

Rapport de l'Evaluation du projet pilote
« Renforcement du secteur de la santé en RDC par l'établissement d'un partenariat
entre hôpitaux en Belgique et en RDC et la formation du personnel du santé
congolais »

Organisation Internationale pour les Migrations

Avril 2009



IOM International Organization for Migration
OIM Organisation Internationale pour les Migrations
OIM Organización Internacional para las Migraciones



TABLE DES MATIÈRES

1. REMERCIEMENTS	3
2. RÉSUMÉ	4
3. INTRODUCTION	5
3.1 LE CONCEPT DU MIDA ET LE PROJET PILOTE MIDA SANTÉ	5
3.2 OBJECTIF ET MÉTHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION.....	6
4. ÉLÉMENTS DU PROJET PILOTE	6
4.1 FORMATION AU SEIN DES HÔPITAUX HÔTES À BRUXELLES	8
4.2 SOUTIEN MATÉRIEL	11
4.3 PARTENARIAT ENTRE HÔPITAUX HÔTES ET L'HÔPITAL BÉNÉFICIAIRE.....	12
4.4 ÉTABLISSEMENT D'UN RÉSEAU D'ÉCHANGE.....	12
5. PERFORMANCE DES ACTIONS DU PROJET PILOTE	13
5.1 MISSION D'IMMERSION DES STAGIAIRES	13
5.2 MISSION DE SUIVI DES TUTEURS	16
5.3 MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS	17
5.4 RENFORCEMENT DES LIENS AVEC LA DIASPORA CONGOLAISE.....	20
6. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	22

ANNEXE 1 Termes de références de l'évaluation

ANNEXE 2 Liste d'interviews à Bruxelles et agenda de la mission d'évaluation à Kinshasa

ANNEXE 3 Bibliographie – documents revus

ANNEXE 4 Sélection de photos

1. REMERCIEMENTS

Nous remercions toutes les personnes qui ont contribué à cette évaluation :

- Le Ministre de la Santé et les représentants du Ministère de la Santé Publique en République Démocratique du Congo (RDC);
- Les diplomates et fonctionnaires de l'Ambassade belge ;
- Le médecin directeur et les stagiaires de l'Hôpital pédiatrique de Kalembe Lembe à Kinshasa ;
- Le personnel de l'Hôpital pédiatrique de Kalembe Lembe et des maternités et cliniques ayant assisté à la formation ;
- Le directeur médical adjoint des Cliniques de l'Europe, Site St-Michel ;
- Les tuteurs des Cliniques de l'Europe Site St-Elisabeth et des Cliniques Universitaires Saint-Luc à Bruxelles
- Les représentants de la Croix Rouge de Belgique et de RDC ;
- Les membres du Comité du pilotage du projet ;
- Les fonctionnaires de la Direction générale de la Coopération au développement (DGCD) ;
- Les responsables du Projet pilote à l'Organisation Internationale pour les Migration (OIM) à Bruxelles et à Kinshasa ainsi que le Département de Migration et santé de l'OIM ;
- La coordinatrice nationale du Programme MIDA en RDC et son équipe.

Tete S. Amouh
OIM Harare

Jennifer Hollings
OIM Bruxelles

2. RÉSUMÉ

Lancé le 1 décembre 2006 sous la direction de l'OIM et en partenariat étroit avec les Cliniques de l'Europe à Bruxelles, le projet pilote « *Renforcement du secteur de la santé en RDC par l'établissement d'un partenariat entre hôpitaux en Belgique et en RDC et la formation du personnel de santé congolais* » s'intègre dans un processus de structuration des professionnels de santé issus de la diaspora. Conçu au départ pour une période de 15 mois (12 mois d'opérations et 3 mois d'évaluation), le projet a connu un retard lié aux deux grèves nationales du personnel de santé en RDC en 2007 et 2008. Les opérations principales du projet se sont terminées en avril 2008.

Dans le cadre du projet, un stage de trois mois a été organisé pour deux équipes congolaises, formées chacune par un médecin et un infirmier en soins intensifs et en néonatalogie, dans deux sites différents à Bruxelles (les Cliniques de l'Europe : Site St-Elisabeth et les Cliniques universitaires St-Luc). Une équipe belge de quatre tuteurs a ensuite effectué la mission de suivi à l'Hôpital pédiatrique de Kalembe Lembe (KLL) à Kinshasa en avril 2008 pour continuer à renforcer les capacités locales. Au cours du projet, un soutien matériel a également été fourni et le développement de liens avec la diaspora congolaise résidant en Belgique ont été soutenus.

Tel qu'indiqué dans les termes de référence de l'évaluation du projet pilote, le présent rapport vise à étudier dans quelle mesure les objectifs du projet ont été atteints et si ce type de partenariat devrait être dupliqué dans le cadre des activités futures du programme MIDA Grands Lacs de l'OIM. Le rapport commence par une introduction au concept de « Migration pour le développement en Afrique » et des éléments principaux du projet. La performance des activités est ensuite analysée avant de conclure et de proposer des recommandations.

L'évaluation a été effectuée par l'OIM entre septembre 2008 et janvier 2009 et a consisté en une analyse des documents de projet, une série d'interviews à Kinshasa et Bruxelles, et l'observation des services ciblés pendant la mission à Kinshasa. L'équipe d'évaluation n'a pas été impliquée dans la mise en œuvre du projet et représente le Département de Migration et santé de l'OIM.

D'une manière générale, l'équipe d'évaluation estime que l'objectif de contribuer au renforcement du secteur de la santé en RDC par le biais d'un partenariat entre les hôpitaux hôtes en Belgique et un hôpital bénéficiaire en RDC est atteint. L'élaboration des protocoles de traitement et des fiches techniques par les stagiaires, l'ouverture d'un nouveau service de néonatalogie à KLL, l'organisation des formations à Kinshasa, et le développement des recommandations des tuteurs sont parmi les résultats les plus importants. Quant aux objectifs spécifiques, il faut noter que le renforcement des liens entre les professionnels de santé en RDC et ceux issus de la diaspora congolaise en Belgique est moins apparent.

Ayant en tête les difficultés du secteur santé en RDC, l'équipe d'évaluation conclut que ce type de partenariat peut être répliqué dans le cadre du Programme MIDA. Néanmoins, il est conseillé qu'une future initiative tienne compte des recommandations élaborées dans ce rapport.

3. INTRODUCTION

3.1 Le concept du MIDA et le projet pilote MIDA santé

Entre les années 60 et 80, le secteur de la santé publique congolais avait développé une réputation d'excellence et d'innovation, tant sur le plan institutionnel, que sur celui de la recherche et du financement. Ces performances se sont effritées au cours des années 1980 du fait du manque d'investissements, de la négligence et de la mauvaise gestion. Un coup fatal a été porté dans les années 1990 avec l'arrêt du soutien des partenaires extérieurs et la longue descente dans les années de conflit.

En 2006, le gouvernement de la RDC conscient de ce fait, s'était donné la tâche impérative de relancer la Politique Nationale de Santé et le Plan Directeur de Développement Sanitaire, en développant une Stratégie de Renforcement du Système de Santé Congolais. Cette stratégie vise à créer un cadre d'action synergique par le Gouvernement, les partenaires tant locaux d'internationaux, en vue d'améliorer l'état de santé de la population congolaise.

Face au phénomène de la fuite des cerveaux notamment dans le secteur santé, l'OIM a depuis quelques années consacré ses forces à développer des stratégies visant à renverser la balance de 'la fuite des cerveaux' en un 'gain de cerveaux'. Plus particulièrement, l'OIM a lancé le programme MIDA (Migration pour le Développement en Afrique) qui a pour objectif général de mettre à profit l'expérience, le savoir-faire et les ressources des diasporas africaines basées en Europe pour le développement socio-économique de leurs pays d'origine. MIDA Grands Lacs fut initié en 2001 et est mis en œuvre par l'OIM en partenariat avec les gouvernements de la RDC, du Burundi et du Rwanda et avec le soutien financier de la Direction générale de la Coopération au développement (DGCD) du Gouvernement du Royaume de Belgique.

En complémentarité avec les interventions du programme MIDA Grands Lacs dans le secteur de la santé, l'OIM a développé en 2006, le présent projet de MIDA Santé dont l'objectif est de contribuer au renforcement du secteur de la santé en RDC par l'instauration d'un partenariat entre un hôpital hôte en Belgique et un hôpital bénéficiaire en RDC, avec l'appui de l'expertise de la diaspora médicale congolaise. Ceci en effet vient corroborer les axes stratégiques mis en place par le gouvernement c'est-à-dire : *la Revitalisation des zones de santé et correction des distorsions induites au niveau périphérique; le Développement des ressources humaines pour la Santé (RHS) ; et le Renforcement du partenariat intra et inter sectoriel*. En effet, outre la nécessité de subvenir aux besoins critiques de santé de la population congolaise, la réhabilitation du système de santé par l'amélioration des capacités des institutions médicales s'inscrit également dans une démarche visant indirectement à atténuer, voire contrebalancer, le phénomène de fuite des cerveaux dans le secteur de la santé en RDC.

