction des logements de fonction. A Keshero, où une partie des bâtiments de l'ancien CS était initialement prévu pour ce logement, ces bâtiments ne sont toujours pas libérés ; Et la justice semble s'en mêler.</p>
	<p>4. Adapter les infrastructures aux besoins opérationnels</p>	
	<p>4.1. Pour les CS/MM :</p> <p>Réaménager les espaces existants en cabinet de consultation préventive en supprimant les lits destinés aux hospitalisations, excepté ceux de la maternité et en conservant deux ou trois lits pour l'observation de jour (voir système adopté par CSMU). Concomitamment, améliorer les capacités d'évacuation à l'HGR.</p> <p><u>Responsabilité</u> : BCZ avec l'appui des partenaires</p> <p><u>Echéance</u> : Plan quinquennal 2022-2026</p>	<p>LC (4.1.) refusée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>C'est bien plus complexe que ça.</i> En fait, au sujet des observations et de surplus de lits au niveau du CS, cela est aussi lié à un mécanisme de survie développé par les CS, par suite de l'autofinancement des soins par la population. - Voir système adopté par CSMU ? Oui mais LC est limité par les moyens financiers, les contextes ne sont pas comparables.
	<p>4.2. Pour les CSMU</p> <p>4.2.1. Aménager le cabinet du psychologue-clinicien et second cabinet de consultation médicale et préventive</p> <p>4.2.2. Consacrer le cabinet destiné au préventif au psychologue-clinicien</p> <p>4.2.3. Construire un magasin et un vestiaire</p> <p><u>Responsabilité</u> : BCZ et UCO</p>	<p>Partiel :</p> <p>Pas de financements pour ces réaménagements ; Plaidoyer à prévoir ; A inscrire dans l'avenant.</p>

	<u>Echéance</u> : dès que possible	
	5. Mettre à niveau des plateaux techniques et contractualiser la maintenance des infrastructures et des équipements.	
	CS/MM et CSMU :	
	<p>5.1. Compléter les matériels et équipements médicaux, y compris les capacités de stérilisation, en fonction des activités et de la charge de travail</p> <p>5.2. Etablir des contrats de maintenance des infrastructures et des équipements avec des opérateurs privés à l'échelle soit de la ZS soit du CS/MM ou CSMU selon les spécificités</p> <p><u>Responsabilité</u> : BCZ, LC ou UCO et autres partenaires</p> <p><u>Echéance</u> : dès que possible</p>	<p>LC (5.1.) partielle : Dans la mesure du possible, ces matériels peuvent être complétés dans les Maisons Médicales et encore une fois de plus, LC n'agit que dans la limite de ses moyens financiers.</p> <p>LC (5.2.) partielle : Un contrat de maintenance des équipements ne nous semble pas pertinent car la nature des équipements des CS ne le demande pas. Même les hôpitaux qui ont des échographes, radiographie, ... n'ont pas de contrat de maintenance. Nous pouvons répondre partiellement à cette recommandation en 2021 pour le besoin d'un nouvel appareil pour la stérilisation à Nyamuhinga.</p> <p>ULBC : totale : A intégrer dans le plan de management du S2 2020. Bâtiments non encore réceptionnés.</p> <p><i>(5.2.) Quel en serait le coût ? A charge de qui ? Attention insuffisante de l'équipe cadre à l'entretien et à la maintenance des installations. Manuel d'entretien et de maintenance non utilisé. Prévoir une sensibilisation/ accompagnement ? Vérifier le processus de prise de décision en rapport avec cette problématique. ULBC a financé de nombreuses constructions dont la pérennité devrait pouvoir être assurée (cf évaluation 1 projet PADISS).</i></p>
	6. Améliorer les capacités opérationnelles des pharmacies	
	Pour les CS/MM et CSMU :	
	<p>6.1. Actualiser la liste des produits essentiels en fonction des besoins et identifier les fournisseurs potentiels</p> <p>6.2. Assurer un approvisionnement régulier et en quantité adaptée aux besoins pour éviter les ruptures de stock</p> <p>6.3. Adapter la part des recettes réservée aux rachats des produits essentiels</p> <p><u>Responsabilité</u> : BCZ et partenaires de l'initiative</p> <p><u>Echéance</u> : dès que possible</p>	<p>LC (6.1.) partielle : Pour les médicaments, c'est déjà en cours avec le projet de la CDR (Centrale de Distribution Régionale) en province pour résoudre un tant soit peu la problématique de l'approvisionnement en médicaments que connaît la province du Sud Kivu.</p> <p>LC (6.2.) partielle : Toutefois, il existe un système de réserve de médicaments pour éviter les ruptures de stock (30% de recettes mais parfois c'est insignifiant au vu des charges du CS (personnel, fonctionnement). Les efforts doivent être fournis de ce côté-là.</p> <p>LC (6.3.) oui</p> <p>ULBC Totale. A intégrer dans le plan de management du S2 2020. A opérationnaliser.</p>
	Pour les CSMU :	Totale : effectif depuis mars ; Renforcer l'accompagnement d'AFEMED.
	6.4. Formaliser la contractualisation de la gestion de la pharmacie avec l'AFEMED et assurer le suivi de son exécution	<i>Définir des critères de réussite et donc de suivi ?</i>

	<p><u>Responsabilité</u> : BCZ et UCO</p> <p><u>Echéance</u> : dès que possible</p>	
	<p>6.5. Explorer la piste d'approvisionnement en antidiabétiques oraux et tiges de dosage de la glycémie à Asrames (https://asrames.org/)</p> <p><u>Responsabilité</u> : BCZ et LC (via UCO ?)</p> <p><u>Echéance</u> : dès que possible</p>	<p>LC (6.5.) oui : à explorer avec UCO au Nord Kivu mais au Sud Kivu, c'est le partenaire local qui s'occupe des achats des médicaments.</p>
	<p>7. Améliorer l'accessibilité et la gestion financière</p>	
	<p>Pour les CS/MM et CSMU :</p> <p>7.1. Identifier les ménages des indigents sur la base de critères consensuels élaborés avec chaque CoDeSa (voir expérience du CS Kabushwa)</p> <p>7.2. Mettre en place un dispositif efficace et responsable de recouvrement des dettes contractées pour optimiser les recettes</p> <p>7.3. Adopter une tarification forfaitaire à base périodique (annuelle ?) pour les malades chroniques</p> <p><u>Responsabilité</u> : équipe FoSa, BCZ et partenaires de l'initiative. <i>C'est le CODESA, STAFF DU CS et le BCZ</i></p> <p><u>Echéance</u> : dès que possible</p>	<p>LC (7.1.) oui : Des initiatives sont déjà en cours effectivement.</p> <p>LC (7.2.) partielle : Concerne le CS et le BCZ, pas Louvain Coopération.</p> <p>LC (7.3.) oui : mais cette recommandation concerne le BCZ et le CS. OK avec ces tarifs forfaitaires mais les malades doivent malgré tout contribuer financièrement à leurs soins de santé.</p> <p>ULBC : 7.1. et 7.2. Oui</p> <p>ULB-C 7.3 oui.</p>
	<p>Pour les CS/MM :</p> <p>7.4. Afficher à l'accueil les tarifs du CS et de l'HGR</p> <p>7.5. Adapter la grille tarifaire provinciale au contexte local</p> <p><u>Responsabilité</u> : équipe FoSa, CoDeSa et BCZ</p> <p><u>Echéance</u> : dès que possible</p>	<p>LC (7.4.) oui : C'est déjà fait pour les CS. Ils ont leurs tarifs et ces tarifs sont affichés. Ce qui manque est l'affichage des tarifs des hôpitaux. Cela sera réalisé.</p> <p>LC (7.5.) refusée : Nous attendons l'évaluation de la grille actuelle par la DPS qui doit en principe avoir lieu cette année.</p>
	<p>Pour les CSMU :</p> <p>7.6. Instaurer une grille tarifaire différenciée pour les inscrits et non-inscrits</p> <p><u>Responsabilité</u> : DPS, BCZ, EUP FASS et UCO</p> <p><u>Echéance</u> : dès que possible</p>	<p>Oui. Dans le cadre du plan de management S2 2020. <i>Quelle incidence sur le plan de gestion ?</i> <i>Quid différenciation avec ceux inscrits dans le dossier familial ?</i></p>
	<p>8. Disponibiliser et exploiter les référentiels et supports pédagogiques</p>	

