



PROJET DE RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE PRIMAIRE ET SECONDAIRE DANS LES ZONES DE SANTE DE BENI ET BUTEMBO AU NORD KIVU EN RD CONGO.

**Rapport d'évaluation finale : contribuer au renforcement du
système de santé primaire et secondaire, afin de le rendre
accessible à toute la population et résilient face aux chocs
épidémiologiques**

Réalisé par le cabinet TID

Octobre 2024

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	2
LISTE DES ACRONYMES	3
I. INTRODUCTION	6
I.1. APERÇU SUR LE PROJET	6
II. OBJECTIFS DE L'EVALUATION	8
III. CONSIDERATIONS ETHIQUES NORMES	8
IV. METHODES ET CONCEPTION DE L'EVALUATION.....	9
IV.1. ZONES DE L'EVALUATION	9
IV.2. APPROCHES DE L'EVALUATION.....	9
IV.2.1. Approche quantitative de collecte des données	9
IV.2.2. Approche qualitative de collecte des données.....	9
IV.3. LA PHASE PREPARATOIRE DE L'EVALUATION	9
IV.4. LA PHASE DE COLLECTE DE DONNEES SUR TERRAIN.....	10
IV.5. LA PHASE D'ANALYSE ET DE REDACTION DU RAPPORT	10
V. ANALYSE ET RESULTATS DE L'EVALUATION	11
V.1. DESCRIPTION SOCIO-DEMOGRAPHIQUE DES REpondANTS.....	11
V.2. PRESENTATION DES RESULTATS SELON LES CRITERES D'EVALUATION	12
V.2.1. LA PERTINENCE & CONCEPTION DU PROJET	12
V.2.2. EFFICIENCE.....	16
V.2.3. EFFICACITE.....	19
V.2.4. COMPLEMENTARITE/COHERENCE	23
V.2.5. DURABILITE.....	26
V.2.6. IMPACT	30
V.3. NIVEAU D'ATTEINTE DES RESULTATS DU PROJET HUAMSI ET LEUR IMPACT SUR LES COMMUNAUTES	33
V.4. PROGRESSION DES INDICATEURS ENTRE EVALUATION DE BASE ET FINALE.....	37
V.5. LECONS APPRISES, DEFIS, LIMITES OU ECHECS.....	40
CONCLUSION	45
RECOMMANDATIONS	48

LISTE DES ACRONYMES

AVEC : Associations Villageoises d'Épargne et de Crédit

CAD : Comité d'Aide au Développement

CAC : Cellule d'animation communautaire

CARE : CARE INTERNATIONAL

CODESA : Comités de Développement Sanitaire

CPON : Consultation Post Natal

CPN : Consultation Prénatale

CPS : Consultation Pré scolaire

CPS : Consultation préscolaire

CV : Curriculum Vitae

DPS : Direction provinciale de la santé

DPS : Division Provinciale de la Santé

FEFA : Femmes enceintes et allaitantes

HUAMSI : Huduma Ya Afia Ya Msingi (Soins de santé primaire en swahili)

MAS : Malnutrition Aiguë Sévère

MEAL : Monitoring, Evaluation, Accountability, and Learning (Suivi, Évaluation, Redevabilité et Apprentissage)

ONG : Organisation non gouvernementale

PCAS : Paquet Complémentaire d'Activités de Santé

PEPSI : Femme engagée pour la promotion de la santé intégrale

PSSPP : Programme de soins de santé primaire

RDC : République Démocratique du Congo

RECO : Relais Communautaires

ZS : Zone de santé

ND: Non Déterminé

VPOI : Vaccin Polio Oral I

TID : Travail et Innovation pour le Développement

RESUME EXECUTIF

L'organisation humanitaire CARE International s'engage à promouvoir l'égalité de genre dans tous ses domaines d'intervention. , Sous la coordination de CARE France, CARE-RDC en consortium avec les ONG World Vision (Lead), PEPSI, PPSP, en collaboration avec la Division Provinciale de la Santé du Nord-Kivu, , met en œuvre le projet intitulé « HUAMSI » (Huduma Ya Afia Ya Msingi), un projet de renforcement du système de santé et d'amélioration de la résilience aux chocs épidémiques dans la province du Nord-Kivu, en zone de santé de Butembo et Beni pour la période allant du 4 mai 2021 au 31 juillet 2024. Le projet HUAMSI, dont le nom signifie « soins de santé primaire » en swahili, est un projet de 36 mois, établi sur la base d'un accord conclu entre l'Agence Française de Développement et l'ONG CARE International, couvrant la période du 4 mai 2021 au 3 mai 2024 visant à contribuer au renforcement du système de santé primaire et secondaire, afin de le rendre accessible à toute la population et résilient face aux chocs épidémiologiques.

Le rapport d'évaluation finale du projet HUAMSI, mené par CARE RDC et ses partenaires, porte sur l'impact des interventions visant à renforcer le système de santé primaire et secondaire dans les zones de Beni et Butembo, au Nord-Kivu, RDC.

L'évaluation, réalisée par TID-Consulting Sarl, combine une approche qualitative et quantitative, et se concentre sur les critères de pertinence, cohérence, efficacité, efficience, durabilité et impact et certains questions transversales (coordination, ne pas nuire, redevabilité, GVB, justice, paix et résolution de conflit)

Principaux résultats et impact du projet

Le projet HUAMSI a eu un impact notable sur l'amélioration de l'accès aux soins de santé pour les groupes vulnérables, notamment les femmes enceintes, les enfants, et les populations économiquement défavorisées. Par exemple, les consultations prénatales ont augmenté de **15%**, et le recours aux services de planification familiale a été multiplié par **2,5** dans certaines zones. Le taux d'utilisation des contraceptifs modernes est passé de **10% à 28%** au cours du projet, reflétant un changement positif dans les comportements en faveur de la santé reproductive.

L'engagement des structures locales, telles que les CODESA (Comités de Développement Sanitaire) et les RECO (Relais Communautaires), a permis de sensibiliser largement la population sur les pratiques de santé. Ces acteurs locaux, formés et soutenus par le projet, ont contribué à la réduction des cas de maladies évitables grâce à une meilleure éducation sanitaire. Près de **80%** des membres de la communauté interrogée rapportent une amélioration de leur compréhension des pratiques de santé (adoption de pratiques améliorées, telles que le lavage des mains, l'utilisation d'eau potable et la gestion des déchets, importance de la vaccination pour les enfants et les femmes enceintes, ainsi que le recours aux consultations prénatales, recours aux structures sanitaires pour des consultations en cas de maladie, au lieu de recourir à des traitements non supervisés par du personnel de santé, etc.), et **75%** des répondants ont notés une amélioration dans la gestion des épidémies locales.

Efficacité et efficience des partenariats

Le projet a démontré une efficience notable dans la gestion des ressources, bien que des défis subsistent. Les partenariats entre les structures de santé locales et les organisations internationales ont permis de renforcer la qualité des soins et la réactivité en cas d'urgences.

Cependant, des défis persistent, notamment des difficultés d'approvisionnement en intrants médicaux dans les zones éloignées des structures de référence, où **20%** des structures de santé ont signalé des ruptures fréquentes de médicaments essentiels.

Les activités des AVEC (Associations Villageoises d'Épargne et de Crédit) mis en œuvre par le projet ont permis une amélioration de conditions de vie de bénéficiaires au projet, avec une augmentation des revenus grâce aux AGR que cela a généré. Ces activités génératrices de revenus (AGR), telles que les petits commerces, ont été intégrées pour augmenter l'accessibilité financière des participants au programme à s'acquitter de coûts de soins après la fin du projet. Environ **60%** des bénéficiaires des AVEC affirment que ces activités ont contribué à une amélioration de leur sécurité alimentaire et de leur accès aux soins.

Durabilité et résilience des services de santé

La durabilité des interventions repose en grande partie sur l'implication des acteurs locaux et la pérennité des infrastructures créées. Des infrastructures de santé, incluant des latrines et des points d'eau, ont été

construites pour soutenir les efforts d'hygiène et réduire les risques de transmission de maladies. Toutefois, **40%** des structures manquent encore d'infrastructures d'eau, d'assainissement et d'hygiène (EAH), ce qui constitue un défi pour la durabilité des gains en santé.

Les leçons apprises montrent que les activités de sensibilisation et de formation ont non seulement renforcé les capacités locales, mais ont également accru la résilience des communautés face aux crises de santé publique. **85%** des RECO formés continuent d'exercer leurs rôles après la fin du projet, ce qui témoigne de l'engagement communautaire et de la pérennité des efforts de sensibilisation.

Leçons apprises

Les membres des AVEC (Associations Villageoises d'Épargne et de Crédit) ont constaté une amélioration de leurs conditions de vie, avec une augmentation des revenus grâce aux AGR que cela a créée. Environ **70%** des membres affirment que ces initiatives ont facilité l'accès aux soins médicaux et amélioré leur sécurité alimentaire.

Les formations en gestion de crises et en finances personnelles ont aidé les membres à mieux gérer les crises socio-économiques. Près de **65%** des bénéficiaires disent avoir acquis des compétences pour réduire leur vulnérabilité financière, augmentant leur résilience économique face aux imprévus.

L'introduction de nouveaux équipements et la formation du personnel de santé ont accru la qualité des services. **78%** des usagers ont noté une amélioration de la qualité des soins, ce qui a également favorisé une fréquentation accrue des structures de santé.

Les interventions de HUAMSI ont permis aux groupes vulnérables, y compris les femmes et les personnes à faible revenu, d'accéder plus facilement aux soins de santé. **30%** de la population cible a pu bénéficier de services de santé subventionnés ou gratuits.

Les infrastructures de santé, telles que les bâtiments en matériaux durables et les équipements médicaux, ont contribué à renforcer la durabilité des services. Cependant, des efforts supplémentaires sont nécessaires pour garantir l'approvisionnement constant en eau et assainissement dans **40%** des centres de santé.

Recommandations

Pour assurer un impact durable, l'évaluation recommande :

- Un soutien continu est nécessaire pour consolider les acquis, surtout dans les zones éloignées.
- Prioriser les besoins en eau et en assainissement dans toutes les centres de santé pour garantir une hygiène adéquate.
- Étendre les Activités Villageoises d'Épargne et de Crédit et les activités génératrices de revenus pour soutenir les coûts de maintenance des infrastructures.
- Faciliter l'approvisionnement en matériel et médicaments essentiels pour éviter les pénuries dans les zones reculées.

En conclusion, le projet HUAMSI a atteint ses objectifs principaux en renforçant l'accès aux soins de santé, en améliorant la qualité des services, et en augmentant la résilience communautaire. Cependant, des défis restent à relever pour assurer la durabilité des interventions, en particulier en ce qui concerne les infrastructures d'eau et d'assainissement et l'approvisionnement en ressources médicales.

I. INTRODUCTION

I.1. APERÇU SUR LE PROJET

Après avoir exécuté un projet dénommé « HUAMSI= Huduma ya Afia ya Msingi » CARE RDC sous financement de CARE France annonce un appel à candidatures pour une évaluation finale en vue d'évaluer l'état d'avancement et les réalisations des activités du dit projet, qui se focalise sur le Renforcement du système de santé et de l'Amélioration à la résilience aux chocs épidémiques dans la Province du Nord-Kivu pour la période du 4 Mai 2021 au 31 Juillet 2024 au bénéfice des populations des Zones de santé de Beni et Butembo en province du Nord-Kivu en RD Congo.

Le projet HUAMSI dont le nom signifie « soins de santé primaire » en swahili, est un projet qui a duré 36 mois, allant du 04 Mai 2021 au 03 Mai 2024, avec une extension sans cout au 30 décembre 2025, conclu sur base d'un accord convenu entre l'Agence Française de Développement et l'ONG CARE International,

Ce Projet de développement vise à contribuer au renforcement du système de santé primaire et secondaire dans les deux zones de santé de Beni et de Butembo, afin qu'il soit accessible à toute la population et résilient face aux chocs épidémiologiques.

Au début de l'étude, une réunion de cadrage était organisée entre les équipes de CARE International et le cabinet d'exécution de l'évaluation finale du projet HUAMSI. Cette étape a été une ouverture pour entrer en contact avec l'ensemble des acteurs impliqués dans la mise en œuvre du projet. Ce contact a permis aux évaluateurs du programme HUAMSI de comprendre le contexte du projet, ses objectifs, les résultats attendus, les stratégies mises en œuvre pour atteindre les objectifs.

Après la réunion de cadrage tenue avec les staffs de CARE International du département MEAL, ces derniers ont mis à notre disposition les informations nécessaires, liées à la mise en œuvre du projet. Les documents proposition du projet, la théorie de changement et les différents termes de référence et guides d'approches mis en place par le programme, le rapport annuel du programme, le rapport de la recherche sur l'agenda d'apprentissage, le rapport d'étude d'impact environnementale, le cadre MEAL des indicateurs, le rapport de l'enquête baseline, midline et diverses données secondaires

Cette documentation et informations fournies au cabinet TID-Consulting Sarl a permis de dégager une compréhension profonde du projet HUAMSI. Grace à cela, les experts de TID-Consulting ont revus, reformulés les outils de collecte de données qualitatives et quantitatives utilisées au cours des évaluations initiale et midline en vue de les adapter au type d'évaluation finale.

Au-delà de ces documents, des articles et publications sur le contexte des zones du projet HUAMSI ont fait partie intégrante de notre documentation en vue d'évaluer les hypothèses sous-jacentes à la théorie du changement du projet HUAMSI.

La séance d'échange avec l'équipe de CARE nous a permis de peaufiner notre méthodologie qui a été adoptée à toutes les étapes du processus d'évaluation.

La phase de collecte de données a consisté à organiser de manière opérationnelle toutes les activités liées à la collecte des données sur terrain. Il s'agit de la formation des enquêteurs, qui ont été chargés de recueillir les données qualitatives et quantitatives, du déploiement des équipes sur terrain, du paramétrage des outils sur la plateforme Kobocollect, ainsi que de la collecte des données par le biais de groupes de discussion et d'entretiens avec des informateurs clés, ...).

Avant la formation des enquêteurs et superviseurs d'enquête, les consultants et experts de TID-Consulting Sarl ont mis à profit leur expertise pour le paramétrage des outils de collecte de données quantitatives sur la plateforme Kobotoolbox. Ils ont défini les besoins en matière de formation des enquêteurs et de superviseurs et ils ont rendu disponibles les outils nécessaires et adaptés après leur validation par l'équipe de CARE International. Les consultants TID-Consulting Sarl se sont rassurés également d'une bonne utilisation correcte et complète de ces outils de collecte des données qualitatives et quantitatives. Au niveau logistique, les équipes de TID-Consulting se sont rassurés en plus de la disponibilité de tous les matériels nécessaires pour soutenir la mission, ainsi que préparer des lieux de formation à Beni, y compris le logement des consultants.

Après la revue, la validation des outils, le paramétrage des outils ainsi que la résolution des aspects et questions logistiques il a été procédé à la formation des enquêteurs et superviseurs d'enquête à Beni pour les deux zones de santé (Beni et Butembo)

Cette formation a été pratique et a rappelé essentiellement sur l'objectif de la mission, la méthodologie de collecte de données, l'éthique pendant la collecte des données, les outils de collecte de données, le respect de principe humanitaire, etc. Au-delà de cette formation, un manuel reprenant la méthodologie, l'objectif de la mission, les règles et éthiques de collecte ont été rédigé par les consultants du cabinet TID-Consulting et partagé avec chaque membre de l'équipe.

De plus, la formation a inclus des simulations pratiques pour renforcer l'application des connaissances, ainsi qu'une sensibilisation aux contextes locaux afin que les enquêteurs puissent adapter leur approche en fonction des réalités culturelles et sociales. La formation a abordé également la gestion des situations sensibles et l'importance de l'intégration des questions de genre pour assurer une collecte de données inclusive et respectueuse des divers groupes de population.

L'accent a été mis également sur la protection des données personnelles, et les enquêteurs ont été formés aux meilleures pratiques pour garantir la confidentialité et la sécurité des informations recueillies. Enfin, un mécanisme de suivi et de supervision continue a été mis en place pour assurer le respect des méthodologies enseignées tout au long de l'enquête, offrant un soutien en temps réel pour surmonter les défis rencontrés sur le terrain.

Une approche méthodologique mixte (qualitative et quantitative) a été utilisée pour cette étude dont l'approche documentaire, Approche qualitative de collecte des données regroupant à la fois le focus group, les entretiens des personnels clés et l'approche quantitative (enquête ménage)

L'approche qualitative a été employée pour collecter des données primaires sur le terrain, notamment par le biais d'entretiens structurés et semi-structurés avec les différentes parties prenantes et les participants au projet. Les outils utilisés lors de l'enquête de base, partagés par CARE International, ont été revus, adaptés et utilisés afin de faciliter la comparaison entre les données de cette évaluation et celles recueillies lors de l'enquête de base. L'équipe a recueillie également des informations directement auprès des bénéficiaires directs du projet, des agents communautaires et d'autres parties prenantes dans les zones d'intervention du projet.

Les Focus Group ont quant à eux été conduits par des experts en collecte de données qualitatives et en animation des discussions de groupe. Chaque équipe été constituée d'un binôme homme – femme, partout lors de cette activité en vue de s'assurer que les questions et aspects spécifiques à chaque groupe (femmes, filles, hommes, etc.) ont été suffisamment approfondis. Au total 18 groupes de discussion ont été organisé et réalisés, atteignant toutes les couches sociales ayant été partie prenantes au projet comme suit :

- ✓ 6 groupes de discussion avec les femmes bénéficiaires (1 groupe dans chaque catégorie d'Aire de Santé, pour les 2 Zones de Santé) ;
- ✓ 6 groupes de discussion avec les hommes bénéficiaires (1 groupe dans chaque catégorie d'Aire de Santé, pour les 2 Zones de Santé) ;
- ✓ 6 groupes de discussion avec les membres des AVEC (1 groupe dans chaque catégorie d'Aire de Santé, pour les 2 Zones de Santé).

Cette technique a garanti une représentativité complète des différentes catégories d'Aires de Santé (grandes, moyennes et petites aires de santé) et des participants, tout en tenant compte des besoins spécifiques des groupes cibles. La réalisation de ces groupes de discussion dépendait aussi également des conditions d'accessibilité physique et sécuritaire dans les zones concernées par l'étude.

Dans l'ensemble, TID-CONSULTING SARL s'est entretenu avec 34 informateurs clés pour les zones de santé de Beni et Butembo, et au niveau de la coordination du projet à Goma qui étaient disponibles. Les informateurs ont inclus des représentants de la DPS Nord-Kivu, de l'antenne de la DPS à Goma, ainsi que des Médecins Chefs de Zone, Infirmiers Titulaires, membres du Comité de pilotage du projet, des membres du CODESA/CAC, et des responsables des AVEC.

Les informateurs clés ont été sélectionnés de manière à inclure une diversité de perspectives, allant des gestionnaires de projet aux représentants communautaires. Chaque aire de santé a été représentée par des infirmiers titulaires et des membres des CODESA/CAC pour garantir une représentation des Aires de Santé sélectionnées selon différentes catégories (grandes, moyennes et petites). Les responsables des Associations Villageoises d'Épargne et de Crédit (AVEC) ont été aussi partie prenantes dans cette évaluation. Cette approche a permis de recueillir des informations complètes et diversifiées sur l'impact et la mise en œuvre du projet à différents niveaux : décisionnel, opérationnel, et communautaire.

Quant à l'approche méthodologique quantitative, Pour bien trianguler les informations collectées pendant les focus-group et les entretiens semi-structurés, une analyse quantitative s'est avérée indispensable. Celle-ci a été réalisée à l'aide d'un questionnaire validé et paramétré sur tablettes et smartphones via la plateforme Kobocollect, une application facile à manipuler, qui a permis un suivi en temps réel et un gain de temps. La taille de l'échantillon a été déterminée au nombre de **421** ménages, qui a été réparti proportionnellement entre les deux zones de santé, tenant compte de la taille de chaque population. C'est ainsi qu'on a attribué **278** ménages à la Zone de Santé de Beni et **143** à celle de Butembo, cette répartition assure que chaque zone est représentée de manière équitable, ce qui a permis de garantir la validité des résultats obtenus pour chaque zone tout en facilitant une analyse comparative fiable. En ce qui concerne le choix des ménages à enquêter dans la communauté bénéficiaire, les ménages avec enfants de 0 à 23 mois étaient considérés, vu la nature d'informations à collecter dans cette enquête. Ces ménages étaient choisis de façon aléatoire dans la communauté, pour donner à tous les ménages faisant partie de cette catégorie une chance égale de faire partie de l'évaluation.

II. OBJECTIFS DE L'EVALUATION

L'objectif général est d'examiner dans quelle mesure le projet a été conçu et mis en œuvre pour renforcer le système de santé primaire et secondaire dans les zones de santé de Beni et Butembo, en le rendant accessible à toute la population et résilient face aux chocs épidémiologiques.

Les objectifs spécifiques incluent l'évaluation des progrès et réalisations par rapport aux extrants et objectifs du projet, ainsi que la cohérence, la pertinence, l'efficacité, la durabilité et l'impact des interventions, ainsi que l'efficacité des ressources mobilisées. Ils visent à analyser les écarts entre les résultats attendus et obtenus, les forces et faiblesses et la participation des parties prenantes. Enfin, l'évaluation visait à documenter les leçons apprises et formuler des recommandations pour de futures interventions similaires.

III. CONSIDERATIONS ETHIQUES NORMES

Cette étude a strictement respecté les considérations éthiques pour garantir la confidentialité, le consentement éclairé et le respect des participants. Les enquêteurs, soutenus par l'équipe MEAL du programme HUAMSI, ont expliqué aux répondants la nature de l'étude et les procédures à suivre. Une note de consentement éclairé fut lue avant chaque entretien, et les participants avaient la liberté de ne pas répondre à certaines questions ou de ne pas participer. L'anonymat des répondants fut préservé, et aucune donnée personnelle ne fut partagée en dehors de l'étude.

L'équipe d'évaluation appliqua les principes du DO NO HARM, de l'inclusion sociale et de la protection des droits des femmes et des enfants. En cas de signalement d'abus ou de danger, les enquêteurs informèrent les autorités compétentes. Les activités de collecte respectèrent les codes de conduite en recherche et évitèrent tout impact négatif sur la cohésion sociale. Enfin, toute décision en cas d'incident fut prise de manière collégiale avec les partenaires pour garantir des solutions conformes aux principes humanitaires.