Le Dr Ilunga, Directeur médical adjoint auprès des Cliniques de l'Europe et membre de la diaspora congolaise en Belgique, a exprimé la volonté et l'intérêt de son institution à prendre part au projet en tant que partenaire potentiel comme hôpital hôte. En effet, cet hôpital avec une capacité de 716 lits a entre autre une vocation de formation et dispose d'une solide infrastructure et de bonnes capacités en termes de ressources humaines, les Cliniques de l'Europe offrent un cadre de travail adéquat pour la réalisation des divers objectifs du présent projet, notamment la

garantie d'une formation effective des candidats provenant de la RDC. De plus, les Cliniques de l'Europe avaient initié dans le passé un projet similaire de jumelage avec un hôpital du Burkina-Faso. Le projet de coopération fut initié en 2004 et achevé en 2006. Les Cliniques ont pu pleinement bénéficier de cette expérience et en ont par ailleurs tiré des leçons clés pouvant être d'un apport considérable au bon déroulement du présent projet.

De nos jours, les méthodes de pointe et la diversité de médicaments permettent généralement de sauver des vies de bébés, nés prématurément ou à terme, et de prolonger l'espérance de vie. En milieu tropical le nouveau-né a plus de risque de mourir précocement, comparativement aux pays dits développés. Ce partenariat entre hôpitaux en RDC et en Europe, plus précisément à Bruxelles, vise aussi à réduire ce risque, dans ce pays affecté de plus en plus par une instabilité économique et politique chronique.

3.2 Objectif et méthodologie de l'évaluation

Après l'achèvement des activités principales du projet en mai 2008, une équipe d'évaluation a été commissionnée avec objectif général d'étudier dans quelle mesure les objectifs du projet ont été atteints. Étant donné sa nature de projet pilote et surtout les contraintes budgétaires, l'OIM et la DGCD ont choisi des collaborateurs de l'OIM comme évaluateurs, à la condition que ceux-ci ne soient pas impliqués dans la mise en œuvre du projet. Provenant des bureaux de Bruxelles et Harare (Zimbabwe), cette équipe fait partie du Département de Migration et santé de l'OIM.

Selon les Termes de référence (voir Annexe 1) validés en Comité de pilotage, l'évaluation devrait répondre aux questions suivantes :

1. Le projet a-t-il amélioré l'administration des soins de santé à l'Hôpital pédiatrique de KLL et plus particulièrement au sein des départements de soins intensifs pédiatriques et de néonatalogie ?
 - a. Quels ont été les résultats de la mission d'immersion des stagiaires en Belgique ?
 - b. Quels ont été les résultats de la mission de suivi des tuteurs à Kinshasa ?
 - c. L'hôpital a-t-il mis en œuvre les recommandations qui ont suivi le stage en Belgique et la mission de suivi des tuteurs ?
2. Le projet a-t-il permis de renforcer les liens entre les professionnels de la santé issus de la diaspora et le secteur de la santé en RDC ?
3. En conclusion, les évaluateurs devront indiquer si ce type de partenariat doit être dupliqué dans le cadre des activités futures du programme MIDA Grands Lacs et si oui, sous quelles conditions.

La méthodologie d'évaluation a consisté en une revue des documents de projet, une série d'interviews à Bruxelles et Kinshasa, et l'observation des services de soins intensifs et néonatalogie à l'hôpital bénéficiaire au cours d'une mission d'évaluation à Kinshasa.

Bien que les interviews à Bruxelles aient été réalisées en septembre 2008, l'évaluation a connu un retard dû à la grève nationale du personnel de santé en RDC, qui a commencé en août et a

terminé à la fin de l'année. La mission d'évaluation à Kinshasa a eu lieu entre le 26 et 30 janvier 2009.

4. ÉLÉMENTS DU PROJET PILOTE

Dans le contexte du Programme MIDA Grands Lacs de l'OIM, le projet pilote « Renforcement du secteur de la santé en RDC par l'établissement d'un partenariat entre hôpitaux en Belgique et RDC et la formation du personnel de santé congolais » a été lancé le 1 décembre 2006 sous la direction de l'OIM et en partenariat étroit avec les Cliniques de l'Europe à Bruxelles.

Le projet pilote s'intégrait alors dans un processus de structuration des professionnels de santé issus de la diaspora congolaise, démarré en 2006 par la DGCD et l'OIM. Ces deux agences ont organisé dès 2006 plusieurs réunions à l'attention de la diaspora congolaise afin de les mettre en réseau et de discuter avec eux des actions de coopération au développement dans lesquelles ils pouvaient s'intégrer. En particulier, deux réunions ont été organisées par la DGCD avec l'appui de l'OIM, et une réunion intitulée "24heures de la diaspora" a été organisée fin 2006 par l'OIM avec le Ministre de la santé de RDC, le Ministre De Decker, la Directrice adjointe de l'OIM, et quatre représentants de la diaspora congolaise santé.

C'est dans le cadre de ce processus de structuration de la diaspora santé RDC, que l'OIM et les Cliniques de l'Europe ont développé le projet pilote de partenariat entre hôpitaux et l'ont soumis à la DGCD. Conçu au départ pour une période de 15 mois (12 mois d'opérations et 3 mois d'évaluation), le projet a connu un retard lié aux deux grèves nationales du personnel de santé en RDC en 2007 et 2008. Les opérations principales du projet se sont terminées en avril 2008 et l'évaluation a été effectuée entre septembre 2008 et janvier 2009.

L'objectif général de ce projet était de contribuer au renforcement du secteur de la santé en RDC par le biais d'un partenariat entre un hôpital hôte en Belgique et un hôpital bénéficiaire en RDC. Cet objectif comprend deux objectifs spécifiques :

1. Améliorer les soins de santé administrés par l'hôpital bénéficiaire en RDC par le perfectionnement des compétences de son personnel à travers des missions de formation offertes par l'hôpital hôte ;
2. Renforcer les liens entre les professionnels médicaux issus de la diaspora congolaise en Belgique et le secteur de la santé en RDC.

La présente section décrira les quatre éléments du projet et les résultats principaux qui seront ensuite analysés dans la section cinq du rapport :

- Formation au sein des hôpitaux hôtes à Bruxelles
- Soutien matériel
- Partenariat entre hôpitaux hôtes et bénéficiaires
- Établissement d'un réseau d'échange

La coordination de ces activités était sous la responsabilité de l'OIM en coopération avec les Cliniques de l'Europe et en coordination avec le Comité de pilotage. Au cours du projet, l'OIM a organisé quatre réunions du Comité de pilotage avec la participation de la Direction Générale de la Coopération au Développement du Royaume de la Belgique (DGCD), l'Ambassade de la RDC en Belgique, les Cliniques de l'Europe, les tuteurs et stagiaires sélectionnés, des organisations belges actives à l'hôpital bénéficiaire sélectionné (la Croix Rouge de Belgique et Médecins sans Vacances) ainsi que des organisations actives dans le secteur de santé en RDC (MEMISA) et avec la diaspora congolaise (Afro Center Benelux, Cap Santé, HERA, et Tshela).

4.1 Formation au sein des hôpitaux hôtes à Bruxelles

La formation et le suivi des stagiaires de l'hôpital bénéficiaire en RDC représente le point clé du projet et correspond à l'objectif spécifique d'améliorer les soins de santé administrés par l'hôpital bénéficiaire. Les principales activités de sa mise en œuvre consistaient en: l'identification de l'hôpital bénéficiaire, la mission de formation des stagiaires à Bruxelles, et la mission de suivi par les tuteurs.

A. Identification de l'hôpital bénéficiaire

Comme prévu dans le document du projet, la sélection de l'hôpital bénéficiaire s'est basée principalement sur une mission d'identification qui s'est déroulée en mars 2007. Avant cette mission, des critères de sélection ont été approuvés par le Comité de pilotage lors de sa première réunion le 24 janvier 2007 :

- Etat/fonctionnement de l'hôpital
- Synergies et complémentarité du projet avec d'autres activités
- Vocation de formation

Lors de ce comité, il a également été décidé de réduire la visite à deux villes que sont Kinshasa et Lubumbashi pour des raisons financières et logistiques (présence d'un bureau OIM dans ces deux villes). La sélection des hôpitaux à visiter dans ces deux villes a été faite après consultations du Ministère de la santé de la RDC et notamment de la Direction de planification qui a transmis une liste des hôpitaux prioritaires dans ces deux villes (Hôpitaux généraux de référence).

Un questionnaire a également été développé par l'OIM à l'attention des membres de la mission d'identification afin de récolter les informations pertinentes sur les hôpitaux visités. Ce questionnaire s'est basé sur un document utilisé par un des membres du comité de pilotage, l'ONG Médecins sans vacances, qui organise régulièrement des missions d'identification en Afrique dans le cadre de ses activités de formation en santé financées par la Coopération belge.