	<p>Pour les CS/MM et CSMU :</p> <p>8.1. Doter les FoSa en bibliothèque médicale physique et/ou électronique (http://berps.afrikblog.com/)</p> <p>8.2. Disponibiliser dans les cabinets de consultation tous les référentiels nécessaires aux activités de soins (ordinogrammes, protocoles thérapeutiques, directives opérationnelles)</p> <p><u>Responsabilité</u> : BCZ et partenaires de l'initiative</p> <p><u>Echéance</u> : dès que possible</p>	<p>LC (8.1.) partielle : Dans la limite des moyens financiers du partenaire de l'initiative.</p> <p>LC (8.2.) oui, mais après chaque formation, les modules sont transmis au personnel de santé.</p> <p>ULB-C : 8.1. Oui prévoir un budget dans l'avenant.</p> <p><i>Alternative : Prévoir un accès à la bibliothèque numérique du centre de formation de Goma, permettrait une accessibilité à un public plus large (à d'autres structures médicales).</i></p> <p>ULB-C 8.2. : Oui La prise en charge des diabétiques a été traduite sous forme de protocole.</p>
	<p>9. Améliorer les capacités de communication</p> <p>Pour les CS/MM et les CSMU :</p> <p>9.1. Connection internet</p>	<p>LC (9) refusée : Cet appui se fait chez le partenaire local, la ZS et la DPS. Très difficile de faire autant pour les CS.</p> <p>ULB-C : oui. Dès accès à l'énergie.</p>
	<p>Pour les CS/MM :</p> <p>9.2. Acquérir un poste de téléphonie cellulaire fixe</p> <p><u>Responsabilité</u> : BCZ et partenaires de l'initiative</p> <p><u>Echéance</u> : dès que possible</p>	<p>LC (9.2.) refusée : LC estime qu'il sort de ses responsabilités de doter les CS de tout le matériel nécessaire pour leur bon fonctionnement. Et aussi les moyens sont limités pour répondre à tous les besoins. En plus, pour cette question spécifique, les CS et le BCZ et/ou HGR s'organisent déjà en cas de transfert urgent. Pour nous ceci ne fait pas l'objet d'un besoin hyper important du moment. Ils arrivent à trouver des solutions. BCZ et CS comme responsable.</p>
Organisation des activités	<p>10. Adapter les outils et supports d'information du SNIS à l'approche PMS et centrée sur la personne</p>	
	<p>Pour les CS/MM et les CSMU :</p> <p>10.1. Permettre de distinguer le statut d'appartenance des utilisateurs des services à la population de responsabilité</p> <p>10.2. Permettre la prise en charge de problèmes spécifiques de santé (maladies chroniques, épisodes de soins préventifs) par des fiches opérationnelles adaptées et des registres permettant d'assurer la continuité des soins et d'évaluer les performances obtenues</p> <p>Responsabilité : (MSP), DSP, BCZ, LC ou UCO</p> <p>Echéance : dès que possible et au plus tard à partir de 2021</p>	<p>LC (10.1. et 10.2.) partielle : LC pourra s'investir au niveau du plaidoyer (BCZ, DPS) mais c'est au niveau étatique que cette décision a été prise. Niveau plaidoyer (BCZ, DPS), Début 2ème P5 (2022).</p> <p>ULB-C : 10.1. Oui. A intégrer dans les plans de management des CSMU et ECZ.</p> <p>(10.2.) UCO envisage d'installer CEHRIS dès engagement d'un informaticien.</p>
	<p>Pour les CSMU :</p> <p>10.3. Elaborer un manuel d'utilisation du dossier familial et former le personnel par un accompagnement sur le terrain à son remplissage et son exploitation</p> <p>10.4. Informatiser le dossier familial</p> <p><u>Responsabilité</u> : BCZ et UCO</p>	<p>Oui</p>

	<u>Echéance</u> : dès que possible	
	11. Améliorer les compétences professionnelles des prestataires de soins	
	<p>Pour les CS/MM et les CSMU</p> <p>11.1. Standardiser les activités de supervision sur la base d'instructions opérationnelles décrivant le déroulement de chaque activité</p> <p>11.2. Exploiter qualitativement les informations issues du système de référence et contre référence</p> <p>11.3. Organiser des audits de cas provenant d'incidents critiques</p> <p><u>Responsabilité</u> : FoSA, BCZ, HGR</p> <p><u>Echéance</u> : dès que possible</p>	<p>LC (11.1.) partielle : pourra s'investir au niveau du plaidoyer (BCZ, DPS).</p> <p>LC (11.2.) partielle : A améliorer mais les efforts sont là.</p> <p>LC (11.3.) oui</p> <p>ULB-C : oui : A intégrer dans les plans de management et de travail pour la DPS, ECZ, CSMU.</p>
	<p>Pour les CS/MM :</p> <p>11.4. Intensifier l'encadrement apporté lors des consultations par le médecin point focal et les psychologues/psychiatre (CAMPS, FP) à l'apprentissage et à l'application des bonnes pratiques en techniques de soins et d'approche PMS tant pour les activités préventives que curatives</p> <p><u>Responsabilité</u> : BAT-ZS DSP, BCZ et LC</p> <p><u>Echéance</u> : dès que possible</p>	<p>LC (11.4.) oui : tout à fait d'accord avec cette recommandation, via les partenaires locaux.</p>
	<p>Pour les CSMU :</p> <p>11.5. Intensifier les activités de capacitation du personnel médical dans la pratique des soins par le transfert de savoir-faire, tant pour les techniques de soins (échographie, électrocardiographie, dépistage des cancers col, sein et prostate) que pour l'application des concepts de l'approche centrée sur la personne et la santé familiale¹</p> <p><u>Responsabilité</u> : BAT-ZS DSP, BCZ, HPNK et UCO, Erasme Coopération, Heal Africa</p> <p><u>Echéance</u> : dès que possible</p> <p>11.6. Adapter les activités de supervision au contexte de la pluridisciplinarité</p> <p><u>Responsabilité</u> : BAT-ZS DSP, BCZ, UCO</p> <p><u>Echéance</u> : dès que possible</p>	<p>Oui.</p> <p>Prévoir des missions d'accompagnement et CT perlé à intégrer dans l'avenant PADISS.</p>
	12. Améliorer la prise en charge en soins de santé	

¹ Cet appui intense voire à plein temps dans un premier temps, diminuera progressivement au cours du temps en fonction du degré d'acquisition et de systématisation des bonnes pratiques.

	<p>Pour les CS/MM et les CSMU :</p> <p>12.1. Réaliser la prise des paramètres (poids, taille, TA, RC, FR...) à la consultation même</p> <p>12.2. Introduire l'approche PMS ou centrée sur la personne aux activités préventives (CPN, CPS, CND) en individualisant (et médicalisant pour UCO) systématiquement chaque consultation²</p> <p>12.3. Rendre effectif le suivi de la croissance des enfants jusqu'à 5 ans</p> <p>12.4. Intégrer les activités de récupération nutritionnelle, de prise en charge de la tuberculose et de l'infection à HIV</p> <p><u>Responsabilité</u> : BCZ et LC ou UCO, autres partenaires</p> <p><u>Echéance</u> : dès que possible</p> <p>12.5. Intensifier les relations de collaboration et de participation avec les différents acteurs de la société civile (CoDeSa, Reco, clubs associatifs, mutuelles de santé, associations caritatives...)</p> <p><u>Responsabilité</u> : équipe FoSa, BCZ, LC/UCO, autres partenaires</p> <p><u>Echéance</u> : dès que possible</p>	<p>LC (12.1.) oui</p> <p>LC (12.2) oui : mais il se posera le problème des outils qui sont du niveau national.</p> <p>LC (12.3.) oui</p> <p>LC (12.4.) oui : Tenir aussi compte des activités verticales (VIH, TBC, ...). Dans un premier temps, le programme en cours ne concerne que le Diabète et HTA, et sensibilisation sur les autres MNT.</p> <p>LC (12.5.) oui : Totalemment d'accord avec cette recommandation. Nous en tenons déjà compte.</p> <p>ULB-C :12.1. Oui. A intégrer dans le plan de management et le coaching de l'équipe</p> <p>ULB-C 12.2. Oui. A intégrer dans le plan de management du CSMU et le coaching de l'équipe</p> <p>ULBC : 12.3. Oui : A intégrer dans le plan de management et le coaching de l'équipe (en exécution du volet Nutrition du PADISS ; Formations déjà réalisées)</p> <p>ULB-C 12.4. : Oui.</p> <p>ULBC 12.5. Partielle : processus à développer progressivement ; grosses contraintes à Kyshero (jeu d'intérêt individuels).</p>
	<p>Pour les CS/MM :</p> <p>12.6. Pour le suivi des diabétiques et des hypertendus, s'assurer que les HGR soient en mesure d'effectuer le contrôle des fonctions cardiovasculaires, rénales, neurologiques et oculaires à un coût forfaitaire abordable.</p> <p><u>Responsabilité</u> : BCZ, HGR, LC</p> <p><u>Echéance</u> : dès que possible</p>	<p>LC (12.6.) partielle : D'abord le tarif au niveau des structures est forfaitaire et il a été négocié par la DPS et les structures concernées avec implication de la participation communautaire. LC est limité pour influencer les couts de soins dans les formations sanitaires.</p> <p>Implication de LC pas claire.</p>
	<p>Pour les CSMU :</p> <p>12.7. Revoir les attributions et les modalités de recours des assistants sociaux et les encadrer dans l'exercice de leur fonction</p> <p>12.8. Diversifier l'offre de soins de référence en négociant avec d'autres structures que l'HPNK des contrats de service de maternité, de laboratoire et d'imagerie médicale à faire agréer par la DPS et l'EUP FASS</p>	<p>Totale : à intégrer dans les plans de management CSMU, ECZ et l'accompagnement</p>

² Limité aux seuls ménages inscrits dans les CSMU.