IV. METHODES ET CONCEPTION DE L'EVALUATION

IV.1. ZONES DE L'EVALUATION

L'enquête s'est déroulée dans les zones de santé de Beni et Butembo, en République Démocratique du Congo (RDC), couvrant des Aires de Santé stratifiées en grandes, moyennes et petites en fonction de leur taille démographique. Cette stratification statistique a permis une répartition équilibrée de l'échantillon, garantissant que chaque catégorie d'Aire de Santé soit représentée proportionnellement à sa population. Deux Aires de Santé par catégorie (grandes, moyennes et petites) ont été sélectionnées dans chaque zone de santé, ce qui a permis de couvrir une diversité de réalités locales. Au total, 12 Aires de Santé considérées, dont 6 dans la ZS de Butembo (Malende, Matanda, Kyangike, Vulindi, Katsya et Vutsundo) et 6 dans la ZS de Beni (Bundji, Mukulya, Ngilinga, Tuungane, Kanzulinzuli et Ngongolio).

Ce processus a également pris en compte les contraintes d'accessibilité physique et sécuritaire pour optimiser la faisabilité de l'enquête. Chaque Aire de Santé sélectionnée a contribué à une analyse comparative entre les zones, tout en reflétant fidèlement les contextes locaux. Cette approche garantit que les résultats obtenus soient statistiquement valides et représentatifs des populations étudiées.

IV.2. APPROCHES DE L'EVALUATION

L'évaluation a adopté une approche méthodologique mixte, combinant des techniques quantitatives et qualitatives pour fournir une analyse complète et représentative des résultats.

IV.2.1. Approche quantitative de collecte des données

Une enquête ménage a été menée auprès de 421 ménages, répartis proportionnellement entre Beni (278 ménages) et Butembo (143 ménages) selon la taille de leur population. L'échantillonnage aléatoire à deux degrés, stratifié par la taille des Aires de Santé (grandes, moyennes, petites), a garanti une couverture équitable des zones étudiées.

Le nombre de ménages à considérer dans les Aires de Santé était calculé de façon proportionnelle à la taille de chaque Aire de Santé. Quant au choix des ménages à enquêter dans chaque Aire de Santé considéré, en l'absence de liste de ménages avec enfants de 0 à 23 mois, une technique d'échantillonnage spatial aléatoire a été utilisée. Les enquêteurs ont divisé la communauté en sous-secteurs géographiques en traçant des quadrants à l'aide de repères physiques observés sur le terrain. Chaque quadrant a été assigné un numéro, et un tirage aléatoire a été effectué pour déterminer les quadrants à explorer. Une fois dans un quadrant sélectionné, les enquêteurs se sont déplacés aléatoirement en utilisant une direction déterminée au hasard (en lançant une bouteille) pour identifier les ménages. À chaque ménage visité, la vérification de la présence d'enfants de 0 à 23 mois a confirmé leur inclusion. Cette méthode a garanti que tous les ménages avaient une chance égale d'être sélectionnés, tout en respectant le critère de choix et le caractère d'inclusion des ménages.

Les outils de collecte, paramétrés sur la plateforme KoboCollect, ont facilité un suivi en temps réel, renforçant l'efficacité et la fiabilité du processus.

IV.2.2. Approche qualitative de collecte des données

Un total de 18 groupes de discussion, incluant des femmes, des hommes et des membres d'AVEC, a exploré les perceptions des bénéficiaires sur les interventions du projet. Ces discussions ont été complétées par des entretiens semi-structurés avec 34 informateurs clés, notamment un représentant de la DPS Nord-Kivu, un représentant de l'antenne de la DPS de Butembo, des Médecins Chefs de Zone, des membres de CODESA/CAC, des responsables des formations sanitaires et des responsables des AVEC.

La combinaison de ces approches a permis une triangulation rigoureuse, renforçant la profondeur et la validité des conclusions tirées de l'évaluation.

IV.3. LA PHASE PREPARATOIRE DE L'EVALUATION

La phase préparatoire a commencé par une revue documentaire exhaustive, intégrant des documents stratégiques tels que documents tels que la proposition de projet, la théorie de changement, les différents termes de référence et guides d'approches mis en place par le programme, ainsi que le rapport annuel du programme, le rapport sur l'agenda d'apprentissage, la recherche-action, le tableau des indicateurs mis à jour, et les rapports des enquêtes baseline, et midline, recherche action, étude d'impact environnementale, et d'activités.

Ces informations ont permis de concevoir, d'adapter et de valider les outils de collecte pour répondre aux spécificités de l'évaluation finale. Une attention particulière a été portée à leur configuration sur KoboCollect, facilitant ainsi leur utilisation numérique et leur sauvegarde régulière. La formation des enquêteurs, incluant des tests pilotes, a permis de garantir leur maîtrise des outils, des méthodes et des principes éthiques. Cette phase a posé les bases pour une collecte de données cohérente et fiable.

IV.4. LA PHASE DE COLLECTE DE DONNEES SUR TERRAIN

La collecte des données a combiné des approches qualitatives et quantitatives pour obtenir une vision complète des interventions du projet. Les groupes de discussion ont permis de recueillir des perceptions variées des bénéficiaires et des participants clés, tandis que les entretiens semi-structurés ont apporté des perspectives stratégiques d'informateurs clés. Parallèlement, l'enquête ménage a fourni des données quantitatives robustes, essentielles pour une analyse comparative fiable. Les outils numériques, paramétrés sur KoboCollect, ont assuré un suivi en temps réel et la sécurité des données collectées. Une supervision régulière sur le terrain a garanti la qualité des informations recueillies et permis de surmonter rapidement les défis logistiques ou méthodologiques.

IV.5. LA PHASE D'ANALYSE ET DE REDACTION DU RAPPORT

L'analyse des données, réalisée à l'aide d'outils tels que NVivo, Excel et Epi Info, a structuré et interprété les informations qualitatives et quantitatives collectées. Les enregistrements audio, notes manuscrites et données numériques ont été organisés pour garantir une analyse approfondie et fiable. Les données ont été désagrégées par zone de santé et par sexe lorsque cela était pertinent, afin d'assurer une compréhension claire des dynamiques locales. La rédaction du rapport final, coordonnée par le consultant principal, s'est fondée sur ces analyses consolidées. Cette approche a abouti à des recommandations stratégiques robustes, alignées sur les objectifs du projet HUAMSI.

Le faible nombre d'hommes enquêtés dans l'enquête ménage (3%) a rendu difficile toute analyse statistiquement robuste ou pertinente de ce sous-groupe. En outre, la majorité des questions étaient spécifiquement conçues pour recueillir des informations auprès des femmes, limitant la portée et la pertinence des données collectées auprès des hommes. Ces contraintes méthodologiques ont orienté l'analyse principalement sur les données globales, tout en soulignant ces limites pour garantir une interprétation précise des résultats.

IV.6. LIMITES DE LA METHODOLOGIE

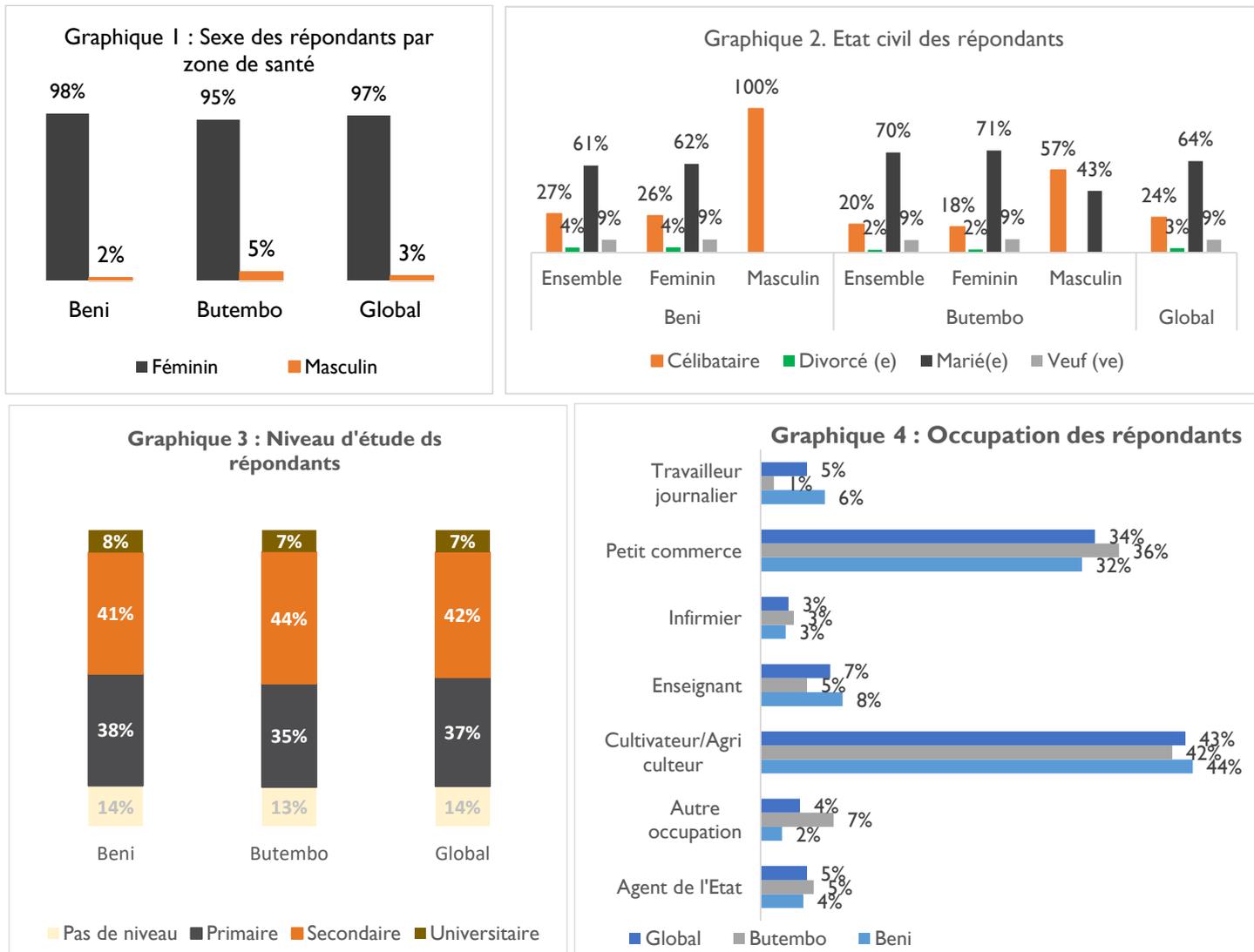
L'échantillonnage de l'enquête a été fortement orienté vers les femmes (exigence méthodologique), avec 97% de répondantes contre seulement 3% d'hommes, ce qui ne permet pas une représentativité proportionnelle entre les sexes. De plus, les critères d'inclusion, comme la nécessité qu'un ménage compte une femme avec un enfant de 6 à 23 mois, ont introduit un biais systématique excluant de nombreux ménages masculins. Ces éléments limitent toute possibilité de désagrégation significative des résultats par sexe.

V. ANALYSE ET RESULTATS DE L'EVALUATION

V.I. DESCRIPTION SOCIO-DEMOGRAPHIQUE DES REpondANTS

Dans le sens général, après notre passage dans les différentes zones d'exécution du projet, nous avons constaté que le projet avait été exécuté et les informations reprises dans les paragraphes en bas, donnent les résultats et avis de la communauté bénéficiaires ainsi que d'autres parties prenantes au projet.

Répartition des répondants par sexe, état-civil, niveau d'étude & occupation/métiers



L'analyse des graphiques montre que la majorité des enquêtés sont des femmes (95%-98%) dans les deux zones de santé (Beni et Butembo). Le statut matrimonial dominant est "marié(e)" (64%), suivi des célibataires (24%). Concernant le niveau d'étude, la plupart des enquêtés ont atteint le secondaire (41%-44%), avec une minorité ayant un niveau universitaire (7%-8%). L'activité principale des enquêtés est l'agriculture (43%-44%), suivie par le petit commerce (32%-36%). Ces données indiquent une population enquêtée majoritairement féminine, active dans l'agriculture, avec un niveau d'éducation intermédiaire et un statut matrimonial varié.

Tableau I. Répartition par âge et taille des ménages

Age des répondants		
Zone de santé	Moyenne	Ecart-type
Butembo	32	9
Féminin	32	9
Masculin	26	7
Beni	33	9
Féminin	34	9
Masculin	30	10
Global	32	9

Les répondants ont un âge moyen global de **32** ans, avec une faible dispersion (écart-type de **9** ans), indiquant une relative homogénéité. Les hommes, particulièrement à Butembo (**26** ans), sont significativement plus jeunes que les femmes dans les deux ZS (**32-34** ans), reflétant une potentielle différence générationnelle ou de critères de sélection liés aux rôles socioculturels. A Beni, la variabilité est plus prononcée chez les hommes (écart-type de **10**), ce qui pourrait traduire une diversité de profils dans cette zone. Ces différences d'âge par sexe et zone peuvent influencer les perspectives ou priorités des répondants dans l'analyse.

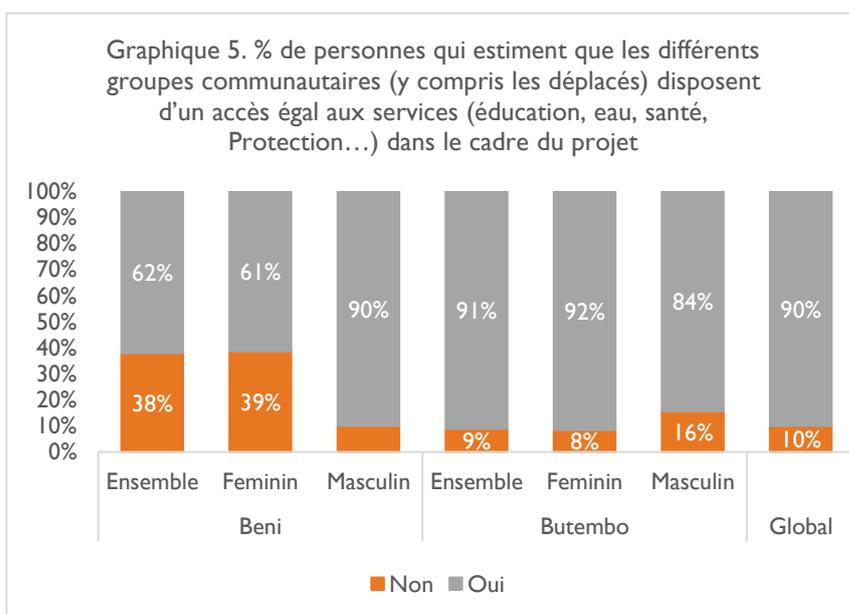
V.2. PRESENTATION DES RESULTAST SELON LES CRITERES D'EVALUATION

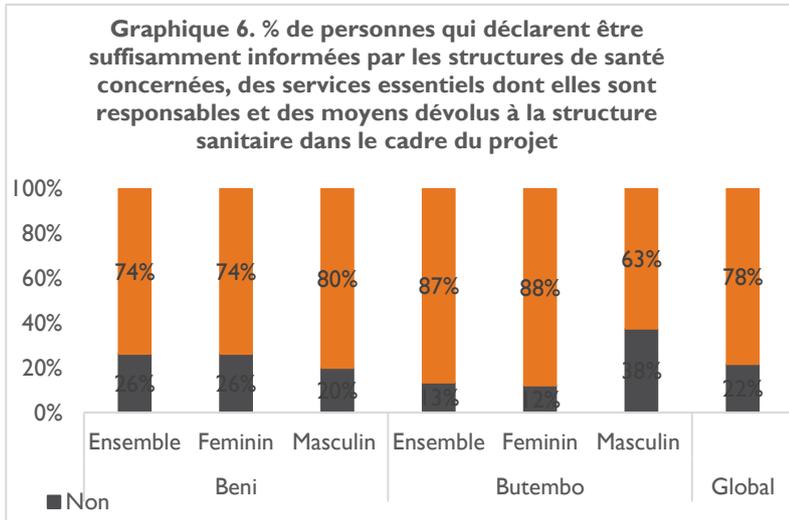
V.2.1. LA PERTINENCE & CONCEPTION DU PROJET

Le graphique révèle des disparités significatives entre les zones de santé et les perceptions selon le genre. A Beni, seulement **61%** des femmes et **90%** des hommes estiment que l'accès aux services est égal, ce qui représente les pourcentages les plus bas, avec **38-39%** de réponses négatives. En revanche, à Butembo, la perception d'égalité est nettement plus élevée, atteignant **91-92%**, avec une très faible proportion de réponses négatives (**8-9%**).

Globalement, **90%** des répondants considèrent l'accès égalitaire aux services comme satisfaisant, mais les disparités importantes entre Beni et Butembo (près de **30%** d'écart dans les réponses négatives) montrent une

inégalité perçue plus marquée dans certaines zones, en particulier à Beni. D'accès aux services, ce qui peut refléter des disparités dans la mise en œuvre du projet dans cette zone.

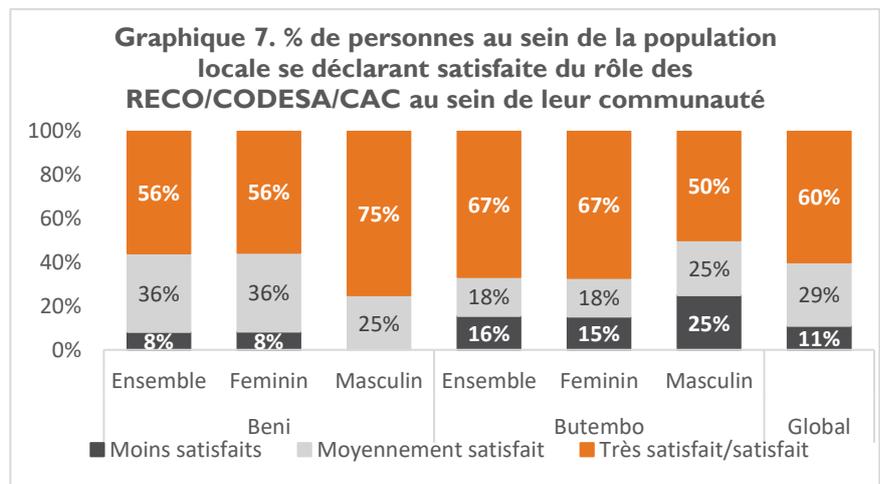




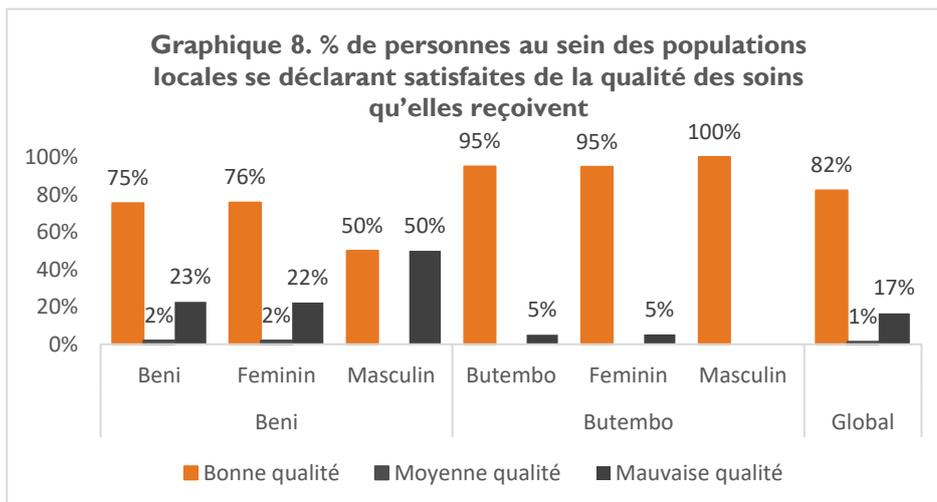
Le graphique 6 montre des différences notables dans la perception d'une information suffisante par les structures de santé selon les zones et le genre. À Beni, **74-80%** des répondants (hommes et femmes) déclarent être suffisamment informés, avec une proportion de **20-26%** de réponses négatives. En revanche, à Butembo, cette perception est beaucoup plus positive, atteignant **87-88%**, avec seulement **12-13%** de réponses négatives. Globalement, **78%** des répondants se disent informés, mais les disparités entre les zones (écart de **13%** dans les perceptions positives) indiquent un meilleur accès à l'information sanitaire à

Butembo qu'à Beni, sans grande différence entre les genres dans les deux zones.

Le graphique 7 révèle que **60%** des répondants, globalement, sont satisfaits du rôle des RECO/CODESA/CAC, mais avec des disparités notables. A Beni, les hommes affichent un taux de satisfaction élevé (**75%**, dont **25%** moyennement satisfait), tandis que les femmes sont nettement moins satisfaites (**56%**, avec **36%** moyennement satisfaites). A Butembo, la satisfaction est de **67%** pour les femmes contre **50%** pour les hommes, indiquant une disparité notable entre les deux groupes, avec un taux d'insatisfaction plus faible (**15-25%**). Les données montrent des écarts significatifs entre les deux zones et selon le genre, Beni affichant une insatisfaction marquée chez les femmes.