Menée par le Dr Jim Ilunga, Directeur médical adjoint auprès des Cliniques de l'Europe et membre de la diaspora congolaise en Belgique, et le Dr Davide Mosca, Médecin régional en chef de l'OIM Nairobi, la mission a été effectuée du 4 au 11 mars 2007. L'équipe a rendu visite aux huit hôpitaux présélectionnés à Kinshasa et Lubumbashi et un classement a été proposé au comité de pilotage à leur retour de mission.

Le comité de pilotage a alors souhaité que la décision ne soit pas prise directement sur la base de cette mission mais a recommandé à l'OIM de lancer à un appel à projets aux 3 hôpitaux les mieux classés suite à la mission d'identification.

La décision finale en faveur de l'Hôpital pédiatrique Kalembe Lembe (KLL) à Kinshasa a finalement été prise par l'OIM et les Cliniques de l'Europe après une évaluation des projets reçus des trois hôpitaux présélectionnés.

B. Mission de formation des stagiaires à Bruxelles

La formation des stagiaires de l'hôpital bénéficiaire était prévue au sein des Cliniques de l'Europe pour une durée d'un maximum de trois mois. La venue des Cliniques universitaires St-Luc comme deuxième hôpital hôte dans ce projet pilote a suivi la sélection de KLL et sa proposition de projet, répondant ainsi au besoin d'un partenaire belge disposant d'un service de soins intensifs pédiatriques. Le choix des Cliniques Universitaires St Luc a été fait par les Cliniques de l'Europe compte tenu d'un accord formel de coopération qui liait déjà ces deux hôpitaux.

La mission de formation des quatre stagiaires de KLL (deux médecins et deux infirmiers en chef) a été réalisée entre juillet et octobre 2007 dans les deux hôpitaux bruxellois. Les Cliniques de l'Europe (Site St-Elisabeth) ont accueilli une équipe de deux personnes dans le service de néonatalogie et les Cliniques universitaires St-Luc ont reçu l'autre équipe dans le service de soins intensifs pédiatriques. Sélectionnés par l'administration de KLL, les quatre stagiaires sont arrivés avec trois objectifs généraux :

- Devenir acteurs de changement à KLL
- Améliorer la qualité des soins délivrés à KLL par :
 - La production d'outils de travail
 - La mise en place des guidelines adaptés aux standards universels
 - L'identification de manuels et de petits matériels médicaux
 - La mise en place d'une stratégie de changement

Plus spécifiquement, pour l'équipe des soins intensifs, les objectifs étaient :

- L'élaboration d'un protocole de traitement pour les soins intensifs
- La transformation du service des soins intensifs à KLL en une unité adaptée aux standards universels
- L'élaboration de fiches techniques de travail pour le nursing

Pour l'équipe de la néonatalogie :

- La participation à la mise en place d'une unité de néonatalogie à KLL
- L'élaboration d'un protocole de traitement pour la néonatalogie
- L'élaboration de fiches techniques de travail pour le nursing

En ce qui concerne la préparation des curricula de formation pendant le stage à Bruxelles, les interviewés ont confirmé que les objectifs figurant ci-dessus ont remplacé cette activité prévue dans les documents du projet.

Selon le rapport des stagiaires et les interviews aux hôpitaux hôtes, les tâches principales des deux équipes étaient a) l'apprentissage par observation du fonctionnement des deux services et b) le développement des protocoles de traitement. En dehors des activités dans les sites de travail, les stagiaires ont assisté aux réunions hebdomadaires avec l'OIM et le Dr Ilunga ; à une réunion de coordination avec le personnel des hôpitaux hôtes ; et au Comité de pilotage à la fin du stage ainsi qu'à des cours de formation (réanimation néonatale avancée ainsi que formations en informatique).

En accord avec leurs objectifs, deux protocoles de soins ont été réalisés par le personnel de KLL pendant leurs stages ainsi que des fiches techniques de travail. Le Dr Bankoto Mualuke et M. Ngoy Mpunga ont rédigé « L'enfant gravement malade : sa prise en charge en milieu hospitalier » en étroite collaboration avec le Professeur Clément de Cléty et ses collègues de l'unité Soins intensifs pédiatriques aux Cliniques universitaires St-Luc. Le Dr Mulamba et M. Nkosi ont également élaboré « Les protocoles de soins en néonatalogie » sous la direction des Cliniques de l'Europe. L'OIM a publié ces deux protocoles en novembre 2007.

Les rencontres avec des membres de la diaspora congolaise en Belgique étaient informelles, mais régulières, selon le rapport des stagiaires. Les réunions et événements sociaux envisagés en partenariat avec les organisations de la diaspora congolaise n'ont pas été réalisés.

C. Mission de suivi par les tuteurs

Dans la conception du projet, le rôle d'un tuteur était de superviser la formation du stagiaire ainsi que d'en suivre l'évolution dès son retour en RDC. Quant à leur sélection, l'objectif exprimé par le Dr Ilunga dans la première réunion du Comité de pilotage était de choisir dans la mesure du possible des tuteurs originaires de la RDC. Sinon, l'alternative était d'assurer le suivi des stagiaires sur place par un professionnel de la santé d'origine congolaise.

Finalement, les quatre tuteurs choisis n'étaient pas originaires de la RDC, et le suivi du stage était sous la responsabilité du Dr Ilunga et de l'OIM. Il ressort des entretiens que la sélection des tuteurs a eu lieu pendant la mission de formation des stagiaires pour trois des quatre tuteurs, et le quatrième tuteur, ancien collaborateur du service des soins intensifs pédiatriques à St-Luc et actuellement infirmier en chef du service des soins intensifs pour adultes, a été choisi plus tard. Selon les tuteurs, les facteurs contribuant à leur sélection étaient: leur intérêt personnel, le choix de leurs superviseurs et, pour quelques-uns, leurs expériences de travail dans le domaine humanitaire.

La mission de suivi a été réalisée par les quatre tuteurs du 5 à 19 avril 2008 au sein de l'Hôpital KLL, avec le soutien de l'OIM (Bruxelles et Kinshasa) et de la Croix Rouge de Belgique. La grève nationale de novembre 2007 à février 2008 en RDC a certainement joué un rôle dans l'intervalle entre la mission de formation et la mission de suivi et, peut-être, le progrès des stagiaires.

Les termes de référence de la mission de suivi des tuteurs en précisait les objectifs : a) d'étudier dans quelle mesure les stagiaires ont pu mettre en place des changements au sein des services de soins intensifs et de néonatalogie suite à la formation Belgique et b) de soutenir le processus d'amélioration de la qualité de soins dispensés à Kalembe Lembe.

Selon les tuteurs, leurs activités consistaient à travailler dans les services le matin et à des formations théoriques l'après-midi. À l'arrivée des tuteurs, le service de néonatalogie n'était pas encore ouvert et aux soins intensifs, le rapport précise: « l'impression que les protocoles n'étaient pas utilisés » et que « les feuilles de surveillance infirmier n'étaient utilisées que depuis deux semaines ».

À la fin de leur séjour, le service de néonatalogie a été ouvert. Les rapports des tuteurs remis à l'OIM après leurs missions de suivi ont présenté une description des services, le déroulement de la mission, les difficultés sur le terrain, et les recommandations pour le futur. Les recommandations sont divisées en neuf groupes, qui seront analysés dans la section cinq :

- Renforcement des ressources humaines (les infirmiers chef, le nutritionniste, le logisticien, les infirmiers stagiaires et la formation continue)
- Organisation de la journée dans les services
- Outils de prise en charge
- Techniques médicales et infirmières
- Prescription des médicaments
- Hygiène
- Transfert des bébés
- Système de tarification
- Matériel

4.2 Soutien matériel

Le projet avait prévu un appui modeste en équipement, la majorité de l'équipement médicale devant être pris en charge par la Croix Rouge de Belgique. Le projet pilote a pu principalement soutenir l'achat d'ouvrages médicaux, l'achat de matériel informatique et la contribution aux frais de transports de matériels et équipements donné par les hôpitaux hôtes dans le cadre du projet. Ce soutien visait à faciliter le travail des stagiaires après leur retour en RDC, et il était envisagé qu'il serait fourni en fonction des besoins exprimés par l'Hôpital de Kalembe Lembe.

Le matériel pris en charge par l'OIM est le suivant :

- 2 Desktop Optilex DELL 330 DT (tour + écran)
- une imprimante laser multifonction + 2 cartouches
- 150 protocoles de soins produits dans le cadre du programme MIDA Santé
- 8000 feuilles imprimées par le programme MIDA Santé pour le suivi des malades à l'hôpital
- 12 livres de pédiatrie
- prise en charge de l'envoi de matériel offert par les hôpitaux partenaires :
 - 10 matelas en mousse de seconde main pour nouveaux nés offerts

- 3 paquets de gants d'examen offerts
- 2 stéthoscopes de seconde main offerts
- biberons de seconde main offerts
- blouses de seconde main offertes

Outre le matériel pris en charge par l'OIM, les tuteurs ont également rassemblé des dons de matériel et équipements qui ont été envoyés à Kinshasa par la Croix Rouge de Belgique. En raison de délais à la douane en RDC, ce dernier soutien matériel est arrivé après la mission des tuteurs se soit achevée.

