STOCKHOLM EVALUATION UNIT

EVALUATION DU PROJET MSF-OCB SUR LE PALUDISME A BILI, RDC

DECEMBRE 2020

Ce document a été publié à la demande de MSF-OCB sous la responsabilité de l'Unité d'évaluation de Stockholm.

Il a été rédigé de façon indépendante par Caterina Monti (BSc Hons, MA, DTE, DTMH) et Mary Kante, Eau Claire Consulting.

CLAUSE DE NON-RESPONSABILITE

Les opinions de l'auteur exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement celles de Médecins sans Frontières, ni celles de Stockholm Evaluation Unit.

TABLE DES MATIERES

Liste des figures 3
Liste des tableaux 3
ABREVIATIONS 4
RESUME 6
INTRODUCTION 10
Le contexte du projet 10
Le périmètre de l'évaluation 12
Méthodologie 12
Limites 14
OBSERVATIONS 16
La pertinence 16
La conception du projet et sa cohérence 21
L'efficience 28
L'efficacité 29
L'impact 34
La perennité 37
DISCUSSIONS ET CONCLUSIONS 40
RECOMMANDATIONS 45
REFERENCES 47
ANNEXES 48
Annexe 1: Matrice d'évaluation 48
Annexe 2 : Termes de référence 51
Annexe 3 : Liste des informateurs clés 56
Annexe 4 : Outils de collecte de données et consentement des informateurs 57

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Principaux chiffres mensuels de la morbidité 18
Figure 2: Exemple de l'état matériel d'une MII, Gbadri 19
Figure 3: Coûts opérationnels du projet, 2018 S2 (Jouquet, 2019) 28
Figure 4: Durée moyenne des ruptures de stock d'antipaludiques, avril-sept 2018 32
Figure 5: Taux de fréquentation des services de soins et d'orientation des patients après le départ de MSF entre jan-juin 2020 37

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Axes d'intervention du projet de Bili en 2017, (MSF, 2020) 11
Tableau 2: Objectifs et résultats du projet de Bli, (MSF, 2020) 12

ABREVIATIONS

ACT	*Artemisinin-based Combination Therapies* = traitements combinés à base d'artémisine
ASC	Auxiliaire de santé communautaire
ASSP	Accès aux Soins de Santé Primaire
BCZ	Bureau Central de Zone
CDR	Centrale de Distribution Régionale
CODESA	Comité de Développement de l'Aire de Santé
DfID/FCDO	Department for International Development/*Foreign Commonwealth and Development Office*
HDI	Indice de Développement Humain
HGR	Hôpital Général de Référence
IEC	Information, Education et Communication
IMA	Interchurch Medical Assistance
KIIs	*Key Informant Interviews* (= Entretiens avec les informateurs clé)
MII	Moustiquaire imprégnée d'insecticides
MSF	Médecins sans Frontières
MSP	Ministère de la Santé Publique
MUAC	(*Middle Upper-Arm Circumference)* = Périmètre brachial
OCB	(*Operational Center Brussels*) = Centre opérationnel Bruxelles
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PEC-C	Prise en charge intégrée des cas dans la communauté
PMI	*President's Malaria Initiative* (Initiative de la Présidence des Etats-Unis pour le paludisme)
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PUC	Pool d'Urgence Congo
RDC	République Démocratique du Congo
SANRU	Santé Rurale
SEU	Unité d'évaluation de Stockholm *(Stockhom Evaluation Unit)*
SRO	Sels de réhydratation orale

TDR	Tests de diagnostic rapide
TdR	Termes de Référence *(Terms of reference)*
TM	Taux de mortalité
TMB	Taux de mortalité brute
TPIn	Traitement préventif intermittent du nourrisson
U5	(*Under 5)* = enfants de moins de 5 ans

RESUME

Cette évaluation concerne le projet de Bili en RDC, de son démarrage en juillet 2017 jusqu'à sa clôture en novembre 2019. Elle s'attache à étudier la pertinence et la cohérence du projet, son efficacité, son efficience, son impact et sa pérennité, avec une attention particulière pour la prise en charge des cas de paludisme dans la communauté (PECp) ou la prise en charge intégrée des cas dans la communauté (PEC-C) si tant est qu'elle ait été mise en œuvre. Elle tente d'analyser les réussites et les difficultés du projet ainsi que de documenter les leçons qui en ont été tirées. Les résultats et les recommandations de cette évaluation sont destinés à être utilisés par MSF pour éclairer ses décisions et améliorer la mise en œuvre des nouveaux projets pouvant être exécutés en RDC ou dans des environnements de même type.

Cette évaluation comporte des limites : aucun des bénéficiaires directs du projet n'a été consulté puisque l'équipe de consultants a intégralement effectué le travail à distance. Ceci implique que seules des données qualitatives primaires ont été utilisées alors que les données quantitatives secondaires ont été tirées des rapports et des enquêtes menées dans la région.

L'évaluation souligne la pertinence du projet et sa logique d'intervention par rapport à certains des besoins qui avaient été identifiés lors de l'évaluation des besoins ; cependant, le projet de Bili est passé à côté de la possibilité d'apporter un ensemble de soins de santé plus exhaustif. Le projet s'est principalement focalisé sur la morbidité et à la mortalité dues au paludisme, élevées à Bili, et en particulier pour la population des enfants de moins de cinq ans (U5), mais il a toutefois amélioré l'accès à des soins de qualité, ce qui n'allait pas sans difficultés dans la région. Néanmoins, certains aspects, tels que la malnutrition, qui auraient pu contribuer à la diminution de la mortalité des enfants de moins de cinq ans, qui était le cœur même du projet, ont été en partie laissés de côté dans la conception du projet et dans son cadre logique.

On peut estimer qu'il est remarquable que le projet ait permis une réduction générale de la mortalité dans un délai aussi bref. Bien que l'objectif principal de réduire de moitié la mortalité des moins de cinq ans n'ait pas été entièrement atteint (un objectif par ailleurs très ambitieux), une réduction de la mortalité a bien été constatée selon les enquêtes sur la mortalité menées par MSF, et notamment une diminution du taux d'ensemble de la mortalité ainsi qu'une augmentation du taux de recherche de soins de santé primaires. On peut toutefois douter que ces bénéfices puissent subsister dans le temps, d'autant que la pérennisation était une des difficultés majeures du projet de Bili. MSF s'est révélé être "une trop grosse machine" en tous points, et trouver un repreneur pour ce projet s'est avéré être une lourde tâche. Il est entendu que la pérennité de cette intervention ne figurait pas parmi les principaux buts et objectifs du projet de Bili.

En outre, l'indépendance dont a fait preuve l'équipe MSF et l'absence de collaboration avec les trois principaux bailleurs de fond pour le paludisme (le Fonds mondial, le PMI et le FCDO/DfID) et leurs partenaires dans l'exécution du projet (comme SANRU et le Ministère de la Santé publique local) ont été une source de frustrations opérationnelles, par exemple lors des ruptures de stock. En fait, la conception et la mise en œuvre verticales du programme de Bili ont nui aux opportunités d'obtenir l'adhésion du Ministère de la Santé publique au projet, perdant ainsi son soutien et les possibilités de renforcer les capacités du projet sur sa durée.

La stratégie de plaidoyer telle qu'elle a été présentée ne semblait pas être nécessairement la mieux adaptée au projet ; il semble qu'en enquêtant et en révélant les lacunes et les problèmes d'achat et de

rupture de stock des médicaments, MSF s'est trouvée prise au "jeu des accusations" qui a nui aux bonnes relations qu'elle pouvait avoir avec les différents partenaires sur le terrain.

La façon dont l'intervention a été conçue et la stratégie mise en place n'ont pas été communiquées ou partagées d'une manière adéquate, ni au sein de MSF (au niveau du projet lui-même autant qu'entre le projet, la coordination et le siège), ni à l'extérieur auprès des communautés de Bili, du Ministère de la Santé publique (que ce soit au niveau national, provincial ou de la zone de santé), ou avec les autres intervenants. C'est ce qui a créé une certaine confusion, et l'évaluation révèle un décalage entre la stratégie qui avait été conçue, y compris en matière de plaidoyer, et la planification des questions opérationnelles. On observe notamment un décalage entre les objectifs très ambitieux, les délais courts, l'étendue géographique du secteur et la réalité des activités de planification et de mise en œuvre dans un environnement opérationnel complexe.

L'absence d'une stratégie claire a fortement nui à l'efficacité du projet. On peut en constater les conséquences à différents niveaux. La proximité avec les bénéficiaires et leur implication dans le projet ont été estimées comme maintenues à un faible niveau. Les communautés ont été considérées comme les bénéficiaires passifs d'une intervention communautaire et n'ont pas été suffisamment mobilisées et impliquées dans les activités du projet. En outre, la composante communautaire n'a été intégrée que dans les derniers mois de vie du projet, or les attentes de MSF vis-à-vis des communautés et de leur engagement étaient irréalistes, comme par exemple la gratuité de la main-d'œuvre qu'elles apportaient.

L'évaluation révèle que le projet Bili a fait appel à la PEC-C pour la diarrhée et le paludisme, ce qui s'est avéré très efficace pour réduire la mortalité. Tel qu'il a été conçu, le projet n'a pas appliqué certains des éléments opérationnels recommandés à l'échelon mondial, ni les bonnes pratiques ou les enseignements retenus : en particulier, il n'a pas systématiquement fait usage des diverses composantes de la PEC-C au titre d'extensions du système de santé national qui comporte des modules intégrés de formation, de supervision et de collecte de données. En conséquence, la sensibilisation du personnel des régions et des zones de santé et leur implication ont été jugées problématiques pendant la phase opérationnelle du projet, ce qui a eu pour effet de modérer l'enthousiasme du Ministère de la santé publique et des principaux partenaires au cours du projet. En outre, cette situation a également pesé sur la possibilité d'établir clairement les conditions du transfert des activités à un repreneur après le retrait de MSF.

Ce projet différait quelque peu des projets d'urgence de MSF en matière de supervision, de communication, ou de rythme de travail et de prise de décision : certains membres du personnel qui étaient venus sur le terrain avec l'espoir de sauver des vies dans l'urgence ont ressenti une certaine frustration car ils se sont retrouvés à participer à un projet communautaire au rythme beaucoup plus lent et visant des résultats à plus long terme. En conséquence, les profils du personnel international engagé ne correspondaient pas toujours aux besoins. De même, le personnel local a été recruté en dehors de la région de Bili faute de personnel médical qualifié sur place, ce qui a nui à la proximité qu'il pouvait avoir avec les bénéficiaires et à la compréhension de leurs besoins : en effet, aucun des membres du personnel de MSF - à l'exception de quelques postes d'échelon inférieur tels que cuisiniers et gardiens - n'était originaire de la région.

En termes d'efficacité, le projet a réussi à garantir l'accès aux soins avec un coût de consultation relativement faible, mais les coûts induits par la présence du personnel international et l'importation de médicaments ont réduit les chances d'un éventuel transfert des activités à un autre organisme.

Les recommandations suivantes sont spécifiques au projet de Bili :

- *Effectuer une visite de suivi post-clôture* pour évaluer quelques éléments, comme ce qu'il reste du projet et de son impact un an après le départ de MSF. Cela permettrait de résoudre plus facilement certains éléments de controverse au sujet de sa pérennité et de son dimensionnement et d'étendre la portée des leçons qui en ont été tirées sur la pérennité
- *Interroger les bénéficiaires directs et les communautés* mais aussi interroger un plus grand nombre d'autorités locales afin d'associer leur perception et leur point de vue à cette évaluation.

Les recommandations destinées à MSF afin de concevoir et mettre en œuvre un projet présentant des caractéristiques semblables à celles du projet Bili, soit avec une PEC-C intégrée ou pour des maladies spécifiques, sont les suivantes :

Recommandations relatives à la pertinence du projet :

- *Sélection du site* : Lors de l'identification de sites potentiellement destinés à des interventions de PEC-C, il convient de donner la priorité aux zones où l'accès aux services de santé est faible et où la morbidité et la mortalité des enfants de moins de cinq ans est élevée (comme ce fut le cas pour Bili et conformément au cadre stratégique de MSF), mais il convient surtout de sélectionner des zones qui n'ont pas récemment fait l'objet d'interventions d'urgence, en particulier si elles ont été entreprises par MSF. Il faudra également déployer la stratégie sur un territoire limité plutôt que sur la totalité d'une zone de santé et envisager de l'étendre par la suite si le système fait la preuve de son bon fonctionnement. Evaluer le rapport coût-efficacité : si un autre projet d'urgence de MSF est déjà en place, il sera moins coûteux de partir de la structure existante, tout en tenant compte des différences de nature et d'orientation des deux projets.

Recommandations relatives à la conception du projet :

- *Coordination des parties prenantes* : Réunir les contributions des parties prenantes (au niveau national et local) afin d'éclairer la conception et l'exécution du projet, et maintenir un processus participatif pendant la durée du projet, notamment en cas d'éventuels réajustements. Déterminer ensemble les principaux rôles de chacune des parties prenantes pour assurer le succès du projet, ainsi que sa pérennité après le départ des ressources externes.
- *Stratégie globale de PEC-C intégrée et outils de planification* : Développer un document stratégique général et un autre plus détaillé pour la stratégie de PEC-C de MSF, ainsi que les outils de planification qui l'accompagneront, afin de guider le personnel qui met assurer ou prévoit d'assurer la PEC-C.
- *Réviser l'approche plaidoyer* – Penser en priorité à travailler avec le Ministère de la santé publique et les principaux acteurs de la santé afin d'adapter à la situation le savoir-faire et l'expérience uniques de MSF pour renforcer les systèmes, plutôt que cibler uniquement certains éléments critiques mais éventuellement défectueux, comme la gestion de la chaîne d'approvisionnement.
- *Examiner les données sanitaires disponibles et discuter de l'approche de MSF pour une prise en charge intégrée des cas de paludisme, de diarrhée et de pneumonie*. Les décisions finales d'inclure ou non chaque composante varieront selon le contexte : les équipes de terrain seront plus à l'aise si elles bénéficient d'orientations claires sur la manière de mettre en œuvre les autres composantes dans le paquet final d'interventions sélectionnées.

Recommandations relatives à l'efficacité et à la pérennité du projet :

- *Donner la priorité à la mobilisation des communautés* et à leur participation dès le départ ainsi qu'à chacun des stades du cycle du projet, par exemple lors de la conception du projet, pendant la phase de planification et lors de la collecte de données pour le suivi. Faites un bon usage des ressources

communautaires disponibles, dont les agents de santé communautaire (ASC) qui pourront étendre les activités de sensibilisation autant que participer au diagnostic et au traitement. Pour ce faire, les maladies infantiles les plus courantes devront faire partie du projet et les ASC seront formés au diagnostic et au traitement.

Choisir des ressources humaines adéquates, en se concentrant davantage sur la disponibilité du personnel médical local plutôt qu'aller chercher des détachés dans d'autres projets en DRC (*inpats*). La supervision et le renforcement des capacités seront essentiels pour mettre ce personnel à niveau, mais il y a un réel bénéfice à pouvoir disposer d'un personnel local et diminuer la présence d'un personnel international ou délocalisé. Le personnel international doit également être informé qu'un projet de PEC-C est spécifique et différent, et devra être encadré en conséquence : le rythme de travail sera moins intense, la priorité sera la formation des agents de santé communautaire et, de manière générale, l'implication et l'engagement de la communauté, ainsi que la collaboration avec les représentants locaux du MSP.

INTRODUCTION

Le Centre opérationnel de Bruxelles (OCB) de Médecins sans Frontières (MSF) poursuit des opérations en République démocratique du Congo (RDC) depuis 1985, date à laquelle OCB, pour la première fois, est intervenu pour répondre à un afflux de réfugiés angolais dans la province du Katanga. MSF a commencé ses activités à Bili en 2015. Située dans la province du Nord Ubangi, Bili est l'une des 11 zones de santé de la province du Nord Ubangi qui, à elle seule, couvre une superficie de 7 339 kilomètres carrés et dessert une population de 192 192 personnes, dont 36 139 enfants de moins de cinq ans (U5) (MSF, 2018). La région est relativement calme et stable et n'a pas connu de menaces et de perturbations majeures en matière de sécurité comme c'est le cas dans les autres provinces de la RDC. Elle est très isolée, avec un accès limité par la géographie de la région : la plupart des lieux n'est accessible qu'en moto ou en pirogue. Le système de santé de la région est précaire et la qualité des soins fournis dans les structures sanitaires existantes et dotées de personnel est également discutable. Cela tient d'une part à l'absence de ressources et aux ruptures incessantes de l'approvisionnement en médicaments d'autre part. Le Ministère de la santé publique local est constamment confronté à de grandes difficultés pour arriver à fournir des soins de santé aux populations éloignées et dispersées.

Selon une enquête sur la mortalité menée par MSF dans la région de Bili en 2016 (MSF, 2016), le taux de mortalité brut (TMB) était estimé à 2,8/10 000 et le taux de mortalité des moins de 5 ans atteignait 5,7/10 000. Le paludisme y était hyper-endémique et la parasitémie de la population générale était estimée à 74,5 % environ.

LE CONTEXTE DU PROJET

La région de Bili est limitrophe de la République centrafricaine. En raison de l'insécurité, 20 000 réfugiés centrafricains environ ont franchi la frontière en fin d'année 2014 et se sont installés dans la région de Bili qui était déjà à la limite de ses ressources et où les soins de santé étaient déjà rares. MSF est intervenu dès février 2015, apportant une réponse d'urgence par le biais du Pool d'urgence Congo (PUC) pour venir en aide aux réfugiés de République centrafricaine ainsi qu'aux communautés d'accueil. Le projet d'intervention en urgence était destiné à soutenir trois centres de santé ainsi que l'Hôpital Général de Référence (HGR) de Bili. L'intervention portait principalement sur la fourniture de soins de base gratuits, ainsi que sur un soutien en santé mentale et soins de santé maternelle.

La réponse d'urgence du PUC a été prolongée à trois reprises, jusqu'en décembre 2016. En 2017, l'approche conceptuelle du projet a été revue et mise en place : MSF a décidé de s'éloigner du soutien apporté aux soins de santé de base pour se concentrer sur des morbidités et des populations spécifiques. Cette approche avait été envisagée à la suite d'une évaluation des besoins effectuée en 2016, comportant une enquête sur la mortalité et la couverture vaccinale ; elle prévoyait la fourniture de soins de santé axés sur le paludisme pour la population des moins de cinq ans, principalement auprès des communautés d'accueil et des réfugiés, en mettant l'accent sur l'engagement communautaire. L'objectif du projet était de réduire la morbidité et la mortalité des enfants de moins de cinq ans dans la zone de santé de Bili. Le projet a débuté en juillet 2017 et s'est poursuivi jusqu'en novembre 2019, date à laquelle il a été clôturé sans être transféré à un repreneur.

Le (ci-dessous) représente les principaux axes d'intervention du projet :

Tableau 1: Axes d'intervention du projet de Bili en 2017, (MSF, 2020).

AXES D'INTERVENTION	ACTIVITES
Santé communautaire	Soutien à 33 postes de santé et 12 sites de santé communautaire pour le traitement du paludisme et des diarrhées simples chez les moins de 5 ans
Soins de santé primaires	Soutien à 17 centres de santé de la zone de santé de Bili (un centre de santé par aire de santé) se concentrant sur les 3 pathologies les plus fréquentes, à savoir le paludisme, la diarrhée et les infections respiratoires aiguës dans le groupe cible des moins de 5 ans
Soins de santé secondaires	Soutien au HGR de Bili pour les services d'urgence et les soins intensifs, la néonatologie, la pédiatrie, les soins nutritionnels aux patients hospitalisés de moins de 15 ans et la transfusion sanguine. Afin de réduire l'afflux de patients au HGR et ne pas retarder la prise en charge des patients, le projet soutenait également trois centres de santé - Baya, Gbangi et Pandu - pour recevoir des patients hospitalisés
Orientations et transferts	Facilitation des transferts de patients entre les établissements soutenus
Santé environnementale	Conduite d'activités de promotion de la santé avec un accès sur la prévention du paludisme et le contrôle du vecteur dans la zone de santé de Bili

Le tableau ci-dessous résume les objectifs de l'intervention (Tableau 2).

Tableau 2: Objectifs et résultats du projet de Bili, (MSF, 2020).

OBJECTIF GÉNÉRAL
La morbidité et mortalité des U5 seront réduites dans la zone de santé de Bili
OBJECTIF SPÉCIFIQUE
La population U5 de la zone de santé bénéficiera de services de santé curatifs et préventifs.
RÉSULTATS
Résultat 1 : Le traitement du paludisme et de la diarrhée simple est disponible dans les postes et les centres de snté de Bili
Résultat 2 : Des soins de santé de base gratuits et de haute qualité sont disponibles pour la population U5 dans la zone de santé : ils sont fondés sur le paquet de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)
Résultat 3 : Des services de soins de santé secondaires sont disponibles au HGR de Bili ainsi qu'aux centres de santés Baya, Pandu et Gbangi
Résultat 4 : Des activités de promotion de la santé contre le paludisme et de contrôle du vecteur sont disponibles à Bili;
Résultat 5 : Les données de plaidoyer collectées à Bili sont utilisées pour un plaidoyer opérationnel afin d'améliorer l'impact de l'intervention et pour montrer l'impact d'activités sanitaires décentralisées dans une communauté rurale
Résultat 6 : La stratégie de sortie est finalisée selon le chronogramme

Le projet a été mis en œuvre avec le Ministère congolais de la santé publique à tous les étages de la pyramide sanitaire. Au moment du lancement du projet, trois principaux bailleurs de fonds finançaient le paludisme en RDC : le Fonds mondial, la PMI (Initiative du président américain contre le paludisme) et le Foreign Commonwealth and Development Office basé au Royaume-Uni (FCDO, anciennement DfID). Le FCDO finance toujours le projet Accès aux Soins de Santé Primaire (ASSP, ou Access to Health), qui vient en complément des programmes financés par le Fonds mondial qui fournit une grande partie des produits de base contre le paludisme. L'ASSP est mis en œuvre par Interchurch Medical Assistance (IMA) qui, en partenariat avec l'Eglise protestante du Congo, gère le programme de santé rurale SANRU (Santé Rurale). SANRU est un partenaire opérationnel à la fois du Fonds mondial et du FCDO en RDC.