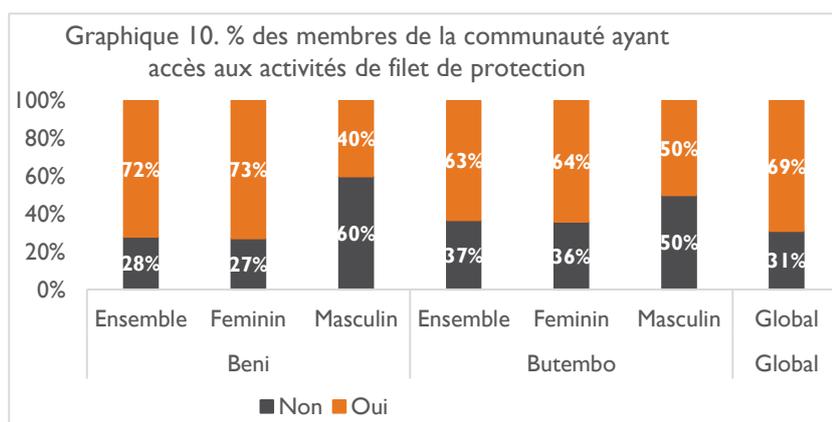
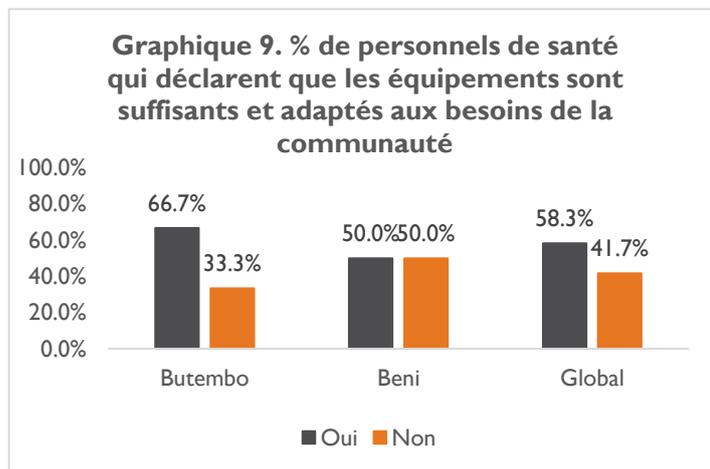
entre les deux zones et selon le genre, Beni affichant une insatisfaction marquée chez les femmes.



Le graphique 8 montre que **82%** des répondants au niveau global déclarent une bonne qualité des soins, **17%** une qualité moyenne, et seulement **1%** une mauvaise qualité. À Beni, **75%** des personnes déclarent une bonne qualité, mais avec un écart significatif entre les femmes (**76%**) et les hommes (**50%**). Ces derniers ont un taux élevé de réponse "qualité moyenne" (**50%**). A Butembo, la satisfaction atteint **95%** chez les femmes et **100%** chez les

hommes, avec une réponse "qualité moyenne" réduite à **5%** pour les femmes et absente pour les hommes. La différence entre Beni et Butembo est statistiquement importante, avec un écart de **20% à 25%** sur la perception positive et un taux de réponses "qualité moyenne" deux fois plus élevé à Beni.

Le graphique 9 révèle que 66,7 % des personnels de santé à Butembo et 50 % à Beni estiment que les équipements sont suffisants et adaptés aux besoins de la communauté. Cet indicateur est directement lié à la pertinence du projet, car il mesure l'adéquation entre les ressources matérielles fournies et les besoins spécifiques des populations locales. Les résultats montrent que, bien que la majorité des personnels de santé à Butembo perçoivent les équipements comme adaptés, cette proportion diminue significativement à Beni. Cela suggère que la conception du projet n'a pas toujours réussi à aligner les dotations en équipements avec les besoins spécifiques de cette zone, ce qui peut remettre en question la pertinence des interventions matérielles dans certaines structures.



Le graphique 10 montre que 69 % des répondants au niveau global déclarent avoir accès aux activités de filet de protection, contre 31 % qui n'y ont pas accès. A Beni, 72 % des répondants indiquent avoir accès, avec 73 % pour les femmes et seulement 40 % pour les hommes. A Butembo, 63 % des répondants ont accès aux filets de protection, avec 64 % pour les femmes et 50 % pour les hommes. Ces résultats mettent en évidence des disparités significatives, notamment

entre les hommes de Beni et les autres groupes, les femmes de Beni et de Butembo semblant bénéficier d'un meilleur accès.

I. Accès égal aux services essentiels (éducation, eau, santé)

L'évaluation de la pertinence du projet HUAMSI selon les critères CAD repose sur la capacité à offrir un accès égal aux services essentiels (éducation, eau, santé, protection) aux différentes communautés. Lors de l'évaluation de base, 49,5 % des personnes dans la ZS de Beni estimaient que l'accès était égalitaire, contre 38,3 % dans la ZS de Butembo. À l'échelle globale, le taux était de 44,8 %. Lors de l'évaluation finale, ces chiffres ont progressé à 62,0 % dans la ZS de Beni et 91,2 % dans la ZS de Butembo, avec un résultat global de 73,5 %.

L'évolution montre une amélioration considérable dans les deux zones, particulièrement dans la ZS de Butembo, où l'augmentation de 52,9 points révèle un impact majeur. Cela peut être attribué à une meilleure mise en œuvre des infrastructures et des services essentiels, perçus comme plus accessibles et adaptés. Comme l'a indiqué un agent de santé à Butembo : « Nous voyons enfin des infrastructures aux normes, ce qui nous donne confiance en la qualité des soins » (source : entretiens avec les responsables des formations sanitaires, ZS de Butembo). Cependant, dans la ZS de Beni, les progrès, bien que notables, ont été limités par des retards dans l'exécution, ce qui a réduit la pertinence perçue, selon les témoignages : « Le projet a commencé avec de bons objectifs, mais les retards dans l'exécution ont fait que la population est toujours dans l'attente de services promis »¹ (source : entretiens avec les responsables des formations sanitaires, ZS de Beni).

L'évolution globale de 28,7 points montre une amélioration significative de l'accès aux services, ce qui renforce la pertinence du projet dans son ensemble. Toutefois, les retards et la communication insuffisante dans la ZS de Beni auraient freiné la perception positive, nécessitant une meilleure gestion des délais pour garantir une égalité d'accès.

¹ Entretien avec les responsables des formations sanitaires de la ZS de Beni

2. Qualité des soins reçus (pertinence des interventions)

L'évaluation de la qualité des soins reçus est également un indicateur clé de la pertinence et de la conception du projet. A l'échelle globale, **63,5 %** des personnes étaient satisfaites lors de l'évaluation de base, contre **82,1 %** à l'évaluation finale, soit une augmentation globale de 18,6 points.

Dans la ZS de Beni, la satisfaction est passée de **73,8 %** à **75,3 %**, une progression modeste, bien que la qualité des soins reste un point fort de l'intervention. Toutefois, les discussions qualitatives révèlent que l'apparence et la qualité des infrastructures ont freiné cette satisfaction. Les bénéficiaires ont exprimé des déceptions concernant l'état des infrastructures : « *L'apparence des infrastructures ne reflète pas toujours la promesse de soins de qualité, et les gens en sont déçus* » (source : groupes de discussion avec les membres de la communauté, ZS de Beni). Cela montre que, bien que les services aient été perçus comme relativement bons, les infrastructures inadaptées ont affecté la perception de la qualité des soins, réduisant ainsi la pertinence du projet.

Dans la ZS de Butembo, la satisfaction est passée de **47,9 %** à **94,9 %**, une augmentation majeure de 47 points. Cette nette progression est due à la régularité et à l'amélioration des services offerts, renforcée par des infrastructures mieux adaptées aux besoins locaux. Comme le note un agent de santé : « *Les services sont fournis de manière régulière, et les gens savent qu'ils peuvent compter sur nous* » (source : entretiens avec les responsables des formations sanitaires, ZS de Butembo). Cette perception montre que la conception du projet a bien pris en compte les besoins locaux en matière de soins de santé, renforçant ainsi la pertinence des interventions à Butembo.

3. Information des populations sur les services essentiels

L'un des critères importants pour juger de la pertinence d'un projet est la capacité à informer les bénéficiaires sur les services disponibles. À l'échelle globale, **54,0 %** des personnes lors de l'évaluation de base estimaient être suffisamment informées sur les services, un chiffre qui est monté à **78,3 %** lors de l'évaluation finale. Dans la ZS de Beni, le taux d'information est passé de ND (Non déterminé) à **73,8 %**, tandis que dans la ZS de Butembo, il est passé de ND à **86,6 %**.

Bien que les deux zones aient montré des résultats positifs lors de l'évaluation finale, la ZS de Butembo a enregistré des résultats nettement plus élevés en matière d'information des populations, suggérant que les efforts de communication et de diffusion des informations y ont été plus pertinents. Un membre des CODESA a expliqué : « *Les CODESA informent régulièrement la communauté sur les services disponibles, ce qui les aide à mieux comprendre ce qui est offert* » (source : entretiens avec les membres des CODESA, ZS de Butembo). Cette bonne diffusion d'informations a contribué à une plus grande pertinence perçue du projet à Butembo. En revanche, dans la ZS de Beni, malgré un taux d'information relativement élevé, des lacunes dans la communication ont été identifiées, ce qui a affaibli la perception de la pertinence du projet : « *Les informations ne sont pas bien relayées, et beaucoup de bénéficiaires ne savent pas exactement quels services sont disponibles* » (source : entretiens avec les responsables des formations sanitaires, ZS de Beni). Cela montre que, même si la conception du projet incluait des efforts de communication, l'exécution dans la ZS de Beni n'a pas pleinement répondu aux besoins d'information, réduisant ainsi l'impact et la pertinence de la diffusion des services.

4. Satisfaction du rôle des structures communautaires (RECO/CODESA/CAC)

L'implication des structures communautaires telles que les CODESA est essentielle pour renforcer la durabilité et la pertinence des actions. Lors de l'évaluation de base, **22,0 %** des personnes au niveau global étaient satisfaites du rôle des CODESA, un chiffre qui a augmenté à **60,1 %** lors de l'évaluation finale. Dans la ZS de Beni, le taux de satisfaction a atteint **56,0 %**, tandis que dans la ZS de Butembo, il a grimpé à **66,7 %**.

Le niveau de satisfaction plus élevé dans la ZS de Butembo montre que les CODESA y ont joué un rôle plus impactant, probablement en raison d'une meilleure régularité dans les interventions et d'une plus grande implication des structures locales. Un membre des CODESA à Butembo a affirmé : « *Les CODESA permettent de transmettre des informations cruciales pour la prévention des maladies* » (source : entretiens avec les membres des CODESA, ZS de Butembo). En revanche, dans la ZS de Beni, les retards dans l'exécution ont affecté l'efficacité des CODESA : « *Nous pensons que les activités allaient commencer plus tôt, mais il y a eu des retards, ce qui a frustré beaucoup de membres des CODESA* » (source : entretiens avec les responsables des formations sanitaires, ZS de Beni). Cette différence montre que, bien que la conception du projet ait inclus les structures communautaires dans les deux zones, l'impact des CODESA a été plus faible à Beni en raison des défis rencontrés lors de la mise en œuvre.

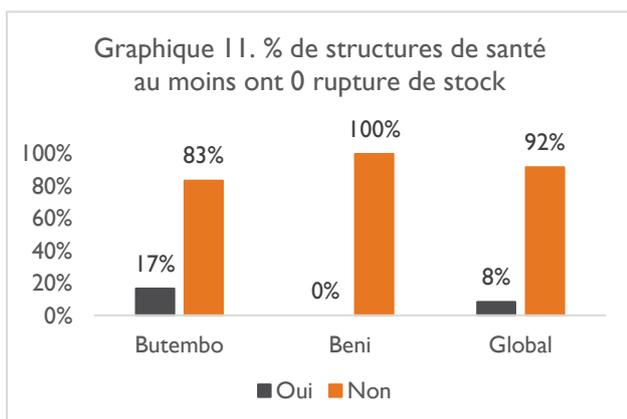
5. Suffisance et adaptation des équipements aux besoins des communautés

Enfin, l'adaptation des équipements aux besoins des communautés est cruciale pour juger de la pertinence d'un projet. A l'échelle globale, **41,0 %** des personnels de santé lors de l'évaluation de base jugeaient les équipements suffisants, contre **58,0 %** lors de l'évaluation finale. Dans la ZS de Beni, **50,0 %** des personnels de santé ont estimé que les équipements étaient suffisants lors de l'évaluation finale, contre **66,7 %** dans la ZS de Butembo.

L'écart entre les deux zones montre que les équipements étaient mieux adaptés aux besoins des professionnels de santé à Butembo, renforçant la pertinence du projet dans cette zone. Un agent de santé à Butembo a déclaré : « *Les équipements que nous avons reçus nous permettent de mieux répondre aux besoins des patients* » (source : entretiens avec les responsables des formations sanitaires, ZS de Butembo). Dans la ZS de Beni, cependant, les insuffisances en termes d'équipements ont été soulignées : « *Les équipements sont parfois insuffisants, ce qui limite notre capacité à fournir des soins de qualité* » (source : entretiens avec les responsables des formations sanitaires, ZS de Beni). Ces différences montrent que la conception du projet à Butembo a mieux pris en compte les besoins matériels, ce qui a accru la pertinence des interventions dans cette zone.

La pertinence du projet HUAMSI, selon les critères CAD, s'est reflétée différemment entre les zones de santé de Beni et de Butembo. Dans la ZS de Butembo, le projet a montré une forte pertinence, avec des améliorations substantielles dans l'accès aux services essentiels (+52,9 points), la qualité des soins (+47 points), et l'adaptation des infrastructures. Ces résultats indiquent une conception bien adaptée aux besoins locaux. Dans la ZS de Beni, bien que des progrès aient été réalisés, notamment dans l'accès aux services et la satisfaction des CODESA, les retards d'exécution et les insuffisances en infrastructures ont limité l'impact du projet, réduisant ainsi sa pertinence perçue. Globalement, le projet a été pertinent, mais la disparité entre les zones souligne l'importance d'une meilleure planification et d'une exécution plus équitable pour maximiser son efficacité future.

V.2.2. EFFICIENCE



Le graphique 11 montre que **100 %** des structures de santé à Beni ont maintenu une continuité des stocks sans rupture, tandis qu'à Butembo, ce chiffre est de **83 %**, avec **17 %** des structures ayant subi au moins une rupture. Globalement, **92 %** des structures de santé dans les zones concernées ont réussi à éviter les ruptures de stock.

Cet indicateur est crucial pour évaluer l'efficacité du projet, car il reflète la capacité des structures à gérer et à maintenir un approvisionnement régulier. Les résultats montrent une bonne performance à Beni, où la gestion des stocks a été particulièrement efficace, tandis que la

situation à Butembo, bien que positive, suggère une légère marge d'amélioration.

L'évaluation de l'efficacité du projet HUAMSI selon les critères CAD met en lumière la manière dont les ressources ont été gérées et utilisées pour atteindre les objectifs du projet, tout en minimisant les pertes et en optimisant la qualité des services de santé. Cette analyse s'appuie à la fois sur les résultats quantitatifs et sur les données qualitatives issues des différentes sources d'information, permettant ainsi de mieux comprendre les forces et les limites du projet dans les Zones de Santé (ZS) de Beni et Butembo.

Rupture de stock des structures de santé : un indicateur partiel de l'efficacité

L'indicateur des ruptures de stock reflète l'efficacité du projet HUAMSI dans la gestion des ressources. Le budget initial alloué à l'approvisionnement était utilisé à **75,8 %**. Dans la ZS de Beni, où **100 %** des structures ont évité les ruptures, cela montre que le projet a mis en place un système efficace d'approvisionnement, contribuant à une utilisation optimale des ressources et à la continuité des soins. Dans la ZS de Butembo, bien que **83,3 %** des structures aient également évité les ruptures, les retards dans **16,7 %** des cas révèlent des inefficiences qui ont affecté la continuité des services. Ces résultats illustrent l'impact direct de la gestion des stocks sur l'efficacité globale du projet. L'écart entre les deux zones, en dépit des investissements similaires, montre que les défis logistiques à Butembo ont affecté les performances, malgré un effort financier soutenu.

Gestion des ressources et optimisation des processus

En complément des ruptures de stock, la gestion des ressources humaines et matérielles est également un indicateur essentiel d'efficacité. Le budget alloué aux ressources humaines était utilisé à **94,3 %** du montant prévu, démontrant une gestion budgétaire prudente. Les responsables des formations sanitaires dans la ZS de Beni ont expliqué que la gestion des stocks faisait partie d'un ensemble plus large de pratiques de gestion, favorisé par des formations à la gestion rationnelle des médicaments et des équipements. « Nous avons amélioré nos processus de gestion des ressources grâce à la formation, ce qui nous a permis de mieux contrôler les stocks et de réduire le gaspillage » (source : entretiens avec les responsables des formations sanitaires, ZS de Beni).

Cependant, dans la ZS de Butembo, les retards logistiques ont entravé cette optimisation : les formations ont bien été perçues, mais leur application a été limitée par les difficultés de livraison. Cela a notamment affecté la continuité des soins, malgré une utilisation correcte des fonds. La consommation budgétaire à Butembo pour les ressources humaines et logistiques était similaire à celle de Beni, mais les résultats en termes d'efficacité n'ont pas été aussi marquants, à cause des contraintes de terrain.

Efficacité perçue par les communautés

Le budget alloué à la mobilisation communautaire, y compris les groupes AVEC et CODESA, était consommé à **85 %**. Dans la ZS de Beni, les communautés ont exprimé une grande satisfaction quant à la régularité des services, ce qui reflète une perception positive de l'efficacité du projet. « Nous sommes toujours sûrs de trouver les médicaments nécessaires, et les soins sont dispensés de manière continue » (source : groupes de discussion, ZS de Beni). Cette continuité perçue montre que les ressources ont été utilisées de manière efficace pour garantir des soins réguliers, en lien avec la gestion proactive des stocks et des ressources humaines.

Dans la ZS de Butembo, en revanche, bien que la majorité des services soient disponibles, les ruptures de stock et les retards ont affecté la perception de l'efficacité par les bénéficiaires. « Il nous est arrivé d'aller à l'hôpital et de ne pas trouver les médicaments, ce qui nous a obligés à attendre le réapprovisionnement » (source : groupes AVEC, ZS de Butembo). Ces interruptions ont altéré la perception des bénéficiaires, affectant leur confiance dans la régularité des services, bien que des améliorations notables aient été observées par rapport à l'évaluation de base.

Implication des structures communautaires

L'efficacité des CODESA et des groupes AVEC a contribué à l'efficacité globale du projet. Dans la ZS de Beni, les CODESA ont réussi à coordonner efficacement la distribution des médicaments avec les structures de santé. Le budget consacré à la participation communautaire a permis de sensibiliser les communautés à l'importance de la gestion des ressources, renforçant ainsi l'efficacité. « Nous avons aidé à organiser la distribution des médicaments de manière régulière et nous avons sensibilisé la communauté sur l'importance de ne pas gaspiller les ressources » (source : entretiens avec les membres des CODESA, ZS de Beni).

À Butembo, bien que les CODESA aient également joué un rôle clé, ils ont été confrontés à des interruptions fréquentes des stocks, limitant leur capacité à maintenir une perception positive de l'efficacité. « Nous avons dû expliquer plusieurs fois aux membres de la communauté que les retards étaient temporaires, mais cela a créé des frustrations » (source : entretiens avec les membres des CODESA, ZS de Butembo). Malgré ces défis, l'implication des CODESA a globalement contribué à l'amélioration de la gestion des ressources, mais leur rôle aurait pu être renforcé avec une meilleure gestion logistique.

Participation des acteurs locaux et renforcement des capacités

Les formations dispensées aux responsables de santé dans les deux zones ont également contribué à renforcer l'efficacité du projet. Un budget de **756 404 €** a été alloué à la formation des ressources humaines, avec une consommation légèrement supérieure à **100 %**. A Beni, les responsables ont signalé que ces formations ont directement amélioré la gestion des stocks et la planification des services de santé : « Les formations nous ont permis de mieux anticiper les besoins en médicaments et d'éviter les ruptures de stock » (source : entretiens avec les responsables des formations sanitaires, ZS de Beni).

A Butembo, bien que les formations aient été perçues positivement, certains responsables ont noté que les défis logistiques rendaient parfois difficile l'application complète des compétences acquises. Cela a limité leur capacité à garantir une gestion optimale des ressources. « Nous avons acquis des compétences, mais les problèmes de livraison restent un obstacle à une gestion totalement efficace » (source : entretiens avec les responsables des formations sanitaires, ZS de Butembo).

Optimisation des coûts de fonctionnement et des équipements

Le budget total alloué aux équipements et au fonctionnement s'était utilisé à 99 %. A Beni, cette utilisation optimale des ressources a contribué à améliorer les infrastructures des centres de santé, notamment par l'acquisition de nouveaux équipements et la rénovation des bâtiments, ce qui a eu un impact direct sur l'efficacité du projet. La maintenance des équipements et l'approvisionnement en consommables ont permis de garantir la continuité des services sans interruption majeure, selon les entretiens avec les responsables des formations sanitaires.

Dans la ZS de Butembo, bien que les mêmes efforts aient été déployés, certains responsables ont souligné que la logistique d'approvisionnement en équipements n'était pas aussi fluide qu'à Beni. Les retards dans la réception de certains équipements ont freiné l'optimisation des ressources, limitant ainsi la pleine efficacité du projet dans cette zone. « Certains équipements ont été livrés avec retard, ce qui a compliqué leur mise en service immédiate » (source : entretiens avec les responsables des formations sanitaires, ZS de Butembo). Cela souligne l'importance de la gestion logistique pour garantir que les investissements matériels soient pleinement optimisés.

Effets positifs et impact global sur l'efficacité

L'impact positif du projet sur l'efficacité globale se reflète également dans les résultats des formations sur la gestion des ressources. Les équipes des zones de santé, après avoir bénéficié de formations sur la gestion des stocks et l'optimisation des processus de soins, ont noté une réduction significative du gaspillage et une meilleure anticipation des besoins. Cette approche proactive a été particulièrement marquée à Beni, où les formations ont permis d'anticiper les pénuries et de réduire le gaspillage des ressources, contribuant ainsi à une gestion plus efficace.

Dans la ZS de Butembo, malgré des défis logistiques, les équipes locales ont également bénéficié des formations, bien que l'impact ait été moindre en raison des contraintes de terrain. Toutefois, les responsables ont noté une amélioration progressive dans la gestion des services de santé. « Malgré les défis, nous avons réussi à mettre en pratique certaines des compétences acquises, ce qui a amélioré notre capacité à planifier les services de santé de manière plus efficace » (source : entretiens avec les responsables des formations sanitaires, ZS de Butembo).