4.3 Partenariat entre hôpitaux hôtes et l'hôpital bénéficiaire

Afin d'assurer une continuité après la formation, le projet a également tenté d'établir un partenariat entre les hôpitaux hôtes et l'hôpital bénéficiaire, basé sur les échanges de personnel entre les hôpitaux et des relations de coopération entre les administrations des hôpitaux et leurs personnels.

Il ressort des entretiens que le Dr Ilunga, Directeur médical adjoint auprès des Cliniques de l'Europe, et Dr Akele, Directeur médical de KLL, ont gardé un contact informel. Néanmoins un partenariat entre les deux hôpitaux n'a pas été établi en dehors du présent projet pilote. Le Dr Slaouti, tuteur et médecin au service de néonatalogie à St-Elisabeth a noté pendant l'interview que son collègue à KLL l'avait déjà appelé pour des conseils sur un patient et qu'il continuerait à soutenir KLL en 2009 avec l'ONG Médecins sans Vacances. M. Hottois, tuteur et infirmier en chef au service de soins intensifs à St-Luc, a également exprimé son intention de retourner avec Médecins sans Vacances, alors que le Dr Anslot, tuteur et médecin au service de soins intensifs pédiatriques à St-Luc, retourne régulièrement à Kinshasa avec La Chaîne de l'Espoir et est passée par KLL en août 2008.

4.4 Établissement d'un réseau d'échange

Cet élément correspond à l'objectif spécifique de renforcer les liens entre les professionnels médicaux issus de la diaspora congolaise en Belgique et le secteur de la santé en RDC. En complémentarité avec les activités du Programme MIDA Grands Lacs, le projet a envisagé l'établissement d'un réseau d'échange qui pourrait servir de tremplin aux futures initiatives de coopération impliquant la diaspora dans le secteur de santé en RDC.

La participation des associations de la diaspora congolaise du secteur santé a été assurée principalement via le comité de pilotage du programme qui s'est réuni jusqu'ici à 4 reprises. A cette réunion étaient invitées les associations Cap santé, Tshela et Benelux Afro Center qui semblent être les associations de la diaspora congolaise santé les plus actives en Belgique.

Parmi les échanges qu'ils ont eus à Bruxelles, les stagiaires ont noté dans leurs rapports des rencontres informelles avec les membres de la diaspora ainsi que des réunions hebdomadaires avec le Dr Ilunga.

Néanmoins il ressort des entretiens qu'aucun évènement spécifique n'a eu lieu durant le stage des professionnels congolais contrairement à ce qui était prévu initialement. Une tentative par les Cliniques de l'Europe d'organiser une réunion à Bruxelles entre les stagiaires et des spécialistes médicaux d'origine congolaise n'a pas obtenu suffisamment de réponses.

Il est à noter qu'en parallèle à la mise en œuvre du projet pilote, le processus de structuration de la diaspora RDC santé démarré par la DGCD et l'OIM a continué son chemin. Un comité ad hoc composé de représentants des professionnels de santé originaires de RDC s'est réuni à plusieurs reprises. L'objectif est de créer la Fédération des Associations et des professionnels de la santé congolais ou d'origine congolaise vivant en Belgique. L'OIM a soutenu ce processus en mettant à disposition sa salle de conférence ou en diffusant l'information vis son site internet.

Le projet pilote a également soutenu et participé à un colloque intitulé « Problématique et stratégies pour la redynamisation des hôpitaux en RDC », organisé par l'asbl Tshela, qui s'est tenu du 29 à 31 octobre 2008 à Bruxelles.

5. PERFORMANCE DES ACTIONS DU PROJET PILOTE

Conformément aux Termes de référence de la Mission d'évaluation finale, le but de cette section est d'analyser dans quelle mesure les objectifs du projet ont été atteints. Il s'agit de répondre aux questions suivantes :

1. Le projet a-t-il amélioré l'administration des soins de santé à l'Hôpital pédiatrique de KLL et plus particulièrement au sein des départements de soins intensifs pédiatriques et de néonatalogie ?
 - a. Quels ont été les résultats de la mission d'immersion des stagiaires en Belgique ?
 - b. Quels ont été les résultats de la mission de suivi des tuteurs à Kinshasa ?
 - c. L'hôpital a-t-il mis en œuvre les recommandations qui ont suivi le stage en Belgique et la mission de suivi des tuteurs ?
2. Le projet a-t-il permis de renforcer les liens entre les professionnels de la santé issus de la diaspora et le secteur de la santé en RDC ?

5.1 Mission d'immersion des stagiaires

Comme indiqué dans la section quatre, l'équipe d'évaluation note positivement que les activités prévues pour la mise en œuvre de la mission d'immersion des stagiaires ont été réalisées. Quatre stagiaires de l'Hôpital pédiatrique Kalembe Lembe, dont deux médecins et deux infirmiers en chef, ont suivi un stage de trois mois pendant l'été 2007 au sein du service de néonatalogie des Cliniques de l'Europe (Site St-Elisabeth) et du service de soins intensifs pédiatriques aux Cliniques universitaires St-Luc à Bruxelles. En rapport avec leurs objectifs et en collaboration avec les hôpitaux hôtes et l'OIM, les stagiaires ont élaboré deux protocoles de traitement et des fiches techniques de nursing pendant leur mission.

Ces outils de travail sont sans doute le résultat le plus important de la mission d'immersion. De plus, le rapport final des stagiaires de KLL note également l'acquisition par l'équipe de néonatalogie des connaissances sur la réanimation néonatale, ainsi que l'acquisition des connaissances de base sur le mode d'organisation d'un service aigu, et la production de listes de manuels à acheter et de matériel à acquérir.

Il ressort des rapports et des interviews que les réunions hebdomadaires entre les stagiaires, l'OIM et le Dr Ilunga, Directeur médical adjoint auprès des Cliniques de l'Europe, ont jouées un rôle clé dans l'encadrement des stagiaires. Les stagiaires ont particulièrement signalé leur appréciation pour le soutien du Dr Ilunga, qui avait déjà visité KLL lors de la mission de sélection et qui, en tant que membre de la diaspora congolaise, connaît bien les réalités des hôpitaux en RDC. Le rôle de la diaspora congolaise dans ce projet pilote sera élaboré en plus ample détails dans la section 5.4.

Quant aux difficultés rencontrées, il est à souligner quelques problèmes logistiques et d'organisation ainsi que des questions sur la conception de cette mission dans le projet. En ce qui concerne la logistique, l'équipe d'évaluation note le regret des stagiaires de ce que le matériel de soutien mis à leur disposition par l'OIM (fournitures de bureau et un ordinateur portable) n'ait été prêt qu'à partir du 30 août (soit un mois après leur arrivée).

De manière générale, l'organisation de la mission s'est déroulée comme prévu dans les documents du projet, mais il faut tout de même mentionner la sélection tardive des tuteurs. À l'arrivée des stagiaires, les tuteurs n'étaient pas encore identifiés et d'après les interviews, ils n'étaient au courant de leur rôle que vers la fin du stage à Bruxelles. L'organisation de la réunion de coordination entre l'OIM, les stagiaires et les institutions au début du stage (au lieu du 26 octobre) aurait peut-être pu faciliter cette définition des rôles. La période de stage durant l'été, une période de vacances scolaires en Belgique, a probablement compliqué cette tâche. Néanmoins, l'équipe d'évaluation note positivement la satisfaction des stagiaires et le personnel de KLL envers les tuteurs sélectionnés ainsi qu'avec la continuité de leur engagement avec KLL.

Au vu de cette brève analyse, l'équipe d'évaluation salue l'élaboration des deux protocoles de traitement et les fiches techniques comme résultats principaux de la mission d'immersion. L'encadrement des stagiaires par le biais de réunions hebdomadaires entre les stagiaires, l'OIM et le Directeur médical adjoint auprès des Cliniques de l'Europe a contribué à ces résultats positifs.

Néanmoins, l'équipe d'évaluation recommande que les tuteurs soient identifiés et impliqués le plus tôt possible. Elle recommande également qu'une préparation détaillée du planning des stages avant ou dès l'arrivée des stagiaires soit faite et un suivi étroit des stagiaires assuré tout au long du stage.