Dans le Nord Ubangi, le Fonds mondial était le principal bailleur pour l'achat de médicaments antipaludiques et travaillait étroitement avec SANRU qui, en tant que partenaire opérationnel, était responsable de la prévision des cas de paludisme et des achats, du soutien à la mise en œuvre, de la communication et de la mobilisation sociale de la communauté. Le Bureau Central de la Zone de Santé (BCZ), avec le soutien d'IMA-Health, était responsable du transfert des produits de santé à Bili, où le personnel de santé des différentes structures pouvait venir se réapprovisionner. Dans la zone, le FCDO, par l'intermédiaire de l'ASSP, contribuait à développer l'accès aux soins par une étroite coopération avec IMA-Santé et SANRU qui assurait la gestion de l'approvisionnement en produits de base pour la santé et qui finançait la rénovation des structures de santé. Le système d'approvisionnement en produits sanitaires a connu plusieurs ruptures de stock à tous les niveaux du système et MSF a alors mis en place un système "bouche-trou " pour que la zone de santé reste approvisionnée en attendant la prochaine livraison de la Centrale de Distribution Régionale (CDR).

LE PÉRIMÈTRE DE L'ÉVALUATION

Cette évaluation est destinée à évaluer le projet de Bili depuis son lancement en juillet 2017 jusqu'à sa clôture en novembre 2019. Elle s'attache à examiner sa pertinence et sa cohérence, son efficacité, son efficience, son impact et sa pérennité, en portant une attention particulière à la prise en charge communautaire intégrée des cas (PEC-C) dans la mesure où elle a été mise en œuvre. L'ensemble des termes de référence de cette évaluation sont disponibles en annexe 4 de ce rapport.

METHODOLOGIE

CHOIX DE LA METHODOLOGIE D'EVALUATION

Pour le projet de Bili, cette évaluation a eu recours à une approche mixte, en recueillant des données qualitatives primaires auprès d'informateurs d'une part et d'autre part en extrayant des données quantitatives secondaires de l'examen des documents du projet. Cette approche mixte devrait faciliter la triangulation des données et renforcer la validité et l'exhaustivité des résultats.

L'approche par la théorie ancrée ("*grounded theory*" en anglais) a été appliquée à l'ensemble de la recherche (Babbie, 2010). La théorie ancrée est une approche utilisée dans la recherche en anthropologie et en sciences sociales. Il s'agit d'une méthodologie systématique qui permet la construction de théories par la collecte et l'analyse méthodique de données. Cette méthodologie de recherche fonctionne de manière inductive, par opposition à l'approche hypothético-déductive. Une

étude utilisant une théorie ancrée sur des faits commence généralement par une ou plusieurs questions, ou même simplement par la collecte de données qualitatives. Dans les données collectées, les idées, concepts ou éléments répétés sont marqués par des codes et constituent le cœur de la recherche. Cette approche de l'évaluation comporte également le concept dit "boule de neige", dans lequel les informateurs initiaux dirigent vers d'autres ressources, comme d'autres informateurs pouvant être contactés ou des documents à analyser.

Pour la collecte de données qualitatives, on a fait appel à des entretiens semi-structurés avec des informateurs clés (KII = key informant interviews) parmi le personnel et les parties prenantes pour recueillir leurs impressions et idées sur le programme. La liste des informateurs clés figure en annexe 4.

Les autres données quantitatives ont été tirées de la documentation interne mise à la disposition des deux consultants participant à l'évaluation. Il s'agit notamment de rapports et de recherches sur le projet, des cadres de monitoring et de tous autres documents d'intérêt, comme les directives internationales et des articles ayant fait l'objet d'une revue de pairs. Ces documents sont référencés tout au long du texte et la liste des documents consultés figure à la fin du rapport.

L'approche utilisée par la recherche et les outils de collecte de données ont été développés par la consultante principale avec la contribution de la co-consultante ; les critères d'évaluation du CAD/OCDE et les principales questions de recherche définies dans les termes de référence (TdR) prévus pour cette évaluation ont constitué le socle de cette approche. Un rapport initial concernant l'évaluation a été soumis et examiné par le commissionnaire et le groupe de consultation, et ensuite validé par l'unité d'évaluation de MSF Stockholm (SEU). Le rapport initial explique l'approche et la matrice d'évaluation utilisée et présente en outre les outils de collecte de données. Ces deux derniers éléments figurent respectivement en annexe 4 et 1.

Avant chaque entretien ou discussion, le consentement de l'informateur était demandé et recueilli oralement. Le consentement souligne la nature non obligatoire de l'entretien tout en expliquant que l'évaluation est destinée à fournir des informations détaillées à MSF pour bien comprendre le niveau de réussite et de performance du projet, de noter les bonnes pratiques et d'obtenir un retour d'information. Les informateurs ont été assurés que leur participation à ces entretiens ne serait pas une source de gène ou de risque pour eux et ne leur prendrait que peu de temps. En outre, les informateurs ont été assurés que les données collectées étaient traitées de manière confidentielle et analysées dans leur ensemble de sorte qu'il était impossible de tracer le lien entre une information et une personne spécifique. Le consentement des informateurs figure en annexe 4 du présent rapport.

Toutes les données qualitatives ont été directement recueillies par le consultant principal et la co - consultante sans l'aide de traducteurs. Les données qualitatives ont été codées et interprétées manuellement par le consultant principal. L'examen des données quantitatives des documents a été effectué par la co-consultante et elles ont été réanalysées/reformulées si nécessaire pour répondre aux questions de la recherche et faciliter la compréhension.

SELECTION DES INFORMATEURS

Aucune visite sur le terrain n'a été effectuée dans le cadre de cette évaluation. Cela s'explique non seulement par les restrictions de voyage dues à la pandémie de Covid-19 mais aussi par les priorités opérationnelles actuelles, et par le fait que le projet de MSF à Bili a pris fin en 2019.

En outre, la présence sur le terrain des consultants aurait pu être mal interprétée et vue comme le retour potentiel de MSF et de ses activités, ce qui aurait suscité de l'espoir auprès de la population, une attente difficile à satisfaire et potentiellement risquée à gérer. Avec la possibilité de mener des entretiens à distance, la valeur ajoutée de la visite à Kinshasa a été jugée insuffisante pour justifier une visite sur le terrain en RDC.

Par conséquent, l'approche entreprise pour cette évaluation ne comporte que des entretiens avec le personnel ayant participé au projet ou avec le personnel actuellement en place, que ce soit à l'échelon territorial, au niveau du pays ou au niveau du siège pour la collecte de données qualitatives, ainsi qu'avec quelques parties prenantes externes sélectionnées. La triangulation a ensuite été recherchée en interrogeant des membres du personnel ayant tenu des rôles différents à différents moments du projet, afin de recueillir des perceptions différentes selon les types d'activités, et ce jusqu'à saturation (càd jusqu'à entendre les mêmes informations se répéter).

Le fait de ne pas pouvoir contacter les bénéficiaires directs a évidemment compliqué la triangulation des informations puisque leur point de vue sur l'exécution du projet n'a pas été pris en compte. L'absence de visites sur le terrain a également empêché toute observation, qui constitue une autre manière de trianguler les conclusions. Aucune observation physique des structures n'a été possible, de sorte que l'on ne dispose que d'informations limitées concernant la pérennité du projet dans ses composantes les plus pratiques, à savoir l'aspect physique des structures sanitaires réhabilitées, l'entretien des actifs logistiques laissés par MSF et la situation de l'approvisionnement et du stockage des médicaments.

LIMITES

La principale limite de cette évaluation est le fait qu'il n'a pas été possible d'y inclure un plus grand nombre d'informateurs potentiels, ni de les contacter. Il s'agit des bénéficiaires finaux du projet, à savoir les communautés ciblées par le projet, ainsi que des agents de santé communautaires (ASC), du personnel des hôpitaux et des structures de santé (qu'ils aient été recrutés par le Ministère de la Santé publique ou par MSF), et d'autres informateurs dont les représentants de SANRU, d'IMA-Health et de l'UNICEF.

Les raisons pour lesquelles les bénéficiaires directs ne font pas partie de cette évaluation expliquées ci-dessus dans la section "Méthodologie". Malgré les efforts déployés, il a été impossible de prendre contact avec plusieurs acteurs externes identifiés comme informateurs clés. Certains d'entre eux avaient changé de poste au sein du MSP, le personnel des centres de santé n'était pas connu et les autres acteurs d'intérêt n'ont pas répondu à nos tentatives de prise de contact pourtant répétées.

La participation uniquement partielle de ces informateurs a pu affecter la perspective globale de cette évaluation, qui est légèrement biaisée en faveur du personnel de MSF. Le point de vue des bénéficiaires n'est pas connu et comme il s'agissait d'une approche communautaire, on ne sait rien de ce qu'en pensent les communautés elles-mêmes, de ce qu'elles ont apprécié et estimé à propos de l'intervention et des activités engagées, mais aussi de ce qu'elles n'ont pas aimé et des suggestions qu'elles pourraient apporter pour améliorer l'approche une prochaine fois. Malheureusement, les contraintes rencontrées n'ont pas permis de surmonter ces limites.

L'évaluation se fonde sur des données qualitatives de première main recueillies lors d'entretiens avec certaines parties prenantes externes et surtout avec le personnel interne de MSF, ainsi que sur des données quantitatives de second rang provenant de la documentation et du suivi du projet. Les

données qualitatives de première main ont fourni des informations abondantes, mais l'absence de données quantitatives de première main pour tous les critères d'évaluation (comme par exemple celles collectées directement sur le terrain auprès des bénéficiaires directs) a compliqué l'analyse des données. Il n'existe pas de "cadre" de données quantitatives primaires avec lesquelles comparer/collationner ces données qualitatives, si bien qu'il n'y a pas grand-chose à exprimer en chiffres et en pourcentages ni à expliquer et compléter par une analyse des données qualitatives. Les données quantitatives utilisées étaient secondaires et provenaient principalement de sources internes à MSF, de sorte que ces informations ne pouvaient pas compléter les questions de recherche très spécifiques répondant aux critères du CAD/OCDE, comme par exemple l'impact perçu et les avantages que les bénéficiaires ont tirés de l'intervention, ou les aspects concernant la pérennité du projet vus de la perspective du Ministère de la Santé publique.

Cette évaluation a été réalisée entièrement à distance, de sorte qu'une des limites était la disponibilité et l'accessibilité des informateurs sélectionnés ou suggérés en plus . Sur les 19 informateurs MSF pré-identifiés, certains ont refusé d'être interviewés et d'autres n'ont jamais répondu ou ont répondu trop tard à la demande d'entretien.

Comme cette évaluation est largement fondée sur des données qualitatives primaires collectées auprès d'informateurs sélectionnés et sur des données quantitatives uniquement secondaires, il était quasiment impossible de remplacer les informateurs comme c'est le cas par exemple lors d'un sondage de foyers où, en cas d'indisponibilité d'un informateur, un autre informateur présentant les mêmes caractéristiques peut être rapidement identifié, et il sera très probablement à proximité. Dans cette évaluation, chaque informateur tient ou a tenu un rôle unique dans le projet, sa contribution est tout aussi unique : c'est pour cette raison qu'il ne peut donc pas être remplacé.

OBSERVATIONS

La collecte de données s'est effectuée à distance entre le 30 septembre et le 6 novembre 2020 et dix-huit informateurs ont été interrogés au cours de cette période ; quinze d'entre eux faisaient partie ou font toujours partie du personnel de MSF, trois étaient des parties prenantes externes et un était un consultant. La liste complète des informateurs figure en annexe 3.

Les résultats de l'évaluation sont présentés ci-dessous et couvrent six thèmes : pertinence, cohérence, efficacité, efficience, impact et pérennité du projet.

LA PERTINENCE

Evaluer la pertinence permet généralement de voir si une intervention donnée répond aux besoins identifiés. Ici, le concept de pertinence a été étudié de manière plus approfondie en examinant d'une part les indications fournies par une évaluation des besoins qui avait été réalisée au début du projet et d'autre part la pertinence de l'intervention vis-à-vis de la stratégie régionale et nationale du Ministère de la santé publique.

L'évaluation des besoins indiquait que le paludisme était une cause majeure de décès, suivi de près par la malnutrition et la diarrhée. Avant le lancement et le remaniement de l'intervention, plusieurs sources de données ont été consultées et analysées afin d'identifier les priorités sanitaires des zones concernées. En 2015 déjà, pendant la phase d'urgence du projet et suite à l'arrivée de personnes déplacées en provenance de la République centrafricaine, MSF avait entrepris deux études : une sur la couverture vaccinale et une seconde, rétrospective, de la mortalité dans les zones de santé de Bili et de Bossobolo (MSF, 2015). Les résultats ont montré que la plupart des décès étaient liés à des maladies fébriles, et également la diarrhée, le paludisme et la malnutrition. Suivant les rapports, la couverture vaccinale suite à la dernière campagne de vaccination contre la rougeole en 2013 était élevée (98 % de couverture administrative). Une enquête menée auprès de 2 966 personnes a révélé que la principale cause de décès parmi la population hôte des deux régions était le paludisme (21,4 %), suivi de près par la malnutrition (19,8 %) et la diarrhée (19 %). Parmi les réfugiés, la malnutrition était la principale cause de décès (17,4 %), suivie par la diarrhée et le paludisme, tous deux à 13 %. En 2016, MSF avait mené une enquête de référence sur l'état de santé et le comportement (MSF, 2016)) "en vue d'un changement de stratégie destinée aux principales pathologies touchant les enfants, à savoir le paludisme, la diarrhée et les infections respiratoires". En avril 2017, juste après le lancement du projet, MSF a consolidé les résultats précédents avec une autre enquête sur la mortalité (MSF, 2017) qui a montré une forte endémicité du paludisme et un faible recours aux services de santé. Selon cette enquête, la plupart des décès se sont produits dans la communauté : 49% au domicile, 11% sur la route vers la structure de santé et 5% chez les guérisseurs traditionnels ; seulement 34% des décès sont survenus dans les structures de santé.

Le paludisme chez les enfants de moins de cinq ans a été retenu comme objectif principal du projet, mais la malnutrition et la pneumonie ont peut-être été négligées. Les informateurs ont confirmé les principales conclusions des enquêtes sur la vaccination et la mortalité menée dans la région de Bili en 2016 et en 2017 : la parasitémie due au paludisme est élevée dans la population générale et chez les enfants de moins de 5 ans, la mortalité et la morbidité en lien avec le paludisme sont également très

élevées. En outre, les informateurs ont rappelé que la malnutrition posait également problème (elle se manifestait principalement par un retard de croissance) et que l'accès aux services de santé ou l'absence de ces services étaient également considérés comme un facteur contribuant à la mortalité élevée dans la région. Le fardeau déjà lourd du paludisme a motivé la décision d'axer l'intervention suivante sur la détection et le traitement du paludisme, en particulier pour le groupe cible des moins de cinq ans. Dans ce groupe, le paludisme est à l'origine d'une mortalité élevée, d'autant que ces jeunes enfants sont biologiquement vulnérables et n'ont pas encore acquis une immunité protectrice, d'où la décision d'axer l'intervention sur ce groupe. La pneumonie est également une cause majeure de décès chez les jeunes enfants en RDC, représentant 18 % des décès (Stop Pneumonia, 2020) et dans le pays, seuls 7 % des enfants avec suspicion de pneumonie reçoivent des antibiotiques (PSI, 2019). Même si le projet de Bili était confronté à des préoccupations d'ordre organisationnel concernant la fourniture d'antibiotiques dans les communautés, il aurait pu envisager d'apporter un appui par la formation aux agents de santé communautaires pour qu'ils soient en mesure d'évaluer la fréquence respiratoire et administrer des antibiotiques.

La nouvelle logique d'intervention était pertinente par rapport à l'orientation stratégique de MSF OCB. La zone de santé de Bili répondait à de nombreux critères d'orientation stratégique pour MSF OCB (MSF, 2020)) et aux approches ultérieures prévues. Cette stratégie prévoit de travailler dans "les projets qui répondent aux pics sévères de mortalité et de morbidité dans des situations où nous [MSF] savons que la vulnérabilité et les besoins sont les plus aigus : conflits, catastrophes naturelles et épidémies" et "d'intégrer la capacité à répondre à des crises plus petites, géographiquement dispersées et présentant souvent des caractéristiques qui ne correspondent pas toujours à ce que nous entendons classiquement par "urgence" (MSF, 2020).). La zone de santé de Bili est située dans un environnement difficile et éloigné où le fardeau sanitaire est élevé. MSF voulait fournir un continuum de soins en s'éloignant du cadre hospitalier et en recentrant son activité sur la santé communautaire dans l'ensemble de la zone de santé. Et avec le Haut Uele, Bili s'est avéré être l'une des deux zones les plus touchées par le paludisme en RDC, selon le Rapport mondial sur le paludisme 2017 de l'OMS (WHO, 2017).

Comme le montre Figure 1 ci-dessous, le paludisme est la pathologie majoritairement responsable des motifs de consultations à Bili.

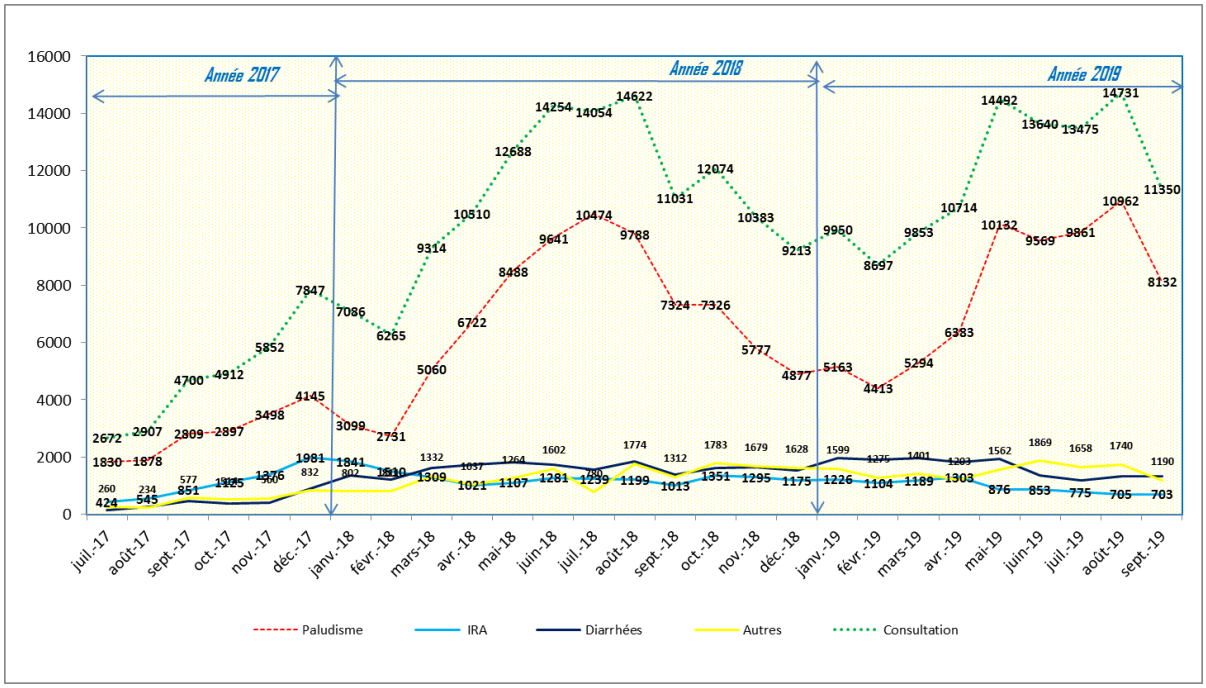

Figure 1: Principaux chiffres mensuels de la morbidité (au niveau des structures de santé et des communautés). Juillet 2017-Sept 2019, Bili, Nord Ubangi, RDC, (MSF, 2019).

La logique de l'intervention dans le projet de Bili ne comporte pas d'indicateurs de niveau de résultat. En ce qui concerne les réponses apportées par le projet à des besoins pré-identifiés, le cadre logique (MSF, 2019) indique un objectif de réduction de 50 % de la mortalité des enfants de moins de cinq ans à Bili. Cependant, les objectifs spécifiques ne comprennent pas d'indicateurs de niveau de résultat dans les trois domaines identifiés comme les principaux facteurs de morbidité et de mortalité chez les enfants : la malnutrition, le paludisme et la diarrhée, comme indiqué plus haut.

Au lieu de cela, l'objectif du cadre logique a été spécifiquement axé sur un plus grand usage de services de qualité en matière de prévention et de santé.

Les résultats escomptés définis par le cadre logique sont les suivants :

1. Prise en charge gratuite des cas de paludisme et de diarrhée dans les postes de santé communautaires (par l'intermédiaire des agents de santé communautaires)
2. Soins de santé primaires de qualité gratuits, basés sur le paquet de la PCIME, pour les enfants de moins de cinq ans dans toute la zone de santé
3. Soins de santé secondaires de qualité gratuits à l'hôpital général de référence de Bili et dans trois centres de santé de référence
4. Activités de promotion de la santé et de lutte contre les vecteurs du paludisme disponibles à Bili
5. Les données de plaidoyer recueillies à Bili seront utilisées au niveau des opérations pour améliorer l'impact du projet et démontrer l'intérêt de disposer en zone rurale de services de santé communautaires décentralisés
6. La stratégie de sortie se fera selon le chronogramme.

Selon la quasi-totalité des informateurs, ***les activités et les objectifs étaient en adéquation avec les besoins identifiés*, bien que *les objectifs, particulièrement, étaient très ambitieux*** pour être correctement mis en œuvre dans un délai très court. En outre, les activités devaient couvrir une vaste zone de santé en grande partie inaccessible, où l'accès aux soins était extrêmement difficile pour la population en raison des contraintes géographiques. Selon la majorité du personnel de terrain, le projet était doté de ressources relativement maigres, notamment en ce qui concernait les ressources humaines.

Seul, un informateur externe a déclaré que le projet de MSF n'était pas pertinent parce que le Fonds mondial finançait déjà des activités globales de lutte contre le paludisme dans toutes les zones de santé du Nord-Ubangui ; le projet était redondant et créait de la confusion au lieu d'apporter une valeur ajoutée. L'informateur a également noté que MSF ne suivait pas les procédures nationales et livrait directement les structures de santé au lieu de passer par la chaîne d'approvisionnement nationale ou celle de la zone de santé : en conséquence, les efforts ont été dupliqués, des stocks excédentaires ont été constitués pour certains médicaments, les dates de péremption ont été dépassées et, dans certains cas, des fournitures médicales ont été détournées.