Dans les CS/MM, envisager la possibilité d'adopter cette méthode à une partie de la population de responsabilité bien définie (de 10 à 12.000 habitants). Pour les populations de l'aire de santé qui ne seraient plus prises en charge par ce mode opératoire, organiser l'activité comme avant soit en stratégie avancée par un personnel de la ZS spécifiquement voué à cette tâche ou par contractualisation avec d'autres structures de soins de l'aire de santé.

	<p><u>Responsabilité</u> : équipe CSMU, BCZ, DPS, EUP FASS, UCO</p> <p><u>Echéance</u> : dès que possible</p>	
	<p>13. Allouer aux BCZ les moyens destinés à l'implémentation des activités spécifiques des initiatives innovantes</p>	<p>LC (13.) partielle : Les initiatives innovantes sont en lien direct avec la politique nationale de Santé que le système de santé à tous les niveaux est sensé appliquer. Le partenaire ne vient qu'appuyer là où il y a un GAP. Pour LC, les BCZ sont appuyés dans le cadre du programme pour accompagner l'initiative, bien que cet appui ne réponde pas en tout cas à tous les besoins du BCZ.</p>
	<p>Pour les CS/MM et CSMU :</p> <p>13.1. Contractualiser avec les ECZ les tâches et la nature des appuis liées à l'encadrement des initiatives innovantes. Envisager éventuellement l'engagement d'une expertise spécifique intégrée à l'ECZ qui serait chargée pour une durée limitée aux tâches d'encadrement de transfert de savoir-faire</p> <p><u>Responsabilité</u> : DPS, BCZ, LC/UCO</p> <p><u>Echéance</u> : dès que possible</p>	<p>LC (13.1.) partielle : Les contractualisations existent et sont renouvelées annuellement. Mais en ce qui concerne un engagement éventuel d'une expertise externe pour un transfert de compétence, c'est possible mais peut être intensifier des formations. Cela se fait déjà avec l'encadrement de la ZS, du point focal...</p> <p>ULB-C : partiel : expertises ciblées à prévoir</p>
	<p>14. Mettre en place un cadre de programmation dans chacun des BCZ regroupant les parties prenantes à la mise en œuvre</p>	
	<p>Pour les CS/MM et CSMU :</p> <p>14.1. Réunir périodiquement à une fréquence à définir tous les acteurs intéressés par l'initiative en cours</p> <p><u>Responsabilité</u> : BCZ, EPP BAT-DPS, en concertation avec LC/UCO</p> <p><u>Echéance</u> : dès que possible</p>	<p>LC (14.1.) partielle : Cette activité peut être discutée dans l'une des réunions des organes de gestion existants. Soit par exemple lors des CA des Zones de santé, ou dans les Comités de Gestion (1 x/mois) ou lors des réunions des soins de santé primaires.</p> <p>ULB-C : oui : au sein du groupe de santé urbaine</p>
Recommandation au niveau provincial de la coordination	<p>15. Assurer la fonctionnalité du dispositif de coordination et de suivi des initiatives innovantes en cours.</p>	
	<p>Pour les CS/MM :</p> <p>15.1. Instaurer au niveau de la DPS un dispositif chargé d'assurer avec l'ensembles des parties prenantes (DPS, BCZ, CS/MM, PK, FSKi, CAMPS, FP, UCB) la coordination des actions en cours</p> <p><u>Responsabilité</u> : DPS et LC</p> <p><u>Echéance</u> : dès que possible</p>	<p>LC (15.1.) partielle : Envisageable mais recommandation à proposer à la DPS.</p> <p>ULB-C : Oui</p>
	<p>Pour les CSMU :</p> <p>15.2. Assurer le suivi et le respect des clauses des contrats d'externalisation signés par la DPS avec les opérateurs privés chargés de la gestion de la pharmacie, de la comptabilité, de l'entretien, du gardiennage et autres à venir.</p>	<p>Oui : à intégrer dans le suivi/accompagnement</p>

	<p><u>Responsabilité</u> : DPS en concertation avec ECZ et UCO</p> <p><u>Echéance</u> : dès que possible et à une fréquence à fixer</p> <p>15.3. Envisager l'opportunité de joindre des représentants des CoDeSa au sein du s/groupe « Santé urbaine »</p> <p><u>Responsabilité</u> : DPS et UCO</p> <p><u>Echéance</u> : dès que possible</p>	
	<p>Pour les CS/MM et CSMU :</p> <p>15.4. Identifier au sein des parties prenantes de chacune des initiatives, une personne responsable qui assure le secrétariat de l'organe de coordination et qui veille au respect des agendas et des engagements pris</p> <p>15.5. Etablir un lien fonctionnel entre la DPS et le MSP, via le Secrétariat Général et la DEP, rapportant régulièrement sur l'évolution des initiatives en cours et sollicitant son concours pour la résolution de problèmes spécifiques (exemple : autoriser à adapter les outils SNIS aux spécificités des approches initiées)</p> <p>15.6. Mettre en place une dynamique d'échange et de visite des initiatives menées par LC au Sud Kivu et par UCO à Goma</p> <p>15.7. Assurer la stabilité des personnels des ZS et FoSa engagés dans les initiatives innovantes en cours</p> <p><u>Responsabilité</u> : DPS, ECZ en concertation avec LC/UCO</p> <p><u>Echéance</u> : dès que possible</p>	<p><u>LC (15.4.) partielle</u> : C'est le rôle (notamment celui de suivi) que joue le partenaire pour s'assurer que l'initiative et les engagements pris soient respectés.</p> <p><u>LC (15.5.) partielle</u></p> <p><u>LC (15.6.) oui</u> : Recommandation très intéressante, l'échange de bonnes pratiques est toujours pertinent.</p> <p><u>LC (15.7.) partielle</u> : LC est très limité d'assurer la stabilité des personnels des ZS (Il n'est pas consulté dans ce cas).</p>
<p>Recommandations au niveau national de pilotage (secrétariat général et direction des études et de la planification).</p>	<p>15. Encourager la mise en place d'un dispositif de pilotage et de suivi des initiatives innovantes entreprises en RDC sur la revitalisation du premier échelon du système de santé.</p> <p>C'est à ce niveau qu'il pourra être accordé de conférer un statut particulier aux CS/MM et CSMU les mettant à l'abri de directives ou d'actions qui ne seraient pas adaptées aux approches introduites et aux objectifs des recherches en cours.</p> <p>Les réunions du Comité National de Pilotage du PNDS qui rassemblent chaque année les DPS, pourraient être exploitées pour faire part des progrès accomplis et des enseignements tirés des actions en cours et de réunir le</p>	<p><u>LC (16.1.) partielle</u> : Il existe un comité d'accompagnement du PRD une fois l'an (DPS, UCB, UCL, LC, BCZ, CS, CODESA, ...).</p> <p>Les DPS devraient elles-mêmes faire du plaidoyer auprès du Ministère de la santé pour prendre en compte les bonnes pratiques et leçons apprises au niveau des provinces.</p> <p><u>ULB-C : total</u></p>

	<p>dispositif spécifique de pilotage des initiatives de CS/MM et CSMU.</p> <p><u>Responsabilité</u> : MSP, DPS en concertation avec LC/UCO</p> <p><u>Echéance</u> : dès que possible</p>	
--	--	--

E.2. Synthèse du suivi des évaluations

E.2.1. Recommandations communes à LC et UCO :

LC et UCO sont impliquées dans des **initiatives innovantes** qui demandent une attention particulière des différentes instances décisionnelles du Ministère de la santé afin qu'elles puissent se réaliser dans les meilleures conditions possibles.