Le rôle des dépenses de personnel dans l'efficacité

Un autre aspect central de l'efficacité du projet a été la gestion des ressources humaines. Avec une consommation budgétaire de 94 %, les dépenses ont couvert les salaires du personnel local (terrain et coordination) et du personnel expatrié pour la coordination et le soutien, en évitant le recours systématique à des consultants externes, dont les coûts auraient été nettement plus élevés. Les équipes de santé locales ont été renforcées à travers des formations assurées par les staffs internes du projet HUAMSI, ce qui a permis de réduire les coûts liés aux interventions externes tout en renforçant les capacités locales. A Beni, les personnels de santé ont déclaré que l'amélioration de leurs conditions de travail et l'optimisation des ressources humaines, grâce aux formations reçues de la part du projet, ont permis d'augmenter la qualité et la rapidité des soins.

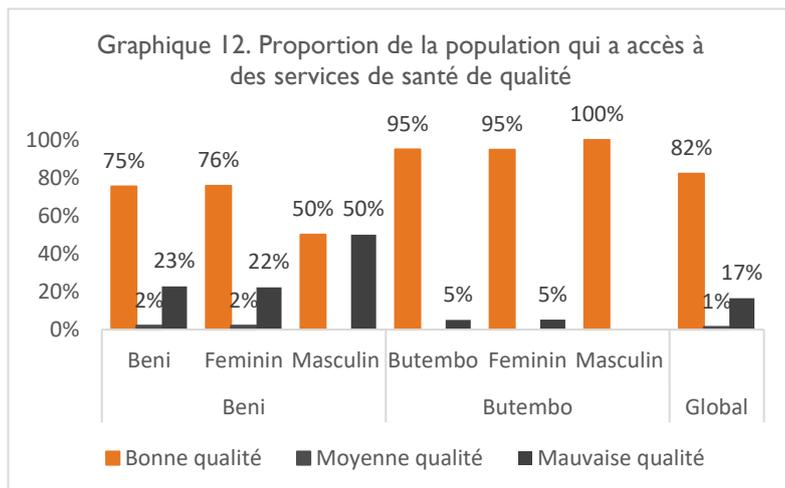
Cependant, à Butembo, les défis logistiques et les retards dans l'approvisionnement ont parfois affecté la capacité des équipes à être pleinement opérationnelles, ce qui a légèrement diminué l'efficacité du projet dans cette zone. Malgré cela, les équipes locales ont pu compenser certaines de ces inefficiences en optimisant les ressources disponibles et en adaptant les processus internes, comme en témoignent les déclarations des personnels de santé sur la bonne gestion des ressources. L'élaboration de plans conjoints d'amélioration dans une majorité des aires de santé appuyées montre également un effort pour ajuster les processus internes et atténuer les impacts de ces contraintes.

L'analyse budgétaire combinée aux résultats de l'enquête montre que le projet HUAMSI a atteint un bon niveau d'efficacité dans la majorité des domaines, en particulier à Beni, où la gestion des ressources humaines, matérielles et financières a permis de maximiser l'impact des actions. L'approvisionnement en médicaments et l'amélioration des infrastructures ont permis de garantir une continuité des services de santé, bien perçue par les communautés locales.

Cependant, à Butembo, bien que les résultats soient globalement positifs, certaines inefficiences logistiques ont limité la pleine réalisation des objectifs d'efficacité, en particulier concernant la continuité des soins et la gestion des stocks. Malgré ces défis, le projet a réussi à former les acteurs locaux et à renforcer leur capacité à anticiper et à gérer les ressources, ce qui constitue une base solide pour les interventions futures. La bonne gestion du budget et les résultats obtenus montrent que le projet HUAMSI a globalement réussi à optimiser les ressources disponibles, tout en apportant des améliorations significatives aux services de santé dans les deux zones de santé, avec un potentiel de durabilité pour l'avenir.

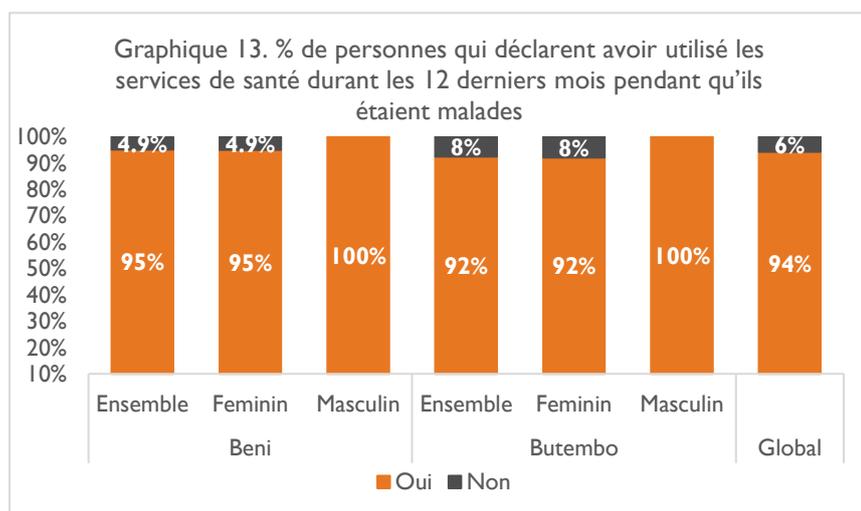
V.2.3. EFFICACITE

Accès aux soins, utilisation des services et couverture vaccinale



Selon les résultats de ce graphique, **75 %** des répondants de la ZS de Beni et **95 %** de ceux de la ZS de Butembo déclarent avoir accès à des services de santé de bonne qualité, ce qui représente une différence significative de **20** points de pourcentage entre les deux zones. À Beni, l'analyse par genre révèle une disparité notable : **76 %** des femmes contre seulement **50 %** des hommes accèdent à des services de bonne qualité, avec une proportion équivalente d'hommes déclarant des services de qualité moyenne (**50 %**). A Butembo, les perceptions sont plus homogènes, avec **95 %** des femmes et **100 %** des hommes ayant accès à des services de

bonne qualité. Globalement, **82 %** des répondants signalent un accès à des services de bonne qualité, tandis que **17 %** jugent ces services de qualité moyenne et **1 %** de mauvaise qualité. L'écart de **26** points de pourcentage entre les femmes de Beni (**76 %**) et les hommes de la même zone (**50 %**) est particulièrement significatif et souligne des disparités qui mériteraient une attention spécifique dans les interventions futures.

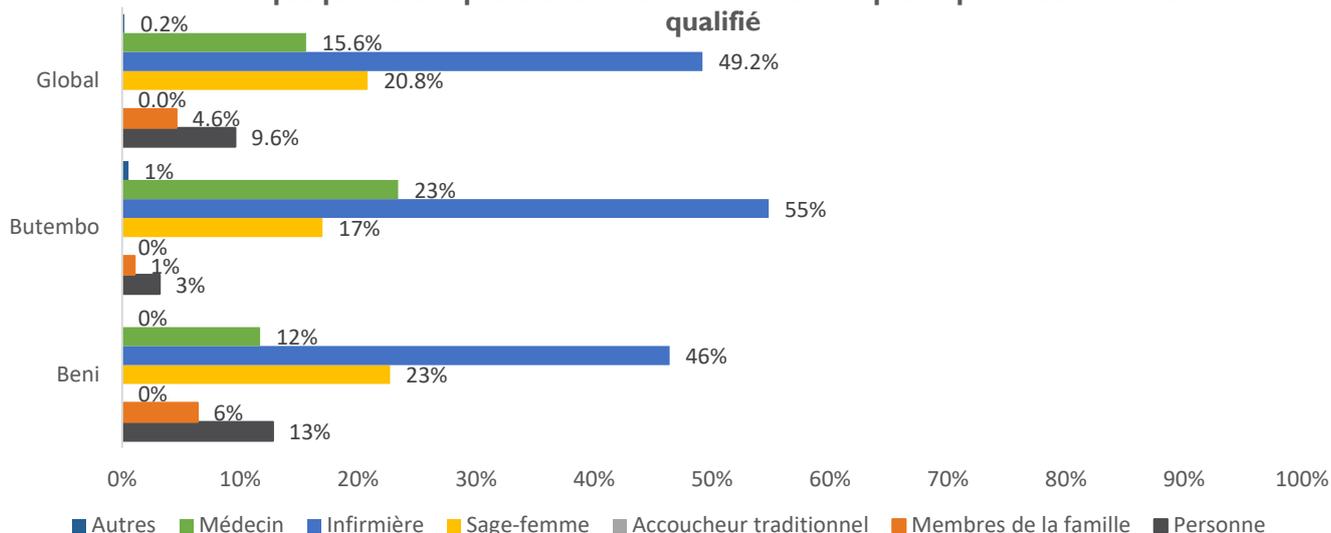


Les résultats montrent que **94 %** des répondants, au niveau global, déclarent avoir utilisé les services de santé durant les **12** derniers mois lorsqu'ils étaient malades, avec **6 %** n'ayant pas eu recours aux services. À la ZS de Beni, **95 %** des répondants, tant femmes que hommes, rapportent une utilisation des services, sans variation entre les genres. À la ZS de Butembo, **92 %** des répondants, femmes et hommes, déclarent avoir utilisé les services, ce qui représente une légère baisse de **3** points de pourcentage par rapport à Beni.

Les **100 %** des hommes ayant rapporté une utilisation des services à Beni et Butembo marquent une adhésion complète dans ce sous-groupe. L'écart global est limité, mais il souligne une tendance légèrement plus faible à Butembo par rapport à Beni.

Bien que ces données montrent une bonne utilisation des services dans l'ensemble, elles doivent être interprétées avec prudence en tenant compte des défis logistiques et d'accessibilité déjà signalés dans d'autres indicateurs. Ces résultats suggèrent que, malgré ces défis, une grande majorité des bénéficiaires ont pu accéder aux soins, ce qui reste un point positif à considérer pour les futures interventions. Les résultats du graphique 14 montrent que **55 %** des répondants à Butembo et **46 %** à Beni déclarent que les naissances ont été assistées par des sage-femmes, tandis que **23 %** des répondants dans les deux zones rapportent que des médecins ont assisté les naissances. À Beni, **12 %** des répondants indiquent que les accouchements ont été réalisés par des accoucheurs traditionnels, une pratique absente à Butembo. Globalement, **49,2 %** des répondants signalent une assistance par des sage-femmes, ce qui témoigne d'une efficacité positive du projet dans la promotion des soins qualifiés, en particulier à Butembo. Toutefois, les réponses à Beni montrent qu'il reste des efforts à faire pour réduire le recours aux accoucheurs traditionnels et augmenter l'accès aux professionnels de santé qualifiés.

Graphique I4. Proportion de naissances assistées par le personnel de santé qualifié



Taux d'utilisation et couverture vaccinale

Tableau 2. Taux d'utilisation des services

Indicateurs	Beni	Butembo	Global
Taux de mortalité infanto-juvénile.	0%	0%	0%
Taux d'utilisation des services curatifs	28%	22%	25%
Taux de couverture CPS des enfants de moins de 12 mois	74%	74%	74%
Taux de couverture CPS de 12 à 59 mois	59%	90%	75%
Taux de CPNI	78%	58%	68%
Taux de CPN4	42%	32%	37%

Source : registres des FOSA enquêtées

Les résultats montrent des disparités significatives dans l'utilisation et la couverture des services de santé entre les deux zones de santé (ZS). Bien que la couverture des consultations préscolaires (CPS) pour les enfants de moins de 12 mois atteigne un taux uniforme de 74 % dans les deux ZS, la différence pour les enfants de 12 à 59 mois est frappante : 59 % à Beni contre 90 % à Butembo, indiquant un écart de 31 points de pourcentage qui pourrait refléter une meilleure mobilisation ou disponibilité des services à Butembo. Les consultations prénatales (CPNI) montrent une couverture globale de 68 %, mais avec une différence marquée entre Beni (78 %) et Butembo (58 %), soulignant des défis potentiels liés à l'accessibilité ou à la sensibilisation à Butembo. De plus, la baisse drastique des taux de CPN4 (42 % à Beni et 32 % à Butembo, pour une moyenne de 37 %) reflète des interruptions dans le suivi prénatal, ce qui pourrait indiquer des contraintes structurelles ou un désengagement progressif des bénéficiaires. Par ailleurs, le taux d'utilisation des services curatifs est faible, à 28 % à Beni et 22 % à Butembo, avec une moyenne globale de 25 %, ce qui montre une sous-utilisation de ces services malgré leur disponibilité. Enfin, les taux de mortalité infanto-juvénile rapportés sont de 0 % dans les deux zones, ce qui pourrait refléter des avancées significatives dans la qualité des soins de santé. Ces résultats soulignent des progrès tout en indiquant des zones nécessitant des interventions renforcées pour garantir une couverture équitable et continue des services.

Tableau 3. Couverture vaccinale

Indicateurs	Beni	Butembo	Global
Taux de couverture de pentavalent 1 et VPO1	84%	72%	78%
Taux de couverture de Pentavalent 3, VPO3 et VPI	73%	66%	68%
Taux de couverture VAR et VAA	72%	65%	69%

Source : registres des FOSA enquêtées

Les résultats montrent une différence notable de couverture vaccinale entre les Zones de Santé de Beni et de Butembo. À Beni, le taux de couverture du pentavalent 1 et VPO1 atteint **84 %**, contre **72 %** à Butembo, reflétant un meilleur accès initial aux vaccins à Beni. Pour le Pentavalent 3, VPO3 et VPI, Beni demeure en tête avec **73 %**, contre **66 %** à Butembo, indiquant une légère baisse de performance dans la continuité des doses à Butembo. Enfin, la couverture du VAR et VAA est de **72 %** à Beni et **65 %** à Butembo, avec un taux global de **69 %**. Cette analyse suggère que des efforts supplémentaires sont nécessaires à Butembo pour améliorer la couverture vaccinale, en particulier pour les doses de rappel, tandis que Beni présente des résultats plus homogènes dans tous les indicateurs.

Accès et qualité des services de santé

Les groupes de discussion avec les membres de la communauté révèlent une nette amélioration de l'accès aux services de santé dans les deux Zones de Santé. À Butembo, les participants ont indiqué que l'augmentation de la proximité des centres de santé a considérablement amélioré leur accès aux soins. Ils ont également souligné que la qualité des infrastructures et des services a évolué favorablement, facilitant leur recours aux services de santé. Un participant a expliqué : « *Aujourd'hui, nous avons accès à des soins de meilleure qualité et plus proches, ce qui n'était pas le cas avant* » (source : groupes de discussion, ZS de Butembo). A Beni, bien que les membres de la communauté aient également noté des progrès, ils ont signalé des lacunes dans la qualité des soins dans certaines zones périphériques. Un responsable des formations sanitaires a mentionné que des centres manquent encore de ressources adéquates, ce qui affecte la qualité des services offerts dans ces zones.

Lors de l'étude de base, **43,0 %** de la population globale avait accès à des services de santé de qualité, avec **42,7 %** à Beni et **43,2 %** à Butembo. A l'évaluation finale, ces chiffres ont fortement augmenté, atteignant **82,1 %** au niveau global, avec une nette progression à Butembo (**94,9 %**, soit une augmentation de **51,7** points) et à Beni (**75,3 %**, soit une amélioration de **32,6** points). Cette progression confirme que les efforts déployés par le projet ont contribué à améliorer l'accès aux soins de santé, particulièrement à Butembo, où l'impact est plus marqué.

L'efficacité du projet en termes d'accès aux services est donc confirmée. Le projet a permis de répondre à la demande accrue de services de santé de qualité, notamment en milieu urbain à Butembo. A Beni, bien que les améliorations soient significatives, il subsiste des défis liés à la qualité dans certaines structures, en particulier dans les zones périphériques. Ainsi, le projet a globalement atteint ses objectifs d'amélioration de l'accès aux soins, mais des efforts supplémentaires seront nécessaires dans les interventions futures pour garantir une homogénéité de la qualité des soins à travers toutes les zones.

Utilisation des services curatifs et obstacles à leur adoption

Les données qualitatives montrent que, bien que l'accès aux services curatifs se soit amélioré, leur utilisation reste encore limitée dans certaines zones. Dans la ZS de Butembo, les responsables des formations sanitaires ont souligné que la sensibilisation insuffisante et la perception des coûts constituent des obstacles majeurs. Un responsable a déclaré : « *Même si les services sont accessibles, beaucoup de gens ne viennent pas, souvent parce qu'ils craignent que les soins soient coûteux ou parce qu'ils ne savent pas qu'ils sont gratuits* » (source : entretiens avec les responsables des formations sanitaires, ZS de Butembo). A Beni, les membres des CODESA ont rapporté que certaines familles préfèrent encore se tourner vers des guérisseurs traditionnels ou utiliser des remèdes maison, même lorsque les services curatifs sont disponibles. Cela révèle une résistance culturelle qui freine l'adoption des services modernes.

Les données quantitatives confirment ces tendances, avec des différences entre les zones. A l'évaluation finale, le taux d'utilisation des services curatifs était de **22 %** dans la ZS de Butembo, **28 %** dans la ZS de Beni, et **25 %** au niveau global. Ces chiffres montrent que, bien que les infrastructures soient en place, l'adoption des services curatifs reste faible, particulièrement à Butembo. La ZS de Beni présente un taux d'utilisation légèrement plus élevé, mais il demeure insuffisant pour refléter une adoption optimale des services disponibles.

En termes d'efficacité, cette analyse révèle que le projet a réussi à améliorer l'accès physique aux services curatifs dans les deux zones, mais que leur utilisation est restée en deçà des attentes. A Butembo, où le taux d'utilisation est le plus faible (22 %), les obstacles liés à la sensibilisation et à la perception des coûts semblent être des freins majeurs. A Beni, bien que le taux d'utilisation soit un peu plus élevé (28 %), la persistance des croyances traditionnelles entrave également une adoption généralisée des services curatifs.

Couverture vaccinale et prévention des maladies

Les groupes AVEC et les responsables des formations sanitaires à Butembo ont souligné que les campagnes de vaccination ont eu un impact majeur sur la réduction des maladies infantiles évitables. Les familles sont devenues plus conscientes de l'importance de la vaccination, ce qui a entraîné une meilleure participation. Un membre des groupes AVEC a expliqué : « Grâce aux campagnes de vaccination, nous avons vu une nette réduction des maladies chez les enfants » (source : entretiens avec les responsables des formations sanitaires, ZS de Butembo). En revanche, dans la ZS de Beni, les membres des CODESA ont signalé que certaines familles continuent de résister à la vaccination, en raison de croyances traditionnelles ou de désinformation. Cela limite l'efficacité des campagnes dans certaines zones périphériques.

Les données quantitatives de la couverture vaccinale confirment ces tendances avec des différences marquées entre les Zones de Santé et les résultats globaux. Pour les enfants de moins de 12 mois, à l'étude de base, il n'y avait pas de données désagrégées par ZS (ND), mais le taux de couverture global était de 70,5 %. À l'évaluation finale, la ZS de Butembo a enregistré un taux de 74,3 % et la ZS de Beni un taux de 73,9 %, avec un taux global de 74,1 %. Bien que ces taux montrent une légère amélioration par rapport à l'étude de base, les résultats entre les deux ZS sont relativement similaires, ce qui reflète une adoption modérée mais généralisée des vaccinations dans les deux zones.

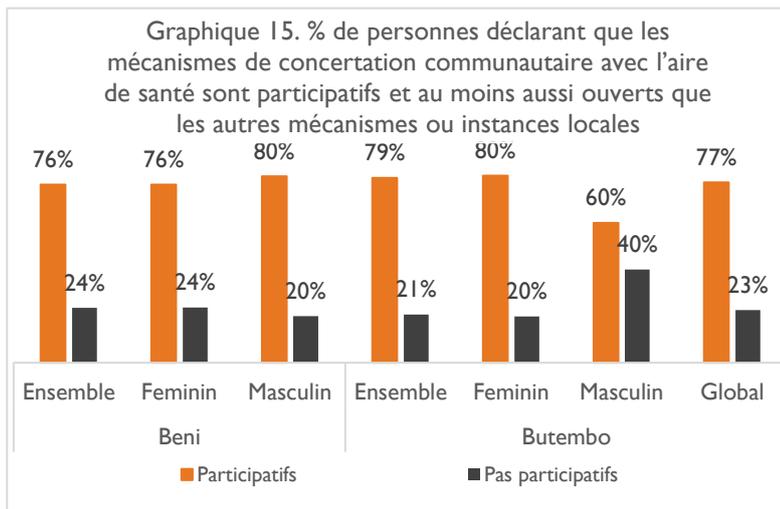
Pour les enfants de 12 à 59 mois, la situation est différente. A l'étude de base, le taux global de couverture vaccinale était de 70,5 %. A l'évaluation finale, la ZS de Butembo a vu une augmentation significative, atteignant 90,2 %, tandis que la ZS de Beni a enregistré un taux de 59,1 %, pour un taux global de 74,6 %. Ces résultats montrent que, bien que les campagnes aient été très efficaces à Butembo, où la couverture vaccinale semble être élevée, des défis importants subsistent à Beni, où la couverture a même diminué par rapport au taux global de l'étude de base.

En ce qui concerne les autres indicateurs de couverture vaccinale (par exemple, le taux de CV Pentavalent I et VPO I, le taux de couverture CPS des enfants de moins de 12 mois), les données de base désagrégées par ZS n'étaient pas disponibles (ND) pour l'étude de base. Par conséquent, nous avons comparé les taux globaux entre les deux études. Pour le taux global de couverture CPS des enfants de moins de 12 mois, il est passé de 70,5 % à 74,1 % à l'évaluation finale, indiquant une légère progression au niveau global. En comparant les résultats entre ZS de Butembo et ZS de Beni, nous observons que Butembo a enregistré un taux de 74,3 %, tandis que Beni a été à 73,9 %, marquant des résultats assez proches mais avec une meilleure stabilité à Butembo.