Le même informateur a également reconnu les contributions de MSF, notamment l'amélioration du système de transfert de patients vers des structures de soins mieux adaptés au moyen de motos-taxis spécialement engagées, la construction et la réhabilitation de l'hôpital et des centres de santé de référence, et l'expansion de sites destinés aux soins de santé dans les communautés : l'informateur a toutefois ajouté que ces derniers n'avaient pas été mis en œuvre selon le Guide de l'Approche Communautaire en vigueur en RDC. L'informateur a également indiqué que MSF avait renforcé les capacités du système de santé en formant le personnel à la prise en charge des cas de paludisme, à la réanimation et avait également renforcé la prise en charge des urgences obstétriques et chirurgicales, ce qui a permis d'améliorer la qualité des soins et de réduire la morbidité et la mortalité.

Les informateurs ont considéré que toutes les activités mises en œuvre étaient pertinentes mais ont identifié des lacunes. Par exemple, l'approche s'est concentrée sur le paludisme et n'a jamais réussi à inclure de manière exhaustive d'autres maladies infantiles comme la pneumonie, pourtant prévue initialement dans le champ d'application. En outre, le cadre logique indiquait que le projet devait suivre une approche de PCIME, mais en pratique, l'équipe a mis en œuvre un renforcement des systèmes de santé au niveau des hôpitaux, des centres de référence et des centres de santé, et a également renforcé les composantes de la prise en charge des cas de paludisme et de diarrhée dans une approche de PEC-C pour répondre à la nécessité d'assurer directement dans la communauté la prise en charge des cas de fièvre infantile. Une analyse plus approfondie de la confusion créée entre l'utilisation de la PCIME et de la PEC-C figure dans le paragraphe ''Observations sur la pertinence'' ci-dessous. Les informateurs (et en particulier ceux qui ont travaillé sur le terrain) ont exprimé leur inquiétude quant au fait que de nombreuses activités communautaires et, d'une manière générale, l'approche de la santé communautaire, ont été largement négligées pratiquement jusqu'à la fin du projet. Seules quelques activités étaient prévues pour l'engagement et la participation de la communauté à la conception et au déploiement du projet. Et beaucoup plus aurait pu être fait en termes d'activités de prévention du paludisme et d'autres maladies infantiles, comme par exemple avec l'utilisation de MII (moustiquaires imprégnées d'insecticide), le lavage des mains, les systèmes d'assainissement et autres mesures préventives. Bien que des campagnes à grande échelle avec des MII soient périodiquement entreprises sur tout le territoire de la RDC, il est largement établi que l'accès aux MII se dégrade : c'est simplement parce que les moustiquaires finissent par se déchirer (comme illustré ici), qu'elles se perdent dans les mouvements ou déplacements de population, et à l'arrivée de nouveau-nés pour qui un nouvel espace de sommeil est créé. MSF aurait pu discuter de la possibilité de disposer de MII avec

les trois principaux bailleurs qui financent la prévention du paludisme et proposer d'en assurer la distribution aux femmes enceintes, aux enfants vaccinés ou aux membres de la communauté dont on sait que l'espace de sommeil n'est pas protégé, ce qui aurait pu être fait par l'intermédiaire des services de santé soutenus par le projet et qui en aurait garanti la qualité.

De même, les agents de santé communautaire auraient pu être formés pour assurer le dépistage et l'orientation des patients en fonction du périmètre brachial (indice MUAC), vérifier la fréquence respiratoire et assurer l'administration d'antibiotiques, ainsi que pour organiser des séances de promotion de la santé plus strictes, davantage centrées sur les personnes et plus fréquentes au niveau des communautés.

Figure 3. Exemple de l'état matériel d'une MII, Gbadri. Crédit photo. P Taffon (2017).

Une stratégie de plaidoyer pertinente. Les personnes interrogées ont indiqué que la stratégie de plaidoyer était pertinente par rapport à la portée du projet. Cependant, il ne semble pas que les objectifs stratégiques du plaidoyer aient été atteints.

Les deux objectifs du plaidoyer étaient les suivants :

1. Documenter les ruptures de stocks de produits de base et les interruptions dans la chaîne d'approvisionnement. Cela aurait dû permettre d'accroître l'engagement des acteurs concernés, tels que le Ministère de la santé publique et le FCDO/DfID afin de surmonter les difficultés récurrentes.
2. La démonstration que le modèle MSF mis en œuvre à Bili pouvait être pertinent et attrayant pour le repreneur potentiel ou pour que le modèle soit reproduit aurait dû servir à mettre en évidence l'approche unique de MSF en matière de conception de programmes de PEC-C intégrée de haute qualité, efficaces et opérationnels.

Comme indiqué dans les "Observations relatives à l'efficacité", l'approche plaidoyer prévue s'est concentrée sur MSF en tant que surveillant externe, plutôt que d'en faire un partenaire de confiance du MSP et des bailleurs intervenant pour résoudre les problèmes.

Le projet de Bili était en partie aligné sur les stratégies et les priorités nationales. Selon les documents examinés, le projet était apparemment pertinent vis-à-vis de la stratégie du Ministère congolais de la santé publique. Le projet de Bili est venu en appui de certaines des priorités nationales décrites dans le *Plan Stratégique National* (PSN) de lutte contre le paludisme 2016-2020 (MoPH, 2015) en RDC. Les activités approuvées dans le PSN contre le paludisme visaient à renforcer et à étendre les installations de référence secondaires et tertiaires fournissant des soins de santé primaires gratuits et de qualité. Ces activités impliquaient de venir en appui à la prise en charge intégrée des cas communautaires par le biais de soins de santé apportés à la population, et impliquaient aussi d'apporter un soutien au personnel des postes de santé et aux agents de santé communautaires devant être formés pour diagnostiquer et traiter le paludisme, la diarrhée et la pneumonie. Le projet de Bili répondait aux composantes paludisme et diarrhée de la stratégie nationale, mais n'incluait pas la composante recommandée pour la pneumonie. Pour le paludisme, le PSN de lutte contre le paludisme visait à renforçait le processus de diagnostic avec des tests de diagnostic rapide (TDR) et étendre les traitements avec une thérapie combinée à base d'artémisinine (ACT), éléments qui faisaient partie du projet MSF pour Bili et venaient directement en appui de la mission globale du Ministère de la santé publique. Cette mission consiste à garantir l'accès universel aux mesures les plus efficaces et suivre les principes directeurs des stratégies fondées sur les preuves de leur efficacité et sur leur équité ; son objectif est de garantir le traitement de 100 % des personnes testées positives. Les deux méthodologies de PCIME et de PEC-C intégrée ont été mises en œuvre par d'autres partenaires affectés à cela et avec le soutien de partenaires financiers, notamment le Fonds mondial, le PMI, et précédemment avec l'ancienne agence canadienne de développement international.

Le projet de Bili a tenu compte de certaines des limites structurelles du Ministère de la santé publique, telles qu'identifiées dans le Plan d'action opérationnel du programme national de lutte contre le paludisme *(*MoPH, 2019). Pour les besoins en ressources humaines, prioritaires, le projet Bili a répondu aux problèmes identifiés (notamment la faible motivation du personnel de santé) avec des incitations salariales (sous forme de primes) et en apportant son soutien à la formation du personnel pour pallier les problèmes de compétence. Pour les besoins matériels, MSF a soutenu la rénovation des structures de santé et a apporté des équipements pour les banques de sang, les diagnostics de laboratoire et autres fournitures prioritaires dans trois cliniques de référence et un hôpital de référence. La contribution du projet en matière de TDR et d'ACT, lorsque les centres de santé, les postes de santé et les ASC ont connu des ruptures de stock, a permis de maintenir les performances des programmes.

Lorsqu'on leur a demandé de commenter la pertinence du projet de Bili par rapport aux priorités du Ministère de la santé publique, les informateurs internes (en particulier au siège de MSF et dans l'équipe de coordination en RDC) ont estimé que la stratégie et l'approche mises en œuvre à Bili auraient dû aider le Ministère de la santé publique à concrétiser ses priorités, à savoir rendre les soins de santé accessibles en soutenant stratégiquement un réseau de centres et de postes de santé situés à 5 km maximum des villages.

LA CONCEPTION DU PROJET ET SA COHÉRENCE

Evaluer la conception du projet et sa cohérence permet de comprendre dans quelle mesure son exécution était en adéquation avec sa conception d'une part, et si d'autre part, la conception répondait

aux normes de qualité et faisait appel aux bonnes pratiques en vigueur. Ici, la conception du projet et sa cohérence ont également été étudiées en considérant la façon dont la stratégie de plaidoyer a été conçue, la coordination prévue avec les autres acteurs, ainsi que la question de la proximité avec les bénéficiaires du projet.

Le projet de Bili s'aligne sur les orientations données à l'échelon mondial pour la PEC-C et sur le cadre fixé par MSF-OCB. La cohérence de la stratégie et du modèle financier adoptés a été examinée par comparaison avec des documents utilisés à l'échelon mondial et national. En premier lieu, la comparaison a porté sur la stratégie de PEC-C définie par l'OMS/UNICEF (WHO/UNICEF, 2012)) et également sur le cadre fixé par MSF-OCB pour la PEC-C (MSF, 2018).). Dans leur déclaration commune de 2012, l'OMS et l'UNICEF se déclarent favorables à l'approche de la PEC-C et reconnaissent son efficacité pour augmenter l'accès aux traitements essentiels des principales maladies mortelles chez les jeunes enfants. La déclaration commune a identifié l'insuffisance des traitements disponibles pour la diarrhée, d'antibiotiques pour la pneumonie et de tests de dépistage du paludisme (par prélèvement sanguin au doigt ou au talon) ; elle a aussi présenté les preuves selon lesquelles "une stratégie intégrée peut s'avérer efficace pour obtenir une couverture thérapeutique élevée et fournir des soins de qualité élevée aux enfants malades dans la communauté". La déclaration commune comprenait également six activités et étapes-clés pour guider la PEC-C, à savoir : la coordination et l'élaboration des politiques ; les ressources humaines ; la gestion de la chaîne d'approvisionnement ; la prestation de services et l'orientation des patients ; la communication et la mobilisation sociale ; la supervision et l'assurance qualité des performances ; et enfin le suivi, l'évaluation et les systèmes d'information sanitaire.

Le cadre fixé par MSF-OCB pour la PEC-C (MSF, 2018)) s'aligne sur les orientations de l'OMS et de l'UNICEF. Le cadre fixé par OCB définit la PEC-C comme "la prise en charge d'enfants âgés de 2 mois à 5 ans au niveau communautaire, assurée par les agents de santé communautaires, intégrant le diagnostic et le traitement des principales maladies mortelles aiguës et plus spécifiquement le paludisme, la pneumonie, la diarrhée, sans pour autant exclure d'autres activités, comme le dépistage de la malnutrition, qui peuvent s'y ajouter". Le cadre comprend "le diagnostic du paludisme basé sur les TDR et le diagnostic de la pneumonie effectué à partir de la fréquence respiratoire associée à la toux, traités respectivement par les ACT et les antibiotiques pour le paludisme, et les solutions de réhydratation orale (SRO) associées au zinc pour la diarrhée". En outre, la déclaration souligne l'importance de l'engagement de la communauté dans la conception et l'exécution des interventions de PEC-C, et insiste également sur la nécessité de disposer d'un système de soins de santé primaire solide et fonctionnel pour en assurer le succès.

Comme indiqué ci-dessus, la stratégie du projet de PEC-C s'aligne sur les orientations de l'OMS/UNICEF et de MSF OCB et ce à différents égards : l'objectif est de réduire de 50 % la mortalité des enfants de moins de cinq ans dans la région de Bili et de prendre gratuitement en charge les cas de paludisme et de diarrhée dans les postes et centres de santé communautaires, grâce aux ASC et par les actions de promotion de la santé vis-à-vis du paludisme. Mais tandis que les stratégies de l'OMS/UNICEF et de MSF soulignent également l'importance de mettre en œuvre les programmes de PEC-C dans le cadre d'un système de santé solide et renforcé, le projet de Bili a lui inclus ces éléments dans le projet-même, afin de diriger le développement et la gestion de l'hôpital et des centres de santé de référence dans un seul et même projet.

Les informateurs contactés dans le cadre de cette évaluation ont convenu que la conception de la stratégie était en substance adéquate et pertinente par rapport aux besoins identifiés dans la région, bien que très ambitieuse, avec une zone de couverture extrêmement étendue et une fenêtre de mise

en œuvre très brève. Tous ont convenus qu'il avait été extrêmement difficile, sur la durée du projet, de comprendre quelle était sa stratégie et comment la mettre concrètement en œuvre.

***La difficile conception du projet de Bili*.** Les informateurs ont apporté des indications sur la conception initiale du projet, qui devait être une intervention de santé maternelle en établissement, comme l'avaient demandé les équipes de terrain fin 2016. Cette approche initiale du projet a été rejetée par l'équipe de coordination de MSF pour la RDC lors de la phase de révision et d'approbation. Il semble que l'équipe de coordination ait réécrit et redéfini l'approche générale en mettant davantage l'accent sur le paludisme chez les enfants. Cette nouvelle proposition de projet a ensuite été envoyée au siège pour approbation, bien qu'elle ait été rédigée sans la moindre contribution du terrain et apparemment sans consensus. Lorsque les équipes de terrain ont eu connaissance des changements apportés au projet, elles ont alors utilisé l'outil dénommé "enveloppe opportunité terrain" (Field Opportunity Enveloppe) qui leur permet de soumettre directement au siège un projet sans passer par l'approbation ou l'intervention préalable de la coordination. Là encore, l'accent a été mis de manière plus générale sur la santé maternelle et infantile. Selon certains informateurs internes contactés, cette dernière version du projet a ensuite été approuvée par le siège, de sorte que le projet devait être lancé en tant qu'intervention de santé maternelle en établissement, conformément à la proposition soumise via l'enveloppe opportunité terrain. Le coordinateur de terrain (qui était le principal contributeur à cette proposition de projet) est parti et peu après, un nouveau coordinateur est arrivé, qui n'était pas au courant de la véritable histoire de cette proposition de projet. Selon certains informateurs, ce nouveau coordinateur a subi un "lavage de cerveau" (selon les termes des informateurs) pour qu'il mette en œuvre l'approche communautaire de lutte contre le paludisme chez les enfants de moins de 5 ans demandée par l'équipe de coordination. Bien que cette histoire quelque peu particulière puisse rester anecdotique, elle illustre bien l'absence de vision commune entre les équipes de terrain et les équipes de coordination, ce qui a été également confirmé par d'autres informateurs internes. En outre, elle explique l'écart constaté par la suite entre la stratégie conçue et l'exécution du projet, qui découle des gros problèmes observés, eux-mêmes issus de ce malentendu et de ce désaccord.

Divergence des points de vue pour le projet de Bili. Il semble que le point de vue du personnel MSF concernant ce projet ait été différent selon les niveaux hiérarchiques. À certains échelons, le projet était censé être une intervention verticale contre le paludisme pédiatrique (une interprétation plus répandue auprès du siège) tout en mettant l'accent sur d'autres maladies infantiles telles que la diarrhée et la pneumonie, afin de réduire le poids de la mortalité dans son ensemble. Il était opportun de se concentrer sur les enfants de moins de cinq ans en raison de la plus grande vulnérabilité de cette tranche d'âge, et l'approche communautaire avait tout son intérêt étant donné l'importance d'un diagnostic et d'un traitement rapides chez les enfants pour éviter toute évolution vers une maladie grave et un décès sous 24 heures à peine. Pour les uns, il était entendu que le projet était censé fournir des soins de base dans des établissements de santé alors que pour d'autres, il s'agissait d'un projet de PCIME avec une forte participation de la communauté, selon les objectifs indiqués dans la proposition, et non pas spécifiquement d'un projet de PEC-C. Ces divergences de vue et l'absence d'une vision commune ont débouché sur une "cacophonie totale", selon les termes d'un ancien membre du personnel MSF. Cette situation à elle seule a conduit à divers problèmes de mise en œuvre, qui sont abordés plus loin dans le paragraphe *Observations relatives à l'efficacité*.

Des possibilités de réorientation ont été envisagées mais n'ont jamais été mises en œuvre. L'étude des documents montre que juste après la réorientation du projet d'urgence en 2017, plusieurs options supplémentaires avaient été envisagées à la lumière de certaines difficultés notables, comme par exemple les graves lacunes en matière de ressources humaines au niveau du projet lui-même et de la coordination, qui auraient limité le changement d'orientation du projet (MSF, 2017). Parmi ces

options, un modèle de soins de santé primaires avec une extension communautaire avait été envisagé, de même qu'un modèle dédié au paludisme avec une recherche opérationnelle pour de nouveaux outils et algorithmes, et éventuellement un traitement préventif intermittent chez les nourrissons (TPIn), ainsi que des considérations relatives à une enquête de référence, à la cartographie des acteurs, des structures de santé et des communautés, et enfin des considérations sur l'approche financière/incitative. Ces options doivent avoir été écartées à un stade ultérieur car on n'en retrouve aucune trace dans les documents qui ont suivi ou dans les entretiens avec les parties prenantes.

Les perceptions du personnel diffèrent de la documentation du projet. Selon les informateurs internes de MSF, le concept initial n'a pas connu de changements majeurs même si plusieurs options avaient été examinées, comme le révèle l'étude des documents. La zone concernée par le projet est restée la même et la cible des bénéficiaires visés (les enfants de moins de 5 ans), a été élargie par la suite aux moins de quinze ans. Une autre structure de santé a été organisée pour devenir un centre de référence (Baya) et le budget permettant d'assurer le transfert des patients vers d'autres types de structures a été augmenté. Les informateurs ont confirmé que ni les activités supplémentaires décrites ci-dessus ni d'autres modifications du projet n'ont été mises en œuvre, en partie à cause de la "rigidité" du système MSF, comme l'a dit un informateur, et en partie également en raison de l'absence d'une vision globale des bénéficiaires prioritaires, comme expliqué plus bas.

Ces ajustements mineurs en terme de conception se heurtent quelque peu aux preuves recueillies dans les documents examinés qui révèlent que MSF avait des difficultés à comprendre qui étaient les bénéficiaires et quels étaient leurs besoins, et a donc partiellement échoué à adapter et à développer la stratégie adéquate.

***L'engagement des communautés a été trop tardif*. Selon des documents internes** (Taffon, 2017; MSF, 2018), le projet lors de sa conception n'avait pas prévu de plans d'action pour obtenir l'engagement des communautés. Même si MSF travaillait avec le Comité de Développement de l'Aire de Santé (CODESA) en fonction des besoins de certaines activités (recherche de familles d'accueil ou prise de contact avec les chefs de village par exemple), leur participation dans l'ensemble et dès le début du projet est restée minime : ainsi l'opportunité de faire appel aux ASC n'a pas été saisie. Ils auraient été utiles pour comprendre la perception des communautés pendant le déploiement des interventions communautaires et auraient garanti tout au long du processus la transparence des activités auprès des relais de la communauté et de ses membres. Pourtant, au début, MSF avait formé des leaders communautaires, de même que des personnes relais comme les chefs traditionnels et les chefs ou leaders de groupes de jeunes. Au final, ces formations n'ont eu qu'un impact limité sur le projet car il s'agissait essentiellement de partage d'informations (à sens unique) plutôt que de formation, et ces informations n'ont pas été suffisamment diffusées auprès des communautés. En conséquence, malgré les activités sanitaires de MSF en situation d'urgence, le projet n'a pas bénéficié de la notoriété à laquelle on pouvait s'attendre, ce d'autant que les activités d'information, d'éducation et de communication (IEC) n'ont pas été correctement structurées.

MSF n'était pas suffisamment proche des bénéficiaires et n'était pas en mesure de comprendre leurs besoins et leurs priorités, selon des informateurs clés de MSF contactés pour cette évaluation. Ils ont confirmé par des exemples pratiques que le volet "engagement communautaire" n'a été mis en œuvre que dans les derniers mois de vie du projet ; ils ont également indiqué que les attentes de MSF vis-à-vis des communautés n'étaient pas réalistes. Ce que MSF attendait de l'engagement communautaire était un travail non rémunéré fourni par les bénéficiaires pour construire, rénover et désherber les routes, MSF devant fournir outils et matériaux, mais pour lequel les communautés ont demandé à être payées pour compenser la perte de travail. Dans le projet de Bili, les communautés devaient également fournir un hébergement gratuit au personnel de MSF lorsqu'il se rendait sur le terrain, un arrangement

qui n'a fonctionné qu'au début et pour lequel le paiement du logement a été demandé par la suite. La question de la rémunération des bénéficiaires pour leur travail a suscité un débat au sein des équipes de terrain : certains estimaient que MSF aurait dû offrir encore plus en termes d'incitations et de rémunération du travail, d'autres pensaient que ce qui était donné était déjà trop, mais une fois le précédent établi, il était très difficile de faire marche arrière.

Les contraintes en matière de ressources humaines. Selon certains informateurs de MSF qui étaient alors sur le terrain, l'incompréhension était également due à la composition du personnel. Bili était une région où MSF n'avait jamais travaillé auparavant, la mission ne disposait donc quasiment pas d'historique ni de connaissances. Une fois le projet lancé, de nombreux membres du PUC sont devenus des employés permanents dans la région et MSF a engagé du personnel médical supplémentaire, comme par exemple des infirmières, des aides-soignantes et des médecins pour renforcer les ressources des centres de santé et de l'hôpital qu'elle soutenait. Les paramètres d'embauche du personnel médical sont très stricts chez MSF, et il est devenu évident que le personnel médical devait être "importé" d'autres régions de la RDC car au niveau local, le personnel disponible ne présentait pas les qualifications ou l'expérience professionnelles nécessaires pour répondre aux exigences d'embauche chez MSF. En conséquence, le personnel de terrain était complètement étranger au site, composé à la fois du personnel international de MSF et d'un personnel dit 'local' qui n'était pas local mais plutôt 'importé' à Bili en provenance d'autres régions de la RDC. Les seuls employés locaux embauchés sur place par MSF occupaient des postes subalternes : en cuisine, à l'entretien et à la sécurité. Cela a non seulement créé des tensions avec la population locale qui estimait ne pas pouvoir bénéficier des opportunités d'emploi découlant du projet, mais a aussi, dans une certaine mesure, tenu le personnel de MSF sur le terrain à l'écart, selon les informateurs.