Ainsi, des actions de **plaidoyer structurées** seront à réaliser afin que ces initiatives puissent servir de cadre de réflexion aux modifications de politique sanitaire au niveau central (commission gouvernance). Un **statut particulier** devrait pouvoir être obtenu, par exemple en matière de circonscription de la population de référence, de dérogation en matière de complétude des informations à apporter au SNIS, d'une meilleure allocation de ressources, de régime particulier en matière de supervision par l'ECZ par exemple, ...

A l'échelon de l'intervention, un **accompagnement plus structuré des changements** liés à l'introduction de ces initiatives innovantes s'avère encore nécessaire afin qu'il y ait une réelle appropriation de celles-ci dans la durée tant au niveau des équipes exécutives au sein des MM/CS et CSMU que des équipes d'encadrement (BCZ, DPS). En effet, l'évaluateur, en basant l'essentiel de son analyse sur les écarts entre les modèles conceptuels proposés et la réalité du terrain, nous invite à réfléchir sur les modalités d'accompagnement des changements mis en place par nos ONG et tout particulièrement, ceux en rapport avec les savoirs-être et savoir-faire essentiels à une prise en charge globale des patients, laquelle devrait, selon lui, se focaliser davantage sur le couple mère-enfant qui représente 2/3 des problèmes de santé et ce, tout particulièrement par le biais de soins préventifs.

Une capitalisation des enseignements tirés de ces expériences innovantes faciliterait un partage de connaissances sur les facteurs favorisant les résultats d'amélioration escomptés que sont par exemple : un ajustement de la population de référence, du SNIS, l'approvisionnement régulier en médicaments, ...

L'évaluateur a également attiré l'attention sur certains **problèmes récurrents** tels que l'attention insuffisante à la maintenance du matériel et des bâtiments, le recouvrement des dettes laissées, notamment par les indigents, l'approvisionnement irrégulier en médicaments, auxquels LC et UCO ne peuvent apporter directement une solution, mais dont la résolution est nécessaire pour que les expériences se réalisent dans des conditions optimales. En matière de maintenance des bâtiments et équipement, l'évaluateur suggère que le BCZ puisse gérer un contrat de maintenance global pour l'ensemble des structures sanitaires composant leur zone.

Il est également préconisé de prévoir un **cadre d'échange de bonnes pratiques, de gestion des savoirs** entre les deux ONG.

E.2.2. Au niveau d'ULB-Coopération :

Renforcement du dispositif d'encadrement

La programmation et l'implémentation de l'ensemble des changements à opérer dans l'organisation des activités et la gestion des ressources liées à l'approche innovante, coordonnée par la Division Provinciale de la Santé, sont réalisées par chacune des deux Equipes Cadres de Zone de Santé concernées avec l'appui du bureau de coordination d'ULB Coopération à Goma. Plusieurs niveaux de changement sont nécessaires dans ces initiatives innovantes :

- Individuel (*chaque membre de l'équipe du centre médical doit adopter une attitude différente, les membres de l'ECZ doivent également modifier leurs habitudes de supervision*).
- Institutionnel (nouveau mode d'organisation)
- Relationnel
- Culturel (changement de paradigme, centré patient)

L'accompagnement de changements aux différents niveaux implique des stratégies différentes. Ainsi si le groupe de pilotage au niveau de la DPS peut statuer sur un niveau institutionnel (modalités de financement, de duplication, ...), il ne peut assurer un suivi des changements au niveau individuel, ni relationnel et dès lors un autre type d'accompagnement doit être mis en place.

Au vu de l'importance des changements introduits par les nouvelles dispositions organisationnelles et managériales à expérimenter, ULB-Coopération propose de renforcer son dispositif d'encadrement par **une assistance technique complémentaire et de proximité**. Celle-ci sera chargée d'accompagner :

- L'équipe des CSMU pour la mise en place des outils et l'encadrement du personnel.
- Les deux Equipes Cadres de Zone de Santé et les encadreurs de 2 zones de santé, dans le processus de programmation et d'implémentation des stratégies opérationnelles propres à l'initiative de Centre de Santé Médicalisé Urbain.
- Les Assistants techniques d'ULB-C sur ces nouvelles approches.

Parmi les activités d'accompagnement figurent :

- L'adaptation du dispositif de planification et de rapportage ;
- L'Adéquation des outils de gestion et des supports d'information ;
- La maîtrise et l'adéquation de la population de responsabilité et son inscription par un dossier familial ;
- L'organisation des services et des fonctions managériales y compris les services externalisés ;
- La mise en conformité des espaces de travail et du plateau technique ;
- La capacitation professionnelle in situ des prestataires de soins dans l'exercice de leur fonction de prestation de soins humanisés centré sur le patient ;
- L'extension de l'approche pluridisciplinaire aux activités préventives liées à la santé maternelle et infantile ;
- L'interrelation avec les services médicaux externes complémentaires ;
- L'interrelation avec les services administratifs et la population bénéficiaire via les organes de participation communautaire ;
- L'organisation/ la dynamisation et la participation communautaire dans le contexte urbain.
- L'organisation d'un plan de plaidoyer

Renforcement du dispositif de recherche action et de capitalisation :

La recherche-action ainsi que la production de fiches dans lesquelles les différentes facettes de l'initiative innovante sont capitalisées sont autant d'occasion de favoriser les échanges. Pour ce faire l'assistance technique complémentaire aura également pour objectif de :

- Participer aux évaluations opérationnelles et analytiques dans le cadre de la recherche-action en cours ;
- Participer aux travaux du sous-groupe de travail santé urbaine ;
- Superviser la récolte des données de recherche (quantitatives et qualitatives) ;
- Accompagner le groupe de chercheurs et organiser le lien avec le sous-groupe santé urbaine ;
- Superviser le processus de capitalisation dans une optique de répliquabilité de l'initiative ;
- Participer au processus d'informatisation du dossier médical et du dossier patient au premier échelon médicalisé.

N.B. L'engagement d'un assistant technique complémentaire dépend des conditions suivantes : l'octroi d'un avenant budgétaire au programme PADISS financé par l'UE et la levée des restrictions de déplacements pour cause de pandémie de COVID.

Répliquabilité :

Il est également prévu d'introduire dans un business plan étalon, les différentes conséquences relatives aux recommandations émises : tarifications différenciées pour les maladies chroniques, les inscrits, non-inscrits, prise en charge des indigents, recrutement d'un second médecin, externalisation de la maintenance, ceci dans un but d'informer les autorités sanitaires sur les conditions matérielles optimales de mise en œuvre d'une telle initiative.

E 2.3. Au niveau de Louvain Coopération :

Créer davantage de liens avec la DPS : mettre en place un dispositif de coordination formel avec la DPS du Sud Kivu pour qu'ils capitalisent les expériences de LC et qu'ils fassent remonter celles-ci au niveau du Ministère de la Santé.

Veiller à un **meilleur accompagnement par les partenaires des agents de santé** afin que ceux-ci s'approprient davantage l'approche PMS.

Renforcer la dimension médicotéchnique pour laquelle il n'y a pas eu d'actions ciblées portant sur l'amélioration de l'application des bonnes pratiques tant de l'identification des problèmes de santé que de l'adéquation des solutions thérapeutiques qui sont apportées.

L'approche PMS est déjà bien présente dans les soins curatifs mais il faut encore **renforcer l'approche PMS dans les soins préventifs** pour qu'elle soit bien intégrée dans la totalité des activités de la MM/CS.