Afin d'informer un éventuel projet après cette phase pilote ou des projets similaires, l'équipe d'évaluation considère comme important de soulever quelques questions conceptuelles qui ressortent des interviews, à savoir :

A. La durée et la nécessité de la mission d'immersion

Les interviews effectuées à Bruxelles et à Kinshasa ont relevé des opinions diverses sur la durée et la nécessité d'une mission d'immersion. Il faut noter le consensus des tuteurs qu'une période de trois mois dans une seule unité de l'hôpital hôte est probablement trop longue étant donné des contraintes du rôle d'observation des stagiaires et le décalage technique entre le matériel et les équipements en Belgique et en RDC. De l'autre côté, les stagiaires et les organisations partenaires se montraient satisfaits de la durée en vue des objectifs du stage.

Il reste hors des objectifs de cette évaluation de fournir une analyse sur l'impact relatif d'une mission d'immersion vis-à-vis des formations sur place, bien que cette question se soit posée pendant quelques interviews. Il y a sans doute des avantages à un stage en Belgique au niveau individuel et il existe le potentiel de créer de vrais acteurs de changement ainsi que des liens institutionnels et personnels entre les deux pays. La compréhension et l'intégration d'un autre modèle de fonctionnement et d'organisation des équipes de travail se fait aussi plus facilement en se déplaçant. Quant aux opinions des stagiaires, tuteurs et d'un grand nombre des partenaires, l'immersion dans les hôpitaux hôtes en Belgique a eu un impact bénéfique.

B. La sélection des hôpitaux partenaires

De manière générale, les réactions des interlocuteurs sur le choix des hôpitaux étaient positives. Comme prévu dans les documents du projet, les Cliniques de l'Europe étaient le partenaire principal en Belgique et éventuellement une des institutions hôtes. L'équipe note positivement l'engagement et la contribution du Directeur médical adjoint, le Dr Ilunga, qui a consacré son temps en tant que bénévole pour participer à la conception du projet, assister à la mission d'identification de l'hôpital bénéficiaire, faciliter l'organisation des stages dans les deux hôpitaux hôtes à Bruxelles, organiser le logement, et contribuer à l'encadrement des stagiaires durant leur mission. Bien que l'équipe d'évaluation ait l'impression que le partenariat ait bien fonctionné, la recommandation de certains membres du Comité de pilotage d'intégrer un processus de sélection pour les hôpitaux hôtes est à souligner pour de futures initiatives. La concordance des hôpitaux hôtes avec les besoins exprimés de la part de l'hôpital bénéficiaire devrait rester primordiale.

En ce qui concerne le choix de l'Hôpital pédiatrique Kalembe Lembe comme hôpital bénéficiaire, les tuteurs et un grand nombre des membres du Comité de pilotage ont été satisfaits de ce choix et du mécanisme final de sélection. Néanmoins, l'importance d'un processus clair et transparent ressort des interviews.

C. La sélection des stagiaires

Comme indiqué plus haut, les stagiaires ont été choisis par l'administration de KLL. Pendant les interviews à Kinshasa, il a été précisé que ces quatre personnes ont manifesté leur intérêt à s'engager et représentaient les deux infirmiers en chef des services concernés par le projet et deux médecins superviseurs de ces services. Toutefois le niveau de motivation et la capacité de quelques stagiaires de devenir des acteurs de changement ont été mis en question par certains acteurs clés. Il est difficile d'analyser s'il existait des candidats plus appropriés à KLL, mais en accord avec le document de projet, l'équipe d'évaluation souligne l'importance de sélectionner des candidats qui semblent faire preuve d'un réel engagement à contribuer à la réhabilitation du secteur de la santé.

Dans le but d'informer un éventuel projet après cette phase pilote ou des projets similaires, il est recommandé que l'OIM et ces partenaires :

- accordent une attention particulière à la nécessité et à la durée de la mission d'immersion; celles-ci doivent correspondre aux objectifs exprimés dans la proposition de projet de l'hôpital bénéficiaire d'une part, et considérer d'autres opportunités pour les stagiaires durant leur mission, comme par exemple d'autres formations externes et/ou des stages dans d'autres unités/hôpitaux hôtes ;
- considèrent un processus de sélection pour de nouveaux hôpitaux hôtes afin de s'assurer de leur engagement à créer un partenariat durable, de la présence de professionnels de la diaspora et de la concordance avec les besoins de l'hôpital bénéficiaire ;
- se mettent d'accord sur le mécanisme et les critères de sélection de l'hôpital bénéficiaire à l'avance. L'addition d'un appel à propositions de projet comme activité supplémentaire est à saluer et aurait pu être encore plus utile avant la mission d'identification ;
- soulignent l'importance de sélectionner des stagiaires qui sont motivés et montrent une capacité à devenir de véritables acteurs de changement.

5.2 Mission de suivi des tuteurs

La mission de suivi des tuteurs constitue une étape très importante dans la mise en œuvre des activités du projet. Cette mission de deux semaines a été effectuée du 5 au 19 avril 2008 et quelques mois après la fin d'une grève nationale du personnel de santé. Se basant sur des rapports et entretiens, les évaluateurs estiment que l'équipe belge de deux médecins et deux infirmiers ont atteint leur objectif qui était d'étudier la mise en œuvre des protocoles et outils de prise en charge ainsi que de soutenir les services de soins intensifs et néonatalogie par le biais de formations pratiques et théoriques. Les recommandations élaborées par les tuteurs suite à cette mission couvrent les neuf domaines indiqués dans la section 3.3 et forment une base utile pour mesurer le progrès de Kalembe Lembe dans la section suivante.

Il ressort des interviews à Kinshasa que la majorité des interlocuteurs ont apprécié la mission de suivi des tuteurs et semble avoir bénéficié directement ou indirectement de cette mission. L'ouverture du service de néonatalogie pendant cette période, l'organisation des formations théoriques, et le développement des recommandations pour KLL représentent les résultats importants pour ces deux semaines.

Selon les interlocuteurs de certaines maternités et cliniques environnantes, il est à constater actuellement, une amélioration de la qualité des prestations de service des bénéficiaires à la suite de la mission des tuteurs et grâce aux formations. Ceux-ci se satisfaisant du relèvement de leur niveau de compétence, ce qui montre en effet une efficacité assez élevée compte tenu du faible investissement mobilisé au niveau financier et personnel.

Néanmoins, l'équipe d'évaluation note que lors de l'arrivée des tuteurs, les conditions n'étaient pas idéales pour une mission de suivi. Tout d'abord, il y avait eu un intervalle de plus que six mois entre le retour des stagiaires and le suivi, ceci étant surtout lié à la grève. Les rapports des tuteurs montrent aussi leur déception concernant le progrès des deux services. En outre, la vraie

mise en place du service de néonatalogie n'a réellement commencé lorsque les tuteurs se sont rendus en RDC. En effet, l'insuffisance de ressources et des capacités sur place, couplée à la grève récurrente avait ralenti la mise en place du service. Au niveau logistique, les tuteurs ont aussi signalé un soutien limité de la part de l'administration de KLL pour l'organisation des formations théoriques de l'après-midi. De la même façon, leurs demandes auprès de l'Hôpital KLL ou de la Croix Rouge pour l'achat de petits équipements médicaux urgents n'ont pas pu aboutir. Il ressortait aussi que les protocoles mis à la disposition du personnel de l'hôpital par les tuteurs n'étaient pas suffisants malgré l'envoi de 150 protocoles par l'OIM.

Concernant les formations, le personnel bénéficiaire a constaté que la demande en formation exprimée représentait une très lourde charge pour la mission vu le temps imparti. Les interlocuteurs interrogés à KLL ont relevé, en particulier, le manque de temps pour approfondir certains sujets en pratique, pendant que le personnel des autres cliniques ont exprimé le fait qu'il a manqué de modalité pour « répercuter chez soi » les résolutions issues de cette formation. De leur part, les tuteurs ont fait partie d'une insuffisance de temps pour travailler d'une façon plus pratique dans les services de KLL.

L'équipe d'évaluation conclut que la mission de suivi a contribué fortement à l'objectif du projet d'améliorer l'administration des soins à Kalembe Lembe. Afin de rendre ce type de mission plus rentable pour l'hôpital bénéficiaire, il est conseillé de :

- organiser une deuxième mission de suivi avec les leçons apprises du projet pilote, en plus de leur rôle de « mission d'avancement et de suivi ». Les objectifs de la deuxième mission doivent prendre en compte les besoins de renforcement de l'hôpital bénéficiaire constatés pendant la première mission (ex. formations plutôt pratiques ou théoriques) ;
- intégrer autant que possible dans les missions de suivi l'organisation des séances de formation couvrant un grand nombre de personnel de l'hôpital bénéficiaire et des cliniques partenaires ;
- diffuser les guides/protocoles auprès des partenaires de la santé, et surtout dans les cliniques satellites. Pour être plus pratique et rentrer dans les habitudes, il faudra en intégrer systématiquement l'utilisation dans le cadre des ateliers de formation ;
- assurer un suivi à court et long terme, en maintenant le contact entre les stagiaires, les tuteurs et les collègues. Il avait été constaté que les stagiaires ont gardé de bonnes relations avec leurs tuteurs. Un forum d'échange d'idées est à encourager, et ceci nécessite des moyens de communication adéquats.