Comment les bénéficiaires ont-ils perçu le passage de soins de santé gratuits pour tous à une activité uniquement dédiée aux enfants de moins de 5 ans. La population de Bili est décrite par l'ancien personnel de MSF sur le terrain comme pauvre et laissée pour compte, et de longue date habituée à recevoir quelques dons et subventions du gouvernement : le concept d'engagement et de mobilisation de la communauté ne lui est donc pas familier. En outre, les bénéficiaires étaient habitués aux activités préalablement entreprises par MSF dans la région qui consistaient en une intervention d'urgence au cours de laquelle les soins étaient gratuits pour tous et où tout était fourni. Le passage d'une réponse dans l'urgence à un programme à plus long terme s'est fait sans que les communautés soient suffisamment consultées. Elles n'ont joué qu'un rôle mineur dans la consultation au stade de la conception du projet et n'ont pas reçu d'explications suffisamment claires. Ainsi, les informateurs ont indiqué que les bénéficiaires avaient du mal à comprendre que, dans la nouvelle approche, les soins étaient uniquement gratuits pour les enfants de moins de cinq ans. Ils ont mis en question la logique de cette décision car ils estimaient que ce sont les adultes qui assurent le revenu de leur famille et que c'est donc eux qui devraient bénéficier de la gratuité des soins. Sinon, ils ne seraient pas en mesure de travailler et de nourrir leurs enfants.

Le projet de Bili était censé être mis en œuvre en collaboration avec les différents niveaux de la pyramide sanitaire, en particulier les niveaux régional et local, et conformément à la politique nationale de lutte contre le paludisme.

> "Un des points critiques est que lorsque MSF est venu installer le projet à Bili, ils ne sont pas venus nous voir ni voir les autres bailleurs du paludisme pour qu'on se coordonne. Et en plus, l'approche de MSF était différente de celle qui était déjà en place."
>
> Informateur clé, Evaluation Bili

Le leadership du MSP et la collaboration des partenaires sont essentiels pour obtenir des résultats efficaces et durables dans la lutte contre le paludisme en RDC. Dans le pays, les activités de lutte contre le paludisme sont dirigées par le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) et mises en œuvre grâce au système de santé en place, avec le soutien des bailleurs, des partenaires techniques et des partenaires de mise en œuvre. Comme l'a noté un informateur, les bailleurs pour la lutte contre le paludisme se réunissent fréquemment et, avec le PNLP, ont établi une cartographie des interventions contre le paludisme ainsi qu'un accord de collaboration pour assurer la couverture de toute les zones de santé. Grâce à cet accord de collaboration, les partenaires participants peuvent partager les ressources et les produits de lutte contre le paludisme selon les besoins. En outre, le FCDO/DfID fournit des antibiotiques et des SRO+zinc pour compléter l'ensemble des interventions de PEC-C.

L'approche de MSF a divergé des autres projets de même nature dans la *province*. Un informateur externe a indiqué que le projet MSF avait été présenté dans le cadre des réunions mensuelles des partenaires de la lutte contre le paludisme organisées par le PNLP. L'informateur a indiqué que l'approche de MSF qui consistait à fournir des services de santé gratuits dans son projet à Bili différait de l'approche de recouvrement des coûts mise en œuvre par les autres partenaires de la zone de santé.

L'informateur a noté que la conception du projet a été présentée après que sa mise en œuvre avait déjà été entreprise, et que lorsque des questions ont été soulevées sur le fait que cette approche n'était pas harmonisée avec les autres interventions dans la province, MSF a indiqué qu'il n'était pas possible de changer l'approche déjà en place, et que la gratuité des services et des traitements était imposée puisqu'il s'agissait d'une approche humanitaire.

Rétablir les soins payants a réduit les comportements proactifs en matière de santé. Un informateur interne a précisé que la gratuité des services de santé était assurée pour tous les services hospitaliers pendant la phase humanitaire du projet et qu'après la réorientation du projet, les services restaient gratuits à l'hôpital pour les enfants de moins de 15 ans et gratuits dans la communauté pour les enfants de 1 mois à 5 ans. Les adultes contribuaient aux frais de consultation à hauteur de 4 000 FC (1,75 euros) et de 2 000 FC pour les femmes enceintes (0,88 euros) pour les visites anténatales. Cet informateur a confirmé que le rétablissement du paiement pour les services de santé a eu un impact négatif sur le comportement des personnes qui ont moins cherché à consulter pendant la mise en œuvre du projet Bili.

Les difficultés de collaboration. Les informateurs employés de MSF, et en particulier ceux de l'équipe de terrain, ont affirmé qu'il a été difficile d'impliquer le MSP au niveau régional et au niveau du district. Le responsable sanitaire du district était souvent absent ce qui n'a pas facilité les relations. Le projet de Bili a régulièrement informé le district sanitaire de ses activités et a partagé des données médicales, MSF a renforcé les capacités du personnel de santé, a comblé les lacunes en cas de rupture des stocks de médicaments et a payé les primes du personnel, mais, selon les informateurs MSF, cela n'a pas suffi à établir une relation solide et de collaboration mutuelle.

Plusieurs informateurs internes ont confirmé que l'équipe MSF n'a pas impliqué les niveaux régional/provincial ni même le niveau national du MSP pour concevoir le programme, avant ou pendant sa mise en œuvre, et n'a pas respecté les procédures du MSP pour la collecte des données ou pour la formation et la supervision du personnel de santé et des auxiliaires de santé communautaires.

> "MSF ne tient pas compte des orientations données par le gouvernement. Ils travaillent au niveau central avec un référent du Ministère mais n'ont aucune relation avec le personnel de la province ou de la zone de santé. Ils semblent collaborer jusqu'à un certain point, mais ils sont essentiellement très indépendants."
>
> Informateur clé, Evaluation Bili

Un informateur a indiqué qu'il était particulièrement problématique que MSF n'ait pas associé la Direction provinciale de la santé au projet, ce qui est devenu une source de récriminations. Un des autres partenaires travaillant dans la zone de santé était censé soutenir la formation des prestataires de santé et des ASC pendant la période opérationnelle du projet, mais n'a organisé qu'une seule formation sur l'utilisation de l'artésunate injectable, à laquelle ont participé deux médecins de la zone de santé de Bili. Le partenaire a indiqué que l'arrivée de MSF dans la zone de santé où ils étaient déjà opérationnels et menaient des activités de lutte contre le paludisme a provoqué la confusion et entraîné des redondances.

Les informateurs externes ont décrit les approches de MSF dans le projet de Bili : c'est le personnel MSF qui dirigeait la formation du personnel de santé dans chaque centre de santé, et chaque ASC était formé individuellement, à son domicile ou bien sur la structure de santé communautaire. Le personnel de MSF effectuait des visites de supervision et collectait des données qui étaient destinées au projet. Tous les mois, MSF partageait les données avec le bureau de la zone de santé et discutait réellement de sa mise en œuvre afin d'en assurer la coordination dans la mesure du possible. Cette approche a conduit à ce que le personnel du Ministère soit remplacé par du personnel de MSF à chacun des niveaux de la pyramide sanitaire. Bien qu'elle ait permis de maintenir la qualité des interventions tant que le projet de Bili était sous la conduite de MSF, cette approche n'a pas permis de consolider (ni même de lancer) les volets habituels de renforcement des capacités que d'autres programmes de PEC-C développent au fil des activités en adoptant l'approche classique en cascade, décrite ci-dessus, sous la direction du Ministère de la santé et avec le soutien des partenaires pour la formation, la supervision et la collecte de données.

MSF a également travaillé avec un autre acteur, SANRU, qui est une ONG bénéficiaire du Fonds mondial, responsable des prévisions pour les TDR et l'ACT, du soutien au programme de lutte contre le paludisme du MSP, ainsi que des prévisions de consommation et des achats. Les informateurs internes MSF ont indiqué que MSF n'avait fait appel à ces acteurs qu'une fois le projet lancé. MSF a informé SANRU des activités à venir et une quantité considérable des produits achetés par SANRU a alors été utilisée dans les structures soutenues par MSF. Les informateurs MSF ont expliqué que SANRU achetait des médicaments en fonction d'estimations de consommation mensuelle moyenne établies à partir de données de consommation antérieures, et que les achats étaient effectués des mois à l'avance, conformément aux directives d'achat du Fonds mondial. Avec l'arrivée de MSF, les consultations et les prescriptions pour le paludisme ont considérablement augmenté et SANRU a été confronté à de grandes difficultés pour assurer l'approvisionnement, 'rejetant la faute' sur MSF pour cette augmentation du travail et la perte de revenus. En fait, SANRU avait maintenu l'approche des établissements de santé consistant à collecter le "ticket modérateur", c'est-à-dire la partie payée par les patients pour les consultations sur le paludisme qui avait été supprimée pour les moins de 5 ans conformément à la politique de MSF. Ceci, et plus généralement l'approche de MSF qui était ressentie comme dominante et non participative, a dégradé les relations avec SANRU que l'informateur a décrite comme "difficile". C'est un aspect particulièrement important, car SANRU, en tant que bénéficiaire du

Fonds mondial, était probablement l'organisme le mieux placé pour assurer la pérennité des interventions après la clôture du projet.

Une stratégie de plaidoyer considérée comme très ambitieuse, extensive et contraire aux objectifs du projet. Le document "Plaidoyer Projet Bili 2018" (MSF, 2018) fournit un plan de travail détaillé avec des objectifs clairs et limités dans le temps et des activités concrètes. Les informateurs MSF, et en particulier ceux qui sont plus directement impliqués dans les affaires humanitaires, confirment que la programmation du volet plaidoyer a été conçue en même temps que la conceptualisation plus générale du projet. Ils estiment que la stratégie était très ambitieuse et la portée du projet très large. En outre, ils ont estimé que le calendrier et les objectifs de la stratégie de plaidoyer n'étaient pas nécessairement définis dans le temps, mais plutôt considérés comme une 'opération unique' et trop simpliste pour être traduite dans la gestion et la mise en œuvre quotidiennes du projet. Pour certains informateurs MSF, la stratégie de plaidoyer a été ressentie comme une 'intrusion' dans les objectifs du projet. Ces mêmes informateurs ont déclaré qu'ils avaient le sentiment que le plaidoyer ne prenait pas en considération certaines questions plus pertinentes en lien direct avec le projet.

L'EFFICIENCE

L'efficience représente la manière dont les ressources et les intrants sont convertis en résultats au meilleur coût. Cette évaluation a cherché à savoir dans quelle mesure l'utilisation des ressources contribuait à leur efficience et à réaliser des économies d'échelle. Les résultats de l'évaluation économique du projet menée dans la région de Bili en 2019 ont été pris comme référence pour analyser plus en détail l'efficience du projet, cette fois-ci avec une perspective élargie qui inclut également les points de vue des informateurs.

L'évaluation des facteurs économiques en 2019 (Jouquet, 2019) était axée sur la rentabilité et a comparé les activités de proximité de Bili soutenues par MSF avec la zone de santé voisine de Bossobolo qui n'était pas soutenue par MSF. Cette recherche a montré que les ressources investies dans les activités de proximité de Bili ont augmenté la fréquentation des structures de santé et amélioré l'accès aux soins. Dans la zone de santé de Bili, l'accès aux soins des enfants de moins de 5 ans a enregistré une forte augmentation : 4,06 consultations par enfant de moins de 5 ans par an en 2018 contre 1,66 en 2017 dans la zone de santé de Bili et 1,25 dans la zone de santé de Bossobolo en 2018.

Les dépenses élevées du projet consacrées aux expatriés ne se sont pas traduites par une amélioration de la gestion. L'examen du bilan économique a souligné que certaines dépenses du projet étaient disproportionnées par rapport aux gains réels. Les coûts supportés pour le personnel international, qui étaient de cinq à dix fois plus élevés que pour le personnel local, ne se sont pas nécessairement traduits, selon certains informateurs, par une meilleure gestion et une meilleure vision du projet. Les informateurs internes de MSF ont indiqué que l'approche et la politique de MSF consistaient à embaucher du personnel expatrié pour certains postes de gestion et de supervision afin d'assurer une meilleure qualité de soins, mais qu'en fait, certains employés internationaux embauchés à grands frais n'avaient pas d'expérience dans la mise en œuvre de programmes de santé communautaire et n'étaient pas vraiment en mesure d'assurer le niveau de supervision et de gestion attendu. Cela a frustré et démotivé le personnel local. Ainsi, toujours selon les informateurs, le coût élevé de ces emplois n'a pas vraiment contribué à augmenter concrètement les bénéfices du projet.

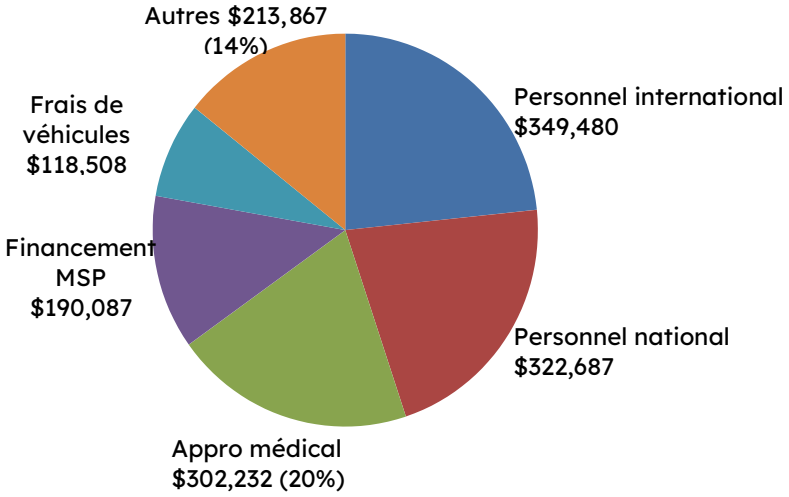

Figure 5. Project operational costs, 2018 S2 (Jouquet, 2019).

Coûts élevés pour l'importation de médicaments. Un des autres sujets de discussions était l'importation de médicaments. Étant donné les préoccupations (exprimées dans les documents) concernant l'absence de réglementation sur les médicaments et la disponibilité restreinte d'ACT de bonne qualité en RDC, le projet (et c'est compréhensible) a acheté des antipaludiques approuvés par l'OMS. Des informateurs internes ont expliqué que MSF avait tendance à importer des médicaments de l'étranger. MSF justifie ces achats pour garantir la qualité élevée et l'efficacité des médicaments et évite généralement d'acheter ceux qui sont disponibles localement. En achetant des médicaments en vrac à l'étranger, le prix aurait pu être moins élevé. Mais en réalité, les coûts du fret, des douanes, du transport et du stockage n'ont pas été calculés avec précision, de sorte que ces expéditions ont coûté plus cher que si les médicaments avaient été achetés localement, dans le cas où des médicaments de bonne qualité avaient pu être disponibles sur place (cette option n'a pas été explorée). Cet aspect du rapport coût-efficacité a également affecté les relations avec le MSP, car l'importation de médicaments et le système mis en place par MSF pour 'boucher les trous' ont sérieusement ébranlé le système d'achat organisé par le gouvernement qui doit nécessairement être établi avec un recouvrement des coûts. Dans l'ensemble, tous les informateurs internes contactés sont convenus que le projet était coûteux, qu'il ne pouvait donc pas être transféré à des partenaires potentiels n'ayant pas la même indépendance financière que MSF et qu'il était également moins attrayant pour les bailleurs institutionnels.

L'EFFICACITÉ

Evaluer l'efficacité consiste à déterminer si les résultats et les réalisations ont atteint les objectifs visés. Il s'agit également de déterminer quelles difficultés ont pu affecter la mise en œuvre et comment elles ont été résolues ou évitées. Dans la présente évaluation, la notion d'efficacité englobe également les limites et les opportunités de l'approche ainsi que les facteurs qui ont favorisé ou entravé la réalisation des objectifs.

Comme expliqué précédemment dans le paragraphe "Observations relatives à la conception et à la cohérence", les activités ont, dans une large mesure, été menées comme prévu, même si des options destinées à modifier le concept initial avaient été envisagées à un moment donné.

Calendrier limité. Le projet est tout d'abord passé par une phase pilote au cours de laquelle le concept a été développé, et cette phase a servi à le tester en situation réelle. Les activités ont ensuite été progressivement déployées dans la phase de mise en œuvre et ont atteint une phase de fonctionnement stable qui devait durer 18 mois au total. Une phase était ensuite prévue pour la passation du projet. En fait, l'un des principaux facteurs entravant les activités et la réalisation des objectifs était la durée restreinte du projet, qui, comme l'ont souligné les informateurs de MSF, était nettement trop courte. Cette question apparaît dans plusieurs des documents qui ont été analysés en fonction de ce critère d'évaluation. Par exemple, dans le document ARO 2019 (MSF, 2019), il est clairement indiqué qu'"il semblait difficile d'atteindre l'objectif fixé en comptant sur les efforts de la communauté. Si le but premier de MSF était de démontrer l'efficacité d'une méthode de soins dans un cadre communautaire, il aurait été judicieux de remettre en question la clôture du projet prévue pour 2019. Le projet aurait souhaité que la clôture soit reportée d'un an (fin des activités en 2020) pour être en mesure d'observer l'impact des actions mises en œuvre par l'ensemble de l'équipe''.

Les informateurs de MSF ont également signalé que les activités avaient démarré en 2017 avec du retard (en juin au lieu de janvier) et que le projet avait connu une suspension entre août et novembre 2017 en raison de l'arrivée d'un nouveau chef de mission qui a décidé de mettre le projet en stand-by afin d'en clarifier le format et la portée avec le siège. Ainsi, en juin 2018, la phase initiale du projet se terminait avec un retard estimé à un an. Le projet a ensuite été clôturé 18 mois plus tard environ, en novembre 2019.

Implication tardive des ASC et sensibilisation des communautés. La question du calendrier est, comme on l'a vu, strictement liée à la stratégie proposée pour une approche communautaire des soins de santé et à l'incompréhension initiale de l'axe prioritaire du projet. Les informateurs ont déclaré que "l'intérêt" pour l'approche communautaire s'est manifesté trop tard, le véritable axe n'ayant été donné que dans les six derniers mois du projet. C'était dû à la pression ressentie par le personnel de MSF qui pensait "*sauver des vies*", comme l'ont indiqué de nombreux informateurs sur le terrain. Le personnel était sous pression pour atteindre les objectifs de réduction de la mortalité et travailler sur la morbidité des moins de cinq ans en consacrant la plupart des efforts du projet à la poursuite des interventions de soins curatifs déjà en place. Ces interventions de soins curatifs étaient principalement effectuées en milieu hospitalier et nécessitaient un effort important et continu, ce qui ne laissait pas beaucoup de temps au personnel pour sortir et travailler réellement avec les communautés et les bénévoles. Comme l'a déclaré un membre du personnel de terrain de MSF, "*le projet Bili n'a en fait jamais quitté l'hôpital*", en référence aux activités de proximité et d'engagement communautaire. Comme l'indique l'Analyse Communautaire de 2018 (MSF, 2018), "étant donné la durée très limitée du projet, il semble difficile d'atteindre l'objectif fixé en comptant sur les efforts de la communauté. Le projet doit maintenant décider s'il choisit : 1) de se concentrer sur son objectif principal, à savoir la réduction de la mortalité, au détriment de l'engagement communautaire, ou bien : 2) de réduire son enveloppe financière pour augmenter les chances de pérenniser les activités mais au détriment de l'objectif principal".

Les informateurs ont estimé que c'était là encore une occasion manquée, et à de nombreux niveaux ; par exemple, les ASC déjà formés par le MSP étaient en place et devaient effectuer la majorité du travail de sensibilisation et de traçage des patients dans le cadre d'un projet communautaire. Cependant, comme les activités communautaires n'ont commencé que vers la fin du projet, les ASC n'ont pu apporter qu'une aide restreinte et limitée dans le temps pour le diagnostic et l'orientation

des cas de paludisme et de diarrhée simple. Ni le diagnostic ni le traitement de la pneumonie n'étaient prévus au niveau communautaire dans le cadre du projet MSF. Les informateurs ont également indiqué que les ASC n'étaient pas censés manipuler des antibiotiques dans le cadre du projet. En dépit des cas de malnutrition modérée identifiés par les enquêtes d'évaluation des besoins, le projet n'avait pas inclus de dépistage ou de prise en charge de la malnutrition, une activité qui aurait pu être effectuée par les ASC.

En outre, selon le rapport final du CODESA de 2019 (MSF, 2019), les CODESA ont été également impliqués assez tardivement et n'étaient pas conscients de leurs rôle et responsabilités dans la coordination et la conduite des interventions communautaires. En outre, le rapport indique qu'aucun plan d'action n'avait été mis en place, ce qui limite le développement d'une approche de santé communautaire. Toujours selon le rapport, MSF a développé une formation pour le CODESA et a formé plus de 150 membres pour davantage motiver leur engagement et rafraîchir leur rôle. Les participants ont apprécié la formation et ont élaboré des plans d'action ; cependant, des doutes ont également été exprimés sur le fait que la formation s'est déroulée tardivement et peu avant le départ de MSF.

DÉFINITIONS DONNÉES PAR L'OMS

PEC-C:

Stratégie axée sur l'équité qui vise à fournir en temps voulu des traitements efficaces contre le paludisme, la pneumonie et la diarrhée dans des zones où l'accès aux prestataires de soins de santé en établissements est limité, en particulier pour les enfants de moins de 5 ans.

PCIME:

Approche intégrée de la santé qui est axée sur le bien-être de l'enfant dans sa globalité. Elle vise à réduire la mortalité, la morbidité et les incapacités et à améliorer la croissance et le développement des enfants de moins de 5 ans.

Une autre question qui a eu une incidence sur les résultats, comme indiqué ci-dessus, concerne ***les différentes interprétations des stratégies standard de PEC-C et de PCIME*** à différents niveaux de l'organisation. Ce sujet a déjà été abordé dans le paragraphe "Observations relatives à la conception et à la cohérence" du présent rapport, mais ce manque de clarté a eu des conséquences sur la mise en œuvre du projet et son efficacité globale. Le cadre logique établit un résultat clé à atteindre, à savoir : "des services de soins de santé de base selon le package de la PCIME, de haute qualité, gratuits et disponibles pour la population des moins de 5 ans dans la zone de santé ".