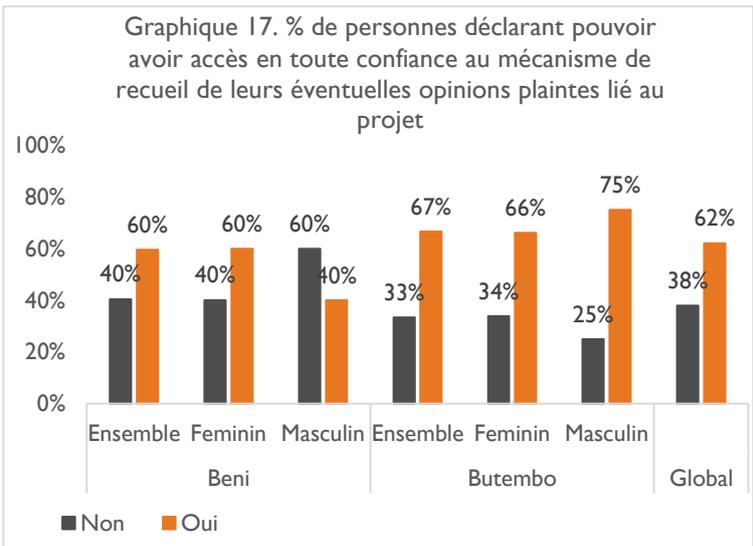
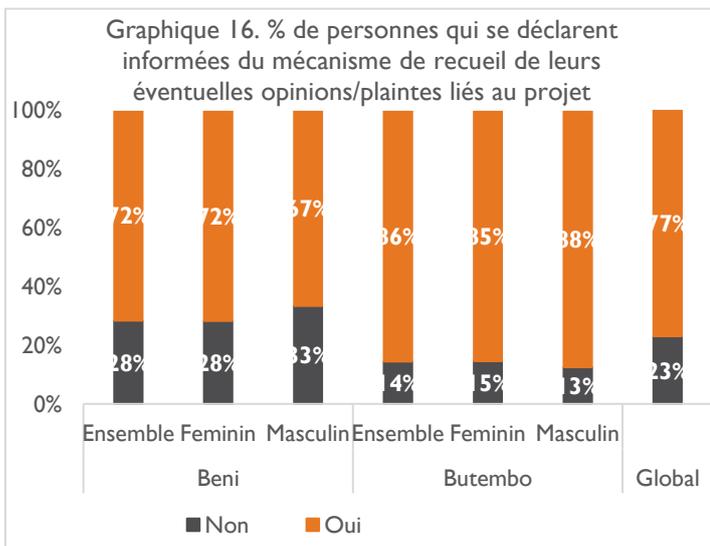
Pour le taux de Couverture Vaccinale Pentavalent I et VPO I, il n'y avait pas non plus de données désagrégées par ZS dans l'étude de base. À l'évaluation finale, Butembo a enregistré un taux de 83,5 %, et Beni un taux de 71,8 %, avec un taux global de 77,6 %. Ces chiffres montrent que la vaccination des enfants dans la ZS de Butembo est plus avancée, probablement grâce à de meilleures campagnes de sensibilisation, tandis qu'à Beni, la couverture vaccinale est plus faible, ce qui reflète la persistance des obstacles culturels et de la désinformation signalés dans les données qualitatives.

En résumé, l'analyse montre que le projet a été globalement efficace en améliorant l'accès aux services de santé et en augmentant la couverture vaccinale, en particulier à Butembo, où les résultats sont plus remarquables. Cependant, dans la ZS de Beni, l'efficacité est limitée par des facteurs culturels et la réticence de certaines communautés à adopter pleinement les services de santé modernes, en particulier la vaccination. Le projet a donc partiellement atteint ses objectifs à Beni, et des efforts supplémentaires seront nécessaires pour surmonter ces obstacles et améliorer l'efficacité globale des interventions dans cette zone.

V.2.4. COMPLEMENTARITE/COHERENCE



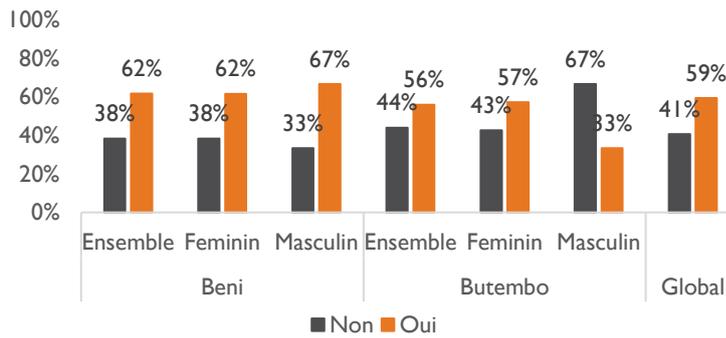
Les résultats du graphique 15 montrent que **76 %** des répondants à Beni et **79 %** à Butembo jugent les mécanismes de concertation communautaire participatifs, avec un taux global de **77 %**. Cela démontre une bonne complémentarité des interventions du projet avec les structures locales. La participation communautaire semble bien intégrée dans les deux Zones de Santé renforçant la cohérence des actions du projet. Toutefois, les **24 %** à Beni et **21 %** à Butembo qui estiment ces mécanismes insuffisamment ouverts révèlent des marges d'amélioration pour garantir une inclusivité totale.



Les résultats des graphiques 16 et 17 montrent que la mise en place des mécanismes de recueil des plaintes a permis de garantir un taux global de **77 %** de bénéficiaires informés, indiquant une bonne intégration des interventions du projet avec les attentes des communautés en matière de gestion des retours. À Beni, les femmes et les hommes affichent des taux similaires d'information sur ces mécanismes (**72 %** chacun), tandis qu'à Butembo, les taux sont respectivement de **86 %** pour les femmes et **85 %** pour les hommes, révélant une performance légèrement supérieure à Butembo. Concernant la confiance dans ces mécanismes (graphique 17), **60 %** des répondants à Beni déclarent avoir confiance, sans différence entre les genres, contre **67 %** des femmes et **66 %** des hommes à Butembo. Ces écarts révèlent une meilleure perception de ces dispositifs à Butembo, mais aussi des marges d'amélioration à Beni où **40 %** des répondants (hommes et femmes) expriment un manque de confiance.

En termes de complémentarité, ces mécanismes ont renforcé les interventions du projet en s'appuyant sur les besoins exprimés par les communautés locales. Cependant, les **28 %** de bénéficiaires non informés à Beni et les **40 %** n'exprimant pas de confiance soulignent des insuffisances dans la cohérence et l'inclusivité des dispositifs, suggérant la nécessité d'une approche plus homogène pour garantir que toutes les catégories bénéficiaires, dans chaque zone, aient pleinement accès et confiance en ces mécanismes. Une meilleure coordination des efforts entre les zones pourrait ainsi consolider l'impact de ces interventions dans des actions futures.

Graphique 18. % de personnes déclarant que les mécanismes de participation communautaire leur permettent effectivement de participer à la planification des actions et aux décisions les concernant



Les résultats du graphique montrent que **62 %** des répondants dans la ZS de Beni et **56 %** dans la ZS de Butembo estiment que les mécanismes de participation communautaire leur ont permis de participer à la planification des actions, avec une légère différence entre les genres : **62 %** des femmes et **67 %** des hommes à Beni, contre **57 %** des femmes et **67 %** des hommes à Butembo. Globalement, **59 %** des bénéficiaires se déclarent satisfaits de ces mécanismes, mais une proportion significative (**41 %** au niveau global, avec **38 %** à Beni et **44 %** à Butembo) ne se sent pas incluse.

Ces résultats indiquent une complémentarité partielle des interventions du projet avec les structures locales. Les mécanismes ont permis une certaine articulation avec les dynamiques communautaires existantes, mais leur portée reste inégale entre les zones et les genres. Cette situation reflète un potentiel sous-exploité des mécanismes locaux pour garantir une participation pleinement inclusive. Dans de futures interventions, il serait crucial de renforcer cette complémentarité en adaptant les mécanismes de participation pour couvrir de manière équitable toutes les catégories de bénéficiaires, indépendamment du genre ou de la localisation.

Participation communautaire et planification des actions

Les données qualitatives recueillies auprès des groupes de discussion et des responsables des formations sanitaires montrent que, bien que la participation communautaire ait été renforcée dans certaines zones, des défis subsistent en termes d'accessibilité et d'inclusion. À Butembo, la perception générale est que les mécanismes de participation communautaire ont permis aux membres de la communauté de participer plus activement à la planification des actions. Un participant a affirmé : « *Nous avons désormais notre mot à dire dans les décisions qui nous concernent. Les réunions nous donnent l'occasion de participer* » (source : groupes de discussion, ZS de Butembo). Cette perception positive est confirmée par les responsables des formations sanitaires, qui ont noté une meilleure implication des communautés dans les processus décisionnels, notamment dans la planification des actions de santé.

Cependant, à Beni, les membres des CODESA ont signalé des difficultés liées à la participation. En particulier, les réunions sont parfois organisées dans des zones éloignées, ce qui empêche les habitants des régions périphériques de participer. Un membre des CODESA a expliqué : « *Les réunions sont utiles, mais beaucoup ne peuvent pas y participer en raison de la distance* » (source : entretiens avec les membres des CODESA, ZS de Beni). Cette barrière logistique réduit l'implication active d'une partie de la population.

Les données quantitatives appuient ces observations. Lors de l'étude de base, le taux global de personnes déclarant que les mécanismes de participation communautaire leur permettent de participer aux décisions était de **37 %**. À l'évaluation finale, ce taux a augmenté à **59,4 %** au niveau global, avec **61,7 %** à Beni et **56,0 %** à Butembo. Cela montre que, bien que des progrès aient été réalisés, la participation communautaire reste inégale, en particulier à Butembo où une part non négligeable de la population semble moins impliquée.

L'analyse montre que, bien que le projet ait permis de renforcer la participation communautaire dans les deux zones, des efforts supplémentaires sont nécessaires à Beni, où l'accessibilité et la communication autour des mécanismes de participation doivent être améliorées pour inclure davantage les populations périphériques. À Butembo, bien que la participation soit perçue comme relativement positive, des disparités demeurent quant à l'implication des membres de la communauté.

Concertation communautaire et ouverture des mécanismes

Les groupes AVEC et les responsables des formations sanitaires à Butembo ont rapporté que les mécanismes de concertation communautaire sont perçus comme aussi ouverts que d'autres instances locales, telles que les comités ou les réunions municipales. Un participant a souligné : « *Nos réunions communautaires sont ouvertes et tout le monde peut s'exprimer librement. C'est aussi bien que les autres comités locaux* » (source : groupes AVEC,

ZS de Butembo). Cette ouverture a permis à la communauté de participer activement à la résolution de problèmes liés aux soins de santé.

À Beni, bien que des mécanismes similaires soient en place, leur accessibilité est entravée par des facteurs logistiques, comme l'a expliqué un membre des CODESA : « *Ceux qui vivent dans les zones périphériques ont du mal à participer. Les réunions sont souvent trop éloignées* » (source : entretiens avec les membres des CODESA, ZS de Beni). Cela limite l'impact de ces mécanismes, en particulier dans les régions plus éloignées, où une plus grande flexibilité pourrait encourager une participation plus large.

Les données quantitatives montrent que lors de l'étude de base, 62 % des personnes au niveau global considéraient que les mécanismes de concertation communautaire étaient participatifs et ouverts. À l'évaluation finale, ce taux est passé à 77 %, avec 76 % à Beni et 79 % à Butembo. Cette amélioration globale témoigne de l'efficacité du projet dans l'ouverture des mécanismes de concertation, bien que des défis demeurent, notamment dans les zones périphériques de Beni.

L'analyse révèle que la concertation communautaire a été renforcée, avec des mécanismes de participation bien perçus à Butembo. Cependant, l'accessibilité reste un enjeu à Beni, en particulier pour les populations périphériques, qui sont parfois exclues des discussions en raison de contraintes géographiques. Le projet a donc partiellement atteint ses objectifs dans cette zone, avec des résultats plus visibles à Butembo.

Information et confiance dans les mécanismes de recueil des plaintes

Les entretiens avec les membres des CODESA et des responsables des formations sanitaires à Butembo montrent que les mécanismes de recueil des plaintes sont bien connus et utilisés. *Un participant a indiqué : « Les gens savent comment utiliser le mécanisme pour déposer des plaintes ou des suggestions. C'est clair et facile d'accès »* (source : entretiens avec les membres des CODESA, ZS de Butembo). Cette perception est renforcée par le fait que la population semble avoir confiance dans ces mécanismes, qui sont perçus comme transparents et efficaces.

En revanche, dans la ZS de Beni, bien que les mécanismes existent, de nombreuses personnes hésitent encore à les utiliser, notamment en raison d'un manque de confiance dans leur efficacité. Un responsable des formations sanitaires a expliqué : « *Beaucoup de gens savent qu'ils peuvent faire des plaintes, mais ils ne sont pas sûrs que cela changera quoi que ce soit* » (source : entretiens avec les responsables des formations sanitaires, ZS de Beni). Ce manque de confiance limite l'impact des mécanismes de recueil des plaintes, en particulier dans les zones périphériques.

Les données quantitatives montrent qu'à l'étude de base, seulement 31 % des personnes au niveau global déclaraient informées des mécanismes de recueil des plaintes. À l'évaluation finale, ce taux a fortement augmenté à 77 %, avec 72 % à Beni et 86 % à Butembo. Cependant, bien que l'information ait été mieux diffusée, la confiance dans ces mécanismes reste un défi. Le taux global de confiance a augmenté à 62 %, mais il existe encore une disparité entre les zones, avec une meilleure adoption à Butembo qu'à Beni.

L'analyse montre que le projet a réussi à améliorer la diffusion de l'information sur les mécanismes de recueil des plaintes, en particulier à Butembo, où la population est mieux informée et utilise davantage ces mécanismes. À Beni, bien que l'information soit plus accessible qu'avant, le manque de confiance dans ces mécanismes freine leur adoption et réduit leur efficacité.

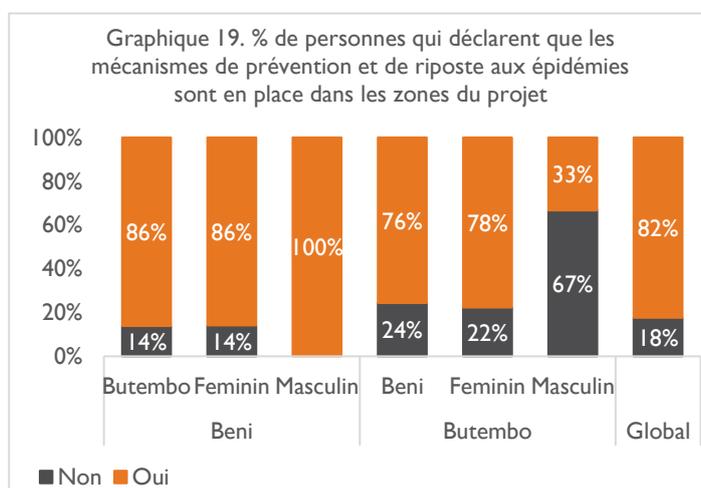
Complémentarité avec d'autres projets dans la zone

Les entretiens avec les responsables des formations sanitaires révèlent que le projet HUAMSI a réussi à se coordonner avec d'autres initiatives en cours dans la ZS de Butembo, en particulier dans le domaine de la vaccination et de la santé maternelle. Un responsable de santé a affirmé : « *Le projet HUAMSI a bien complété d'autres initiatives dans la zone, notamment les programmes de vaccination, ce qui a permis d'éviter des doublons et d'optimiser les ressources disponibles* » (source : entretiens avec les responsables des formations sanitaires, ZS de Butembo). Cette complémentarité a permis d'améliorer la couverture des services de santé et de maximiser l'impact des interventions.

Cependant, à Beni, cette coordination n'a pas été aussi fluide. Les responsables des formations sanitaires ont mentionné des chevauchements entre le projet HUAMSI et d'autres initiatives, ce qui a parfois entraîné une duplication des efforts et une dispersion des ressources. Un responsable a expliqué : « Parfois, il n'y avait pas assez de coordination entre les projets, ce qui a créé des redondances. Nous aurions pu mieux utiliser les ressources » (source : entretiens avec les responsables des formations sanitaires, ZS de Beni). Ce manque de coordination a limité l'efficacité du projet dans cette zone.

En conclusion, le projet HUAMSI a globalement renforcé la cohérence et la complémentarité dans la mise en place des mécanismes de participation communautaire, en particulier à Butembo, où les communautés se sont senties davantage impliquées dans la planification des actions. L'ouverture des mécanismes de concertation dans cette zone a permis une plus grande participation, bien que des défis subsistent à Beni, notamment en raison de l'accessibilité géographique limitée et de la communication insuffisante. La complémentarité avec d'autres projets a bien fonctionné à Butembo, où des synergies ont été créées avec des programmes existants, mais à Beni, la coordination a parfois été moins fluide, ce qui a réduit l'efficacité du projet. Les mécanismes de recueil des plaintes ont également vu une amélioration notable, en particulier à Butembo, où ils sont mieux utilisés, bien que la confiance dans ces mécanismes reste à renforcer à Beni. Le projet a donc partiellement atteint ses objectifs de cohérence et de complémentarité, avec des résultats plus forts à Butembo.

V.2.5. DURABILITE

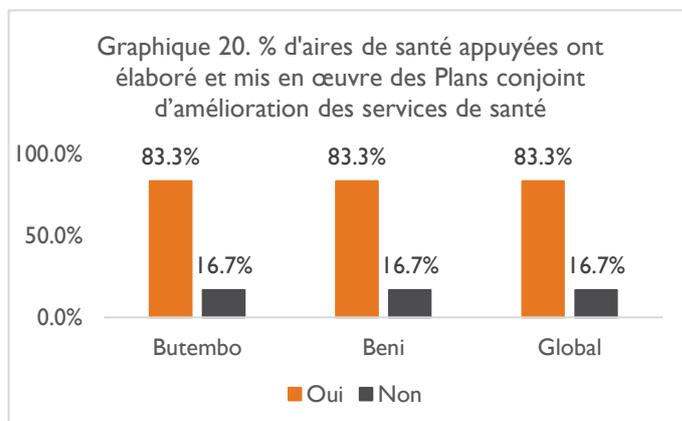


Les résultats montrent que **86 %** des répondants dans la ZS de Butembo et **76 %** dans la ZS de Beni estiment que les mécanismes de prévention et de riposte aux épidémies sont en place, avec un taux global de **82 %**. A Beni, les femmes affichent un taux de **86 %**, contre **100 %** pour les hommes, tandis qu'à Butembo, ces chiffres sont respectivement de **78 %** et **33 %**, les hommes exprimant une satisfaction plus faible et un taux de **67 %** de non-satisfaction (le plus élevé).

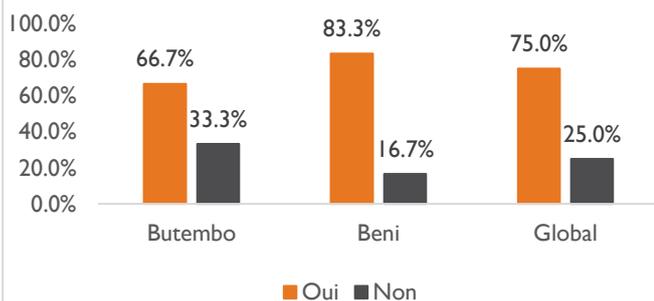
Pour de futures interventions, il serait pertinent d'explorer davantage les facteurs qui influencent

ces disparités de perception, notamment à Butembo, où les hommes semblent moins convaincus de l'efficacité des mécanismes en place. Cela pourrait inclure des actions visant à renforcer la sensibilisation et à adapter les mécanismes aux besoins spécifiques des différents groupes. Un focus particulier sur l'égalité dans la mise en œuvre et la communication pourrait également améliorer l'appropriation de ces dispositifs par l'ensemble des bénéficiaires.

Les résultats du graphique 20 montrent que **83,3 %** des aires de santé appuyées dans les ZS de Butembo et Beni ont élaboré et mis en œuvre des plans d'amélioration des services de santé, avec un taux global de **83,3 %**. Cet indicateur reflète la durabilité des actions du projet, montrant que les aires de santé sont en mesure de poursuivre les améliorations après la fin du projet. Cependant, les **16,7 %** d'aires de santé n'ayant pas élaboré de tels plans indiquent qu'il reste des défis pour garantir une mise en œuvre complète et pérenne dans toutes les zones.



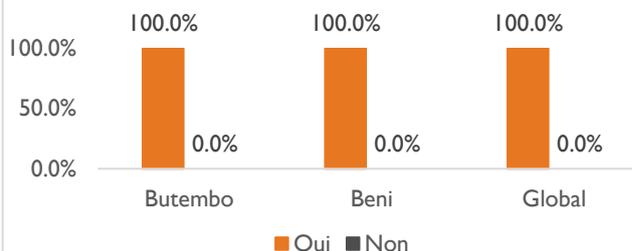
Graphique 21. % des personnels de santé déclarant que leurs conditions de travail sont améliorées depuis le lancement du projet



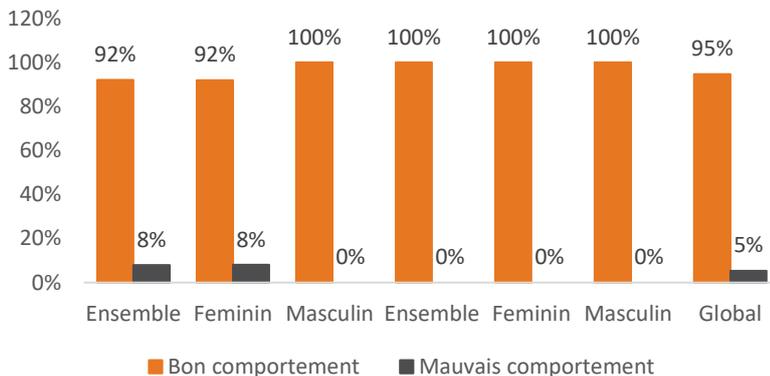
Les résultats du graphique 21 montrent que **83,3 %** des personnels de santé dans la ZS de Beni et **66,7 %** dans la ZS de Butembo déclarent que leurs conditions de travail se sont améliorées depuis le lancement du projet, avec un taux global de **75 %**. Bien que cela reflète une amélioration significative liée aux interventions du projet, il est essentiel, dans le cadre des interventions futures, de garantir que ces améliorations se poursuivent et soient davantage uniformisées entre les zones, en particulier à Butembo, où **33,3 %** des personnels de santé ne perçoivent pas d'amélioration. Ces aspects seront cruciaux pour la durabilité des impacts à long terme.