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

ULB-Coopération :

Comme annoncé au point précédent, ULB-Coopération souhaite s'adjoindre une ressource humaine complémentaire afin de relever les nombreux défis liés à cette initiative innovante. Néanmoins, si l'engagement de cette ressource s'avérait compromise, la plupart des recommandations émises par l'évaluateur, sous la responsabilité totale et/ou partagée d'ULB-C seront initiées d'ici la fin du programme. *Voir plan d'action complet budgétisé dans GESPRO.*

N°	Points d'action	Recommandation	Activités
1	<i>Adapter la population de responsabilité aux exigences en soins de qualité centré sur la personne (10 à 12.000 habitants, maximum 15.000)</i>	Inscription par dossier familial uniquement	Sensibiliser les ménages au cours de toutes les occasions (consultation, VAD) pour leur l'inscription au CSMU
		Confier la prise en charge curative et préventive des populations non-inscrites résidant dans les aires de santé de Rapha et Kyeshero à des structures privées ou en stratégie avancée avec un personnel assigné à cet effet par l'ECZ.	Plaidoyer conjoint auprès des autorités de tutelle (DPS et MCZ) pour l'identification des formations sanitaires privées à habilitier dans les rayons d'action des CSMU pour la prise en charge des ménages non-inscrits
2	<i>Adapter les effectifs en personnel de santé à la charge de travail</i>	Recruter un second médecin pour assurer la médicalisation du préventif. Recourir éventuellement à des stagiaires en formation à Heal Africa	Sélectionner un médecin vacataire pour appuyer les activités préventives dans les deux CSMU en fonction du calendrier des activités
3	<i>Revaloriser des conditions d'emploi du personnel</i>	Plaidoyer pour la régularisation salariale et obtention de la prime de risque de tous les agents	Plaidoyer auprès de MCZ en vue de la régularisation de la situation du personnel des CSMU dans le T4 pour obtention de la PR et le salaire
		Faire adhérer le personnel et leur famille directe aux mutuelles de santé	Plaidoyer afin de faciliter l'adhésion du personnel des CSMU à la mutuelle Kingo la Afia en attendant l'aboutissement du système assurantiel en cours de mise en place.
		<i>Garantir l'octroi de crédits pour de petits investissements générateurs de revenus</i>	<i>Investir dans l'outil de reproduction des outils de gestion au BCZ comme activités génératrices de revenus (Mini imprimerie pour la reproduction des outils de gestion ; Rizographe, Rogneur, ...) pour faciliter l'octroi des primes au personnel des CSMU</i>
		Encourager la construction de logement de fonction proche de CS/MM - CSMU	Etudier les modalités de construction des maisons du personnel à coté du CSMU
4	<i>Adapter les infrastructures aux</i>	Aménager le cabinet du psychologue-clinicien en second cabinet de consultation médicale et préventive	Revoir la répartition des locaux des bâtiments pour avoir le deuxième cabinet de consultation médicale

	<i>besoins opérationnels</i>	Consacrer le cabinet destiné au préventif au psychologue-clinicien	Faire un état de lieu pour le deuxième cabinet de consultation médical en équipement de base
		Construire un magasin et un vestiaire	Etudier les modalités d'extension des bâtiments du CSMU en vue de disposer les annexes des CSMU
5	<i>Mettre à niveau des plateaux techniques et contractualiser la maintenance des infrastructures et des équipements.</i>	Compléter les matériels et équipements médicaux, y compris les capacités de stérilisation, en fonction des activités et de la charge de travail	Faire un état de lieu pour les équipements biomédicaux et non médicaux complémentaires de base
		Etablir des contrats de maintenance des infrastructures et des équipements avec des opérateurs privés à l'échelle soit de la ZS soit du CS/MM ou CSMU selon les spécificités	Etudier les modalités de révision des contrats avec les tiers en vue de faciliter la possibilité de contractualisation avec d'autres opérateurs privés dans le respect des moyens disponibles.
6	<i>Améliorer les capacités opérationnelles des pharmacies</i>	Actualiser la liste des produits essentiels en fonction des besoins et identifier les fournisseurs potentiels	Analyser le profil de morbidité des CSMU pour les 20 pathologies fréquentes en vue d'actualiser la liste des MEG des CSMU
		Assurer un approvisionnement régulier et en quantité adaptée aux besoins pour éviter les ruptures de stock	Mettre en place l'outil de suivi des consommations à l'officine pharmaceutique au CSMU
		Adapter la part des recettes réservée aux rachats des produits essentiels	Analyser les dépenses des CSMU en vue d'adapter la clé de répartition des recettes
		Formaliser la contractualisation de la gestion de la pharmacie avec l'AFEMED et assurer le suivi de son exécution	Organiser des missions mensuelles conjointes avec les pharmaciens des zones de suivi de la gestion des pharmacies dans les CSMU par l'association AFEMD
		Explorer la piste d'approvisionnement en antidiabétiques oraux et tiges de dosage de la glycémie à Asrames	Analyser les précommandes de la ZS de Goma à l'intention de la CDR/ASRAMES en vue de s'assurer de l'intégration des médicaments utilisés dans les CSMU
7	<i>Améliorer l'accessibilité et la gestion financière</i>	Identifier les ménages des indigents sur la base de critères consensuels élaborés avec chaque CoDeSa (voir expérience du CS Kabushwa)	Assurer un plaidoyer auprès du FASS ou autres bailleurs pour la prise en charge des indigents dont les diabétiques au premier échelon de soins (CS et CSMU)
		Mettre en place un dispositif efficace et responsable de recouvrement des dettes contractées pour optimiser les recettes	Assurer le suivi des dettes auprès des usagers
		Adopter une tarification forfaitaire à base périodique (annuelle ?) pour les malades chroniques	Assurer une étude des coûts pour adapter la TF pour les malades chroniques y compris les diabétiques
		Instaurer une grille tarifaire différenciée pour les inscrits et non-inscrits	Adopter au sous-groupe de travail santé urbaine sur base de l'étude des coûts actualisée le tarif préférentiel pour les ménages inscrits et les non-inscrits
8	<i>Disponibiliser et exploiter les référentiels et</i>	Doter les FoSa en bibliothèque médicale physique et/ou électronique (http://berps.afrikblog.com/)	Identifier avec les équipes des CSMU les ouvrages par discipline pour l'autoformation

	<i>supports pédagogiques</i>		Rendre disponible les ouvrages documentaires pour l'autoformation
		Disponibiliser dans les cabinets de consultation tous les référentiels nécessaires aux activités de soins (ordinogrammes, protocoles thérapeutiques, directives opérationnelles)	Elaborer les ordino-protocoles adaptés au CSMU sur base du profil de morbidité y compris pour les principales maladies chroniques
9	<i>Adapter les outils et supports d'information du SNIS à l'approche PMS et centrée sur la personne</i>	Permettre de distinguer le statut d'appartenance des utilisateurs des services à la population de responsabilité	Finaliser la note d'orientation du système d'inscription des ménages avec son approche de financement innovant
		Permettre la prise en charge de problèmes spécifiques de santé (maladies chroniques, épisodes de soins préventifs) par des fiches opérationnelles adaptées et des registres permettant d'assurer la continuité des soins et d'évaluer les performances obtenues	Mettre en place les outils opérationnels de collecte qui prennent en compte la maladie chronique et les épisodes de soins préventifs (fiches de consultation médicale, fiche de référence, registre adaptés...)
		Elaborer un manuel d'utilisation du dossier familial et former le personnel par un accompagnement sur le terrain à son remplissage et son exploitation	Organiser la formation de l'équipe du CSMU sur la tenue de la note technique du dossier familial
		Informatiser le dossier familial	Acquérir les outils pour l'informatisation du dossier familial au CSMU (Serveur local, tablettes, routeur Wifi, Intranet)
10	<i>Améliorer les compétences professionnelles des prestataires de soins</i>	Standardiser les activités de supervision sur la base d'instructions opérationnelles décrivant le déroulement de chaque activité	Programmer les missions de supervisions conjointes de l'équipe multidisciplinaire du CSMU par les membres de l'ECZ et les missions de suivi du projet par l'équipe UCO
		Exploiter qualitativement les informations issues du système de référence et contre référence	Analyser semestriellement les données de la fiche de référence émise par les CSMU vers les structures de référence
		Organiser des audits de cas provenant d'incidents critiques	Analyser à travers le comité qualité des soins les pratiques professionnelles de l'équipe à travers les audits cliniques, audits d'incidents critiques...en vue d'élaborer le plan d'assurance qualité des soins du CSMU
		Intensifier les activités de capacitation du personnel médical dans la pratique des soins par le transfert de savoir-faire, tant pour les techniques de soins (échographie, électrocardiographie, dépistage des cancers col, sein et prostate) que pour l'application des concepts de l'approche centrée sur la personne et la santé familiale	Organiser la formation de l'équipe multidisciplinaire sur base du plan de formation élaboré sur base des orientations du comité qualité des soins
11	<i>Améliorer la prise en charge en soins de santé</i>	Réaliser la prise des paramètres (poids, taille, TA, RC, FR...) au cabinet de consultation	Réorganiser la prise en charge des patients au CSMU centré sur la consultation médicale