Telle qu'elle est définie par l'OMS et conformément aux approches opérationnelles dont relève chacune de ces modalités, la PCIME est très différente de la PEC-C. La PCIME est une approche globale concernant les établissements de santé qui insiste sur l'identification précise des maladies infantiles dans les services de jour, garantit un traitement combiné approprié de toutes les maladies importantes, apporte et renforce les conseils aux personnes qui s'occupent des enfants et permet le transfert rapide des enfants plus gravement malades vers des établissements appropriés. Dans le cadre familial à domicile, la PCIME encourage les comportements proactifs en matière de recherche de soins, une meilleure nutrition, les soins préventifs ainsi que la mise en place correcte des soins prescrits. Une intervention de PCIME est une approche communautaire, le plus souvent mise en œuvre par le biais du système de santé publique qui forme les ASC à fournir un diagnostic et un traitement adapté aux principales causes de mortalité infantile qui comprennent le plus souvent la pneumonie, la diarrhée et le paludisme, et qui peuvent également inclure la dénutrition et d'autres maladies fréquentes chez les enfants. La PCIME est destinée aux familles pour qui l'accès à un établissement de soins pour y être pris en charge est difficile ; ce sont souvent des familles qui vivent à plus de cinq kilomètres d'un centre de santé. Les ASC sont généralement rattachés aux établissements de santé et bénéficient d'une

supervision et d'un encadrement pour assurer la prise en charge appropriée des patients, collecter des données, assurer la gestion de l'approvisionnement en produits de santé, éliminer les objets tranchants et assurer le stockage des médicaments en toute sécurité.

On ne sait pas très bien quand et comment la stratégie de PCIME mentionnée dans le cadre logique a basculé vers le concept différent de PEC-C, ni si ce changement a été fait volontairement ou s'il est dû à une mauvaise interprétation de la différence entre les deux approches, sur le terrain comme au niveau de la coordination.

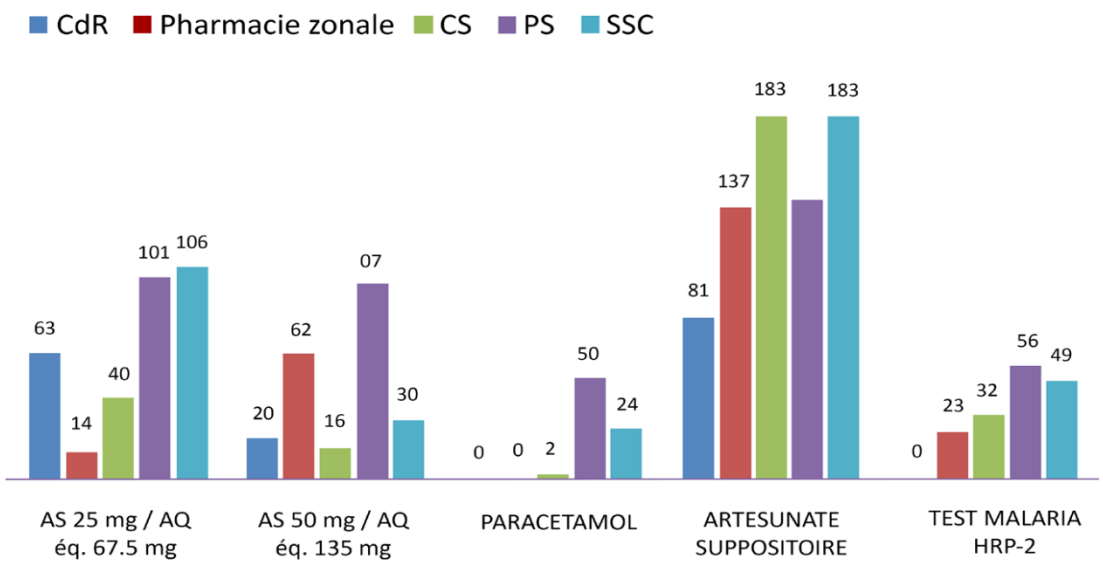

Figure 6: Durée moyenne (en jours) des ruptures de stock d'antipaludiques. Avril-Sept 2018 (MSF, 2018)

Les ruptures de stocks de produits antipaludiques, plus particulièrement en 2018, ont également eu des conséquences sur les performances du projet. Le projet a connu en moyenne 28 jours de rupture de stock par trimestre (voir figure 4), ce qui constituait d'importantes difficultés pour répondre de façon cohérente aux besoins de la population. Les raisons de cette situation étaient souvent l'épuisement des stocks tampons, lorsque la pharmacie centrale n'avait pas reçu les stocks prévus et lorsque la mission avait mis en attente toutes les commandes internationales jusqu'en mai 2018 pour protester contre le harcèlement douanier auprès des autorités nationales. Un informateur a fait remarquer que comme MSF avait commencé ses opérations dans la zone de santé de Bili où les activités du Fonds mondial étaient déjà mises en œuvre, il était difficile d'assurer la bonne gestion des médicaments et des autres intrants. Les difficultés provenaient du fait que deux partenaires mettaient en œuvre des projets avec des concepts différents dans la même zone géographique sans qu'un accord précisant les rôles et les responsabilités de chacun ait été établi. En outre, le projet de MSF tel qu'il était conçu a augmenté la demande en produits de base alors que MSF n'avait pas participé aux exercices de quantification à l'échelon national ou provincial qui définissent les enveloppes budgétaires pour les produits antipaludiques. Comme les décisions d'achat et les actions du Fonds mondial sont établies pour trois ans lorsque les subventions sont définies, il aurait fallu que SANRU engage alors un long processus pour identifier l'augmentation des besoins, alerter l'équipe du Fonds mondial en RDC et entreprendre une demande de reprogrammation, si celle-ci devait être envisagée. Ces problèmes n'ont pas été résolus par MSF et ont persisté jusqu'à la fin du projet.

Les ressources humaines ont présenté des difficultés tant en termes de qualité que de quantité, selon les informateurs de MSF sur le terrain, ce qui a pénalisé la mise en œuvre du projet et de sa stratégie.

Certains informateurs ont indiqué qu'étant donné la stabilité relative de Bili, le projet était identifié comme idéal pour affecter des « premières missions », ces travailleurs humanitaires qui partent pour la première fois avec MSF. Nombre d'entre eux étaient inexpérimentés et sont arrivés avec un esprit clairement réglé en "mode urgence" pour participer à un projet dont le rythme et la portée étaient plus axés sur le "développement" que sur l'urgence. Ils ont eu du mal à comprendre le contexte et l'objectif et ont souvent agi de manière non professionnelle ou non éthique. Certains informateurs ont fait remarquer que ces ''premières missions'' n'ont pas reçu le soutien et l'encadrement qui auraient dû leur être apporté par leur hiérarchie. Le taux élevé de rotation du personnel a également posé problème. Le département des ressources humaines au siège n'offre que des contrats de six mois au personnel international alors que ce projet avait besoin d'un certain niveau de stabilité et de continuité, d'un personnel en poste sur une période plus longue et avec une expérience préalable de la mise en œuvre et de la gestion d'un programme de santé communautaire conforme aux bonnes pratiques mondiales et aux approches opérationnelles standard.

Les mesures d'incitation que comportait le projet ont également suscité la déception et fait l'objet de discussions. Les informateurs ont indiqué que le système de primes mis en place était injuste, non conforme au système de primes du MSP et non discuté avec le Ministère. Lors de la phase d'urgence, les primes n'ont été versées qu'au personnel hospitalier qui apportait directement son appui aux services encadrés par MSF. Dans la deuxième phase du projet de Bili, une "enveloppe" a été versée à chaque établissement de santé et le responsable était chargé de sa répartition parmi le personnel : or cette répartition n'était pas identique d'un établissement à l'autre et n'était jamais équitable, mais MSF n'avait aucun contrôle sur la façon dont cet argent était distribué. De plus, ces primes étaient payées en dollars US, une monnaie difficile à utiliser à Bili et qu'il fallait échanger en monnaie locale. Dans cette province éloignée, le taux de change était plus bas qu'à Kinshasa par exemple, de sorte que le personnel perdait environ 20% de sa prime à chaque fois qu'ils échangeaient leurs dollars, ce qui était une source de déception et de démotivation.

Le manque d'harmonisation dans le suivi de l'avancement du projet a rendu difficile la comparaison de ses résultats avec ceux d'autres projets de PEC-C. Le suivi du projet était basé sur des données médicales provenant des structures de santé soutenues par MSF et sur des données collectées en interne, comme celles du CODESA et celles d'habitants formés à des questions de santé spécifiques. Le suivi semble également avoir été géré comme une intervention dirigée par MSF, les données étant partagées ultérieurement avec le MSP. La fiche de suivi du projet Bili ne comportait pas les indicateurs standard de la PEC-C ni de réunions mensuelles de contrôle du suivi entre les ASC et le personnel de l'établissement de santé. Il est donc difficile de comparer les résultats obtenus avec ceux d'autres programmes de PEC-C. Comme indiqué précédemment dans la section "Observations relatives à la conception et à la cohérence", la stratégie du projet de Bili était censée être conforme au cadre de MSF-OCB fixé pour la PEC-C, mais la mise en œuvre sur le terrain s'est légèrement écartée de ce cadre. A titre d'exemple, les agents de santé communautaires n'étaient pas autorisés à manipuler des antibiotiques et n'étaient pas formés pour s'occuper de la pneumonie. Toujours selon le cadre MSF, la PEC-C était également destinée à impliquer la communauté pour définir et concevoir l'intervention de PEC-C elle-même, ce qui n'a pas été le cas dans ce projet. Dans l'idéal, les programmes de PEC-C seront également mis en œuvre en prolongement d'un système de soins de santé primaires en place, solide et opérationnel, de manière à garantir son succès, une caractéristique qui n'était pas entièrement présente dans la région de Bili et que MSF a dû compenser par ses interventions.

Problèmes continus avec la chaîne d'approvisionnement. Pour la stratégie de plaidoyer, le document 2018 Eléments Plaidoyer Bili (MSF, 2018) résume les activités et les résultats de la stratégie de plaidoyer envisagée et ses deux principaux objectifs. Pour faire le suivi des ruptures de stock, l'équipe

MSF a décidé de suivre et de documenter les dysfonctionnements de la chaîne d'approvisionnement et des ruptures dans les stocks de médicaments essentiels et d'antipaludiques. MSF a effectué une étude des problèmes associés aux ruptures de stocks de médicaments antipaludiques et a partagé le rapport en juillet 2019 avec les parties prenantes sanitaires, notamment IMA World Health, SANRU, la direction provinciale de la santé, le Fonds mondial et le PNLP. Le retour d'information des réunions indique des résultats mitigés - les partenaires et les dirigeants du MSP ont des avis divergents sur les responsables en cause. Et, dans certains cas, des critiques ont été adressées à MSF pour avoir "créé des besoins" et augmenté la demande de produits antipaludiques fournis gratuitement. Comme les besoins ont dépassé les quantités prévues, certains partenaires ont estimé que MSF n'avait pas assuré la coordination au mieux et ni permis de rendre visible l'augmentation des besoins qui aurait dû figurer dans le long processus de planification des quantités, des achats et de la chaîne d'approvisionnement, nécessaire pour le financement accordé par le Fonds mondial.

Décalage entre le plaidoyer et les objectifs du projet. L'autre attente du plaidoyer était de plaider pour une meilleure approche des programmes de promotion de la santé chez les autres bailleurs, en particulier le FCDO/DfID, également présent dans le Nord-Ubangi. Cependant, MSF s'est heurtée à plusieurs difficultés. Les équipes qui se sont succédé dans le projet ont remis en question l'approche choisie par MSF pour travailler avec les communautés et au niveau du terrain, il y avait une incompréhension générale concernant l'approche du projet, ce qui a sapé l'objectif. Au lieu de poursuivre cet objectif de plaidoyer, l'équipe a décidé de partager des manuels de formation avec SANRU, financé par le Fonds mondial, et avec IMA World Health, financé par le FCDO/DfID. Les informateurs MSF ont confirmé que les objectifs du volet plaidoyer n'ont été que marginalement atteints.

Ils ont estimé que les activités de plaidoyer n'avaient pas été correctement intégrées dans la "routine" de mise en œuvre du projet et qu'elles manquaient d'indicateurs spécifiques, ce qui a compliqué leur intégration. Par exemple, il n'y avait pas de définition commune des "ruptures de stock" entre MSF et le MSP, de sorte qu'il était difficile de les mesurer exactement, en pratique et par rapport au plaidoyer. Le manque de personnel spécialisé sur le terrain a encore compliqué la mise en œuvre. Dans la phase initiale du projet, il y avait un responsable des affaires humanitaires au sein du personnel sur le terrain, mais par la suite ce poste est resté vacant et n'a plus jamais été pourvu. Il n'y avait qu'un responsable du plaidoyer humanitaire au niveau de la coordination.

L'IMPACT

Les changements directs et éventuellement indirects induits par l'intervention ont été pris en compte afin d'en évaluer l'impact. Ils peuvent être positifs et avoir amélioré la qualité de vie des bénéficiaires, ou involontairement négatifs et avoir, d'une façon ou d'une autre, nui aux bénéficiaires. La présente évaluation a également étudié les éventuels changements durables des politiques résultant directement du projet. Il est toutefois entendu qu'il est très difficile de mesurer l'impact car de nombreux autres facteurs externes peuvent le limiter ou au contraire l'amplifier.

Atteinte partielle de l'objectif du projet, et réussites notables en matière de santé publique. Selon la fiche de suivi du projet Bili 2019 (MSF, 2019), l'indicateur d'impact du projet Bili n'a pas atteint l'objectif visant à réduire de 50 % la mortalité des moins de cinq ans par rapport aux chiffres de l'année 2017, souvent prise comme année de référence pour évaluer la diminution de la mortalité et qui tient compte également des changements de contexte, comme par exemple l'amélioration générale de la situation sanitaire après l'arrivée massive de réfugiés et leur départ. Si le projet n'a peut-être pas atteint l'objectif ambitieux fixé en termes d'impact, il a néanmoins contribué à une réduction annuelle

de la mortalité de 22 % selon les enquêtes de mortalité de MSF. C'est une réduction significative compte tenu de la brève fenêtre d'intervention (30 mois). En outre, le projet de Bili pourrait avoir contribué à augmenter le taux de personnes en recherche de soins primaires dans un établissement de santé et contribué aussi à atteindre le pourcentage de 86% d'enfants référés par un établissement de santé de référence vers l'hôpital général de référence de Bili. Le projet a également élargi le diagnostic et le traitement du paludisme à 33 postes de santé et 12 sites communautaires et a assuré la conformité à 100 % des protocoles utilisés par les centres de santé communautaires. Le Rapport Annuel 2019 de Bili (MSF, 2019) constate que de façon générale, le nombre de consultations a augmenté en 2019 par rapport à 2018 et que la proportion de cas de paludisme en 2019 (65%) est plus importante qu'en 2018 (62%) malgré les actions curatives : cette augmentation peut s'expliquer par l'accès plus facile à des soins de santé primaires gratuits et de qualité pour la population cible, et par la forte proportion de cas de paludisme qui constituent la majorité des consultations dans les structures de MSF, soit 65% des morbidités sur l'ensemble de l'année. Un informateur a signalé que les résultats de la zone de santé de BIli n'étaient pas attribuables au seul projet MSF mais qu'ils illustraient la réussite des interventions effectuées par les projets financés à la fois par le Fonds mondial et le FCDO/DfID.

> 'Si MSF avait établi un 'ticket modérateur' nominal minimum de 100 FC (francs congolais, soit 0.044 €) cela aurait maintenu un minimum d'harmonie avec les interventions effectuées dans les autres zones de santé et réduit la difficulté de revenir à l'équilibre des coûts après la clôture MSF du projet de Bili par MSF.'
>
> Informateur clé, Evaluation Bili

Des résultats mitigés. Selon les informateurs MSF contactés dans le cadre de cette évaluation, l'impact de l'intervention était visible et mesurable, au moins partiellement : par exemple, l'intervention a contribué à diminuer les taux de mortalité, mais elle n'était malheureusement pas destinée à être poursuivie après la clôture du projet. Les informateurs ont indiqué que l'accès aux soins a été amplifié grâce à la présence de MSF et à la gratuité des soins pour les moins de 5 ans, de sorte que les cliniques du MSP soutenues par MSF sont devenues le premier point de soins fiable pour les bénéficiaires. Les cliniques étaient situées sur des emplacements stratégiques, à moins de 5 km de la plupart des villages, et elles offraient des soins performants accessibles aux bénéficiaires. Le système de recouvrement des coûts a été suspendu pour les moins de 5 ans pendant l'intervention de MSF, ce qui a augmenté la fréquentation, mais il a nécessairement été rétabli au départ de MSF en raison de la nécessité de couvrir les coûts en l'absence de fonds externes alternatifs. Le risque étant que les plus pauvres des bénéficiaires soit découragés de venir chercher des soins auprès des centres de santé et préfèrent plutôt recourir aux soins traditionnels ou aux médicaments bon marché proposés par les vendeurs de rue.

MSF a beaucoup investi *dans le renforcement des capacités du personnel de santé*, y compris le personnel du MSP, ce qui a permis d'améliorer de façon générale la qualité des soins tant au niveau des hôpitaux que des centres de santé. Mais les informateurs ont signalé que la plupart des membres du personnel que MSF avait formés ou embauchés sont partis après la clôture du projet car ils n'ont reçu aucune incitation salariale après la fin du projet. Le personnel de santé engagé par MSF percevait des salaires largement plus élevés que ses homologues du système de santé, et un informateur a indiqué que cela avait créé une situation où il était impossible pour le MSP de maintenir de tels salaires après le départ de MSF, et impossible aussi pour un bailleur d'épauler un projet très coûteux qui n'était pas synchronisé avec les autres interventions en cours dans la zone de santé, le district et la province. MSF a également apporté des améliorations sanitaires en créant un système de radio VHF, en installant des panneaux solaires et en menant des travaux de rénovation générale. MSF a également introduit des outils plus sophistiqués pour améliorer les diagnostics, comme, par exemple le test Akku pour

l'anémie, mais là encore, cet effort n'a pas été pérenne (la plupart des consommables ne sont pas disponibles dans le pays), mais il a toutefois contribué à l'impact du projet pendant sa mise en œuvre. La présence de MSF a garanti un approvisionnement plus stable en médicaments, puisque MSF compensait rapidement les lacunes du système au besoin. C'est ce qui a permis de garantir la disponibilité des médicaments et la possibilité de traiter les enfants, mais une fois de plus, selon les informateurs, MSF a "détruit" le système d'approvisionnement local géré par SANRU et le MSP et n'a pas collaboré avec d'autres partenaires présents dans la province pour surmonter les problèmes systémiques de la chaîne d'approvisionnement officielle, préférant introduire des produits de santé par des canaux parallèles.

***Aucun changement de politique*.** Selon des informateurs internes et externes, la présence de MSF et son intervention n'a pas entraîné de changements de politique.

***Un impact positif involontaire*.** Les informateurs internes de MSF estiment que ce projet a eu un impact positif involontaire en raison de l'intérêt qu'il a suscité en RDC et même chez MSF, pour la région de Bili. Ils pensent qu'en raison du plaidoyer et de la communication engagés par MSF sur le projet, Bili a bénéficié d'un coup de projecteur, ce qui ne s'était jamais produit auparavant : en effet la région était moins touchée par la crise que d'autres en RDC mais était certainement plus **négligée en termes d'aide.**

***Un impact négatif involontaire*.** En ce qui concerne l'impact négatif du projet, bien que non intentionnel, les informateurs internes de MSF craignent qu'en ayant engagé du personnel de santé non local et "importé" du personnel mieux qualifié venant d'autres régions congolaises, MSF ait pu provoquer une "fuite des cerveaux" et vidé les structures de santé d'autres régions de leurs ressources humaines, qualifiées et précieuses, qui ont décidé de quitter leur poste pour rejoindre MSF, peut-être attirées par un salaire plus régulier et certainement plus gratifiant.

Selon des informateurs externes, il y a eu deux autres conséquences négatives involontaires. Premièrement, l'approche consistant à fournir gratuitement des services de santé et des traitements contre le paludisme a eu un impact négatif sur les comportements de recherche de soins après la fermeture du projet Bili par MSF. Un informateur a noté que "les communautés ont oublié qu'il était de leur responsabilité de prendre soin de leur santé après avoir bénéficié de la gratuité totale des soins de santé pendant la durée [...] du projet MSF. Après le désengagement de MSF, la communauté a eu du mal à payer les consultations ce qui a déjà entraîné une baisse de l'utilisation des services de santé". Ces effets se sont fait ressentir longtemps après la clôture du projet de Bili. Comme l'indique la figure 5, à Bili, les taux de fréquentation des services de soins et de patients référés vers d'autres établissements restaient inférieurs à ceux des autres zones de santé du Nord-Ubangui à la fin du premier semestre 2020, soit sept mois après la clôture du projet, selon l'analyse des données de la Division provinciale de la santé du MSP pour le Nord-Ubangui.

ZONE DE SANTÉ	REFERENCE (0-10%)	TX SC (55%)
Abuzi	4,5	63
Bili	2,3	23
Bosobolo	4,4	45
Businga	5,7	63
Gbadolite	5	60
Karawa	7,6	61
Loko	6	52
Mobayi Mbongo	5,2	68
Wapinda	5,6	54
Wasolo	7,7	52
Yakoma	4,1	52
DPS	5	53

Figure 7: Taux de fréquentation des services de soins et de patients référés après le départ de MSF entre janvier et juin 2020.. Source : Division Provinciale de la Santé du Nord-Ubangi

Deuxièmement, les salaires plus élevés offerts par MSF ont créé un précédent mais ni le Ministère de la santé publique ni les partenaires bailleurs ne pouvaient continuer à verser de tels salaires après le départ de MSF, ce qui a entraîné des difficultés pour rétablir ensuite les services de santé à Bili.

LA PERENNITÉ

Evaluer la pérennité du projet consiste à déterminer si les bénéfices d'une activité vont pouvoir être maintenus après le départ de MSF. Cette évaluation s'est concentrée sur la pérennité de l'approche MSF, y compris l'engagement et l'appropriation par la communauté, et sur la faisabilité et la mise en œuvre effective de la stratégie de sortie. On examinera aussi les éléments permettant de reproduire le projet de Bili.

Une sortie difficile à mettre en œuvre. D'après l'étude des documents, un chronogramme avait été établi dès 2018 pour assurer la passation du projet par un repreneur ou procéder à sa clôture. Le document Chronogrammes de sortie, Bili (MSF, 2018) est un planning de travail détaillé qui identifie un ensemble complet d'activités pour la clôture du projet et le désengagement de l'équipe MSF. Le planning comporte des activités prévues jusqu'à un an avant la clôture du projet - en novembre 2018 - et couvre les aspects techniques et médicaux de la collecte finale des données, les activités de supervision et les réunions menées conjointement avec le MSP et le personnel médical des hôpitaux, des centres de santé, des postes de santé et avec les agents de santé communautaires. Il décrit également les améliorations, dresse l'inventaire des infrastructures et prévoit les plans de redéploiement des équipements du projet si nécessaire. Il fournit également des indications sur la logistique et la gestion de la partie administrative ainsi que celle des ressources humaines lors de la clôture du projet.