Les résultats du graphique 22 montrent que tous les personnels de santé dans les ZS de Butembo et ZS de Beni déclarent que les ressources sont suffisantes et bien gérées. Selon les critères de durabilité définis dans le projet, cet indicateur montre une appropriation locale réussie des ressources et une gestion efficace qui est clé pour garantir la pérennité des interventions. La gestion efficace des ressources assure la continuité des services de santé même après la fin du projet, en favorisant l'autonomie des structures locales pour maintenir les bénéfices obtenus, un aspect central dans la définition de la durabilité du projet.

Graphique 22. % des personnels dans les structures de santé qui déclarent que les ressources sont suffisantes et bien gérées



Graphique 23. % de personnes qui déclarent que suite au projet, les responsables des structures de santé ont un comportement éthique globalement satisfaisant et n'abusent pas excessivement de leur autorité pour des actes de corruption ou népotisme

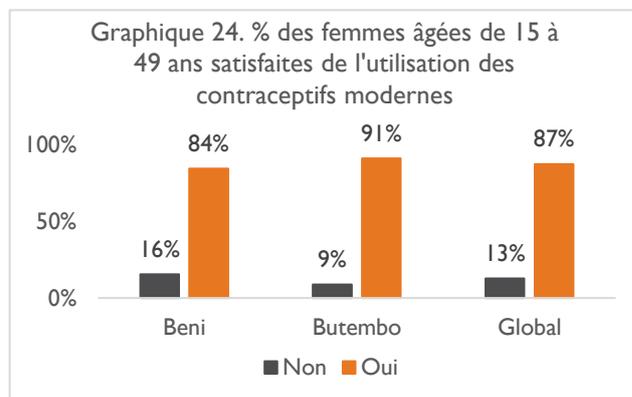


Les résultats montrent que **95 %** des répondants au niveau global estiment que les responsables des structures de santé adoptent un comportement éthique satisfaisant, sans abus excessif de leur autorité pour des actes de corruption ou de népotisme. A Beni, les taux sont de **92 %** pour les femmes et **100 %** pour les hommes, tandis qu'à Butembo, tous les répondants (hommes et femmes) déclarent un bon comportement des responsables (**100 %**).

Ces résultats mettent en évidence une perception positive généralisée concernant l'intégrité des responsables

des structures de santé dans les deux zones de santé, reflétant un impact positif du projet sur la gouvernance locale. Toutefois, le **5 %** global de répondants exprimant une perception négative souligne la nécessité, dans les interventions futures, de maintenir des efforts continus pour promouvoir l'éthique et prévenir les abus de pouvoir. Cela pourrait inclure des mécanismes renforcés de contrôle et de sensibilisation pour garantir la pérennité de ces résultats.

Les résultats du graphique 24 montrent que 84 % des femmes dans la ZS de Beni et 91 % dans la ZS de Butembo sont satisfaites de l'utilisation des contraceptifs modernes, avec un taux global de 87 %. Cela indique un impact positif du projet en termes d'accès aux contraceptifs modernes et de satisfaction des bénéficiaires. Cependant, pour les interventions futures, il sera essentiel de continuer à renforcer cet aspect, en particulier à Beni, où un écart subsiste, afin de garantir une satisfaction uniforme dans toutes les zones et d'assurer un impact équitable dans l'ensemble des zones de santé.



Mécanismes de prévention et riposte aux épidémies

Les entretiens avec les responsables des formations sanitaires montrent que le projet HUAMSI a permis de mettre en place des mécanismes de prévention et de riposte aux épidémies qui resteront opérationnels après la fin du projet. Ces mécanismes ont été particulièrement bien adoptés dans la Zone de Santé (ZS) de Beni. Un responsable des formations sanitaires de Beni a expliqué : « Nous avons désormais des systèmes de surveillance et de riposte qui resteront en place. La communauté sait comment réagir en cas d'épidémie » (source : entretiens avec les responsables des formations sanitaires, ZS de Beni).

Cependant, à Butembo, les groupes de discussion avec les membres des CODESA ont révélé que, bien que des mécanismes de prévention soient mis en place, la sensibilisation et l'appropriation par la communauté restent limitées. Un membre des CODESA de Butembo a indiqué : « La population est encore mal informée sur ces mécanismes. Il nous faut renforcer la sensibilisation pour que tout le monde soit prêt à réagir correctement en cas de crise » (source : groupes de discussion avec les membres des CODESA, ZS de Butembo).

Les données quantitatives appuient ces observations : à l'évaluation de base, 41,5 % des personnes estimaient que des mécanismes de prévention et de riposte étaient en place, ce pourcentage a atteint 82 % à l'évaluation finale, avec 86,2 % à Beni et 75,6 % à Butembo. Ces résultats montrent que la ZS de Beni a mieux adopté et mis en œuvre ces mécanismes, tandis qu'à Butembo, des efforts supplémentaires sont encore nécessaires pour renforcer la sensibilisation communautaire.

Plans conjoints d'amélioration des services de santé (PCAS)

Les entretiens avec les responsables des formations sanitaires ont révélé que l'élaboration et la mise en œuvre des Plans conjoints d'amélioration des services de santé (PCAS) sont des éléments durables du projet HUAMSI. Ces plans permettent aux structures de santé d'avoir une feuille de route claire pour la gestion des services même après la fin du projet. Un responsable de la ZS de Butembo a précisé : « Le PCAS nous guide dans la planification à long terme des services de santé, nous savons exactement quelles ressources mobiliser et où investir pour maintenir les soins de qualité » (source : entretiens avec les responsables des formations sanitaires, ZS de Butembo).

À Beni, les membres des CODESA ont également souligné l'importance des PCAS pour assurer la continuité des services. Un membre des CODESA de Beni a déclaré : « Ces plans ne sont pas juste pour la période du projet, ils nous aideront à continuer à améliorer les soins bien après la fin du soutien direct de HUAMSI » (source : entretiens avec les membres des CODESA, ZS de Beni).

Les données quantitatives renforcent ces constats : 83,3 % des aires de santé dans les deux zones ont élaboré et mis en œuvre des PCAS à l'évaluation finale, indiquant que la majorité des structures de santé bénéficiaires sont maintenant prêtes à maintenir ces initiatives après le retrait du projet.

Amélioration des conditions de travail des personnels de santé

Les entretiens avec les responsables des formations sanitaires indiquent que le projet HUAMSI a contribué à l'amélioration des conditions de travail des personnels de santé, plus particulièrement à Beni, où de nouveaux équipements et infrastructures ont été fournis. Un responsable des formations sanitaires de Beni a affirmé : « Grâce à ce projet, nous avons désormais de meilleurs équipements et des conditions de travail optimisées. Cela va certainement continuer à avoir un impact positif » (source : entretiens avec les responsables des formations sanitaires, ZS de Beni).

Cependant, dans la ZS de Butembo, les groupes de discussion avec les membres des formations sanitaires ont rapporté que, bien que des améliorations aient été observées, certains défis persistent, notamment dans le maintien et l'entretien des équipements. Un participant à un groupe de discussion à Butembo a exprimé ses inquiétudes : « *Les équipements sont là, mais nous devons nous assurer qu'ils soient correctement entretenus et que les conditions de travail ne se détériorent pas après la fin du projet* » (source : groupes de discussion avec les membres des formations sanitaires, ZS de Butembo).

Les données quantitatives montrent qu'à l'évaluation finale, **83,3 %** des personnels de santé à Beni et **66,7 %** à Butembo estiment que leurs conditions de travail se sont améliorées, avec un taux global de **75 %**. Cela indique que si la situation s'est améliorée dans les deux zones, des efforts doivent être faits pour garantir que ces conditions perdurent, particulièrement à Butembo.

Gestion des ressources dans les structures de santé

Les entretiens avec les membres des CODESA et les responsables des formations sanitaires montrent que la gestion des ressources a été grandement améliorée grâce au projet HUAMSI, ce qui devrait permettre aux structures de santé de continuer à fonctionner efficacement après la fin du projet. Un membre des CODESA de Butembo a affirmé : « *Nous avons maintenant des mécanismes en place qui nous permettent de mieux gérer les ressources, et nous sommes sûrs que cela continuera à améliorer nos services à long terme* » (source : entretiens avec les membres des CODESA, ZS de Butembo).

À Beni, les entretiens avec les responsables des formations sanitaires ont révélé que la formation sur la gestion des approvisionnements et des équipements a permis d'améliorer la durabilité des services de santé. Un responsable de la ZS de Beni a déclaré : « *Grâce aux formations que nous avons reçues, nous savons mieux gérer nos ressources et cela va nous permettre de maintenir un bon niveau de service après la fin du projet* » (source : entretiens avec les responsables des formations sanitaires, ZS de Beni).

Les données quantitatives confirment cette observation avec **100 %** des personnels dans les deux zones affirmant que les ressources sont bien gérées, démontrant que les systèmes mis en place par le projet sont durables et continueront à fonctionner efficacement.

Comportement éthique et gouvernance

Les entretiens avec les responsables des formations sanitaires et les membres des CODESA montrent que le projet a contribué à renforcer la gouvernance éthique au sein des structures de santé. À Butembo, un responsable des formations sanitaires a mentionné : « *Nous avons désormais des pratiques éthiques plus solides, ce qui renforce la confiance des patients. Ces pratiques vont se maintenir même après la fin du projet* » (source : entretiens avec les responsables des formations sanitaires, ZS de Butembo).

Dans la ZS de Beni, les membres des CODESA ont également noté que bien que des progrès aient été réalisés, il reste encore des défis à surmonter dans certaines structures en ce qui concerne la transparence et la gestion éthique. Un membre des CODESA de Beni a déclaré : « *Nous avons vu des améliorations dans la gestion éthique, mais certaines structures nécessitent encore plus de suivi pour que cela devienne la norme* » (source : entretiens avec les membres des CODESA, ZS de Beni).

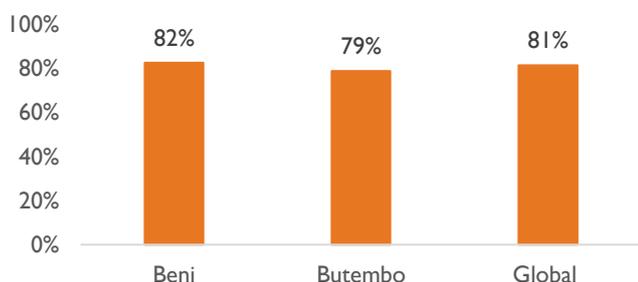
Les données quantitatives montrent qu'à l'évaluation de base, **93,1 %** des personnes au niveau global estimaient que les responsables des structures de santé avaient un comportement éthique satisfaisant, avec **94,8 %** à Beni et **91,0 %** à Butembo. À l'évaluation finale, ces résultats ont légèrement augmenté, atteignant **95 %** au niveau global, avec **92,1 %** à Beni et **100 %** à Butembo.

Cette comparaison montre qu'il y a eu une amélioration dans la ZS de Butembo, où la totalité des répondants estiment que la gouvernance éthique est désormais satisfaisante, tandis qu'à Beni, bien que le niveau soit élevé, il y a eu une légère baisse. Cela pourrait indiquer que des efforts supplémentaires sont encore nécessaires dans certaines structures de la ZS de Beni pour renforcer et uniformiser les pratiques éthiques dans toutes les formations sanitaires.

L'analyse montre que le projet HUAMSI a largement contribué à la durabilité des services de santé dans les ZS de Beni et Butembo. Les mécanismes de prévention et riposte aux épidémies, bien ancrés surtout à Beni, et les PCAS fournissent aux structures de santé une feuille de route pour continuer à s'améliorer de manière autonome. Les conditions de travail et la gestion des ressources ont été durablement renforcées, assurant une meilleure performance après la fin du projet. La gouvernance éthique, particulièrement à Butembo, s'est améliorée, renforçant la confiance communautaire. Ces acquis structurants montrent que le projet a bâti des bases solides pour que les impacts positifs se maintiennent dans le temps, assurant ainsi la continuité des bénéfices après la fin du soutien direct.

V.2.6. IMPACT

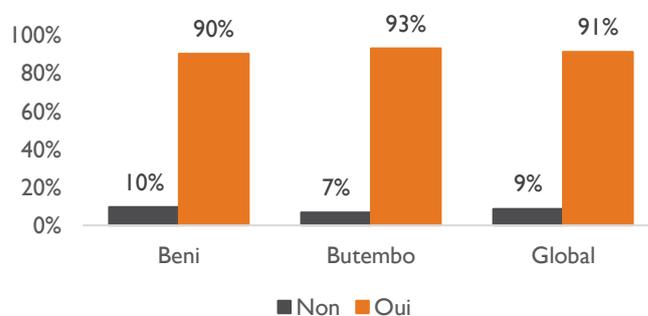
Graphique 25. Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui prennent leurs propres décisions éclairées concernant les relations sexuelles, l'utilisation des contraceptifs et les soins de santé génésique



Les résultats du graphique 25 montrent que **82 %** des femmes dans la ZS de Beni et **77 %** dans la ZS de Butembo prennent leurs propres décisions éclairées concernant les relations sexuelles, l'utilisation des contraceptifs, et les soins de santé génésique, avec un taux global de **81 %**. Cet indicateur montre un impact positif du projet en matière d'autonomisation des femmes dans les prises de décision liées à leur santé reproductive. L'augmentation de l'accès à l'information et aux services de santé génésique a probablement contribué à ce changement durable, bien que des efforts supplémentaires puissent être nécessaires à Butembo pour améliorer l'impact dans cette zone.

Les résultats du graphique 26 montrent que **90 %** des membres de la communauté dans la ZS de Beni et **93 %** dans la ZS de Butembo déclarent être au courant des mesures de prévention des épidémies, avec un taux global de **91 %**. Cet indicateur reflète un changement positif et un impact direct du projet sur la sensibilisation des communautés aux mesures de prévention, renforçant ainsi leur capacité à réagir face aux épidémies. Pour les interventions futures, il sera important de consolider cet acquis, notamment dans la ZS de Beni, où **10 %** des membres ne sont pas informés, afin d'assurer une meilleure résilience et une information homogène dans toutes les zones.

Graphique 26. % des membres de la communauté qui déclarent être au courant des mesures de prévention des épidémies



1. Participation communautaire et renforcement des structures locales

Le projet HUAMSI a eu un impact significatif sur le renforcement de la participation communautaire à travers les CODESA et d'autres structures locales, créant ainsi un lien plus fort entre la communauté et les services de santé. Les groupes de discussion avec les membres des CODESA montrent que, dans les deux zones, les communautés ont été activement impliquées dans la planification et la gestion des activités de santé. Un membre des CODESA à Beni a précisé : « *Nous avons désormais une meilleure compréhension de notre rôle dans la gestion des services de santé. Nous sommes impliqués dans les prises de décision, ce qui nous permet de nous sentir plus responsables et investis dans le processus* » (source : groupes de discussion avec les membres des CODESA, ZS de Beni).

Les données quantitatives appuient cette observation. À l'étude de base, seulement **37 %** des membres de la communauté au niveau global estimaient que les mécanismes de participation communautaire leur permettaient d'influencer les décisions relatives aux services de santé. À l'évaluation finale, ce chiffre est passé à **59,4 %** au niveau global, avec **61,7 %** à Beni et **56 %** à Butembo. Cette amélioration montre que, bien que des progrès aient été réalisés, une plus grande inclusion reste nécessaire à Butembo, où la participation communautaire est encore légèrement inférieure à celle de Beni.

2. Autonomisation des femmes et accès à la santé reproductive

L'autonomisation des femmes en matière de santé reproductive a été l'un des impacts majeurs du projet, renforcée par les entretiens avec les responsables des formations sanitaires. À Beni, les femmes ont bénéficié des campagnes de sensibilisation intensives qui ont permis une prise de conscience accrue de leurs droits en matière de santé. Un responsable de la ZS de Beni a expliqué : « *Grâce à ces sessions, les femmes se sentent désormais plus confiantes pour discuter de questions de santé génésique avec leurs partenaires et pour prendre des décisions en toute connaissance de cause* » (source : entretiens avec les responsables des formations sanitaires, ZS de Beni).

Cependant, les groupes de discussion avec les membres des CODESA à Butembo ont révélé que, malgré une meilleure information, des pressions sociales persistantes limitent encore la capacité des femmes à exercer pleinement leur autonomie. Un membre des CODESA de Butembo a déclaré : « *Les femmes ont les informations, mais elles sont encore freinées par les normes culturelles qui dictent que les hommes prennent ces décisions à leur place* » (source : groupes de discussion avec les membres des CODESA, ZS de Butembo).

Les données quantitatives confirment l'amélioration globale de l'autonomie des femmes. À l'étude de base, **52,6 %** des femmes prenaient des décisions éclairées concernant leur santé reproductive au niveau global. À l'évaluation finale, ce chiffre est passé à **81 %**, avec une progression plus importante à Beni (**82,5 %**) qu'à Butembo (**78,8 %**), indiquant que les obstacles socioculturels à Butembo freinent encore l'impact du projet.

3. Renforcement des capacités des structures de santé

Les entretiens avec les responsables des formations sanitaires ont montré que le projet a renforcé la gestion des structures de santé dans les deux zones. Les PCAS (Plans conjoints d'amélioration des services de santé) ont été introduits pour offrir un cadre structuré à la gestion des centres de santé. À Beni, un responsable a mentionné : « *Le PCAS nous aide à planifier les services de manière plus structurée, en optimisant l'utilisation des ressources disponibles et en identifiant les besoins futurs* » (source : entretiens avec les responsables des formations sanitaires, ZS de Beni).

Les données quantitatives montrent que **83 %** des aires de santé dans les deux zones ont élaboré et mis en œuvre des PCAS à l'évaluation finale, ce qui reflète l'impact positif du projet sur le renforcement des capacités de gestion au niveau local. Cependant, les groupes de discussion avec les membres des CODESA à Butembo ont souligné que certaines équipes locales ont encore du mal à s'approprier pleinement ces outils.

4. Mobilisation et prévention des épidémies

Le renforcement des capacités communautaires pour la prévention des épidémies a été un point fort du projet HUAMSI. À Beni, les groupes de discussion avec les membres des CODESA ont révélé que la communauté est bien préparée à réagir face à une éventuelle épidémie, grâce à des campagnes de sensibilisation efficaces. Un membre des CODESA de Beni a déclaré : « *Nous savons désormais comment prévenir et réagir rapidement à une épidémie. Le projet nous a donné les outils nécessaires pour protéger notre communauté* » (source : groupes de discussion avec les membres des CODESA, ZS de Beni).

Cependant, à Butembo, les groupes de discussion avec les membres des CODESA ont noté que, bien que les mesures soient connues, l'adhésion des jeunes reste un défi. Un membre des CODESA de Butembo a ajouté : « *Il est plus difficile d'amener les jeunes à suivre les consignes de prévention. Ils ne réalisent pas toujours l'importance des mesures jusqu'à ce qu'il soit trop tard* » (source : groupes de discussion avec les membres des CODESA, ZS de Butembo).

Les données quantitatives confirment ces tendances : à l'évaluation de base, **87 %** des membres de la communauté au niveau global connaissaient les mesures de prévention des épidémies. À l'évaluation finale, ce chiffre a légèrement augmenté à **91 %**, avec une amélioration plus significative à Beni par rapport à Butembo, ce qui souligne la nécessité de poursuivre les efforts à Butembo pour améliorer l'adhésion des jeunes.

5. Accès équitable et inclusion sociale dans les services de santé

Les groupes de discussion avec les membres de la communauté ont montré que le projet a amélioré l'accès aux services de santé, en particulier pour les populations vulnérables. À Beni, les femmes et enfants vulnérables ont signalé un meilleur accès aux soins grâce aux initiatives de protection mises en place par le projet. Un membre de la communauté de Beni a précisé : « *Nous avons vu changement positif dans l'accès aux services, en particulier pour les familles les plus démunies qui n'auraient autrement pas accès aux soins* » (source : groupes de discussion avec les membres de la communauté, ZS de Beni).

À Butembo, bien que des progrès aient été réalisés, les entretiens avec les responsables des formations sanitaires ont révélé que certaines communautés géographiquement éloignées continuent de rencontrer des difficultés pour accéder aux services, en raison du manque d'infrastructures locales.

Les données quantitatives montrent une amélioration globale de l'accès aux soins, avec **69 %** des membres de la communauté ayant accès aux services de filet de protection à l'évaluation finale, contre **84,1 %** à l'étude de base, ce qui souligne la nécessité de renforcer ces services pour s'assurer que toutes les couches de la population puissent en bénéficier à long terme.

6. Gestion éthique et gouvernance des services de santé

Le projet HUAMSI a contribué à renforcer la gouvernance éthique dans les centres de santé, en introduisant des pratiques plus transparentes et responsables. À Butembo, les entretiens avec les responsables des formations sanitaires ont montré que des mécanismes de gestion éthique ont été mis en place pour renforcer la confiance des communautés envers les services de santé. Un responsable de Butembo a déclaré : « *Nous avons adopté des pratiques plus éthiques dans la gestion des services, ce qui a renforcé la confiance des patients dans nos capacités à bien gérer les soins* » (source : entretiens avec les responsables des formations sanitaires, ZS de Butembo).

Les données quantitatives appuient cette observation : à l'évaluation finale, 95 % des membres de la communauté estiment que la gouvernance éthique dans les centres de santé s'est améliorée, contre 93,1 % à l'étude de base. À Butembo, cependant, la gouvernance éthique a connu une amélioration plus marquée, atteignant 100 %, montrant que les efforts du projet à Butembo ont été particulièrement efficaces pour instaurer des pratiques éthiques robustes dans la gestion des services de santé. Cependant, à Beni, bien que le taux de satisfaction soit élevé à 92,1 %, une légère baisse par rapport aux 94,8 % à l'étude de base montre qu'il reste encore des défis à relever pour maintenir des pratiques éthiques uniformes dans l'ensemble de la ZS.

7. Continuité et durabilité des filets de protection sociale

Les groupes de discussion avec les membres des CODESA et des AVEC dans les deux zones ont révélé que les filets de protection sociale mis en place par le projet ont eu un impact significatif sur les communautés vulnérables. Cependant, des inquiétudes ont été soulevées quant à la durabilité de ces mécanismes après la fin du projet. À Beni, les membres des AVEC ont exprimé leur satisfaction pour l'accès aux filets de protection, mais craignent que ces services ne soient pas maintenus : « *Nous avons bénéficié de ces filets, mais nous craignons que tout cela ne disparaisse une fois que le projet sera terminé* » (source : groupes de discussion avec les membres des AVEC, ZS de Beni).