5.3 Mise en œuvre des recommandations

Il est difficile pour l'équipe d'évaluation d'analyser avec certitude la performance des éléments du projet mis à part d'autres projets actuellement en cours à l'Hôpital pédiatrique Kalembe Lembe. Il ressort des interviews en RDC que les services de soins intensifs et néonatalogie ont été aussi soutenus par des missions à court terme de l'organisation « Médecins Sans Vacances » (MSV), du matériel fourni par la Croix Rouge de Belgique (CRB), et par une formation sur l'hygiène hospitalière. Puisque ces deux organisations ont fait partie du Comité de pilotage, le projet a néanmoins réussi à garder un contact régulier entre les initiatives différentes. Il est à

rappeler que « synergies et complémentarité du projet avec d'autres activités » était aussi un des critères de sélection de l'hôpital bénéficiaire.

L'équipe d'évaluation a bien noté au cours de sa mission que la majorité des recommandations des tuteurs concernant la logistique et l'hygiène a été mise en œuvre en soins intensifs et en néonatalogie de Kalembe Lembe; néanmoins il est à noter que sur le plan organisationnel, des efforts sont toujours à faire, et ceci dû aux multiples grèves qui paralysent les activités. Étant donné la courte durée de la mission et la fin récente d'une grève de plusieurs mois, les évaluateurs n'ont pas pu observer tous les changements proposés par les tuteurs mais ont constaté l'état des domaines suivants :

A. Logistique et hygiène

En ce qui concerne la logistique et l'hygiène, les évaluateurs ont constaté avec intérêt et enthousiasme une nette amélioration par rapport aux recommandations précédentes.

La tuyauterie et l'approvisionnement continu d'oxygène était effectif en soins intensifs et en néonatalogie ; il a été ainsi constaté qu'un employé de l'hôpital a été spécialement désigné pour assurer l'approvisionnement continu en oxygène. Néanmoins, l'administration de KLL a confirmé que le poste proposé de logisticien/gestionnaire de stock n'a pas été créé et que ces tâches restaient sous la responsabilité des infirmiers chefs.

Quant à l'hygiène, comme recommandé, l'usage et la disponibilité du savon et serviettes (à l'usage unique) pour le lavage et séchage des mains ont été observés ainsi que des affiches sur l'hygiène hospitalière. Le personnel du service soins intensifs se servait d'une solution alcoolique. En outre, l'équipe d'évaluateurs a noté la présence d'un nouveau frigo en soins intensifs, permettant la conservation des médicaments.

B. Rôles des infirmiers et l'organisation du travail

Il ressort des interviews avec le personnel de KLL que l'heure d'arrivée des médecins responsable reste un problème pour certains médecins (8h30 a été proposé par les tuteurs et KLL s'est mis d'accord pour 9h30). L'arrivée tardive du médecin responsable du service soins intensifs a été observée par les évaluateurs.

L'équipe a constaté la mise en œuvre des tours assis le matin et que dans l'absence de l'infirmier chef du service soins intensifs, la suppléante était présente lors des tours et notait les informations importantes conformément aux recommandations précédentes ; il est encore nécessaire que les autres infirmiers suivent les tours.

Vu la courte durée de la mission d'évaluation, l'équipe d'évaluation n'a pas pu observer le tour de salle général qui a été recommandé à faire toutes les semaines, mais a néanmoins l'impression qu'il nécessite un rappel constant motivant à « l'action rapide » pendant ces réunions.

C. Techniques médicales et infirmières

Pour les techniques médicales et infirmières, certains actes de routine proposés par les tuteurs, comme l'utilisation des cathéters périphériques, prennent tout doucement leur envol ; elle n'est pas encore rentrée totalement dans les habitudes des infirmiers. L'équipe d'évaluation avait constaté entre autre que certains infirmiers préféreraient toujours utiliser les épicroaniens (qui avaient été déconseillés lors des recommandations des tuteurs) qu'aux cathéters type « Abocath » conseillés. Les superviseurs médicaux des unités de soins intensifs et de néonatalogie doivent renforcer l'utilisation des cathéters périphériques d'une part avec des trainings réguliers, et d'autre part par une supervision assez rigoureuse.

Les évaluateurs ont également noté positivement l'usage du nouveau frigo en soins intensifs pour garder les ampoules ouvertes au nom du patient. En plus, les médicaments non-utilisés ont été conservés et partagés avec d'autres patients tant que possible.

D. Les prescriptions médicales et utilisations des outils

L'équipe d'évaluation a constaté que le dossier médical développé par les stagiaires est régulièrement rempli après les actes médicaux ; les détails comme alimentations, vomissements, poids, saturation en oxygène, et planning des médicaments sont notés. Les indicateurs nécessitant une attention immédiate ne sont pas nécessairement mis en exergue, ceci peut résulter à un retard dans la prise en charge urgente. Un registre des instructions pour les infirmiers concernant chaque malade vu pendant la visite est en application en néonatalogie et en unité de soins intensifs.

La feuille de traitement établie par l'infirmier à l'arrivée du malade dans le service est contrôlée et réadaptée chaque jour par le médecin qui fait la visite. Il faut néanmoins faire en sorte que ceci se fasse de façon rigoureuse. La feuille synoptique des résultats est remplie par le médecin ou l'infirmier responsable.

E. Les nutritionnistes

En ce qui concerne les recommandations visant les nutritionnistes, aucune observation n'a été possible. Tout comme le personnel du laboratoire, les nutritionnistes avaient quitté l'hôpital pour respecter les mots d'ordre de grève lancée par les syndicats médicaux ; néanmoins, les infirmiers remplissent effectivement les tâches de nutritionnistes. Après plusieurs interviews sur le sujet, il en ressort que les infirmiers sont capables de remplir ce rôle de façon continue et qu'au service de néonatalogie, les infirmiers ont effectivement pris ces tâches des nutritionnistes même avant la grève.

F. Transfert des bébés

Comme proposé par les tuteurs, le service de néonatalogie de KLL avait élaboré une fiche de transfert pour des maternités environnantes qui a été distribuée au cours de la réunion des évaluateurs avec le personnel des maternités ayant bénéficié de la formation des tuteurs. Au moment de l'évaluation, une formation menée par KLL sur les guidelines de transfert n'a pas encore eu lieu mais était prévue.

Dans l'ensemble, l'équipe d'évaluation estime qu'un progrès important est visible dans les services de soins intensifs et néonatalogie par rapport aux recommandations antérieures des tuteurs. À l'avenir, il est recommandé de :

- continuer la mise en œuvre des recommandations des tuteurs. Il faudrait être vigilant pour assurer la durabilité des mesures prises, surveiller le bon usage de nouveaux outils et équipements, et poursuivre les changements qui ne sont pas encore réalisés ;
- cultiver la « mentalité d'urgence médicale ». Les tuteurs doivent inclure dans les programmes une séance entière de formation sur la « mentalité d'urgence » ; les exemples pratiques pourront alors être montrés aux stagiaires lors des tours de salles ;
- renforcer la coordination avec d'autres initiatives déjà menées à la même institution. En effet, si les diverses actions menées dans le cadre du projet sont elles-mêmes porteuses d'une amélioration dans tel ou tel domaine, c'est le lien entre elles, d'une part, qui est plus significatif, et d'autre part, le lien entre d'autres initiatives déjà menées dans l'institution.

5.4 Renforcement des liens avec la diaspora congolaise

Pour renforcer les liens des professionnels médicaux issus de la diaspora congolaise avec leur pays d'origine, il a été envisagé d'organiser des rencontres en collaboration avec des ONGs belges (par exemple Cap Santé), de distribuer du matériel de promotion sur le programme MIDA, et, dans la mesure possible, d'engager des membres de la diaspora congolaise comme tuteurs.

En ce qui concerne les rencontres, l'équipe d'évaluation constate que les Cliniques de l'Europe ont essayé d'organiser une réunion avec la diaspora mais n'ont pas eu une réponse adéquate. La faible structuration de la diaspora santé pourrait être une justification, néanmoins il semble que l'OIM aurait pu organiser une réunion en se basant sur le nombre de personnes inscrites dans la base de données de MIDA. Dans le même temps, les membres de la diaspora qui faisaient partie du Comité de pilotage ont noté le manque de temps comme la raison la plus importante pour leur implication irrégulière à ces réunions.

L'équipe note positivement que les stagiaires ont bénéficié des rencontres informelles pendant leur stage ainsi que du soutien constant du Dr Ilunga. Ces contacts étaient certes enrichissants au niveau personnel et semblent avoir encouragé les stagiaires, mais auront probablement moins d'impact sur l'établissement de liens entre les secteurs de santé en RDC et Belgique que si des rencontres formelles avec l'implication réelle des associations de la diaspora avaient eu lieu.