La mise en œuvre effective de la clôture s'est avérée plus difficile. Le Rapport de Fin de Projet 2019 *(MSF, 2019)* identifie les difficultés rencontrées lors de la clôture du projet. Le rapport décrit les actions que l'équipe a dû entreprendre dans la mesure du possible pour y remédier, y compris les entretiens individuels avec le personnel et les partenaires, ainsi que les réunions avec le personnel et les délégués du personnel. Les difficultés relevées concernent des questions relatives aux ressources humaines, découlant de problèmes récurrents lors de la phase opérationnelle du projet. Ainsi, les contrôles internes effectués par MSF avaient révélé des cas de corruption du personnel et de détournement ou de revente des médicaments et fournitures destinés au projet. La rotation du personnel était élevée, nuisant ainsi à la continuité du projet et ralentissant les procédures de clôture à certaines occasions. Certains membres du personnel entretenaient des relations personnelles non professionnelles avec d'autres membres du personnel, ce qui été une source de difficultés internes pour le management. Selon le rapport, le manque d'engagement du MSP dans la formation et la supervision des activités au cours du projet s'est traduit en difficultés à assurer la passation du projet et n'a guère suscité l'enthousiasme. De nombreuses activités complexes qui devaient être accomplies à la fin du projet se sont trouvées concentrées sur une courte période ce qui a conduit à la nécessité de conserver le personnel plus longtemps que prévu et de ne pas consacrer autant de temps qu'il aurait fallu à mettre fin aux contrats de travail.

Un informateur a noté que le Directeur provincial de la santé s'était plaint, lors d'une réunion des parties prenantes, que MSF avait mis fin au projet Bili sans les en informer et que les partenaires n'avaient pas été mis au courant du plan de sortie.

Le modèle MSF ''ne convient pas à tout le monde". Les informateurs ont confirmé qu'il existait un chronogramme de sortie progressive mais qu'il n'y avait pas de stratégie de sortie en tant que telle puisque MSF n'était pas mesure de proposer une alternative autre que la clôture du projet de Bili proprement dite, les fonds s'étant faits rares chez MSF et aucun partenaire n'ayant été identifié comme repreneur du projet. La décision de clôturer Bili était donc une décision opérationnelle.

L'approche du projet semblait bien "ne pas convenir à tout le monde" comme l'ont dit certains informateurs de MSF. Le modèle adopté s'est avéré très coûteux, peu attrayant pour les autres ONG/bailleurs et inabordable pour le MSP avec lequel MSF n'avait pas établi de relation suffisamment solide et qui n'apparaissait pas comme un repreneur possible. L'autre solution était que MSF rétablisse le système de recouvrement du coût des soins, ce qui allait à l'encontre des principes MSF de gratuité des soins de santé et des bonnes pratiques pour les programmes de PEC-C.

Un informateur appartenant aux bailleurs a confirmé que MSF avait présenté un bilan général et un calcul des coûts lorsque le projet touchait à sa fin, mais n'avait pas directement fait appel à un financement pour assurer la continuité. L'informateur a indiqué que le coût du projet Bili était trop élevé et ne correspondait pas aux approches en place, et qu'en conséquence, ils [le bailleur] n'auraient pas envisagé de contribuer au financement pour en assurer le suivi.

Bili a fermé "sans raison". D'anciens membres du personnel de terrain ont également eu l'impression que le projet avait été fermé "sans raison", comme l'a indiqué l'un deux, et que l'équipe de coordination à Kinshasa voulait ouvrir un autre projet similaire ailleurs en RDC ; ils ont trouvé cette perspective très déstabilisante. Ils ont également estimé que le projet Bili n'était pas du tout viable en raison du "rôle de bouche-trou" que MSF avait volontiers acquis pour presque tout ce qui relevait en fait de la responsabilité du MSP, de l'approvisionnement en médicaments à la dotation en personnel et à la réhabilitation des structures de santé.

La continuité. MSF a bien essayé d'assurer une certaine continuité en laissant à son départ un stock de médicaments pour trois mois et en faisant don aux cliniques de matériel médical et logistique. La

formation du personnel du MSP a également été identifiée comme un facteur de pérennité bien que ce personnel ne représente que 20 % du personnel employé dans les structures de santé. Les 80% restants avaient été engagés par MSF mais sont partis après la clôture du projet. Selon les informateurs, la continuité aurait sans nul doute été possible si une recherche de partenaires pour reprendre les activités avait été entreprise, y compris le transfert progressif des activités à SANRU, et si les besoins clairement budgétisés avaient été présentés dans les demandes de financement transmises par la suite au Fonds mondial. Un informateur a noté que SANRU a bien pris le relais des activités de lutte contre le paludisme après la clôture du projet Bili pour assurer l'approvisionnement en médicaments antipaludiques avec le financement du Fonds mondial. Cependant, la démotivation du personnel de santé a probablement eu des conséquences négatives. Le volet communautaire, trop tardif et insuffisant, a également nui à la continuité du projet car les communautés n'avaient pas développé le moindre sentiment d'appropriation de ce projet et n'étaient pas suffisamment motivées pour reprendre ou poursuivre l'une ou l'autre des activités.

Les éléments à reproduire. Malgré les difficultés décrites ci-dessus, les informateurs MSF ont identifié quelques éléments du projet Bili qui pourraient et devraient être reproduits ailleurs. De par sa stabilité, la région de Bili offre de nombreuses possibilités de recherche sur le terrain, par exemple sur la mortalité, l'entomologie, l'étude de la résistance, qui peuvent apporter des bases utiles pour rendre compte de l'impact du projet, mais aussi pour orienter et ajuster les activités et les approches, comme le suggèrent certains informateurs MSF. De l'avis de tous les informateurs, le modèle de PEC-C est valable et devrait être reproduit en s'appuyant sur les enseignements tirés à Bili ainsi que dans d'autres programmes de PEC-C de MSF, avec une vision précise, un personnel formé dès le départ, et en associant les communautés dès la conception du projet.

DISCUSSIONS ET CONCLUSIONS

Le projet et sa logique d'intervention semblent pertinents pour certains des besoins identifiés mais ils n'ont pas saisi les opportunités de fournir un ensemble plus complet. Dans la région de Bili, la morbidité et la mortalité dues au paludisme étaient élevées, en particulier pour la population des moins de cinq ans, et l'accès à des soins de qualité était difficile. De l'avis des consultants, certains problèmes qui auraient pu contribuer à la diminution de la mortalité des enfants de moins de cinq ans, conformément à l'objectif du projet, ont été partiellement négligés dans la conceptualisation du projet et de son cadre logique. Par exemple, intégrer la malnutrition, modérée et sévère, aurait contribué à mieux atteindre l'objectif du projet. Il aurait été pertinent, pour Bili, d'entreprendre des activités de sensibilisation à la malnutrition ainsi que l'éducation sanitaire et les soins préventifs à domicile qui vont de pair, comme le préconise MSF-OCB dans le cadre de la PEC-C. En outre, le projet n'a pas non plus saisi l'opportunité de former les ASC à la mesure de la fréquence respiratoire et à prescrire des antibiotiques de qualité garantie.

Le projet était en partie pertinent par rapport au *PSN de lutte contre le paludisme du Ministère de la santé publique et à son Plan d'action opérationnel* axés sur l'amélioration de l'accès aux soins et sur le renforcement des capacités de traitement et de soins, mais sa mise en œuvre se heurtait au principe fondamental du système de santé congolais, à savoir le recouvrement des coûts. En pratique, les revenus générés par le tarif forfaitaire payé par les patients constituent un apport économique pour chaque structure et son personnel et contribuent à la pérennité du système de santé à son niveau le plus élémentaire. Même si on peut débattre longtemps de l'équité d'un tel système et de la bonne utilisation des fonds générés par le recouvrement des coûts, MSF, en décidant de collaborer localement avec le MSP, aurait dû tenir compte des systèmes déjà en place et négocier la possibilité de contribuer, améliorer et soutenir ces systèmes dans un souci de pérennité et de cohérence. En outre, le projet de Bili n'a que partiellement répondu à la politique du PSN de lutte contre le paludisme qui soutient une PEC-C qui couvre à la fois le paludisme, la diarrhée et la pneumonie, puisque la pneumonie a été laissée de côté par le projet.

Le leadership du Ministère de la santé publique et la collaboration des partenaires à tous les niveaux du système de santé sont essentiels pour obtenir des résultats efficaces et durables dans la lutte contre le paludisme, en RDC tout comme à un niveau global.. Cependant, l'indépendance dont a fait preuve l'équipe MSF, et l'absence de collaboration avec les trois principaux bailleurs pour le paludisme et leurs partenaires de mise en œuvre, ont été la source de frustrations opérationnelles, comme par exemple avec les ruptures de stock qui en ont découlé. C'est également ce qui a réduit les possibilités de bénéficier d'un soutien financier continu pour le projet Bili, ou d'une éventuelle extension du financement avec le FCDO/DfID, le Fonds mondial ou la PMI. En outre, le rôle des ASC s'est vu restreint par le projet : ces agents n'ont pas été utilisés au mieux de leur potentiel, comme prévu dans tout projet de PEC-C.

La conception et la mise en œuvre verticales du programme ont été à l'origine d'occasions manquées pour obtenir l'adhésion du MSP et son soutien au projet, et renforcer les capacités tout au long du projet. MSF n'a pas utilisé l'approche standard de la formation en cascade dans laquelle les partenaires de mise en œuvre travaillent normalement directement avec le PNLP et la Direction provinciale de la santé pour former un ensemble de formateurs qui vont ensuite former le personnel de santé, qui à son tour formera les agents de santé communautaires. Dans un système en cascade classique, on instaure généralement aussi les mécanismes de collecte des futures données et de supervision. Ainsi, dans d'autres programmes de PEC-C, les agents de santé communautaire sont formés en tant que

cohorte par le centre de santé référent ; puis ils reviennent tous les mois au centre de santé pour apporter leurs rapports mensuels qui contiennent les données de prise en charge des cas qui figureront ensuite dans les rapports mensuels du centre de santé qui à leur tour seront fournis aux districts, et ensuite aux niveaux provincial et national qui assureront la gestion de ces données. Au cours de ces réunions mensuelles, les ASC partagent leurs expériences, reçoivent un retour d'information du centre de santé dont ils dépendent, examinent la disponibilité des stocks de produits sanitaires, et repartent dans leurs communautés avec leur réapprovisionnement.

La façon dont la stratégie de plaidoyer a été mise en œuvre (plans d'action) ne semblait pas nécessairement adaptée pour ce projet et surtout, elle n'a pas été bien communiquée ni suffisamment expliquée aux partenaires qui ont peut-être mal compris sa portée et son but : pour les partenaires, il a pu sembler qu'en enquêtant et révélant les lacunes et les problèmes liés aux achats de médicaments et aux ruptures de stocks, MSF est tombé dans le "jeu des accusations", ce qui a nui aux bonnes relations avec les partenaires sur le terrain tels que le FCDO/DfID, l'IMA et le Fonds mondial, qui étaient là pour rester à long terme et dont la collaboration aurait dû être déterminante pour coopérer utilement et tenir dans la durée.

La stratégie de plaidoyer s'est attachée au rôle de MSF s'agissant de signaler les problèmes de la chaîne d'approvisionnement, parallèlement à l'audit du Fonds mondial, et à maintenir la visibilité sur les problèmes de gestion des stocks. Bien que l'impact souhaité de cette stratégie de plaidoyer était la diminution des ruptures de stock, la stratégie, telle qu'elle apparait sur le papier, limite essentiellement MSF à assurer un rôle de supervision externe plutôt qu'à collaborer avec le ministère de la Santé publique, les bailleurs et les partenaires de mise en œuvre pour identifier et surmonter l'immensité des difficultés rencontrées en RDC pour l'approvisionnement en produits de santé. Une autre approche possible aurait été de tirer parti de l'expérience et de l'expertise de MSF et travailler avec le MSP et les partenaires de la chaîne d'approvisionnement afin d'identifier et de mettre en œuvre des solutions innovantes pendant la durée du projet et ainsi aider le MSP et l'ensemble des partenaires à faire mieux, ce qui aurait permis de mettre en valeur le savoir-faire et l'expérience de MSF.

La conception de l'intervention et la stratégie du projet n'ont pas été l'objet d'une communication et diffusion adéquates en interne auprès du personnel (au niveau du projet autant qu'entre l'équipe du projet, la coordination et le siège), et en externe avec les communautés à Bili et les échelons national et provincial du MSP pour la zone de santé. En conséquence, une confusion est apparue de tous côtés, qui a provoqué frustration et malentendus. De l'avis des consultants, il semble que, bien que la question de savoir "ce que le projet voulait réaliser" était claire, le "comment y parvenir" n'a pas été complètement compris ou expliqué à l'équipe de terrain. Les consultants estiment qu'il y a peut-être eu un décalage entre la conception de la stratégie, y compris celle du plaidoyer, et la planification des détails opérationnels. Il y avait un décalage entre des objectifs très ambitieux, une fenêtre d'intervention courte, une vaste surface géographique à couvrir et la réalité des activités de planification et de réalisation dans un environnement opérationnel complexe. De l'avis des consultants, la confusion pourrait avoir été causée par le cadre logique lui-même : le projet y est brièvement décrit comme une PCIME, mais ensuite, à un certain stade - on ne sait pas exactement quand, d'après les entretiens menés et l'examen des documents - il s'est trouvé être étiqueté/interprété comme une intervention de PEC-C mais sans pour autant que la définition initiale de projet de PCIME soit modifiée dans le cadre logique lui-même. Les consultants supposent que la modification du cadre logique a peut-être été possible à cause du système de financement : puisque MSF ne dépend pas d'un financement institutionnel, elle n'est donc pas soumise à des procédures strictes de financement, de reporting et d'ajustement comme les autres ONG qui doivent normalement présenter au bailleur une demande de modification du cadre logique et des activités associées quand

le projet est déjà approuvé et financé. Il existe toutefois d'autres mécanismes internes de validation chez MSF qui ne semblent pas avoir totalement fonctionné ici.

Le cadre logique manque d'indicateurs de résultats pour les trois principales maladies visées par cette intervention (paludisme, diarrhée et pneumonie) et ne présente pas non plus d'indicateur spécifique pour la PCIME/PEC-C. Les consultants estiment que ces indicateurs auraient dû être inclus afin de mieux mesurer les résultats obtenus pour chacune des trois maladies et d'améliorer le suivi et leur contribution potentielle à l'objectif global. Si l'on avait une idée plus précise de la stratégie adoptée pour le projet Bili (qu'il s'agisse de PEC-C ou de PCIME), il aurait fallu ajouter des indicateurs pertinents. Ces indicateurs standard auraient permis de suivre et de comparer l'intervention avec d'autres interventions faisant appel à la même approche.

L'absence de clarté vis-à-vis de la stratégie a grandement affecté la capacité du projet à être plus efficace. Les conséquences sont visibles à différents niveaux. On peut décrire comme faibles la proximité et l'implication des bénéficiaires. Les communautés ont été considérées comme les récipiendaires passifs d'une intervention communautaire et n'ont été associées qu'à des activités de construction dans l'espoir qu'elles fourniraient de la main d'œuvre gratuite. La participation initiale des communautés peut être classée comme "consultation de la communauté" plutôt que comme "action de la communauté" (OMS, 2002) ; les communautés ont été informées de l'intervention à venir et consultées pour recevoir leur approbation. Cette distance imposée entre les bénéficiaires et le personnel du projet a pu également impacter la façon dont le projet s'est adapté à l'évolution de leurs besoins, un aspect que cette évaluation pourrait ne pas avoir suffisamment exploré. Comme indiqué précédemment, une réorientation du projet a été envisagée, mais n'a jamais été totalement mise en œuvre. Les consultants ne savent pas exactement pourquoi, compte tenu de la souplesse dont dispose MSF pour gérer ses fonds et réajuster ses interventions, mais il semble que dans ce projet, une certaine rigidité ait empêché de s'adapter aux normes en vigueur, comme par exemple ne pas appliquer le système de recouvrement des coûts, engager du personnel mieux qualifié mais non local, etc.

L'équipe d'évaluation n'est pas certaine que la conception de projet Bili ait rigoureusement appliqué les recommandations des manuels opérationnels, les bonnes pratiques de la PEC-C mondialement admises et les enseignements déjà tirés, étant donné que c'est l'approche qui a été suivie lors de la mise en œuvre. Il a été signalé que, tout au long du projet, atteindre et impliquer le personnel de la région et de la zone de santé étaient problématiques, ce qui a modéré l'enthousiasme du MSP et des principaux partenaires au cours du projet. Cela a également nui à la possibilité de prévoir clairement la passation du projet après le retrait de MSF. Les évaluateurs concluent de l'étude des documents et d'après les entretiens qu'il n'y a pas de preuves que le personnel du projet ait bénéficié d'une formation élémentaire pour comprendre les éléments fondamentaux d'un programme de PEC-C classique, ni d'une formation plus axée sur les éléments essentiels qui permettent de faire progresser les composantes communautaires. Les programmes de PEC-C sont souvent des extensions du système de santé publique pour lesquels la supervision et la formation sont déléguées par le niveau central du MSP au personnel périphérique en place localement. Les partenaires apportent souvent leur soutien face à la complexité des nombreuses composantes des programmes de PEC-C, mais cela se fait généralement en binôme et sous la direction du MSP. Comme le projet Bili a été conçu et mis en œuvre davantage comme une extension d'un programme secondaire et tertiaire de MSF, tout ce qui concernait la formation, la supervision et le reporting a été géré directement par l'équipe MSF, les rapports étant partagés avec le Ministère en fonction des nécessités. Sur un autre plan, même si certains éléments concernant l'approvisionnement et les achats des composants essentiels pour le projet ont été coordonnés avec SANRU grâce à la chaîne d'approvisionnement déjà en place, la

coordination avec SANRU était défectueuse, ce qui a entraîné des divergences dans les attentes des deux partenaires au sujet des quantités en stock et des besoins de réapprovisionnement.

Dans certains cas, le personnel de terrain n'avait pas le profil requis pour cette intervention. Le problème, selon l'équipe d'évaluation, n'était pas nécessairement d'avoir "trop de premières missions" mais plutôt d'avoir "le bon personnel". La capacité à communiquer et à "convaincre" le personnel de terrain qu'il ne s'agissait pas d'une intervention d'urgence mais plutôt d'une intervention communautaire axée sur le développement aurait été très utile ici. La supervision, la communication, le rythme de travail et la prise de décision étaient quelque peu différents de ceux d'un projet MSF d'urgence. En outre, comme le projet était issu d'une intervention d'urgence, il avait conservé de nombreux membres du personnel qui avaient travaillé dans la phase d'urgence. Les expatriés ont été engagés avec des contrats de courte durée et le personnel venant de la région de Bili représentait un effectif très faible, en particulier dans les postes médicaux et ceux directement impliqués dans les aspects opérationnels. Tous ces facteurs ont certainement compliqué la bonne compréhension du projet, le calage des activités et, dans l'ensemble, l'efficacité de l'intervention. Des difficultés semblables ont été rencontrées par le volet plaidoyer qui, au final, n'a pas été pleinement intégré dans la "routine" du projet.

En termes d'efficacité, le projet a réussi à garantir l'accès aux soins pour un coût par consultation relativement faible, mais les autres coûts liés au personnel international et à l'importation de médicaments ont réduit les chances d'une passation éventuelle des activités du projet. Pour réduire les coûts, les consultants estiment qu'une équipe plus restreinte en personnel expatrié aurait pu permettre des économies, et que la formation du personnel local et le renforcement des capacités auraient également pu être plus conformes à l'approche communautaire d'ensemble orientée vers le développement. L'importation de médicaments pour compenser les ruptures de stock n'a pas uniquement agi sur les coûts du projet, mais a également affecté la coordination et la collaboration avec les autres acteurs présents sur le terrain.

La contribution du projet à la réduction d'ensemble de la mortalité dans un délai aussi bref peut être considérée comme remarquable. Bien que l'objectif principal, très ambitieux, de réduire de moitié la mortalité des moins de 5 ans n'ait pas été entièrement atteint selon les enquêtes de mortalité menées par MSF, des réductions de la mortalité ont bien été mesurées, notamment une diminution du taux de la mortalité générale ainsi qu'une augmentation du taux de recherche de soins de santé au niveau primaire. MSF a effectivement fourni des soins et des traitements de qualité dans cette zone de santé. Malheureusement, il est estimé que ces bénéfices n'ont été que de courte durée, faute d'un partenaire fiable pour reprendre et poursuivre les activités du projet, dans leur ensemble ou en partie seulement.

La pérennité constitue une limite majeure du projet de Bili, que l'on peut attribuer à la fois à sa conception et à sa mise en œuvre. La pérennité reste souvent une difficulté dans les programmes de PEC-C, c'est pourquoi il est essentiel de tirer parti des leçons apprises par les pays qui ont mis en place des politiques et des structures de santé communautaire nationales pour mieux comprendre les stratégies et les approches importantes à mettre en place pour de futures activités de PEC-C et assurer leur longévité. À Bili, l'absence ou la participation tardive des communautés a entravé l'apparition d'un sentiment d'appropriation et de responsabilisation qui aurait pu motiver les communautés à éventuellement reprendre à leur compte certaines composantes. Des relations difficiles ou intermittentes avec d'autres partenaires potentiels (en particulier le Ministère de la santé publique) lors de la mise en œuvre du projet, ont affecté leur enthousiasme et nui aux possibilités pour MSF d'être inclus dans les futures initiatives du MSP ou celles financées par le Fonds mondial, et ont nui aussi à ce que d'autres partenaires potentiels assurent la reprise du projet. La stratégie de sortie progressive mise en place révèle que MSF était une "trop grosse machine " et qu'il était difficile de lui

trouver un remplaçant. Les consultants estiment que les capacités que le personnel du MSP avait renforcées n'ont peut-être été pleinement utilisées, et que les investissements en médicaments et en logistique ont certainement maintenu les cliniques à flot pendant un certain temps, mais n'ont pas suffi à apporter des solutions à long terme. Le rôle de bouche-trou joué par MSF tout au long de la phase opérationnelle du projet a permis de maintenir les activités, mais il était impossible de s'y substituer entièrement.