		Introduire l'approche PMS ou centrée sur la personne aux activités préventives (CPN, CPS, CND) en individualisant (et médicalisant pour UCO) systématiquement chaque consultation	Former l'équipe du CSMU sur la note technique d'orientation de la prise en charge médicale centrée sur la personne
		Rendre effectif le suivi de la croissance des enfants jusqu'à 5 ans	Intégrer progressivement les soins préventifs dans les activités du CSMU en respectant l'approche de soins centrés sur la personne
		Intégrer les activités de récupération nutritionnelle, de prise en charge de la tuberculose et de l'infection à HIV	Intégrer la réhabilitation nutritionnelle, la PEC du VIH, de la TBC...dans les activités du CSMU en respectant l'approche de soins centrés sur la personne
		Intensifier les relations de collaboration et de participation avec les différents acteurs de la société civile (CoDeSa, Reco, clubs associatifs, mutuelles de santé, associations caritatives...)	Réorganiser les usagers du CSMU (diabétiques...) sur la participation communautaire adaptée à un contexte urbain en vue d'impulser la création des plates formes des usagers avec l'expertise d'Etoile du Sud antenne de Goma
		Revoir les attributions et les modalités de recours des assistants sociaux et les encadrer dans l'exercice de leur fonction	Former les assistants sociaux sur leurs métiers sur base de leur attribution des tâches en utilisant l'expertise d'Heal Africa
		Diversifier l'offre de soins de référence en négociant avec d'autres structures que l'HPNK des contrats de service de maternité, de laboratoire et d'imagerie médicale à faire agréer par la DPS et l'EUP FASS	Définir les modalités de contractualisation entre le CSMU et les autres formations sanitaire privées pour les services externalisés (maternité, de laboratoire et d'imagerie médicale) en vue d'orientation pour l'EUP FASS
12	<i>Allouer aux BCZ les moyens destinés à l'implémentation des activités spécifiques des initiatives innovantes</i>	Contractualiser avec les ECZ les tâches et la nature des appuis liées à l'encadrement des initiatives innovantes. Envisager éventuellement l'engagement d'une expertise spécifique intégrée à l'ECZ qui serait chargée pour une durée limitée aux tâches d'encadrement de transfert de savoir-faire	Mobiliser des expertises spécifiques à travers des missions court-terme d'encadrement clinique pour le renforcement des capacités du personnel des CSMU (échographie, Kinésithérapie, échocardiographie, médecine familiale, assistance sociale, plateforme des usagers, club des diabétiques...)
13	<i>Mettre en place un cadre de programmation dans chacun des BCZ regroupant les parties prenantes à la mise en œuvre</i>	Réunir périodiquement à une fréquence à définir tous les acteurs intéressés par l'initiative en cours	Organiser des évaluations opérationnelles et analytiques trimestrielles avec les parties prenantes à l'action
		Assurer le suivi et le respect des clauses des contrats d'externalisation signés par la DPS avec les opérateurs privés chargés de la gestion de la pharmacie, de la comptabilité, de l'entretien, du gardiennage et autres à venir.	Organiser trimestriellement le suivi des contrats dans le cadre de l'externalisation des services
		Envisager l'opportunité de joindre des représentants des CoDeSa au sein du s/groupe « Santé urbaine »	Elargir le sous-groupe de travail santé urbaine aux membres de CODESA pour accroître l'appropriation des acquis

<p>Identifier au sein des parties prenantes de chacune des initiatives, une personne responsable qui assure le secrétariat de l'organe de coordination et qui veille au respect des agendas et des engagements pris</p>	<p>Récolter les opinions des parties prenantes sur la médicalisation du 1er échelon des soins à travers les comptes rendus</p>
<p>Etablir un lien fonctionnel entre la DPS et le MSP, via le Secrétariat Général et la DEP, rapportant régulièrement sur l'évolution des initiatives en cours et sollicitant son concours pour la résolution de problèmes spécifiques (exemple : autoriser à adapter les outils SNIS aux spécificités des approches initiées)</p>	<p>Organiser régulièrement les réunions de sous-groupe de travail santé urbaine</p>
<p>Mettre en place une dynamique d'échange et de visite des initiatives menées par LC au Sud Kivu et par UCO à Goma</p>	<p>Organiser annuellement une mission d'échange d'expérience des initiatives de médicalisation du 1er échelon entre LC et Uco</p>
<p>Assurer la stabilité des personnels des ZS et FoSa engagés dans les initiatives innovantes en cours</p>	<p>Négocier un moratoire signé par l'autorité de tutelle pour la protection des zones d'apprentissage et de recherche et éventuellement des formations sanitaires pilotes</p>
<p>Encourager la mise en place d'un dispositif de pilotage et de suivi des initiatives innovantes entreprises en RDC sur la revitalisation du premier échelon du système de santé.</p>	<p>Redynamiser le GT gouvernance (Comité élargi de coordination) pour rendre compte des avancées réalisées dans les CSMU</p>

Louvain Coopération :

Les recommandations acceptées totalement ou partiellement seront initiées à partir du second semestre 2020.

Après l'évaluation de notre modèle d'offre de soins de qualité centré sur la personne au premier échelon du système de santé, nous mettrons en œuvre les recommandations que nous avons acceptées et qui sont sous notre contrôle. Celles qui ne le sont pas, feront l'objet de discussions avec les autorités sanitaires provinciales et/ou nationales, l'UCB, le BCZ, le CS et avec certaines parties prenantes (Partenaires Techniques Financiers) qui appuient les CS ; dans une réunion/atelier de restitution de l'évaluation qui sera en même temps un moment de plaidoyer sur ces points soulevés par l'évaluateur.

N°	Points d'action	Recommandation	Activités
1	<i>Adapter la population de responsabilité aux exigences en soins de qualité centré sur la personne (10 à 12.000 habitants, maximum 15.000)</i>	Faire le plaidoyer auprès des autorités de tutelle (DPS et BCZ) pour le respect de normes démographiques recommandées	Lors des différentes réunions de coordinations de la ZS (aux conseils de gestion et au CA dont la DPS assure la présidence).
5	<i>Mettre à niveau des plateaux techniques et contractualiser la maintenance des infrastructures et des équipements.</i>	Faire un état de lieu pour les équipements biomédicaux et non médicaux (complémentaires) de base dans les MM	Compléter les matériels et équipements médicaux, y compris les capacités de stérilisation, en fonction du budget disponible.
		Etudier les possibilités de contractualisation avec les tiers pour la maintenance des équipements biomédicaux selon le cas	- Echange d'expériences avec ULB-C au Nord Kivu au sujet de la mise en œuvre de la contractualisation. Valoriser la main d'œuvre locale formée par MSV dans ce domaine.
6	<i>Améliorer les capacités opérationnelles des pharmacies</i>	Actualiser la liste des produits essentiels en fonction des besoins et identifier les fournisseurs potentiels	Envisager un partenariat avec la CDR (Centrale de Distribution régionale) une fois en place (construction en cours).
		Assurer un approvisionnement régulier et en quantité adaptée aux besoins pour éviter les ruptures de stock	LC approvisionnera en fonction de ses moyens (MEG) et continuera à appuyer les BCZ pour assurer les suivis des consommations pour éviter les ruptures.
		Adapter la part des recettes réservée aux rachats des produits essentiels	Sensibiliser les BCZ, à faire respecter la clé de répartition des recettes (30% médicaments) lors des supervisions.
		Explorer la piste d'approvisionnement en antidiabétiques oraux et tiges de dosage de la glycémie à ASRAMES	A réaliser lors de l'échange d'expériences au Nord Kivu avec ULB-C.