Quant à la distribution du matériel de promotion sur MIDA, il est évident que l'OIM est présente à de nombreux événements concernant le développement des pays de la région des Grands Lacs et que ce matériel est distribué par différents moyens. Le soutien de l'OIM au Colloque « Problématique et stratégies pour la redynamisation des hôpitaux en RDC », organisé par l'asbl Tshela en octobre 2008, en est un exemple.

Il ressort des interviews avec un grand nombre de membres du Comité de pilotage que l'absence de membres de la diaspora congolaise parmi les tuteurs était regrettable. L'équipe d'évaluation a donc essayé d'analyser la cause de cette absence et son impact sur la mise en œuvre du projet.

Selon l'OIM et les Cliniques de l'Europe, les spécialistes pédiatriques issus de la diaspora sont éparpillés en Belgique et n'étaient pas présents ni aux Cliniques de l'Europe ni au CHU ST Luc. Dr Anslot constate aussi qu'il n'y en a pas parmi les spécialistes de réanimation pédiatrique. Répondant aux besoins indiqués dans la proposition de projet de KLL, il était nécessaire de sélectionner des tuteurs avec une expérience dans les services de soins intensifs pédiatriques et de néonatalogie. En même temps, il était souhaitable dans la conception du projet que les stagiaires gardent un esprit d'équipe en restant ensemble et avec l'appui de l'OIM et les Cliniques de l'Europe à Bruxelles. L'encadrement fourni par les réunions hebdomadaires avec le Dr Ilunga et l'OIM est à noter.

Concernant l'impact du choix des tuteurs qui ont effectué la mission de suivi, l'équipe d'évaluation constate que plusieurs membres du personnel de KLL ont exprimé l'opinion que les profils des tuteurs étaient plus importants que leurs origines. Les stagiaires se sont montrés satisfaits des résultats de la mission de suivi et auraient préféré avoir une deuxième mission. En même temps, d'après les tuteurs, leurs origines n'étaient pas un réel obstacle. Le Dr Anslot avait déjà fait plusieurs missions en RDC, et la plupart des tuteurs ont exprimé pendant les interviews leur volonté de retourner à Kinshasa et/ou à KLL.

Compte tenu du partenariat préalable de l'OIM avec deux hôpitaux partenaires, l'équipe d'évaluation reconnaît que l'OIM ne pouvait pas trouver dans ces deux hôpitaux des tuteurs d'origine congolaise dont le profil correspondait aux besoins de l'hôpital congolais. En outre, il n'est pas évident que l'absence de membres de la diaspora ait eu un impact négatif sur le succès des missions d'immersion et de suivi. La plus value d'un encadrement de la diaspora ayant été exploitée via le suivi hebdomadaire prodigué par Dr Ilunga et via la présence de certains membres de la diaspora dans les comités de pilotage du programme. Néanmoins, étant donné l'objectif spécifique de renforcer les liens avec la diaspora et l'objectif global du Programme MIDA, une plus grande implication de la diaspora en Belgique aurait été souhaitable.

Dans l'ensemble, l'équipe d'évaluation estime que l'implication de la diaspora congolaise dans le projet pilote a été insuffisante en nombre d'individus, mais importante au niveau de leadership et engagement institutionnel. L'objectif de renforcer les liens entre les professionnels médicaux issus de la diaspora et le secteur de santé en RDC n'a pas été pleinement atteint.

L'équipe d'évaluation note positivement la présence des associations de la diaspora dans le Comité de pilotage et l'engagement individuel et institutionnel du Dr Ilunga. En même temps, elle rappelle l'objectif du Programme MIDA de renforcer les capacités visant à développer des synergies potentielles entre les profils des migrants africains et les besoins des pays. Dans ce contexte, il est conseillé à l'OIM de :

- collaborer encore plus avec les associations de la diaspora dans la mise en œuvre de ce genre de projet. La raison de l'implication minimale de ces organisations n'est pas claire, mais un rôle avec des tâches plus précises et éventuellement un soutien budgétaire pourraient renforcer ces activités ;
- analyser avec ces partenaires les profils des professionnels de santé en Belgique afin d'identifier sous quelles conditions il serait possible de trouver des tuteurs issus de la diaspora congolaise pour de futures missions ;

- considérer d'autres moyens d'engager la diaspora ou des équipes mixtes dans ce projet s'il n'est pas toujours possible d'identifier des professionnels en Belgique qui correspondent aux besoins exprimés par l'hôpital bénéficiaire ;
- Continuer de soutenir le processus de structuration de la diaspora santé de RDC afin de rendre plus efficace la communication et le partenariat OIM/diaspora.

6. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

D'une façon générale, l'objectif de contribuer au renforcement du secteur de la santé en RDC par le biais d'un partenariat entre les hôpitaux hôtes en Belgique et un hôpital bénéficiaire en RDC est atteint et fait état des progrès réalisés en termes de formation, de savoir-faire, d'équipements, et de comportement. L'élaboration des protocoles de traitement et des fiches techniques par les stagiaires, la création d'un service de néonatalogie fonctionnelle à KLL, l'organisation des formations à Kinshasa, et le développement des recommandations des tuteurs sont parmi les résultats les plus importants.

Quant aux objectifs spécifiques, il faut noter que le renforcement des liens entre les professionnels de santé en RDC et ceux issus de la diaspora congolaise en Belgique est moins apparent. L'engagement personnel et institutionnel du Dr Illunga, Directeur médical adjoint des Cliniques de l'Europe Site St-Michel et membre de la diaspora congolaise, et la participation des associations de la diaspora en Belgique dans le Comité de pilotage ont sans doute contribué à l'efficacité du projet, mais un engagement plus fort en nombre aurait été souhaitable.

Tenant compte des difficultés sur le terrain, et notamment la situation socio-économique, sécuritaire et politique qui a un grand impact sur tout projet visant le secteur de santé en RDC, l'équipe d'évaluation conclut que ce type de partenariat peut être répliqué dans le cadre du Programme MIDA. Néanmoins, il est conseillé qu'une future initiative considère les recommandations élaborées au cours du rapport y compris :

- L'identification et l'implication des tuteurs le plus tôt possible
- Une préparation détaillée du planning des stages avant ou dès l'arrivée des stagiaires et un suivi étroit des stagiaires tout au long du stage ;
- Une attention particulière à la nécessité et à la durée de la mission d'immersion ;
- Un processus de sélection pour de nouveaux hôpitaux hôtes ;
- Un accord sur le mécanisme et les critères de sélection de l'hôpital bénéficiaire à l'avance ;
- Une sélection de stagiaires qui sont motivés et montrent une capacité à devenir de vrais acteurs de changement ;
- L'organisation d'une deuxième mission de suivi avec les leçons apprises du projet pilote, en plus de leur rôle de « mission d'avancement et de suivi » ;
- La diffusion des guides/protocoles auprès des partenaires de la santé, et surtout dans les cliniques satellites ;

- Un suivi à court et long terme, en maintenant le contact entre les stagiaires, les tuteurs et les collègues. Un forum d'échange d'idées est à encourager, et ceci nécessite des moyens de communication adéquats.
- La continuation et surveillance de la mise en œuvre des recommandations des tuteurs ;
- Le soutien à la culture de la « mentalité d'urgence médicale » ;
- Une bonne coordination avec d'autres initiatives déjà menées à la même institution ;
- Une collaboration étroite avec les associations de la diaspora dans la mise en œuvre de ce genre de projet. Celle-ci peut envisager un rôle avec des tâches plus précises et éventuellement un soutien budgétaire pourront renforcer ces activités ;
- Une analyse des profils de professionnels de santé en Belgique afin d'identifier sous quelles conditions il serait possible de trouver des tuteurs issus de la diaspora congolaise pour de futures missions ;
- L'exploration d'autres moyens d'engager la diaspora ou des équipes mixtes dans ce projet s'il n'est pas toujours possible d'identifier des professionnels de la diaspora en Belgique qui correspondent aux besoins exprimés par l'hôpital bénéficiaire ;
- Continuer de soutenir le processus de structuration de la diaspora santé de RDC afin de rendre plus efficace la communication et le partenariat OIM/diaspora.

TERMES DE REFERENCE

Mission d'évaluation finale à l'hôpital pédiatrique de Kalembe Lembe (Kinshasa, RDC) dans le cadre du programme MIDA santé – partenariat entre hôpitaux

1. CONTEXTE

Un projet pilote de *Renforcement du secteur de la santé en RDC par l'établissement d'un partenariat entre hôpitaux en Belgique et en RDC et la formation du personnel de santé congolais* a été développé par l'OIM avec l'appui de l'expertise de la diaspora médicale congolaise afin de renforcer les activités de développement des capacités du secteur santé mené par l'OIM en RDC.

Ce projet se voulait être un complément des activités du programme MIDA Grands Lacs dans ce secteur à savoir principalement l'envoi de professionnels de la santé pour des missions de courte durée et l'envoi de matériel médical dans des institutions de santé bénéficiaires situées dans la région des Grands Lacs.