À Butembo, les responsables des formations sanitaires ont également souligné l'importance de ces mécanismes pour la survie des communautés vulnérables, mais ont noté que la couverture reste limitée. Un responsable à Butembo a précisé : « *Les filets de protection ont aidé de nombreuses familles, mais leur portée doit être élargie pour inclure encore plus de personnes en difficulté* » (source : entretiens avec les responsables des formations sanitaires, ZS de Butembo).

Les données quantitatives montrent que, malgré l'importance des filets de protection, l'accès à ces services a diminué, passant de 84,1 % à l'étude de base à 69 % à l'évaluation finale. Cela indique un besoin urgent de renforcer et de pérenniser ces mécanismes afin de s'assurer que les acquis du projet perdurent après la fin de son soutien direct.

Le projet HUAMSI a eu un impact significatif en renforçant l'autonomisation des femmes, l'accès aux services de santé, et en mobilisant les communautés pour la prévention des épidémies. À travers des PCAS et des mécanismes de participation communautaire, le projet a également renforcé la gouvernance locale. Les progrès sont notables, avec une augmentation des décisions éclairées des femmes concernant leur santé reproductive et une meilleure gestion éthique des services de santé, surtout à Butembo. Cependant, des défis subsistent, notamment en ce qui concerne la poursuite des filets de protection sociale et l'adhésion des jeunes aux mesures de prévention à Butembo. Pour garantir la durabilité des acquis, des efforts devront être faits pour pérenniser ces mécanismes et élargir l'inclusion sociale.

V.3. NIVEAU D'ATTEINTE DES RESULTATS DU PROJET HUAMSI ET LEUR IMPACT SUR LES COMMUNAUTES

Résultat Intermédiaire 1.1 : La disponibilité et la qualité des soins de santé sont améliorées dans les deux ZS

L'amélioration de la disponibilité et de la qualité des soins de santé dans les ZS de Beni et Butembo était l'un des objectifs clés du projet HUAMSI. Cela a été principalement réalisé par le biais de plusieurs activités prévues au départ, notamment l'introduction des Plans conjoints d'amélioration des services de santé (PCAS), la formation du personnel de santé, l'approvisionnement en médicaments essentiels, la dotation des équipements et matériels de soins aux FOSA et le renforcement des mécanismes de gestion des ressources, notamment pour éviter les ruptures de stock dans les centres de santé.

Les entretiens avec les responsables des formations sanitaires révèlent que ces PCAS ont été mis en place avec succès dans les deux zones, permettant une meilleure planification des ressources humaines et matérielles. Cela a eu pour effet d'améliorer la qualité des services offerts, surtout dans la ZS de Beni, où un responsable a noté : « *Nous sommes maintenant mieux organisés grâce aux PCAS. Nous pouvons prévoir les besoins en médicaments et en personnel, ce qui réduit les interruptions dans la fourniture des services* » (source : entretiens avec les responsables des formations sanitaires, ZS de Beni). À Butembo, bien que des progrès aient également été réalisés, certaines difficultés persistent dans l'adoption complète des PCAS. Un responsable à Butembo a signalé : « *Nous avons commencé à utiliser les PCAS, mais nous avons encore besoin de soutien pour les intégrer totalement dans notre gestion quotidienne* » (source : entretiens avec les responsables des formations sanitaires, ZS de Butembo).

À l'évaluation finale, 92 % des structures de santé dans les deux zones n'ont pas connu de ruptures de stock de médicaments, contre 80 % à l'étude de base au niveau global. À Beni, ce taux a atteint 100 %, tandis qu'à Butembo, il est resté à 83,3 %, ce qui montre une différence notable dans l'efficacité des systèmes de gestion des stocks. L'absence de ruptures de stock est cruciale pour garantir que les patients puissent recevoir les traitements dont ils ont besoin sans interruption, un problème majeur avant le début du projet.

Un autre aspect important de l'amélioration de la qualité des soins de santé concerne les formations données au personnel médical. Ces formations visaient à améliorer leurs compétences techniques et leur capacité à offrir des soins de qualité, en particulier pour les services curatifs, préventifs et promotionnels et en particulier les soins de santé maternelle. Les données quantitatives montrent que 85,6 % des naissances dans les deux zones ont été assistées par du personnel qualifié à l'évaluation finale, contre 70 % à l'étude de base. Cela indique un progrès considérable dans l'accès aux soins de santé reproductive, particulièrement pour les femmes, qui sont les principales bénéficiaires de ces services.

Les groupes de discussion avec les membres des CODESA ont également montré que cette amélioration de la qualité a renforcé la confiance des communautés dans les structures de santé locales. À Beni, un membre des CODESA a souligné : « *Avant, nous étions réticents à aller à l'hôpital parce qu'on ne savait jamais si les médicaments étaient disponibles ou si on allait recevoir un bon traitement. Maintenant, nous savons que tout est en place* » (source : groupes de discussion avec les membres des CODESA, ZS de Beni). Cette confiance renouvelée a conduit à une augmentation de l'utilisation des services curatifs, même si des défis persistent à Butembo, où la qualité des services perçue reste encore inférieure à celle de Beni.

En termes d'égalité des sexes, l'amélioration de la qualité des soins de santé a eu un impact positif sur les femmes, notamment en matière de santé reproductive. Les formations données au personnel de santé sur les soins maternels et la disponibilité accrue des services de planification familiale ont permis aux femmes d'accéder à des services de meilleure qualité. Cela a non seulement amélioré la santé des femmes, mais a également renforcé leur autonomie, en leur permettant de prendre des décisions éclairées sur leur santé.

En conclusion, l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des soins dans les ZS de Beni et Butembo a eu un impact significatif sur l'accès aux soins pour les communautés locales, avec une résilience accrue des systèmes de santé grâce à une meilleure gestion des ressources et à une amélioration des compétences du personnel de santé.

Résultat Intermédiaire 1.2 : Les capacités et l'autonomie de la communauté sont accrues dans la mobilisation, la planification, et le suivi des activités préventives et promotionnelles

L'une des grandes forces du projet HUAMSI a été sa capacité à mobiliser et autonomiser les communautés locales, notamment par le biais des CODESA, RECO, CAC et des AVEC, pour planifier, suivre et mettre en œuvre des activités de santé préventive et promotionnelle. Ces activités étaient prévues dès le départ pour garantir que les communautés puissent jouer un rôle actif dans la gestion des services de santé, ce qui est essentiel pour la durabilité des résultats après la fin du projet.

Les groupes de discussion avec les membres des CODESA à Beni ont montré que ces comités ont pris un rôle central dans la planification des activités de santé et dans la surveillance de leur mise en œuvre. Un membre des CODESA de Beni a indiqué : « *Nous participons maintenant activement aux réunions de planification avec les responsables des centres de santé. Nous faisons remonter les préoccupations de la communauté, et cela nous permet de nous sentir plus impliqués* » (source : groupes de discussion avec les membres des CODESA, ZS de Beni). À Butembo, les groupes de discussion avec les membres des AVEC ont également souligné que ces associations ont joué un rôle clé dans la mobilisation des ressources locales pour soutenir les initiatives de santé.

Cependant, malgré cette implication accrue des structures communautaires, les entretiens avec les responsables des formations sanitaires à Butembo ont révélé que des défis subsistent dans la mobilisation de ressources financières pour soutenir les activités de santé. Un responsable des AVEC à Butembo a précisé : « *Nous avons acquis les compétences nécessaires pour organiser et planifier nos activités, mais le manque de ressources financières nous freine parfois dans la mise en œuvre des activités prévues* » (source : entretiens avec les responsables des AVEC, ZS de Butembo).

Les données quantitatives confirment une augmentation significative de la participation des structures communautaires à la planification des activités de santé. À l'évaluation finale, **59,4 %** des membres de la communauté ont déclaré que les mécanismes de participation communautaire leur permettaient de participer à la planification des actions de santé, contre **37 %** à l'étude de base. Cette amélioration est particulièrement marquée à Beni, où **61,7 %** des personnes interrogées ont confirmées leur participation, contre **56 %** à Butembo. Cela montre que, bien que les communautés de Butembo aient fait des progrès, leur participation reste légèrement en retrait par rapport à Beni.

En termes d'égalité des sexes, le projet a eu un impact majeur en permettant aux femmes de jouer un rôle plus actif dans la planification et le suivi des activités de santé, en particulier dans la ZS de Beni. Les groupes de discussion avec les membres des AVEC ont montré que les femmes occupent désormais des positions de leadership dans les CODESA, RECO et CAC et les AVEC, ce qui représente un changement significatif par rapport aux normes traditionnelles où elles étaient souvent exclues de ces processus décisionnels. Cette participation accrue des femmes a non seulement permis d'améliorer la gestion des activités de santé, mais a également renforcé leur autonomie et leur capacité dans la prise des décisions qui influencent directement leur santé et celle de leurs familles.

L'importance de ce changement va au-delà de la simple participation aux activités de santé. En permettant aux communautés, et en particulier aux femmes, de jouer un rôle actif dans la planification et le suivi des services de santé, le projet HUAMSI a renforcé la durabilité des résultats. Les communautés sont désormais mieux équipées pour mobiliser les ressources et s'assurer que les activités de santé répondent aux besoins réels des populations locales.

En conclusion, le projet a permis de renforcer les capacités et l'autonomie des communautés, en particulier à travers les CODESA, RECO et CAC et les AVEC, en garantissant une participation active des communautés locales à la gestion des services de santé. Cette participation accrue, notamment des femmes, constitue un changement durable qui garantira la continuité des résultats

Résultat Intermédiaire 2.1 : Les capacités techniques et institutionnelles de la Division Provinciale de la Santé (DPS) et des deux ZS sont renforcées en gestion des soins de santé primaire et secondaire, et en gestion des épidémies

Le renforcement des capacités techniques et institutionnelles de la Division Provinciale de la Santé (DPS) et des deux Zones de Santé (ZS) était au cœur des activités du projet HUAMSI pour assurer une gestion plus efficace des soins de santé primaire, des soins secondaires et de la gestion des épidémies. Cette composante du projet était essentielle pour garantir la continuité des services de santé même après la fin du projet, et elle a été réalisée par le biais de formations et d'ateliers ciblés, ainsi que par la mise en place de mécanismes institutionnels visant à améliorer la gestion des crises sanitaires.

Les entretiens avec les responsables des formations sanitaires dans les ZS de Beni et Butembo ont révélé que la DPS et les zones de santé ont bénéficié de plusieurs formations, notamment sur le management de soins de santé primaire, la chaîne d'approvisionnement en médicaments essentiels et la gestion des stocks de médicaments, ainsi que la gestion des épidémies. À Beni, un responsable a déclaré : « *Grâce aux formations, nous savons mieux planifier et gérer les services de santé, ce qui nous permet d'éviter des problèmes comme les ruptures de stock* » (source : entretiens avec les responsables des formations sanitaires, ZS de Beni). À Butembo, les groupes de discussion avec les membres de la communauté ont souligné que les efforts pour renforcer la gestion des soins de santé ont permis de réduire les retards dans la réponse aux crises épidémiques, même si certains défis subsistent en matière de coordination.

L'un des résultats clés de ces formations techniques a été l'amélioration de la gestion des soins de santé primaire et secondaire. La gestion des épidémies a également été renforcée grâce à la mise en place de plans d'urgence et de protocoles de gestion des crises. À Beni, les mécanismes communautaires de riposte ont été largement adoptés, comme en témoignent les groupes de discussion avec les CODESA. Un membre des CODESA de Beni a précisé : « *Nous savons maintenant comment répondre à une épidémie. Nous avons des plans en place, et la communauté est mieux préparée à réagir rapidement* » (source : groupes de discussion avec les membres des CODESA, ZS de Beni). Cependant, à Butembo, bien que des progrès aient été réalisés, les entretiens avec les responsables des formations sanitaires montrent que certains centres de santé éprouvent encore des difficultés à mobiliser les ressources nécessaires pour répondre efficacement aux épidémies, en raison de problèmes de coordination et de communication.

Les données quantitatives confirment ces résultats. À l'évaluation finale, **91 %** des membres de la communauté au niveau global ont déclaré être au courant des mesures de prévention des épidémies, contre **87 %** à l'étude de base. Cela montre une augmentation globale de la sensibilisation, avec des résultats plus marqués à Beni que dans la ZS de Butembo, où la sensibilisation reste un peu moins élevée.

Les capacités institutionnelles de la DPS ont également été renforcées, en particulier en matière de coordination entre les services de santé dans les deux zones. Cela a permis une meilleure gestion des ressources humaines et matérielles, avec un impact direct sur la qualité des soins fournis. Cependant, les groupes de discussion avec les responsables de la DPS ont révélé que, bien que des progrès aient été réalisés, des défis persistent en termes de mobilisation des ressources financières pour assurer la continuité de certaines initiatives après la fin du projet.

En conclusion, le projet HUAMSI a renforcé les capacités techniques et institutionnelles de la DPS et des ZS de Beni et Butembo, avec une amélioration de la gestion des soins de santé primaire et secondaire, ainsi que des épidémies. Les résultats montrent une résilience accrue des structures de santé, même si des défis persistent à Butembo en termes de mobilisation des ressources. À long terme, ces capacités renforcées permettront aux ZS de mieux répondre aux besoins de la population et de gérer plus efficacement les crises sanitaires futures.

Résultat Intermédiaire 2.2 : La résilience des communautés face aux chocs épidémiques et socio-économiques est renforcée

L'un des objectifs principaux du projet HUAMSI était de renforcer la résilience des communautés face aux chocs épidémiques et socio-économiques, en s'assurant que les populations locales soient mieux préparées pour répondre à ces crises et en réduisant leur vulnérabilité à long terme. Cette résilience a été renforcée par une série d'activités prévues dès le départ, notamment des formations en gestion des risques pour les communautés, la mise en place de filets de protection sociale, et des initiatives de prévention des épidémies.

Les groupes de discussion avec les membres des CODESA et des AVEC dans les deux zones de santé ont révélé que le projet a considérablement amélioré la capacité des communautés à répondre aux crises. À Beni, un membre des CODESA a déclaré : « *Nous savons maintenant comment réagir face à une épidémie ou à une crise économique. Nous avons des plans en place et nous sommes mieux préparés pour protéger notre communauté* » (source : groupes de discussion avec les membres des CODESA, ZS de Beni). Les entretiens avec les responsables des formations sanitaires à Butembo ont également confirmé que les communautés sont désormais plus résilientes, même si des défis persistent en termes de mobilisation des ressources pour faire face à certaines crises économiques.

Les filets de protection sociale introduits par le projet ont joué un rôle clé dans cette résilience accrue, notamment pour les populations les plus vulnérables, comme les femmes et les enfants. Les groupes de discussion avec les membres des AVEC ont montré que ces filets ont permis aux familles de continuer à

accéder aux services de base même en période de crise. À Butembo, un membre des AVEC a précisé : « *Les filets de protection sociale nous ont aidés à traverser les moments difficiles, mais il faut encore renforcer ces mécanismes pour s'assurer qu'ils soient durables à long terme* » (source : groupes de discussion avec les membres des AVEC, ZS de Butembo).

Les données quantitatives montrent une amélioration notable de la capacité des communautés à gérer les crises. À l'évaluation finale, 91 % des membres de la communauté au niveau global ont déclaré être au courant des mesures de prévention des épidémies, contre 87 % à l'étude de base, ce qui montre une sensibilisation accrue. Toutefois, le taux d'accès aux filets de protection a diminué de 84,1 % à 69 %, ce qui suggère que des efforts supplémentaires sont nécessaires pour s'assurer que ces mécanismes continuent à fonctionner après la fin du projet.

En termes d'égalité des sexes, le projet a permis de renforcer la résilience des femmes en leur donnant un accès prioritaire aux filets de protection sociale et en les intégrant dans les CODESA et les AVEC, où elles jouent un rôle clé dans la mobilisation des ressources et la gestion des crises. Cela a contribué à réduire les inégalités de genre en matière d'accès aux services de base et a permis aux femmes de mieux protéger leurs familles face aux crises économiques et sanitaires.

En conclusion, le projet HUAMSI a renforcé la résilience des communautés dans les ZS de Beni et Butembo, avec une amélioration significative de leur capacité à répondre aux crises épidémiques et socio-économiques. Les filets de protection sociale ont joué un rôle clé, bien que des efforts supplémentaires soient nécessaires pour garantir leur durabilité. À long terme, cette résilience accrue des communautés, en particulier des groupes vulnérables tels que les femmes, contribuera à réduire la dépendance des populations locales vis-à-vis des aides extérieures en période de crise.

Dans les Zones de Santé de Beni et Butembo, la préparation communautaire a été renforcée à travers des initiatives locales, comme les plans de réponse aux crises élaborés en concertation avec les CODESA et les AVEC. À Beni, un responsable de la communauté a mentionné que « *ces plans nous ont aidés à mieux comprendre les risques auxquels nous sommes confrontés et à savoir quoi faire en cas de nouvelle épidémie ou de crise économique* » (source : entretiens avec les responsables des formations sanitaires, ZS de Beni). À Butembo, bien que les communautés aient également adopté ces plans, les entretiens avec les membres des CODESA ont révélé que des obstacles financiers persistent, ce qui freine parfois la mise en œuvre efficace des réponses en temps de crise.

L'importance de ces changements réside dans le fait que, au-delà de la simple réponse aux crises, les communautés ont maintenant les compétences pour anticiper et planifier face aux chocs futurs, ce qui les rend moins vulnérables et plus autonomes. La résilience n'est plus perçue comme une simple capacité à survivre à une crise, mais comme la possibilité pour les communautés de se redresser rapidement et de continuer à fonctionner malgré les difficultés. Ce changement est essentiel dans un contexte où les crises, qu'elles soient sanitaires ou économiques, sont fréquentes dans les régions du Nord-Kivu.

Le projet HUAMSI a significativement contribué à la résilience des communautés face aux crises épidémiques et socio-économiques dans les ZS de Beni et Butembo. Bien que des défis subsistent, notamment en matière de durabilité des filets de protection sociale, les capacités locales ont été considérablement renforcées. Les femmes en particulier, en tant qu'actrices clés au sein des CODESA et des AVEC, ont vu leur rôle dans la gestion communautaire des crises s'élargir, ce qui a également contribué à une réduction des inégalités de genre. La durabilité des résultats dépendra de la capacité des communautés à maintenir et à renforcer les acquis du projet, notamment en poursuivant les initiatives de planification et de gestion des crises après la fin du soutien direct de HUAMSI.

Ces analyses approfondies mettent en lumière la manière dont le projet HUAMSI a réussi à renforcer les capacités locales, à autonomiser les communautés, et à améliorer la qualité des services de santé, tout en mettant en place des mécanismes pour une résilience durable face aux crises futures. Le lien entre les activités prévues au départ, comme la formation du personnel, la mise en place des PCAS, et la création de filets de protection sociale, et les résultats actuels montre une cohérence dans la mise en œuvre et l'impact du projet sur le terrain.