7	Améliorer l'accessibilité et la gestion financière	Identifier les ménages des indigents sur la base de <u>critères consensuels élaborés</u> avec chaque CODESA (voir expérience du CS Kabushwa)	Le modèle de Kabushwa va être reproduit ailleurs avec l'appui/accompagnement des BCZ.
		Mettre en place un dispositif efficace et responsable de recouvrement des dettes contractées pour optimiser les recettes	Sensibiliser le BCZ pour assurer le suivi des dettes auprès des usagers au CS (avec l'implication des RECO).
		Adopter une tarification forfaitaire à base périodique (annuelle ?) pour les malades chroniques	Plaidoyer à faire au BCZ et DPS puisque le tarif forfaitaire encourt est imposé aux structures sans tenir compte des spécificités. Sensibiliser les malades chroniques et diabétiques selon le cas à contribuer aux soins médicaux.
		Afficher à l'accueil les tarifs du CS et de l'HGR	Déjà fait pour les CS. Il reste à la faire pour les HGR. Sensibiliser le BCZ qui à son tour va instruire les CS d'obtenir et afficher le tarif de l'HGR.
		Adapter la grille provinciale au contexte local	Attendre l'évaluation de la grille actuelle qui va avoir lieu cette année par la DPS.
8	Disponibiliser et exploiter les référentiels et supports pédagogiques	Doter les FoSa en bibliothèque médicale physique et/ou électronique (http://berps.afrikblog.com/)	Faire l'état de lieu des besoins. Renforcer en fonction des moyens disponibles.
		Disponibiliser dans les cabinets de consultation tous les référentiels nécessaires aux activités de soins (ordinogrammes, protocoles thérapeutiques, directives opérationnelles)	-Faire l'état de lieu des besoins. -Echange d'expériences avec ULB-C. -Renforcer en fonction des moyens disponibles y compris pour les principales maladies chroniques.
10	Adapter les outils et supports d'information du SNIS à l'approche PMS et centrée sur la personne	Permettre de distinguer le statut d'appartenance des utilisateurs des services à la population de responsabilité	Plaidoyer aux BCZ et DPS pour révision/amélioration des outils d'informations sanitaires (SNIS qui intègre l'aspect PMS et module explicatif de remplissage).
		Permettre la prise en charge de problèmes spécifiques de santé (maladies chroniques, épisodes de soins préventifs) par des fiches opérationnelles adaptées et des registres permettant d'assurer la continuité des soins et d'évaluer les performances obtenues	
11	Améliorer les compétences professionnelles des prestataires de soins	Standardiser les activités de supervision sur la base d'instructions opérationnelles décrivant le déroulement de chaque activité	Appuyer les BCZ à produire un calendrier pratique (qui prend en compte les programmes de tout le monde : DPS, BCZ, Partenaires, et autres intervenants).
		Exploiter qualitativement les informations issues du système de référence et contre référence	Plaidoyer aux BCZ et au CS pour l'analyse des données mensuellement de référence et contre référence dans les réunions.
		Organiser des audits de cas provenant d'incidents critiques	Amener l'ECZ de la ZS à analyser systématiquement à travers les audits pour assurer la qualité des soins.

		Intensifier l'encadrement apporté lors des consultations par le médecin point focal et les psychologues/psychiatre (CAMPS, FP) à l'apprentissage et à l'application des bonnes pratiques en techniques de soins et d'approche PMS tant pour les activités préventives que curatives	Renforcer la capacitation de l'équipe soignante sur le plan pratique par : - Des supervisions formatives - Interventions - Session de formation/recyclage (courte durée)
12	Améliorer la prise en charge en soins de santé	Réaliser la prise des paramètres (poids, taille, TA, RC, FR...) au cabinet de consultation	Rappeler le BCZ pour un suivi régulier de la prise systématique des signes vitaux avant la consultation médicale au CS.
		Introduire l'approche PMS ou centrée sur la personne aux activités préventives (CPN, CPS, CND) en individualisant (et médicalisant pour UCO) systématiquement chaque consultation	Rappeler/recycler l'équipe des CS/MM pour l'intégration des activités préventives.
		Rendre effectif le suivi de la croissance des enfants jusqu'à 5 ans	Appuyer le BCZ pour s'y investir davantage.
		Intégrer les activités de récupération nutritionnelle, de prise en charge de la tuberculose et de l'infection à HIV	Intensifier les sensibilisations sur les MNT mais aussi sur le VIH et TBC.
		Intensifier les relations de collaboration et de participation avec les différents acteurs de la société civile (CoDeSa, Reco, clubs associatifs, mutuelles de santé, associations caritatives...)	Renforcer ces différentes collaborations et participations (Club des DBT/HTA, MUSA, MUSO, RECO, ...)
13	Allouer aux BCZ les moyens destinés à l'implémentation des activités spécifiques des initiatives innovantes	Contractualiser avec les ECZ les tâches et la nature des appuis liées à l'encadrement des initiatives innovantes. Envisager éventuellement l'engagement d'une expertise spécifique intégrée à l'ECZ qui serait chargée pour une durée limitée aux tâches d'encadrement de transfert de savoir-faire	Déjà réalisé. Les contrats avec les points pour encadrement/accompagnement des structures PMS existantes (signés par les partenaires locaux).
14	Mettre en place un cadre de programmation dans chacun des BCZ regroupant les parties prenantes à la mise en œuvre	Réunir périodiquement à une fréquence à définir tous les acteurs intéressés par l'initiative en cours	Saisir l'opportunité des organes de coordination dont les réunions des SSP, des Conseils de gestion et de CA pour inscrire à l'ordre du jour sur l'évolution de l'initiative.
15	Encourager la mise en place d'un dispositif de pilotage et de suivi des initiatives innovantes entreprises en RDC sur la revitalisation du premier échelon du système de santé.	Instaurer au niveau de la DPS un dispositif chargé d'assurer avec l'ensemble des parties prenantes (DPS, BCZ, CS/MM, PK, FSKi, CAMPS, FP, UCB) la coordination des actions en cours	Planifier une réunion d'échange avec les parties prenantes sur les modalités pratiques (fonctionnement, fréquence, budget, etc.) de mise sur pied d'une telle coordination.
		Identifier au sein des parties prenantes de chacune des initiatives, une personne responsable qui assure	Activité secondaire à celle précitée. LC comme partenaire technique et financier jouera le rôle de suivi de

	le secrétariat de l'organe de coordination et qui veille au respect des agendas et des engagements pris	respect des agendas et des engagements une fois que ce cadre est mis en place.
	Etablir un lien fonctionnel entre la DPS et le MSP, via le Secrétariat Général et la DEP, rapportant régulièrement sur l'évolution des initiatives en cours et sollicitant son concours pour la résolution de problèmes spécifiques (exemple : autoriser à adapter les outils SNIS aux spécificités des approches initiées)	Plaidoyer au niveau de la DPS pour intégration effective des données de l'approche PMS dans le SNIS qui est le cadre formel de rapportage (Ce SNIS devra être amélioré).
	Mettre en place une dynamique d'échange et de visite des initiatives menées par LC au Sud Kivu et par UCO à Goma	Visites d'échange d'expérience avec ULB-C Nord Kivu prévues annuellement
16	<i>Assurer la fonctionnalité du dispositif de coordination et de suivi des initiatives innovantes en cours.</i>	Encourager la mise en place d'un dispositif de pilotage et de suivi des initiatives innovantes entreprises en RDC sur la revitalisation du premier échelon du système de santé.
		En plus du GT sur le PRD, envisager un dispositif de coordination de l'initiative au niveau provincial tel que déjà précité ci haut. (Recommandation N°15.1)

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

E.4.1. Théorie du changement :

Hypothèse 1 : Lorsqu'un médecin intègre un centre de santé de première ligne et qu'il organise son équipe de telle sorte que les interactions entre les membres soient positives et centrées sur la personne, alors une plus grande attention est portée aux attentes des usagers, ce qui contribue à l'amélioration globale de la prise en charge des patients et de la communauté.

- Evaluateur : Cette hypothèse intéresse spécifiquement la méthodologie d'intervention menée par UCO à Goma qui ne porte que sur une durée de moins d'une année d'exécution. L'équipe du CSMU a pris l'habitude de se réunir hebdomadairement pour apprécier le déroulement des activités réalisées et programmer celles à venir. Toutefois pour que l'hypothèse se vérifie et que le dispositif de réunion serve effectivement à l'amélioration globale de la prise en charge et aux attentes des patients et de la communauté, il est nécessaire que l'ensemble des dispositions organisationnelles du modèle conceptuel soit mis en place, notamment l'identification claire de la population de responsabilité, la dispensation d'une offre de soins pluridisciplinaire centrée sur la personne intégrant toutes les activités de soins curatifs et préventifs et une adaptation des supports d'information permettant la délivrance de soins globaux, continus et intégrés.

Hypothèse 2 : Lorsqu'une équipe pluridisciplinaire se partage de manière structurée des informations relatives à la situation sanitaire des habitants de sa zone de référence et des usagers inscrits, elle initie des actions coordonnées et cohérentes qui contribuent à une meilleure santé de ceux-ci.

- Evaluateur : Cette hypothèse intéresse spécifiquement la méthodologie d'intervention menée par UCO à Goma. Si l'introduction d'une équipe pluridisciplinaire a manifestement contribué à développer un esprit d'équipe plus fort que dans le système classique de CS et suscité un réel intérêt des prestataires à l'initiative, les déficiences organisationnelles et d'encadrement qui ont été constatées sont des contraintes à lever pour que les conditions soient réunies à la validation de l'hypothèse.

Hypothèse 3 : Lorsqu'un cadre de concertation entre les centres de santé et les autorités, favorisant un dialogue équilibré et constructif est initié, alors des solutions structurelles adaptées aux contextes particuliers peuvent être trouvées afin de développer des stratégies de renforcement de la couverture des populations par des services de santé complets et de qualité, dans une optique de prise en charge holistique de la personne.