RECOMMANDATIONS

⇒ Les recommandations suivantes sont spécifiques au projet de Bili :

- ***Effectuer une visite de suivi après la clôturet*** pour évaluer quelques éléments tels que l'impact "résiduel" du projet un an après le départ de MSF. Elle faciliterait le traitement des éléments controversés du projet comme sa pérennité ou son dimensionnement et permettrait d'en tirer davantage de leçons sur la pérennité
- ***Interroger les bénéficiaires directs et les communautés*** et un plus grand nombre d'autorités locales afin d'inclure leurs perceptions et leurs perspectives dans cette évaluation

Les recommandations faites à MSF pour concevoir et mettre en œuvre un projet présentant des caractéristiques similaires à celles du projet Bili, soit pour y intégrer la PEC-C ou pour l'axer sur des maladies spécifiques sont les suivantes :

⇒ Recommandations relatives à la pertinence :

- *Sélection du site :* Lors de l'identification des futurs sites potentiels pour les interventions de PEC-C, il convient de donner la priorité aux zones ayant un accès limité aux services de santé et un taux élevé de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans, comme ce fut le cas pour Bili et conformément au cadre stratégique fixé par MSF, mais il convient de sérieusement envisager aussi de sélectionner des zones qui n'ont pas récemment bénéficié d'interventions d'urgence, et en particulier d'interventions menées par MSF. Il faut envisager également de mettre en œuvre cette stratégie dans une zone moins vaste plutôt que dans une zone de santé entière, et l'étendre à l'ensemble de la zone une fois qu'il y a suffisamment de preuves du bon fonctionnement du système. Evaluer le rapport coût-efficacité : si un autre projet d'urgence de MSF est déjà présent, il serait moins coûteux de partir de la structure existante, mais il faut garder à l'esprit la nature et l'orientation différentes du nouveau projet.

⇒ Recommandations relatives à la conception :

- *Coordination des parties prenantes :* Rassembler les informations obtenues des parties prenantes (aux niveaux national et local) pour concevoir le projet et sa mise en œuvre, et maintenir un processus participatif pendant la vie du projet, notamment pour procéder à d'éventuels ajustements. Déterminer ensemble les principaux rôles de chacune des parties prenantes pour assurer le succès du projet, ainsi que sa pérennité après le départ des ressources externes.
- *Stratégie globale pour la PEC-C et outils de planification :* Développer un document stratégique global et un autre, plus détaillé, pour la stratégie de PEC-C chez MSF avec les outils de planification qui l'accompagneront, afin de donner au personnel chargé de la mise en œuvre ou de la planification du projet toutes les indications utiles.

Recommendations relative à la Conception; Efficacité et Pérennité →

- *Revoir l'approche plaidoyer :* La priorité devrait être axée sur la collaboration avec le MSP et les principaux acteurs de santé afin de tirer parti de l'expertise et de l'expérience uniques de MSF pour renforcer les systèmes, plutôt que de se fixer comme objectif de critiquer les aspects qui ne fonctionnent peut-être pas très bien, par exemple les problèmes d'approvisionnement.
- *Examiner les données sanitaires disponibles* et discuter de l'approche de MSF pour inclure la gestion des cas de paludisme, de diarrhée et de pneumonie. La décision finale d'inclure ou non chacune des composantes dépendra du contexte et les équipes de terrain tireront profit des orientations claires qui leur seront données sur la manière de mettre en œuvre les autres composantes dans le paquet final des interventions sélectionnées.

⇒ **Recommandations relatives à l'efficacité et la pérennité ::**

- *Prioritize community mobilization* and involvement of communities from start, and at every level of the project cycle such as during the project design, during the planning phase and in the data collection for monitoring. Use the available community resources well, including CHWs to enhance outreach activities as well as diagnostic and treatment. For this, most common child illnesses should be involved and CHWs trained on diagnostic and treatment.
- *Choose adequate HR,* focusing more on availability of local medical staff instead of looking for other external 'inpats'. Supervision and capacity building will be key to bring these staff up to speed, but there are tangible gains in having local staff and diminishing number of international and relocated staff. International staff should be also advised to the slightly different nature of an iCCM project and coaching accordingly, e.g. slower pace of work, focus on training of CHWs and generally on community involvement and engagement, close collaboration with local MoPH.

REFERENCES

Babbie, E. (2010). The Basics of Social Research, Cengage Learning.
Jouquet, G. (2019). Evaluation économique du Projet MSF de Bili, RDC.
MoPH (2015). PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2016-2020.
MoPH (2019). Plan d'Action operationnel du programme national de lutte contre le paludisme.
MSF (2015). Étude de couverture vaccinale multi antigène et de mortalité rétrospectifs dans les Zones de Santé de Bili et Bosobolo, District Sanitaire Nord Ubangi, Province Équateur, République Démocratique du Congo, Médecins Sans Frontières Pool d'Urgence Congo.
MSF (2016). Bili Mortality Survey.
MSF (2017). Bili Baseline Mortality Survey.
MSF (2017). The pre- 2018 ARO Document
MSF (2018). Analyse Communautaire
MSF (2018). Chronogram de Sortie Bili.
MSF (2018). Etat des lieux de la disponibilité des intrants.
MSF (2018). Plaidoyer Projet Bili.
MSF (2018). Project Document Bili, ARO
MSF (2019). ARO 2019-2020.
MSF (2019). Bili Monitoring Sheet.
MSF (2019). Cadre Logique Bili.
MSF (2019). CODESA Rapport Final.
MSF (2019). Rapport Annuel.
MSF (2019). Rapport de Fin Projet.
MSF (2020). OCB Strategic Orientation 2020-2023.
MSF, O. (2018). Integrated Community Case management (iCCM) - OCB framework.
MSF, S. (2020). Terms of References, Bili Evaluation
PSI. (2019). "CCM program brief." from https://www.childhealthtaskforce.org/sites/default/files/2019-07/DRC%20iCCM%20of%20PMD%20Program%20Brief%28PSI%29.pdf. [Access Date]
Stop Pneumonia. (2020). from https://stoppneumonia.org/wpd2017-stories-drc/. [Access Date]
Taffon, P. (2017). Les parcours thérapeutiques dans la zone de santé de Bili : Une étude anthropologique
WHO. (2002). "Community participation in local health and sustainable development: Approaches and techniques. ." from https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/101065/E78652.pdf. [Access Date]
WHO. (2017). "World Malaria Report." from https://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report/en/. [Access Date]
WHO/UNICEF (2012). WHO/UNICEF JOINT STATEMENT Integrated Community Case Management (iCCM).

ANNEXES

ANNEXE 1: MATRICE D'ÉVALUATION

CRITERE D'EVALUATION	QUESTIONS POSEES POUR L'EVALUATION	OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES /INFORMATEURS
PERTINENCE	Dans quelle mesure le projet de Bili était-il pertinent ? - Est-ce qu'une évaluation indépendante des besoins a été faite ? Quelles indications a-t-elle fournies ? - Est-ce que les objectifs du projet et les activités correspondantes ont répondu aux besoins identifiés, y compris pour le plaidoyer ? Quelles autres activités auraient pu être incluses/conduites différemment ? - Comment les activités ont-elles tenu compte des priorités déterminées par le MSP, aux différents niveaux de la pyramide sanitaire (national, local, communautaire) ?	- Examen des documents du projet (si disponibles), axé sur l'évaluation des besoins dans les zones/districts sélectionnés, l'identification des besoins sanitaires et l'identification des bénéficiaires potentiels dans les districts/communautés - Examen des documents sur la stratégie de plaidoyer pour la région/spécifique à la région de Bili/stratégie verticale pour le paludisme - Examen de la stratégie du MSP dans la région - Entretiens avec des informateurs clés (KII) parmi le personnel du projet pour comprendre leur point de vue sur la pertinence de l'intervention et, plus précisément, sur la ou les composantes estimées plus pertinentes selon les résultats de l'évaluation effectuée
CONCEPTION ET COHERENCE	Dans quelle mesure la conception et la mise en œuvre du projet étaient-elles pertinentes ? - Est-ce que la stratégie et le modèle de financement étaient adaptés à l'atteinte des objectifs ? - Est-ce que MSF était suffisamment proche de la population cible pour comprendre sa situation ainsi que l'évolution possible de ses besoins (proximité) ? - Est-ce que des ajustements adéquats et opportuns ont été apportés pour répondre changements de l'environnement ? - Comment le projet a-t-il tenu compte des autres acteurs ? - Est-ce que le volet "plaidoyer" a été défini à ce stade de la conception du projet ? Y avait-il un calendrier et une	- Examen des documents du projet, par exemple les notes conceptuelles, la politique et la stratégie de financement, le mandat de MSF, la stratégie pour le pays/la région, avec un accent particulier sur le volet plaidoyer - Entretiens avec les informateurs clés (KII) parmi le personnel du projet sur les questions de proximité, la compréhension des besoins et l'adaptation adaptée et opportune, sans oublier la conception et la stratégie du plaidoyer

	spécificité de ses objectifs et de ses composantes ?	
EFFICACITE	Dans quelle mesure les objectifs convenus ont-ils été atteints ? - Les activités ont-elles été réalisées comme prévu initialement ? - Quelles sont les raisons qui ont facilité/empêché la réalisation des objectifs ? - Quelles étaient les limites/opportunités inhérentes à l'approche ? - Dans quelle mesure les résultats obtenus sont-ils alignés avec les normes de qualité ? (directives MSF, normes OMS, etc.) - Les objectifs du volet plaidoyer ont-ils été atteints ? Si non ou partiellement, pourquoi ?	- Examen des rapports de projet et des documents d'avancement, y compris les données de contrôle et d'évaluation et les indicateurs de réalisation - Examen des principales directives et normes sanitaires pour évaluer si les résultats en ont tenu compte - Entretiens avec les informateurs clés (personnel du projet) sur les réalisations par activité et les difficultés et opportunités qui leur sont associées
EFFICACITE	Le projet a-t-il été efficace ? - Comment est-ce que MSF a utilisé les ressources disponibles (internes et externes, ressources humaines, logistique, fournitures, fonds) pour qu'elles soient utilisées de façon efficace et avec des économies d'échelle ?	- Examen documentaire de l'enveloppe budgétaire et des dépenses prévues par rapport aux dépenses réelles et au budget final, et de l'évaluation économique réalisée pour ce projet - Entretiens avec les informateurs clés (personnel du projet) sur l'utilisation des ressources par rapport aux résultats obtenus et l'optimisation/efficacité de la gestion
IMPACT	Quel a été l'impact du projet ? - Le projet a-t-il contribué à modifier l'accès aux soins de santé et l'état de santé général de la population cible ? Le projet a-t-il entraîné des changements de politique ? - Y a-t-il un impact imprévu (positif ou négatif) lié à la présence de MSF ?	- Examen de documents des données sanitaires au niveau national et du district régional pour comprendre l'impact potentiel de l'intervention - Examen des données MSF sur la surveillance de la santé afin d'évaluer l'impact sanitaire - Entretien avec les informateurs clés (personnel du projet) pour étudier l'impact potentiel du projet, par ex. une amélioration générale de la santé, un meilleur accès à des soins de qualité, ainsi que tout impact négatif que le projet pourrait avoir

PERENNITE	Dans quelle mesure les résultats obtenus par le projet ont-ils été pérennes ? - Est-ce que la stratégie de sortie (y compris le volet plaidoyer et la passation du projet) a été planifiée et mise en œuvre en conséquence ? - La stratégie de sortie a-t-elle tenu compte de difficultés potentielles et comment ont-elles été abordées ? - Quelles capacités et ressources locales ont été identifiées ? Comment le projet les a-t-il associées, en particulier dans une perspective de pérennité ? - Y a-t-il des facteurs favorables ou obstacles spécifiques à la pérennité dans le contexte de Bili ? - Est-ce que certains éléments généraux peuvent être reproduits dans d'autres contextes ?	- Examen et évaluation de la conception et de la planification de la stratégie de sortie à différents niveaux (district/régional) - Entretien avec les informateurs clés (personnel du projet) pour étudier le potentiel de l'intervention en matière de pérennisation des activités, les éléments facilitateurs, les obstacles et les éléments de l'intervention pouvant être reproduits

ANNEXE 2 : TERMES DE RÉFÉRENCE

TERMES DE RÉFÉRENCE

Description du projet

Objet/Mission	Evaluation du projet de Bili, RDC
Commissionnaire	Ahmed Abd-elrahman, Coordinateur adjoint de cellule, Bruxelles
Point focal pour l'évaluation	Maria Mashako, Coordinatrice médicale adjointe, Kinshasa
Groupe de consultation	Maria Mashako (Coordinatrice médicale adjointe), Stéphanie Drèze (Conseillère pour l'accès humanitaire, Région des Grands Lacs), Martin De Smet (Chef du groupe de travail intersections MSF sur le paludisme)
Date de début	3 août au plus tard. Rapport final avant le 30 octobre 2020 (au plus tard)

Les activités du centre opérationnel de Bruxelles de Médecins Sans Frontières (MSF-OCB) ont débuté en 2015 à Bili, en République démocratique du Congo (RDC) avec une intervention du Pool d'urgence Congo (PUC) de MSF RDC, destiné à répondre à un afflux de réfugiés centrafricains. Cette intervention d'urgence a été réorientée mi-2017 vers un projet axé principalement sur la prise en charge communautaire des cas de paludisme, visant à réduire la morbidité et la mortalité des enfants de moins de 5 ans dans la zone de santé de Bili. Le projet a débuté en juillet 2017 et s'est poursuivi jusqu'en novembre 2019. Il a été conduit avec la collaboration du Ministère de la santé, à tous les échelons de la structure sanitaire.

Les axes de l'intervention :

1. Au niveau communautaire : soutien aux 33 postes de santé et 12 sites de santé communautaire pour la prise en charge du paludisme et des diarrhées simples
2. Au niveau des soins de santé primaires : soutien aux 17 centres de santé de la zone de santé de Bili (un centre de santé par aire de santé pour la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) axée sur les 3 pathologies les plus fréquentes : paludisme, diarrhées et infections respiratoires aiguës
3. Au niveau des soins de santé secondaires : soutien à l'Hôpital Général de Référence (HGR) de Bili dans les services suivants : urgences et soins intensifs, néonatologie, pédiatrie, soins nutritionnels pour les patients hospitalisés de moins de 15 ans et transfusion sanguine. Afin de diminuer l'afflux de patients à l'HGR et de réduire les retards dans les consultations et les traitements, le projet a également soutenu trois centres de santé (Baya, Gbangi et Pandu) avec un service d'hospitalisation des patients.
4. Soutien au transfert de patients référés entre établissements bénéficiaires du projet (aller et retour)
5. Santé environnementale : activités de promotion de la santé axées sur la prévention du paludisme et la lutte contre les vecteurs dans la zone de santé de Bili.

Calendrier du projet1

1er trim. 2017	Phase préparatoire du projet Paludisme
Avril 2017	Enquête sur la mortalité et l'accès aux soins, étude anthropologique, formations
Juillet 2017	Début du projet Paludisme
Décembre 2017	17 centres de santé bénéficient d'un soutien
Avril 2018	Soutien au Centre de santé de Baya, hospitalisations comprises.
2ème trim 2018	2ème. enquête de mortalité
Août 2018	Dernière phase de la montée en puissance des activités de soins curatifs au niveau des communautés (30 postes de santé sur 33 et 11 sites de santé communautaires sur 12) pour un total de 58 structures bénéficiant d'un soutien (sur 62).
Avril 2019	3ème enquête de mortalité Etude des coûts (publiée en juillet 2019)
Mai 2019	Enquête sur les ruptures de stock
Juin 2019	Soutien aux services d'hospitalisation dans les centres de santé de Gbangi et Pandu.
Novembre 2019	Fin de l'intervention MSF et départ de Bili.

Motifs de l'évaluation / Justification

En plus de la documentation relative à la planification et au suivi du projet, la dernière équipe de projet qui a travaillé à Bili a rédigé un document de fin de projet. Des enquêtes sur la mortalité et sur l'accès aux soins, une étude des coûts ainsi qu'une enquête sur les ruptures de stock ont également été menées mais, à ce jour, le projet n'a pas été évalué. Il est donc intéressant maintenant de mener une évaluation externe et objective du projet.

Objectif général et usage attendu de l'évaluation

L'évaluation a pour but d'évaluer le projet de Bili depuis son lancement en 2017 jusqu'à sa clôture en 2019. Elle se penche essentiellement sur l'examen de sa pertinence, de sa cohérence, de son efficacité, de son efficience, de son impact et des relations créées ou renforcés et enfin de sa pérennité, en accordant une attention particulière à la prise en charge communautaire des cas de paludisme ou à la PEC-C (prise en charge intégrée des cas dans la communauté) dans la mesure où elle a été mise en œuvre.

Elle cherche à analyser les réalisations, les difficultés rencontrées, et à documenter les enseignements tirés. Les observations et les recommandations produites par cette évaluation seront utilisés par MSF pour éclairer ses décisions et améliorer la mise en œuvre de futurs projets en RDC et dans des contextes semblables.

[1] Calendrier établi à partir des informations collectées dans les documents ARO 2018 (pour 2019) et dans les documents de fin de projet (déc. 2019)). Le projet a connu quelques retards dans sa mise en œuvre par rapport au planning. Ce calendrier est celui de la mise en œuvre réelle du projet.

Questions d'évaluation

Dans quelle mesure le projet de Bili était-il pertinent ?

- *Est-ce qu'une évaluation indépendante des besoins a été effectuée ?*
- *Est-ce que les objectifs du projet et les activités associées ont répondu aux besoins identifiés, y compris en termes de plaidoyer ?*
- *Comment les activités ont-elles tenu compte des priorités déterminées par le ministère de la santé, aux différents niveaux de la pyramide sanitaire (national, local, communautaire) ?*

Dans quelle mesure la conception et la mise en œuvre du projet étaient-elles pertinentes ?

- *Est-ce que la stratégie et le modèle de financement étaient pertinentes pour atteindre les objectifs ?*
- *Est-ce que MSF était suffisamment proche de la population cible pour comprendre sa situation ainsi que l'évolution possible de ses besoins (proximité) ?*
- *Est-ce que des ajustements pertinents et opportuns ont été apportés en réponse aux changements de l'environnement ?*
- *Comment le projet a-t-il tenu compte des autres acteurs ?*

Dans quelle mesure les objectifs convenus ont-ils été atteints ?

- *Les activités ont-elles été réalisées comme initialement prévu ?*
- *Quelles étaient les raisons de la réalisation ou non-réalisation des objectifs ?*
- *Quelles étaient les limites/opportunités inhérentes à l'approche ?*
- *Dans quelle mesure les résultats obtenus sont-ils alignés sur les normes de qualité ? (directives MSF, normes OMS, etc.)*

Dans quelle mesure le projet était-il efficace ?

- *Comment est-ce que MSF a utilisé les ressources disponibles (internes et externes, ressources humaines, logistique, fournitures, fonds) pour qu'elles soient utilisées de façon efficace et avec des économies d'échelle ?*

Quel a été l'impact du projet ?

- *Le projet a-t-il contribué à modifier l'accès aux soins de santé et l'état de santé général de la population cible ? Le projet a-t-il entraîné des changements de politique ?*
- *Qu'est-ce que les bénéficiaires et les autres parties prenantes directement concernées par le projet ont ressenti comme effets de l'intervention à leur égard ?*
- *Y a-t-il eu un impact imprévu (positif ou négatif) en lien avec la présence de MSF*

Dans quelle mesure les résultats obtenus par le projet ont-ils été durables ?

- *Est-ce que la stratégie de sortie (y compris le volet plaidoyer et la passation des activités) a été planifiée et mise en œuvre en conséquence ?*
- *La stratégie de sortie a-t-elle tenu compte de difficultés potentielles et comment ont-elles été abordées ?*
- *Quelles capacités et ressources locales ont été identifiées ? Comment le projet les a-t-il associées, en particulier dans une perspective de pérennité ?*
- *Y a-t-il des facteurs favorables ou obstacles spécifiques à la pérennité dans le contexte de Bili ?*
- *Est-ce que certains éléments généraux peuvent être reproduits dans d'autres contextes ?*

Résultats attendus

1. Un rapport initial comprenant :
    a. Un examen préliminaire des documents (projet, contexte et parties prenantes)
    b. Une méthodologie détaillée pour définir les questions à poser lors de l'évaluation
    c. Si nécessaire, un ensemble plus affiné de questions à poser lors de l'évaluation
    d. Un cadre théorique (matrice) qui relie les critères de jugement, les questions, les indicateurs, les sources de données et les méthodes de collecte de données (y compris les questions orientées)
    e. Un descriptif détaillé des activités, des rôles et des responsabilités
2. Restitution/débriefing à la fin de la visite sur le terrain avec l'équipe de la mission pour partager un premier retour d'information et des observations
3. Présentation et atelier avec le commissionnaire et le groupe de consultation pour présenter les conclusions et apporter conjointement des recommandations
4. Rapport d'évaluation final en français ou en anglais (30 pages maximum) comprenant un résumé, la méthodologie et ses limites, l'analyse et les conclusions.
5. Présentation du rapport final. Toute activité de diffusion supplémentaire sera soumise à un accord préalable.

Conditions pratiques de la mise en œuvre de l'évaluation

Calendrier de l'évaluation	**Commencer dès que possible**. Rapport final prévu pour le 30 octobre 2020.

Le projet de Bili est terminé, mais étant donné les contraintes actuelles de la Covid-19, il est prévu d'effectuer l'évaluation à distance.

Profil/Exigences : Le ou les évaluateur(s)

- Compétences en matière d'évaluation, avec une expérience concrète de la conduite d'évaluations
- Solide expérience en gestion de projets humanitaires, en particulier dans la fourniture de soins de santé
- Idéalement, formation en santé publique/épidémiologie/économie de la santé
- Expérience de travail dans des pays à faible/moyen revenu - expérience en RDC hautement souhaitable
- Compétences avancées en matière de communication et de relations interpersonnelles
- Exigences linguistiques : Français courant et bon anglais
- La connaissance préalable du mode de fonctionnement de MSF serait un atout
- Une expérience dans les interventions de PEC-C serait un atout

Comment postuler :

Les équipes ou personnes intéressées doivent soumettre au plus tard **le 13 mars 2020** une lettre de motivation à linda.ohman@stockholm.msf.org avec la référence BILIC.