Ce projet pilote est mis en œuvre par l'OIM en partenariat avec les Cliniques de l'Europe et les Cliniques universitaires St Luc depuis décembre 2006.

Le calendrier des activités qui ont été mises en place se présente comme suit :

1. une mission exploratoire en RDC réalisé par l'OIM et les Cliniques de l'Europe afin de présélectionner 3 hôpitaux potentiellement bénéficiaires (mars 2007)
2. un appel à projet lancé auprès de ces trois hôpitaux présélectionnés (avril 2007)
3. la sélection finale de l'hôpital pédiatrique de Kalembe Lembe et de ses deux projets : le renforcement du service de soins intensifs pédiatriques et le soutien à l'ouverture du service de néonatalogie (mai 2007)
4. l'identification des services hôtes et des tuteurs en Belgique (juin 2007)
5. la mission de formation des quatre stagiaires de Kalembe Lembe en Belgique (juillet-octobre 2007)
6. la mise en œuvre des recommandations des stagiaires au sein de l'hôpital KLL (décembre 2007 – mars 2008)
7. la mission de suivi des tuteurs à Kinshasa (avril 2008)
8. la mise en œuvre des recommandations des tuteurs au sein de l'hôpital KLL (à partir de mai 2008)¹

2. OBJECTIFS DE L'EVALUATION

L'objectif général de cette évaluation est d'étudier dans quelle mesure les objectifs du projet ont été atteints à savoir :

¹ Il est à noter qu'une grève persistante à l'hôpital pédiatrique de Kalembe Lembe a empêché l'organisation de la mission d'évaluation à la rentrée 2008 tel qu'initialement décidé.

1. le projet a-t-il amélioré l'administration des soins de santé à l'Hôpital pédiatrique de KLL et plus particulièrement au sein des départements de soins intensifs pédiatriques et de néonatalogie?
 - a. quels ont été les résultats de la mission d'immersion des stagiaires en Belgique ?
 - b. quels ont été les résultats de la mission de suivi des tuteurs à Kinshasa ?
 - c. l'hôpital a-t-il mis en œuvre les recommandations qui ont suivi le stage en Belgique et la mission de suivi des tuteurs ?
2. le projet a-t-il permis de renforcer les liens entre les professionnels de la santé issus de la diaspora et le secteur de la santé en RDC ?
3. En conclusion, les évaluateurs devront indiquer si ce type de partenariat doit être dupliqué dans le cadre des activités futures du programme MIDA Grands Lacs et si oui, sous quelles conditions.

3. METHODOLOGIE D'EVALUATION

La méthodologie d'évaluation consiste globalement en :

- Une revue des documents liés à la mise en place du programme, tant en Europe qu'en RDC en particulier le document de projet, les rapports de mission des stagiaires de KLL les rapports de mission des tuteurs, les rapports narratifs de l'OIM, les rapports des comités de pilotage etc. ;
- Le développement de questionnaires
- Une série d'interviews en Belgique et à Kinshasa
- Une analyse des données financières et administratives relatives à la gestion du programme ;

4. RESSOURCES HUMAINES

L'évaluation sera menée par l'OIM. Les deux personnes retenues sont indépendantes de la mise en œuvre du projet. Il s'agit du Dr Amouh Tété (OIM Zimbabwe) et de Mme Jennifer Hollings (OIM Bruxelles, département migration et santé)

5. RESSOURCES FINANCIERES ET CALENDRIER D'ACTION

Les coûts d'évaluation sont inclus dans le budget du programme et comprennent les coûts de mission en RDC (voyage, DSA).

Activités	Jours	Dates
Analyse documentaire	7	1/09/2008 – 12/09/2008
Préparation questionnaires d'évaluation	3	15/09/2008 – 19/09/2008
Visites hôpitaux partenaires en Belgique + Interviews Belgique	14	23/09/2008 – 7/10/2008
Visite de l'hôpital partenaire à Kinshasa + Observations + interviews partenaires en RDC	4	27/01/2009 – 30/01/2009
Rédaction rapport final	14	Février – mars 2009

Le rapport d'évaluation finale devra être soumis à la DGCD au plus tard pour le 31 mars 2009.

ANNEXE 2 : Interviews à Bruxelles

<i>Interlocuteur</i>	<i>Organisation</i>	<i>Date de l'interview</i>
1. Dr Kalenga (téléphonique)	Président Cap santé	24/09/2008
2. Sébastien Voyneau	Croix Rouge de Belgique	24/09/2008
3. Dr Ndudi Phasi	Président de Benelux Afro center	24/09/2008
4. Mireille Schepers	Médecins sans vacances	25/09/2008
5. Sonja Keppens	DGCD	25/09/2008
6. Dr Anslot + Arnaud Hottois	Cliniques Universitaire St Luc (tuteurs)	26/09/2008
7. Dr Jim Ilunga	Cliniques de l'Europe (Directeur médical adjoint)	29/09/2008
8. Dr Tayeb Slaouti + Stefanie De Loof	Cliniques de l'Europe (tuteurs)	30/09/2008
9. Rachel Izizaw	Tshela (association santé RDC)	30/09/2008
10. Aurélie Rablet (téléphonique)	Croix Rouge de Belgique (ancienne collaboratrice à Kinshasa)	07/10/2008
11. Géraldine Ansart	OIM / IMS	08/04/2009

**Agenda : Mission d'évaluation projet pilote partenariat
entre hôpitaux
26-30 janvier
2008
Kinshasa**

Lundi 26 janvier	Mardi 27 janvier	Mercredi 28 janvier	Judi 29 janvier	Vendredi 30 janvier
	9h45 Arrivée du Dr Tété Amouh (OIM Harare)	10h : Immersion service soins intensifs et discussion avec l'équipe complète	10h00 : Réunion avec personnel KLL ayant bénéficié de la formation	7h30 - 8h30 : Réunion avec l'Ambassade de Belgique (M. Notermans)
	Accueil par OIM Kinshasa + transfert à l'hôtel	11h : Immersion service néonatalogie et discussion avec l'équipe complète	11h00 : Réunion avec les tuteurs	-
	Réunion de travail Jennifer + Tete			Départ aéroport Tété : 13h01
	14h00 : Réunion Croix Rouge (RDC + Belgique)	14h : Réunion avec le Ministre de la santé (Minisanté)	14h00 : Réunion avec personnel maternité ayant bénéficié de la formation	-
20:15 Arrivée de Jennifer Hollings (OIM Bruxelles)	15h00 : Visite de l'hôpital pédiatrique de KLL (avec M. Noterman, Ambassade de Belgique)			
Accueil par OIM Kinshasa + transfert à l'hôtel	16h00 : Réunion avec Dr Akele, médecin directeur		16h00 : Réunion Minisanté	21:00 Départ Jennifer

ANNEXE 3 : Documents revus

1. Document du projet : Projet pilote : Renforcement du secteur de la santé en RDC par l'établissement d'un partenariat entre hôpitaux en Belgique et en RDC et la formation du personnel de santé congolais
2. Plan d'actions du projet
3. Comptes rendus des réunions du Comité de Pilotage du 24 janvier 2007, 4 avril 2007, 6 novembre 2007, et 4 juin 2008
4. Rapport intérimaire (décembre 2006 - juin 2007)
5. Termes de référence de la mission d'identification
6. Questionnaire: Visites hôpitaux
7. Rapport de la mission d'identification en RDC (4-11 mars 2007)
8. Matrice d'évaluation des hôpitaux présélectionnés pour la mission d'identification
9. Rapport final des stagiaires
10. Protocoles de soins – Hôpital KLL (services de soins intensifs et néonatalogie)
11. Liste de matériel pris en charge par l'OIM
12. Termes de référence de la mission d'évaluation et de suivi des tuteurs médicaux et infirmiers des Cliniques St Elisabeth et St Luc à l'hôpital pédiatrique de Kalembe Lembe (Kinshasa, RDC)
13. Rapport de mission des tuteurs aux soins intensifs de l'hôpital de Kalembe Lembe (Dr Christine Anslot et M. Arnaud Hottois, Cliniques St-Luc)
14. Rapport de la mission d'évaluation mission à Kalembe Lembe, Service de néonatalogie (Stefanie De Loof, Infirmière chef, Cliniques St-Elisabeth)
15. Rapport de mission à l'hôpital pédiatrique de Kalembe Lembe, Service de néonatalogie (Dr Tayeb Slaouti, Cliniques St-Elisabeth)
16. Attributions de l'infirmier chef (soins intensifs, néonatalogie, salle d'urgence)
17. Recommandations pour l'Hôpital pédiatrique de Kalembe Lembe
18. Termes de référence: Mission d'évaluation finale à l'hôpital pédiatrique de Kalembe Lembe (Kinshasa, RDC)

ANNEXE 4 : Sélection de photos