- Evaluateur : A Goma, le sous-groupe « santé urbain » a été créé pour jouer ce rôle et permet en associant l'ensemble des parties prenantes de l'initiative de participer plus ou moins activement suivant l'intérêt que chacun lui accorde, à sa réalisation (plan architectural, plateau technique, profil et recrutement du personnel...) et à la recherche de solutions appropriées aux problèmes rencontrés, comme le rejet de certains choix stratégiques par la population qui

n'y avait pas été associée ou encore en élargissant les possibilités d'offre de certains services comme la maternité, le laboratoire, l'imagerie médicale en les contractualisant avec d'autres structures de soins que l'Hôpital Provincial.

Un cadre de concertation similaire auquel pourraient être associés les autres partenaires qui soutiennent le système de santé, pourrait également être instauré au sein de la DPS au Sud Kivu.

Hypothèse 4 : Lorsque UCO et LC accompagnent les expérimentations en cours, en facilitant une communication équilibrée et constructive entre les différents acteurs et par le biais de formations continues, alors les acteurs mettent en place des solutions adaptées à leurs contextes.

- Evaluateur : Tant LC qu'UCO ont opté pour un processus de formation comportant une phase initiale de capacitation et suivie ensuite d'un accompagnement en cours d'activité.

Si à Goma le recul n'est pas suffisant pour se prononcer, au Sud Kivu dans les CS ciblés on constate que si les principes liés à la prise en charge PMS sont relativement bien maîtrisés par les prestataires de soins, leur application au quotidien n'est pas encore suffisamment entrée dans les pratiques et demande un accompagnement plus soutenu et régulier intéressant tout le personnel et toutes les activités du PMA et pour qu'un processus de solutions adaptées aux situations contextuelles rencontrées se mette en place.

A Goma, malgré la mise en place du sous-groupe « Santé urbaine », le déficit de communication et de coordination dans l'accompagnement des changements à opérer est un handicap à la mise en œuvre de l'initiative.

La programmation des formations portant sur l'identification des besoins opérationnels spécifiques des services de santé devrait être intensifiée. A Goma, l'ouverture prochaine du centre provincial de formation pourrait être exploitée à cet effet.

Hypothèses 5 : Lorsque le renforcement des capacités du personnel soignant sur la prise en charge du diabète et hypertension est assuré par LC en collaboration avec ses partenaires ; et lorsque la promotion et l'adhésion des diabétiques dans les clubs de pairs diabétiques est faite, alors la prise en charge des maladies chroniques au niveau du système local sera améliorée.

- Evaluateur : Les actions entreprises en faveur de la promotion et l'adhésion des diabétiques au sein de club de pairs associées au renforcement des capacités diagnostiques du CS ont manifestement contribué à améliorer la prise en charge. Cette amélioration se compte principalement en termes de nombre de patients diagnostiqués et de dynamique communautaire de solidarité instaurée par l'introduction de l'approche psychosociale. Toutefois, la qualité technique des soins souffre encore de trop d'insuffisance, principalement par rapport au suivi régulier et individualisé et à la continuité des soins de chaque patient. Par ailleurs, les actions restent focalisées sur le diabète en tant que problème spécifique mais n'ont pas encore intéressé d'autres pathologies chroniques.

Hypothèses 6 : Lorsque la santé mentale est intégrée par LC en collaboration avec ses partenaires via les équipes cadres dans le paquet minimum et complémentaire -(PMA et PCA) dans les zones d'interventions de LC sous ses 3 dimensions (médico-psycho-sociale), alors la prise en charge au niveau du système local de santé est de meilleure qualité.

- Evaluateur : Les observations faites ainsi que les témoignages recueillis tant auprès des membres des communautés que des personnels de santé des CS, confirment que l'introduction de la dimension psychosociale est unanimement appréciée et a contribué à une

amélioration significative de l'offre de soins. On constate que certains infirmiers d'autres CS ont commencé à introduire cette approche (CS Lumu).

E 4.2. Les stratégies :

La question de la **réplicabilité des initiatives innovantes** et approches proposées mériterait d'être posée avant le lancement d'une initiative innovante. Faut-il proposer des innovations qui tiennent compte des moyens disponibles et donc axer davantage les interventions sur des modifications organisationnelles ou au contraire des interventions « modèles » pour lesquelles davantage de ressources seront nécessaires, mais qui apportent une nette amélioration de la qualité des soins.

Dans le cas présent, il s'agit de savoir si le Ministère de la santé pourrait se permettre de faire l'impasse sur la médicalisation des structures du premier échelon, même si cela a un coût ?

Les **modalités d'accompagnement d'initiatives innovantes**, où plusieurs niveaux de décision et types d'acteurs sont impliqués, où des changements de comportements et d'attitudes sont attendus mériteraient d'être systématiquement capitalisées. Il s'agira de tirer des leçons apprises, tant sur les processus mis en place, que sur les mécanismes de coordination ou encore sur le niveau d'atteinte des résultats et les faire valoir, ce y compris en assurant des activités de lobbying et de plaidoyer.

Enfin, les modalités d'une meilleure intégration des indigents dans le système de financement des soins de santé devraient être plus largement investiguées. Notamment dans les situations où l'on vise une meilleure prise en charge des malades chroniques. Il existe en effet peu de cas d'études menées sur ce sujet.

E.5 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 de Louvain Coopération et d'ULB-Coopération, avec option de consulter les documents dans leur intégralité.

UNI4COOP :

- Partage de l'ensemble des documents relatifs à l'évaluation avec le COMEV (Comité d'Evaluation d'UNI4COOP).
- Partage du résumé de l'évaluation avec les autres membres d'UNI4COOP.

Louvain Coopération :

- Partage du rapport avec
 - Le siège : département Opérations, département Research & Development, Direction Général
 - Les collègues du bureau de LC en RDC
 - Les partenaires du programme santé
- Organisation
 - D'une réunion de restitution avec les parties prenantes de l'initiative ;

- De moments de plaidoyer avec les autorités sanitaires au sujet des recommandations qui tombent sous leur pouvoir d'intervention

ULB-Coopération :

- Partage du rapport et de la réponse managériale avec
 - Les équipes opérationnelles
 - Les membres de la CORI (Cellule des opérations, de la recherche et de l'innovation).
 - Le CODIR (Comité de Direction), le Conseil d'Administration.

F. Qualité du processus et du rapport d'évaluation

F1 : Qualité du processus d'évaluation :

- *Les Termes de Référence* ont été élaborés et discutés en interne par LC et UCO en étroite collaboration avant leur validation et publication.
- *Sélection des évaluateurs.* Dans un premier temps les deux offres techniques reçues ont été lues et évaluées du côté de LC et d'UCO par les personnes impliquées dans le processus d'évaluation.
- Par après LC et UCO ont partagé leurs avis et ils ont décidé ensemble sur l'offre à retenir. Un procès-verbal du processus de sélection a été rédigé.
- *Préparation mission.* Après sélection des évaluateurs, des échanges par mail et de vive voix entre LC/UCO et les évaluateurs ont permis de clarifier davantage les attentes sur l'évaluation.
- *Mission :* se sont déroulées sans problèmes tant au Nord qu'au Sud Kivu.
- *Rapport provisoire, échanges et rapport final :* le rapport provisoire a été discuté avec l'évaluateur qui a tenu compte des remarques émises pour la rédaction du rapport final, principalement eu égard aux recommandations jugées trop peu nombreuses dans cette version. La prise en compte ou non des recommandations, cette fois un peu trop nombreuses, reprises dans la version finale a été discutée en commun lorsque les recommandations étaient partagées entre LC et UCO et à l'occasion de deux autres réunions, avec chacune des ONG lorsque les recommandations leurs étaient plus particulièrement destinées. Ces échanges sont particulièrement intéressants, ils sont certainement à maintenir.

Il sera nécessaire d'être plus explicite quant au livrable attendu en ce qui concerne le résumé exécutif et à la quantité des recommandations attendues.

En conclusion, le processus de l'évaluation s'est bien déroulé. Les deux parties ont respectés leurs engagements et leur collaboration a été fructueuse.

F2. Qualité du rapport d'évaluation :

L'évaluateur a répondu aux questions et émis des commentaires sur les hypothèses de changement. Le rapport est fouillé, il a été au fond des choses, a posé de nombreuses questions pour bien comprendre. Il a pris le temps nécessaire pour conduire le processus d'évaluation.

Parfois cependant, il pouvait donner l'impression de venir avec des idées préétablies, avec peu de flexibilité pour des avis divergents lors des échanges.

Le rapport gagnerait en clarté si les recommandations tombant sous la responsabilité de l'ONG étaient distinguées de celles plus générales qui incombent aux autres acteurs.