Les candidatures seront évaluées en fonction de la bonne compréhension des principaux résultats attendus (conformément au présent mandat de mission), d'une méthodologie pertinente pour

atteindre les résultats prévus et de la capacité de l'évaluateur (ou des évaluateurs) à assurer cette mission (avec un CV individuel joint à la lettre de motivation, ainsi que les références de travaux/missions antérieurs, certification, etc.). La candidature doit comporter une réflexion sur la manière dont le respect des normes éthiques en matière d'évaluation sera pris en compte tout au long de l'évaluation. La candidature peut être rédigée en français ou en anglais.

Les candidatures devront inclure séparément le chiffrage de l'ensemble des services/travaux. Le budget proposé devra présenter les honoraires des consultants en fonction du nombre de jours de travail prévus sur l'ensemble du mandat. Les frais de déplacement ne doivent pas figurer car l'Unité d'évaluation de Stockholm les organisera et les prendra en charge. MSF ne verse pas d'indemnités journalières de défraiement (per diem).

ANNEXE 3 : LISTE DES INFORMATEURS CLÉS

DATE	NAME	ROLE
23.09.2020	Jo Robays	Actuellement coordinateur pour la recherche opérationnelle OCB /directeur de LUXOR – ancien référent paludisme
23.09.2020	Desire Kimanuka	Coordinateur terrain à Bili en 2019
28.09.2020	Emily Dubuisson	Chargé du plaidoyer en RDC de 2018 à 2020
30.09.2020	Stephanie Dreze	Conseiller régional humanitaire OCB
30.09.2020	Mea Ghislaine	Infirmière outreach Bili en 2019
30.09.2020	Martin De Smet	Chef du groupe de travail inter-sections sur le paludisme– Référent OCB pour les soins de santé primaires et la PEC-C
01.10.2020	Frederick van der Schriek	Fin-co pour la RDC de 2016 à 2018 et Chef de mission en 2019
01.10.2020	Guillaume Jouquet	Evaluateur économique – a conduit l'évaluation de 2019
02.10.2020	Clara Karlson	Coordinateur RH pour la RDC jusqu'en janvier 2019, actuellement HR Cellule
05.10.2020	Maria Mashako	Coordinateur médical adjoint pour la RDC
05.10.2020	Orianne Mellini	Coordinateur du projet de Bili en 2018-2019
08.10.2020	Ahmed Abd-elrahman	Coordinateur adjoint de la cellule médicale (cellule 1)
09.10.2020	Yvonne Nzomukunda	Coordinateur medical de la RDC
28.10.2020	Albert Mudingayi	Conseiller santé du FCDO/DfID en RDC
30.10.2020	Toussaint Selemani	Ancien médecin à Bili
02.11.2020	Primitive Gakima	Focal point MSF Inter-sections
05.11.2020	Marcos Patinio Mayer	Chargé de portefeuille, Fonds Mondial
05.11.2020	Laurie Barnier	Chargé de programme senior, Fonds mondial

ANNEXE 4 : OUTILS DE COLLECTE DE DONNÉES ET CONSENTEMENT DES INFORMATEURS

ENTRETIENS ENTRE LES INFORMATEURS CLÉS DU PERSONNEL MSF ET LES CONSULTANTS

KIIs : Entretiens avec les Informateurs clés – Personnel MSF et consultants
Introduction et Consentement de l'informateur
Bonjour, je m'appelle **Caterina Monti** et je suis la consultante principale de l'évaluation du projet de Bili, avec **Mary Kante**, qui est co-consultante. L'évaluation a été commanditée par **Ahmed Abd El-Rahman**, Coordinateur médical adjoint des opérations pour MSF OCB, cellule 1, et la coordinatrice de l'évaluation est **Kristen Bègue** qui travaille pour l'Unité d'évaluation de MSF Stockholm. **Description de l'évaluation et de votre participation** : L'objectif est de discuter avec l'ancien personnel sur le terrain à Bili et le personnel du projet de la pertinence et de la pérennité du projet, des difficultés et des réalisations, afin de collecter les enseignements et les leçons tirés à Bili pour qu'ils soient utilisés dans les interventions que MSF conduit en ce moment ou conduira par la suite dans des contextes et des zones géographiques de même type. En acceptant de participer, vous devrez simplement répondre à quelques questions et ça vous prendra environ 30 à 45 minutes. **L'intérêt de votre participation** : vos informations aideront MSF à améliorer et mieux cibler les services fournis dans de prochaines interventions et à aborder les problèmes en rapport avec la conception de la stratégie et la mise en œuvre du projet. **Risques et désagréments** : Votre participation à cette enquête n'entraîne aucun risque pour vous et ne vous mettra pas dans une situation embarrassante, je vais juste prendre un peu de votre temps. **Protection de la confidentialité** : Toutes les informations recueillies seront confidentielles, archivées dans des documents protégés par des mots de passe et que je suis seule à gérer. Les données recueillies seront analysées dans leur ensemble, de sorte qu'on ne pourra pas établir de lien entre vous et une information spécifique. La liste des informateurs ne sera pas divulguée avant la publication du rapport et aucun de vos anciens collègues ne saura que je vous ai parlé. Au cas où le rapport citerait précisément certains de vos propos pour apporter des éclaircissements aux observations, votre nom n'apparaîtra évidemment pas et vous serez cité comme "personnel MSF sur le terrain/au siège". **Participation volontaire** : Votre participation à cette évaluation relève entièrement de votre volonté. Vous pouvez dès maintenant choisir de ne pas participer et vous pouvez arrêter votre participation à tout moment au cours de cet entretien. **Personne à contacter** : Si vous avez des questions ou des préoccupations concernant cette étude ou si le moindre problème se présente, vous pouvez me contacter. Vous pouvez également contacter directement l'Unité d'évaluation de Stockholm (SEU) et vous adresser à Kristen Bègue.

Avez-vous des questions ?

Si vous êtes d'accord avec les déclarations ci-dessus, je vous demande l'autorisation de commencer

Informations générales

Nom: ……

Fonction(s) au siège/en RDC/dans le projet de Bili …… de…… à ……

Introduction générale

- Pouvez-vous me donner un aperçu très général du projet de Bili à partir de vos souvenirs et de votre vécu sur place ?

- Pouvez-vous me dire quel était votre rôle et/ou votre implication dans le projet Bili, et m'indiquer la période pendant laquelle vous avez été employé(e) et les tâches que vous deviez accomplir ?

Pertinence

- Je souhaite vous demander si vous avez le souvenir qu'une évaluation indépendante des besoins avait été effectuée à Bili ? Je veux parler de la transition entre la réponse d'urgence et la mise en place du projet final qui portait essentiellement sur le paludisme. Pouvez-vous me donner des détails sur les résultats de cette évaluation, des indications qu'elle a fournies et des discussions au niveau du projet/pays/siège concernant ces résultats ? Y a-t-il, à votre avis, des résultats qui étaient destinés à être considérés différemment ? Des résultats qui auraient pu conduire à une approche différente et/ou à une conception différente du projet ?

- Parlons maintenant de la conception du projet après l'évaluation : est-ce que les objectifs du projet et les activités correspondantes répondaient aux besoins identifiés ? Dans quelle mesure ? Pouvez-vous expliquer plus en détail la stratégie de plaidoyer qui sous-tendait cette intervention ? En quoi était-elle pertinente pour l'intervention elle-même ? Quel était son objectif principal ?

- Pouvez-vous également suggérer toute activité qui, selon vous, aurait dû faire partie de cette intervention et ne l'a pas été ? Ou toute activité qui a été incluse à la place mais qui n'était pas nécessairement pertinente par rapport à la portée du projet et/ou qui n'était pas adaptée aux besoins et aux priorités des communautés ?

- En ce qui concerne la pertinence du projet pour le MSP congolais, pouvez-vous expliquer si les priorités déterminées par le Ministère, à différents niveaux de la pyramide sanitaire (national, local, communautaire) ont été prises en compte et jugées également pertinentes pour ce projet ? Pouvez-vous vous rappeler quelles étaient ces priorités et comment elles ont été traduites ou incorporées dans le projet ?

Concept et cohérence du projet

- Pouvez-vous décrire plus en détail la stratégie définie pour ce projet ? Est-ce qu'elle a permis d'atteindre les objectifs fixés dans le cadre logique ? Avez-vous des suggestions sur

la manière dont on aurait pu l'améliorer et/ou l'adapter au contexte ? Qu'en est-il du modèle financier ? Était-il approprié ? Pouvez-vous me le décrire ?

- Est-ce que vous vous souvenez si le volet "sensibilisation" avait été défini à ce stade de la conception du projet ? Est-ce que ses composantes et ses objectifs répondaient à un calendrier défini et est-ce qu'ils étaient spécifiques ? Pouvez-vous me donner votre impression à ce sujet ?

- Est-ce que vous souvenez si le projet a été adapté/révisé en fonction des changements de contexte ? Quels étaient ces changements de contexte ? Quelles étaient les adaptations mises en place ? Est-ce qu'elles étaient appropriées ? Est-ce qu'elles étaient opportunes ? Avez-vous des commentaires ou des remarques à faire à ce sujet ?

- Pourriez-vous me dire si MSF était suffisamment proche de la population cible pour comprendre sa situation ainsi que les changements éventuels de ses besoins ? Pouvez-vous me décrire la stratégie mise en place pour mobiliser la communauté, pour la sensibiliser au projet et pour rechercher sa participation et son engagement ? À votre avis, est-ce que cette stratégie a bien fonctionné ? Si ce n'est pas le cas, qu'est-ce qui devrait être amélioré dans le cadre d'une intervention de même type, selon vous ?

- Est-ce que le projet a tenu compte des autres acteurs ? Quels étaient ces acteurs, est-ce que c'était par exemple le personnel du Ministère de la santé ? Comment ces acteurs ont-ils été engagés et impliqués et à quel moment du projet ? C'était pendant sa conception, ou au cours de la conception et de la mise en œuvre, le suivi, etc. ? Quel est votre point de vue concernant l'inclusion des autres acteurs ? Pouvez-vous me dire comment cet aspect pourrait être amélioré ?

Efficacité

- Pensez-vous qu'il y a eu des lacunes, des problèmes ou des difficultés dans la mise en œuvre du projet ? Si oui, pouvez-vous expliquer quels étaient problèmes et comment ils sont survenus ? Soyez précis, et faites référence, par exemple, à votre propre domaine et à votre rôle dans le projet. Est-ce que ces problèmes ont été traités et corrigés à temps par MSF ? Si non, pourriez-vous expliquer comment ils ont pu être des obstacles à la réalisation des objectifs du projet ?

- Est-ce que vous vous souvenez si des changements ont été apportés au projet et à ses activités pendant qu'il était en cours ? Si oui, vous souvenez-vous pourquoi ces changements ont été apportés et s'ils ont effectivement contribué à améliorer la mise en œuvre du projet ?

- Je crois savoir que l'approche de lutte contre le paludisme mise en œuvre à Bili était quelque peu nouvelle et "expérimentale" pour MSF. Est-ce que vous partagez ce point de vue, l'avez-vous vécu comme une approche expérimentale ? Pouvez-vous m'en dire plus sur les opportunités que cette approche a ouvertes mais aussi sur ses limites, et sur la manière dont elles ont impacté les résultats et les réalisations du projet ?

- En ce qui concerne le contrôle du projet, pouvez-vous me parler de manière générale du système de contrôle et d'évaluation et des indicateurs utilisés ? Comment les objectifs et les résultats du projet étaient-ils suivis ? Est-ce que certains indicateurs du projet étaient moins performants que d'autres ? Si oui, quelle a été l'approche adoptée pour redresser ces indicateurs ?

- À votre connaissance, les objectifs du volet plaidoyer ont-ils été atteints ? Si ce n'est pas le cas ou s'ils n'ont été que partiellement atteints, pourquoi ?

Efficience
- Pensez-vous que cette intervention a été économiquement valable et rentable ? Pensez-vous que les ressources utilisées auraient pu être allouées différemment ou mieux ? Par ressources, je ne parle pas seulement du budget mais aussi des ressources humaines, de la logistique, de l'approvisionnement et de toute autre dépense en rapport avec le projet.
Impact
- Pourriez-vous nous dire ce qui, à votre avis, a changé pour les communautés ciblées depuis le début de l'intervention ? Pouvez-vous être très précis et donner des exemples avant/après, notamment en ce qui concerne l'accès aux services de santé, la réduction de la morbidité et de la mortalité infantile, la coordination et la collaboration avec d'autres autorités, etc. Si vous pensez que cette intervention a eu un impact positif sur les communautés ciblées, pensez-vous que cet impact se poursuivra à long terme ? - Pouvez-vous également m'expliquer si le projet a entraîné des changements de politique, tant au niveau national/local qu'au sein de MSF ? Si oui, quels étaient ces changements et est-ce qu'ils pourraient être durables ? - Pensez-vous que cette intervention a eu des effets négatifs sur les communautés ? Si oui, pourriez-vous décrire ces effets et indiquer si l'organisation en a été informée à temps pour y remédier ? - Pensez-vous que cette intervention a eu des conséquences involontaires et secondaires sur les communautés ? Par exemple, quelque chose qui s'est produit à la suite des activités, mais qui était complètement inattendu ?
Pérennité
- Quels sont les efforts entrepris par MSF pour assurer la pérennité de l'approche utilisée dans le projet, notamment vis-à-vis des ressources et du renforcement des capacités afin de garantir une certaine durée dans le temps ? Comment évaluez-vous ces efforts ? Est-ce qu'ils ont produit des résultats positifs ? Si ce n'est pas le cas, pouvez-vous me dire pourquoi ? - Est-ce qu'une stratégie de sortie avait été préparée avant la clôture du projet ? Pouvez-vous m'en communiquer les détails, en particulier en ce qui concerne certains aspects comme par exemple le plaidoyer, la collaboration avec le MSP, le soutien et l'engagement de la communauté, etc. À votre avis, cette stratégie de sortie a-t-elle été mise en œuvre en conséquence ? Si non, en connaissez-vous les raisons ? Quels étaient les principales difficultés ? - Pouvez-vous me faire part de vos réflexions sur les éléments qui auraient pu spécifiquement améliorer la pérennité du projet et sur ce qui a été perçu comme des obstacles à la pérennité dans ce contexte ? - Quels sont les éléments de Bili qui pourraient ou devraient être reproduits ailleurs ? Comment et avec quelles modifications et ajustements ?

KIIS : ENTRETIENS AVEC LES INFORMATEURS CLÉS (PARTIES PRENANTES EXTERNES) : MSP, AUTORITÉS GOUVERNEMENTALES, INSTITUTIONS, AUTRES ONG

KIIs : Entretiens avec les Informateurs clés externes (non MSF)

Introduction et consentement de l'informateur

Bonjour, je m'appelle **Caterina Monti** et je suis la consultante principale du projet d'évaluation Bili, avec **Mary Kante**, qui est la co-consultante. L'évaluation a été commanditée par **Ahmed Abd El-Rahman**, Coordinateur médical adjoint des opérations pour MSF OCB, cellule 1, et la coordinatrice de l'évaluation est **Kristen Bègue** qui travaille pour l'Unité d'évaluation de MSF Stockholm.

Description de l'évaluation et de votre participation : L'objectif est de discuter avec les parties prenantes en lien avec le projet de Bili de la pertinence et de la pérennité du projet, des difficultés et des réalisations, afin de collecter les enseignements et leçons tirés à Bili pour qu'ils soient utilisés dans les interventions que MSF conduit en ce moment ou conduira dans des contextes et des zones géographiques de même type. En acceptant de participer, vous devrez simplement répondre à quelques questions ce qui vous prendra environ 30 à 45 minutes.

L'intérêt de votre participation : vos informations aideront MSF à améliorer et mieux cibler les services fournis dans le cadre des prochaines interventions et à traiter les problèmes en rapport avec la conception de la stratégie et la mise en œuvre du projet.

Risques et désagréments : Votre participation à cette enquête n'entraîne aucun risque pour vous ni ne vous mettra dans une situation embarrassante, je vais juste prendre un peu de votre temps.

Protection de la confidentialité : Toutes les informations recueillies seront confidentielles, archivées dans des documents protégés par des mots de passe et je suis seule à les gérer directement. Les données recueillies seront analysées dans leur ensemble, de sorte qu'on ne pourra pas établir de lien entre vous et une information spécifique. Au cas où le rapport citerait précisément certains de vos propos pour justifier l'explication des conclusions, votre nom n'apparaîtra évidemment pas et vous serez cité comme "partie prenante".

Participation volontaire : Votre participation à cette évaluation relève entièrement de votre volonté. Vous pouvez dès maintenant choisir de ne pas participer et vous pouvez arrêter votre participation à tout moment lors de cet entretien.

Personne à contacter : Si vous avez des questions ou des préoccupations concernant cette étude ou si le moindre problème se présente, vous pouvez me contacter. Vous pouvez également contacter directement l'Unité d'évaluation de Stockholm et vous adresser à Kristen Bègue.

Avez-vous des questions ?

Si vous êtes d'accord avec les déclarations ci-dessus, je vous demande l'autorisation de commencer

Informations générales

Nom: ……

Fonction(s) dans le projet de Bili …… de…… à …… ……

Introduction générale
- Pouvez-vous me donner un aperçu très général du projet Bili à partir de vos souvenirs et de votre vécu sur place ? - Pouvez-vous me dire quel était votre rôle et/ou votre implication dans le projet Bili, et m'indiquer la période pendant laquelle vous y étiez engagé et la contribution que vous avez apportée ?
Pertinence
- J'aimerais vous demander si vous pensez que l'intervention de MSF pour le paludisme à Bili était pertinente vis-à-vis des besoins des bénéficiaires, et rentrait dans la stratégie du MSP pour cette région en fonction des différents niveaux de la pyramide sanitaire (national, local, communautés) - Pouvez-vous également suggérer toute activité qui, selon vous, aurait dû faire partie de cette intervention et ne l'a pas été ? Ou toute activité qui a été incluse à la place mais qui n'était pas nécessairement pertinente par rapport à la portée du projet et/ou qui n'était pas adaptée aux besoins et aux priorités des communautés ?
Conception et cohérence du projet
- Pourriez-vous me dire si MSF était suffisamment proche de la population cible pour comprendre sa situation ainsi que les changements éventuels de ses besoins ? Pouvez-vous me décrire la stratégie mise en place pour mobiliser la communauté, pour la sensibiliser au projet et pour rechercher sa participation et son engagement ? À votre avis, est-ce que cette stratégie a bien fonctionné ? Si ce n'est pas le cas, qu'est-ce qui devrait être amélioré dans le cadre d'une intervention de même type, selon vous ? - Est-ce que d'autres acteurs ont été pris en compte dans ce projet, comme par exemple le personnel du Ministère de la santé ? Comment étiez-vous personnellement engagé et impliqué et à quel moment du projet : lors de sa conception, ou au cours de la conception et de la mise en œuvre, au niveau du contrôle, etc. ? Quel est votre point de vue concernant l'inclusion des autres acteurs ? Pouvez-vous me dire comment cet aspect pourrait être amélioré ?
Efficacité
- Pensez-vous qu'il y a eu des lacunes, des problèmes ou des difficultés dans la mise en œuvre du projet ? Si oui, pouvez-vous expliquer quels étaient les problèmes et comment ils sont survenus ? Soyez précis, et faites référence, par exemple, à votre propre domaine et à votre rôle dans le projet. Est-ce que ces problèmes ont été traités et corrigés à temps par MSF ? Si non, pourriez-vous expliquer comment ils ont pu être des obstacles à la réalisation des objectifs du projet ? - Est-ce que vous vous souvenez si des changements ont été apportés au projet et à ses activités pendant qu'il était en cours ? Si oui, pouvez-vous vous rappeler pourquoi ces changements ont été apportés et est-ce qu'ils ont effectivement contribué à améliorer la mise en œuvre ? - Je crois savoir que l'approche de lutte contre le paludisme mise en œuvre à Bili était quelque peu nouvelle et "expérimentale" pour MSF. Est-ce que vous le ressentez ainsi, ou vous l'avez vécu ainsi ? Pouvez-vous m'en dire plus sur les possibilités que cette approche a ouvertes et sur ses limites, et sur la manière dont elles ont impacté les résultats et les réalisations du projet ?
Impact

- Pourriez-vous nous dire ce qui, à votre avis, a changé pour les communautés ciblées depuis le début de l'intervention ? Pouvez-vous être très précis et donner des exemples avant/après, notamment en ce qui concerne l'accès aux services de santé, la réduction des morbidités et de la mortalité infantile, la coordination et la collaboration avec d'autres autorités, etc. Si vous pensez que cette intervention a eu un impact positif sur les communautés ciblées, pensez-vous que cet impact se poursuivra à long terme ?

- Pouvez-vous également m'expliquer si le projet a entraîné des changements de politique, au niveau national/local ? Si oui, quels étaient ces changements et est-ce qu'ils pourraient rester durables ?

- Pensez-vous que cette intervention a eu des effets négatifs sur les communautés ? Si oui, pourriez-vous décrire ces effets et indiquer si l'organisation en a été informée à temps pour y remédier ?

- Pensez-vous que cette intervention a eu des conséquences involontaires et secondaires sur les communautés, comme par exemple, quelque chose qui s'est produit à la suite des activités, mais qui était complètement inattendu ?

Pérennité

- Quels sont les efforts entrepris par MSF pour assurer la pérennité de l'approche utilisée dans le projet, notamment vis-à-vis des ressources et du renforcement des capacités afin de garantir une certaine durée dans le temps ? Comment évaluez-vous ces efforts ? Est-ce qu'ils ont produit des résultats positifs ? Si ce n'est pas le cas, pouvez-vous me dire pourquoi ?

- Est-ce qu'une stratégie de sortie avait été préparée avant la clôture du projet ? Pouvez-vous m'en communiquer les détails, en particulier en ce qui concerne la collaboration avec le MSP, ou qui étaient plus spécifique à votre rôle dans le projet ? À votre avis, cette stratégie de sortie a-t-elle été mise en œuvre en conséquence ? Si non, en connaissez-vous les raisons ? Quels étaient les principales difficultés ?

- Pouvez-vous me faire part de vos réflexions sur les éléments qui auraient pu spécifiquement améliorer la pérennité du projet et sur ce qui a été perçu comme des obstacles à la pérennité dans ce contexte ?

Stockholm Evaluation Unit
http://evaluation.msf.org/
Médecins Sans Frontières

Rédigé de façon indépendante par
Caterina Monti et Mary Kante (December 2020)