V.4. PROGRESSION DES INDICATEURS ENTRE EVALUATION DE BASE ET FINALE

Tableau 4. Résultats des indicateurs évalués

Référence de l'indicateur	Intitulé de l'indicateur	Indicateurs clés / Contractuels					
		Etude de base			Etude finale		
		Beni	Butembo	Global	Beni	Butembo	Global
OGI.1	Proportion de la population qui a accès à des services de santé de qualité	ND	ND	59,8%	75,3%	94,9%	82,1%
OGI.2	% de personnes qui déclarent que les mécanismes de prévention et de riposte aux épidémies sont en place dans les zones du projet ;	28,1%	62,1%	41,5%	86,2%	75,6%	82%
OGI.3	% de personnes qui estiment que les différents groupes communautaires (y compris les déplacés) disposent d'un accès égal aux services (éducation, eau, santé...) dans le cadre du projet	49,5%	38,3%	44,8%	62,0%	91,2%	73,5%
OSI.5	Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui prennent leurs propres décisions éclairées concernant les relations sexuelles, l'utilisation des contraceptifs et les soins de santé génésique (indicateur CI)	ND	ND	56,6%	82,5%	78,8%	81%
RI.1.1	% de personnes au sein des populations locales se déclarant satisfaites de la qualité des soins qu'elles reçoivent ;	73,8%	47,9%	63,5%	75,3%	94,9%	82,1%
RI.1.3	% de personnes qui déclarent que suite au projet, les responsables des structures de santé ont un comportement éthique globalement satisfaisant et n'abusent pas excessivement de leur autorité pour des actes de corruption ou népotisme ;	94,8%	91,0%	93,1%	92,1%	100,0%	95%
RI.1.4	% de personnes qui déclarent avoir utilisé les services de santé durant les 12 derniers mois pendant qu'ils étaient malades ;	ND	ND	99,0%	95,1%	92,4%	94,2%
RI.1.5	% de personnes qui déclarent être suffisamment informées par les structures de santé concernées, des services essentiels dont elles sont responsables et des moyens dévolus à la structure sanitaire dans le cadre du projet	ND	ND	54,0%	73,8%	86,6%	78,3%
RI.2.1	% de personnes déclarant que les mécanismes de participation communautaire leur permettent effectivement de participer à la planification des actions et aux décisions les concernant ;	ND	ND	37%	61,7%	56,0%	59,4%

Référence de l'indicateur	Intitulé de l'indicateur	Indicateurs clés / Contractuels					
		Etude de base			Etude finale		
		Beni	Butembo	Global	Beni	Butembo	Global
RI.2.2	% de personnes déclarant que les mécanismes de concertation communautaire avec l'aire de santé sont participatifs et au moins aussi ouverts que les autres mécanismes ou instances locales (comités, associations, émissions radios de débats, rencontres sociales, religieuses, sportives, syndicats, réunions municipales, etc.) pour leur permettre de faire connaître leurs préoccupations ;	61%	63%	62%	76%	79%	77%
RI.2.3	% de personnes qui déclarent être suffisamment informées par les structures de santé concernées des services essentiels dont elles sont responsables, et des moyens dévolus à la structure sanitaire (dans le cadre du projet) ;	ND	ND	54%	74%	87%	78%
RI.2.4	% de personnes au sein de la population locale se déclarant satisfaite du rôle des RECO/CODESA/CAC au sein de leur communauté	ND	ND	21,7%	56,0%	66,7%	60,1%
RI.2.5	% de personnes qui se déclarent informées du mécanisme de recueil de leurs éventuelles opinions/plaintes liés au projet ;	ND	ND	31%	72%	86%	77%
RI.2.6	% de personnes déclarant pouvoir avoir accès en toute confiance au mécanisme de recueil de leurs éventuelles opinions plaintes lié au projet.	6%	4%	5%	60%	67%	62%
R2.2.1	% des membres de la communauté qui déclarent être au courant des mesures de prévention des épidémies ;	ND	ND	87%	90%	93%	91%
Résultat2.2.2	% des membres de la communauté ayant accès aux activités de filet de protection.	ND	ND	84,1%	72%	63%	69%
OSI.2	% des femmes âgées de 15 à 49 ans satisfaites de l'utilisation des contraceptifs modernes (indicateur CI)	ND	ND	83,0%	84,4%	91,2%	87%
OSI.3	Proportion de naissance assistées par le personnel de santé qualifié (indicateur CI)	ND	ND	70,0%	80,8%	95,2%	85,6%
	KII IT						
OSI.1	Taux de mortalité maternelle						
OSI.4	Taux de mortalité infanto juvénile	ND	ND	21%			
Produit I.1.2.1	% de structures de santé au moins ont 0 rupture de stock	ND	ND	80,0%	100,0%	83,3%	92%
Produit I.1.3.1	Taux d'utilisation des services curatif ;	ND	ND	ND	28%	22%	25%
Produit I.1.4.2	Taux de CPN1	ND	ND	ND	78,0%	57,8%	67,9%
Produit I.1.4.3	Taux de CPN4	ND	ND	ND	42,1%	31,8%	37,0%

Référence de l'indicateur	Intitulé de l'indicateur	Indicateurs clés / Contractuels					
		Etude de base			Etude finale		
		Beni	Butembo	Global	Beni	Butembo	Global
Produit 1.1.4.4	Taux de couverture CPS des enfants de moins 12 mois	ND	ND	70,5%	73,9%	74,3%	74,1%
Produit 1.1.4.5	Taux de couverture CPS de 12 à 59 mois	ND	ND	70,5%	59,1%	90,2%	74,6%
Produit 1.1.4.7	Taux de CV de Pentavalent 1 et VPO1	ND	ND	ND	83,5%	71,8%	77,6%
Produit 1.1.4.8	Taux de CV de Pentavalent 3, VPO3 et VPI	ND	ND	69%	73,2%	65,8%	68,1%
Produit 1.1.4.9	Taux de CV VAR et VAA augmente de 10% d'ici la fin du projet	ND	ND	ND	72,4%	65,1%	69,3%
OS2.2.	% des personnels de santé déclarant que leurs conditions de travail sont améliorées depuis le lancement du projet ;	ND	ND	ND	83,3%	66,7%	75%
OS2.3	% des personnels dans les structures de santé qui déclarent que les ressources sont suffisantes et bien gérées ;	ND	ND	87,0%	100,0%	100,0%	100%
R1.1.2.	% de personnels de santé qui déclarent que les équipements sont suffisants et adaptés aux besoins de la communauté	ND	ND	41,0%	50,0%	66,7%	58%
Produit 2.1.2.1	% d'aires de santé appuyées ont élaboré et mis en œuvre des Plans conjoint d'amélioration des services de santé (PCAS).	ND	ND	ND	83,3%	83,3%	83%
		KII BCZ & DPS					
OS2.4	% Des autorités sanitaires qui déclarent que les mécanismes de prévention et de riposte aux épidémies sont durablement mis en place	28,11%	62,14	41,5%	ND	ND	67%
R2.2.1	% Des autorités sanitaires qui déclarent que leurs connaissances et compétences sont améliorées en gestion des soins de santé primaire et secondaires	ND	ND	20,6%	ND	ND	100%

V.5. LECONS APPRISES, DEFIS, LIMITES OU ECHECS

Tableau 5. Les leçons apprises

Contexte ou observation initiale	Action ou stratégie mise en œuvre	Résultat ou impact observé	Leçon tirée	Recommandation pour les interventions futures
La couverture vaccinale était initialement de 59 % dans certaines zones périphériques de Butembo, en raison d'une méfiance envers les vaccins et d'un accès limité aux services.	Les CODESA et les leaders religieux ont été mobilisés pour mener des sessions de sensibilisation adaptées aux réalités culturelles et pour organiser des campagnes de vaccination rapprochées.	La couverture vaccinale a atteint 90 % dans les zones où ces actions ont été mises en œuvre. Cependant, à Beni, où les leaders religieux n'ont pas été inclus, la couverture est restée faible (59 %).	Impliquer des leaders communautaires dans les campagnes de santé publique améliore significativement l'adoption des services	Étendre cette stratégie en formant les leaders communautaires à répondre aux questions des bénéficiaires et en intégrant un suivi pour mesurer l'impact à long terme.
Les mécanismes de feedback (boîtes à suggestions) installés dans les centres de santé de Beni étaient sous-utilisés, avec seulement 40 % des bénéficiaires y ayant recours.	Des séances de formation et de sensibilisation ont été organisées pour encourager les retours et garantir l'anonymat des bénéficiaires.	Malgré ces efforts, la méfiance envers la confidentialité des mécanismes a persisté, freinant leur utilisation et limitant leur impact sur l'amélioration des services.	Les mécanismes de feedback nécessitent des garanties explicites de confidentialité et une communication claire pour maximiser leur utilisation.	Créer des outils numériques anonymes pour recueillir les retours et organiser des forums de discussion ouverts pour renforcer la confiance.
Les comités CODESA ont été établis pour renforcer la participation communautaire dans la gestion des structures de santé. Cependant, des variations dans leur performance ont été observées, certaines zones montrant des niveaux d'engagement significatifs, tandis que d'autres étaient limitées.	Des formations ont été dispensées aux membres des CODESA pour leur permettre de suivre les performances des services de santé et de contribuer aux décisions locales.	Dans les zones où les CODESA étaient actifs, on a noté une amélioration de la qualité perçue des services de santé. Cependant, l'absence de supervision régulière dans certaines zones a réduit leur impact.	Les formations seules ne suffisent pas ; un suivi et un accompagnement post-formation sont nécessaires pour maintenir l'engagement des CODESA.	Inclure un mécanisme de supervision régulier après les formations pour consolider les acquis et assurer la continuité des activités.
Les formations destinées aux acteurs locaux (CODESA, responsables de santé, etc.) ont souvent suivi un modèle unique, sans tenir compte des capacités et besoins variés des participants.	Des sessions de formation uniformisées ont été organisées pour tous les participants, indépendamment de leurs niveaux de compétences ou d'expérience.	Certaines formations ont bénéficié aux participants déjà familiers avec les thématiques, tandis que pour d'autres ce n'était pas le cas.	Une approche uniforme pour les formations limite leur efficacité, surtout dans des contextes où les niveaux de capacités diffèrent considérablement.	Adopter des approches différenciées selon les besoins des participants, avec des niveaux de formation de base et avancée.
Les campagnes visant à promouvoir l'équité sociale ont eu un impact variable, certains groupes cibles, notamment les personnes en situation de handicap, restant en marge des activités.	Des activités de sensibilisation générales ont été menées, sans cibler spécifiquement les besoins des groupes marginalisés.	Bien que les communautés aient été globalement sensibilisées, les résultats pour les groupes les plus vulnérables ont été faibles.	Les messages de sensibilisation doivent être spécifiques et conçus pour atteindre directement les groupes marginalisés.	Concevoir des campagnes spécifiques adaptées aux besoins et défis uniques des groupes marginalisés.
Seulement 41 % des structures de santé disposaient de plans clairs avant le projet. À	Formation des responsables sanitaires sur l'élaboration et le suivi des plans d'amélioration.	Une amélioration notable de la qualité des soins, avec une meilleure	Les PCAS structurent les efforts d'amélioration continue, permettant une gestion des	Standardiser les PCAS et inclure des mécanismes de suivi plus robustes pour garantir leur efficacité à long terme.

Contexte ou observation initiale	Action ou stratégie mise en œuvre	Résultat ou impact observé	Leçon tirée	Recommandation pour les interventions futures
l'évaluation finale, 83 % des structures avaient mis en œuvre des PCAS.		planification et utilisation des ressources, particulièrement à Beni.	soins de santé plus efficace et durable.	
Seulement 54 % des bénéficiaires se sentaient bien informés sur les services essentiels avant le projet. Ce chiffre a atteint 78 % à l'évaluation finale.	Mise en œuvre de campagnes de sensibilisation via les CODESA et les formations sanitaires.	Une meilleure utilisation des services de santé, particulièrement à Butembo, où l'information a été mieux relayée.	Des campagnes de sensibilisation bien planifiées augmentent l'engagement des bénéficiaires et leur confiance dans les services offerts.	Multiplier les canaux de communication pour atteindre les groupes marginalisés.
Seulement 52 % des femmes enceintes utilisaient les services prénatals avant le projet.	Sensibilisation communautaire et amélioration de l'accès aux services prénatals.	Une augmentation à 78 % des femmes utilisant ces services, avec des résultats particulièrement remarquables à Beni.	La sensibilisation, associée à l'accessibilité, encourage l'utilisation des services essentiels.	Multiplier les campagnes de sensibilisation en ciblant les maris et les leaders communautaires.

Tableau 6. Leçons apprises par Zone de Santé

Leçon	Comment cela a affecté les résultats	Qu'est-ce qui aurait pu être amélioré
Zone de Santé de Beni		
Importance des mécanismes de gestion locale (PCAS) L'introduction des Plans conjoints d'amélioration des services de santé (PCAS) a permis une meilleure gestion des ressources humaines et matérielles, assurant une continuité des services malgré les contraintes logistiques.	Le retard initial dans la mise en œuvre des PCAS a temporairement limité l'efficacité des services de santé, mais une fois mis en place, ces plans ont permis de stabiliser et d'améliorer la qualité des services.	L'adoption des PCAS aurait pu être mise en place à la première année du projet en intégrant une formation plus intensive dès le début du projet, ce qui aurait réduit certains des retards observés.
L'implication des femmes dans les structures communautaires en particulier le CODESA et les AVEC a amélioré la gestion des services de santé et a conduit à une adoption plus large des soins de santé maternelle et infantile.	L'autonomisation économique des femmes et leur participation dans la prise des décisions dans les structures communautaires a permis d'améliorer l'accès aux soins de santé maternelle, et avec l'engagement des hommes à accompagner leurs femmes à la consultation prénatale.	Il aurait été possible de renforcer cette dynamique en sensibilisant davantage les hommes et les leaders communautaires dès le début pour créer un soutien plus fort à la participation et l'autonomisation des femmes.
L'amélioration de la qualité des services, grâce à la formation du personnel et à la disponibilité des médicaments, a restauré la confiance des communautés.	Le manque de sensibilisation continue a limité l'utilisation des services curatifs dans les zones les plus éloignées, ce qui a affecté l'impact global du projet sur l'amélioration des soins.	Il aurait été utile d'inclure des programmes de sensibilisation continue dans les zones reculées pour assurer une utilisation plus large des services de santé curatifs

Leçon	Comment cela a affecté les résultats	Qu'est-ce qui aurait pu être amélioré
La mise en place de mécanismes de réponse aux épidémies a été cruciale pour renforcer la résilience des communautés face aux crises sanitaires.	Bien que les communautés aient été mieux préparées, le manque de répétition des exercices de simulation a réduit la réactivité dans certaines zones lors des premières crises après le début du projet.	L'intégration de simulations régulières de crises et l'engagement des leaders communautaires auraient encore mieux préparé les communautés locales.
Les AVEC ont montré une capacité à mobiliser des ressources locales, mais leur autonomie financière est restée limitée.	Les AVEC ont contribué de manière significative à la mobilisation des ressources locales, mais le manque de compétences en gestion financière a limité leur capacité à maximiser l'impact de leurs contributions.	Une formation plus approfondie en gestion financière aurait pu améliorer la gestion des fonds locaux.
Zone de Santé de Butembo		
L'adoption des PCAS a été plus lente qu'à Beni, en partie à cause des retards dans la formation initiale du personnel.	Le retard dans l'adoption des PCAS a affecté l'efficacité des soins dans les premiers mois du projet.	Un déploiement plus rapide des PCAS aurait permis d'améliorer la gestion des ressources dès le début du projet.
Les formations en gestion des épidémies ont permis d'améliorer la résilience des centres de santé de Butembo, mais l'absence de suivi régulier a limité leur réactivité.	Comment cela a affecté les résultats : L'absence de suivi post-formation a réduit la réactivité des centres de santé face aux premières épidémies, limitant l'efficacité immédiate de la réponse communautaire.	Un suivi post-formation plus rigoureux aurait permis de consolider ces acquis.
L'intégration des femmes dans les CODESA a contribué à améliorer la gestion locale des soins de santé. Cependant, l'implication des hommes dans les décisions communautaires est restée limitée.	L'impact des CODESA a été positif, mais aurait pu être renforcé si un équilibre plus important entre les genres avait été encouragé dès le début.	Un effort plus soutenu pour impliquer les hommes aurait permis une plus grande adoption des pratiques de santé familiale.
Les AVEC ont mobilisé des ressources locales avec succès, mais les fonds générés ont parfois été insuffisants pour couvrir tous les besoins communautaires.	La limitation des ressources a empêché certaines initiatives locales de voir le jour, réduisant ainsi l'impact global du projet.	L'introduction de partenariats avec des institutions financières locales aurait renforcé cette capacité.
La prévention des épidémies a été un aspect central du projet, avec des résultats encourageants. Cependant, la sensibilisation n'a pas toujours été uniformément déployée dans toutes les zones.	Les zones moins bien desservies ont montré une réactivité plus lente face aux épidémies, ce qui a réduit l'efficacité de la prévention dans certaines parties de la ZS de Butembo.	Une approche plus structurée de la sensibilisation, ciblant spécifiquement les zones les plus vulnérables, aurait pu améliorer l'impact de ces initiatives.

Tableau 7. Les défis

Défis	Comment cela a affecté les résultats	Qu'est-ce qui aurait pu être amélioré
Zone de Santé de Beni		
Malgré les efforts du projet, les résistances socioculturelles ont persisté, freinant l'adoption des méthodes de planification familiale	Les résistances ont limité l'adoption des méthodes de planification familiale, ce qui a freiné l'impact du projet sur la santé reproductive.	Un dialogue plus large impliquant des leaders communautaires dès le début aurait pu accélérer l'acceptation des nouvelles pratiques.
Les AVEC ont eu des difficultés à lever des fonds suffisants pour soutenir les initiatives locales.	L'absence de partenariats a entraîné une dépendance aux financements externes, compromettant la continuité des initiatives après la fin du projet.	Des partenariats avec des institutions financières locales auraient pu renforcer la durabilité de ces initiatives.
La gestion des stocks a été un défi persistant, affectant la disponibilité des médicaments dans certaines structures de santé	La mise en place de systèmes numériques de suivi des stocks dès le départ aurait permis de résoudre ce problème plus rapidement.	Les retards dans la gestion des stocks ont affecté la continuité des soins dans certaines structures, créant des ruptures temporaires dans l'approvisionnement.
Les jeunes n'ont pas pleinement adopté les services de santé préventifs.	L'impact du projet sur la santé des jeunes a été limité en raison de leur faible adhésion aux initiatives de santé.	Il aurait été pertinent d'inclure des activités spécifiques pour les jeunes dans les stratégies de communication afin d'augmenter leur adhésion aux services de santé.
Bien que les filets de protection aient été introduits, leur durabilité reste un défi après la fin du projet.	L'absence d'une politique sociale locale intégrée a compromis la durabilité des filets de protection, limitant leur capacité à soutenir les communautés après la fin du projet.	Une meilleure intégration avec les politiques sociales locales aurait pu garantir une continuité plus solide de ces filets.
Zone de Santé de Butembo		
Dans certaines zones de Butembo, l'adhésion aux initiatives de santé a été freinée par des croyances traditionnelles et une méfiance vis-à-vis des autorités sanitaires.	Les communautés ayant montré une adhésion limitée ont eu un accès plus restreint aux services de santé modernes, ce qui a affecté l'impact global du projet.	Une meilleure implication des chefs religieux et communautaires aurait aidé à surmonter ces résistances plus rapidement.
Certaines formations techniques n'ont pas été suffisamment assimilées par le personnel de santé	Les compétences acquises lors des formations n'ont pas toujours été pleinement mises en pratique, ce qui a limité l'amélioration de la qualité des soins dans certains centres de santé.	Un suivi plus étroit et des formations répétées auraient amélioré la rétention des compétences et leur application.
La coordination entre la DPS et les centres de santé n'a pas toujours été fluide, provoquant des retards dans la mise en œuvre des plans d'urgence.	Les retards dans la mise en œuvre des plans d'urgence ont réduit l'efficacité de la gestion des crises sanitaires, affectant la réactivité des centres de santé.	La mise en place d'une chaîne de communication plus efficace aurait permis de surmonter ces obstacles.
Les AVEC ont rencontré des difficultés pour mobiliser des ressources financières suffisantes.	Les initiatives locales ont parfois manqué de ressources pour atteindre leur plein potentiel, limitant ainsi leur contribution à la santé communautaire.	L'introduction d'alternatives de financement comme des partenariats public-privé aurait permis de renforcer les capacités financières locales.
Les infrastructures dans certaines zones périphériques de Butembo n'étaient pas adaptées pour répondre à la demande accrue de soins.	Le manque d'infrastructures adéquates dans certaines zones a limité l'absorption des progrès réalisés par le projet, réduisant l'accès aux services de santé dans les zones périphériques.	Une évaluation plus complète des besoins en infrastructures dès le début du projet aurait permis d'anticiper ces besoins et d'y répondre plus efficacement.

Tableau 8. Limites ou échecs

Limites ou échecs	Comment cela a affecté les résultats	Qu'est-ce qui aurait pu être amélioré
Zone de Santé de Butembo		
Dans certaines zones, les infrastructures médicales n'étaient pas adaptées ou suffisamment équipées pour mettre en œuvre et exploiter pleinement les améliorations prévues par le projet.	Les infrastructures limitées ont freiné la capacité d'absorption des progrès, notamment dans les zones périphériques, ce qui a limité l'impact global du projet.	Une meilleure planification des infrastructures dès le début aurait permis de maximiser l'impact des initiatives
Les hommes ont été peu impliqués dans les initiatives de santé reproductive, limitant l'adoption des pratiques modernes.	L'impact du projet sur la santé reproductive a été limité en raison de la faible implication des hommes dans les prises de décision familiales.	Il aurait été pertinent de cibler plus spécifiquement les hommes dans les campagnes de sensibilisation.
Le projet n'a pas inclus les zones périphériques dans son périmètre d'intervention, laissant ainsi de côté des populations souvent confrontées à des difficultés importantes d'accès aux soins.	Les inégalités d'accès ont limité l'impact du projet sur les populations les plus vulnérables, particulièrement celles des zones périphériques.	Une évaluation préalable des besoins des zones périphériques aurait permis d'élargir les interventions du projet pour inclure ces communautés marginalisées, assurant ainsi une couverture plus équitable et adaptée à leurs réalités spécifiques.
Le projet a montré une dépendance importante aux financements externes pour garantir la continuité des initiatives.	La dépendance aux financements externes a compromis la durabilité des initiatives après la fin du projet.	L'intégration de mécanismes de financement local dès le début aurait permis d'améliorer la durabilité.
Zone de Santé de Beni		
Les infrastructures de santé n'ont pas été suffisamment renforcées pour soutenir l'augmentation de la demande générée par les améliorations du projet.	L'incapacité à absorber les progrès a ralenti l'impact du projet dans les zones où les infrastructures étaient inadéquates.	Une meilleure anticipation des besoins en infrastructures aurait permis d'éviter cette limitation.
Le projet a montré une forte dépendance aux financements externes pour garantir la continuité des initiatives.	Cette dépendance a compromis la durabilité des initiatives, en particulier dans les zones périphériques où les ressources locales sont limitées.	la mise en place de mécanismes de financement locaux aurait permis d'améliorer la durabilité des actions après la fin du projet.
Les hommes ont été peu impliqués dans les initiatives de santé reproductive, freinant ainsi l'adoption des méthodes modernes de contraception.	L'impact du projet sur la santé reproductive a été réduit en raison de la faible implication des hommes dans les prises de décisions familiales.	il aurait été pertinent de cibler les hommes dans les campagnes de sensibilisation dès le début du projet.
Les zones périphériques ont eu un accès limité aux services de santé, en raison des distances et du manque d'infrastructures de transport.	Les populations périphériques ont été moins touchées par les améliorations apportées par le projet, limitant ainsi l'impact global de l'initiative.	Des unités mobiles de santé et l'appui aux structures de santé de proximité auraient permis de mieux desservir ces zones isolées.
Bien que les mécanismes de réponse aux épidémies aient été introduits, leur suivi n'a pas toujours été rigoureux, entraînant une mise en œuvre inégale des plans d'urgence.	Le manque de suivi a provoqué des retards dans la réponse aux épidémies dans certaines zones, ce qui a compromis l'efficacité de la gestion des crises sanitaires.	Un suivi plus soutenu aurait pu améliorer l'efficacité de la réponse aux crises.

CONCLUSION

L'évaluation finale du projet a été menée dans le but d'analyser l'efficacité, la pertinence, la complémentarité, la durabilité et l'impact des interventions mises en œuvre dans les deux zones de santé (ZS) de Beni et de Butembo. Ce processus d'évaluation a inclus des méthodologies quantitatives et qualitatives, combinant l'analyse des indicateurs clés et les perceptions des bénéficiaires et parties prenantes. L'objectif était d'étayer les résultats obtenus avec des données concrètes, tout en identifiant les défis rencontrés, les leçons apprises, et les domaines nécessitant des améliorations dans les futures interventions. L'évaluation a mis en lumière des avancées significatives, mais aussi des faiblesses structurelles, appelant à une réflexion approfondie sur la planification et la mise en œuvre des projets de développement.

L'une des principales conclusions de cette évaluation est l'amélioration notable de l'accès aux services de santé de qualité dans les deux zones de santé (ZS) de Beni et de Butembo. En effet, le taux global d'accès aux services de santé a augmenté de manière significative, passant de 43 % à 82,1 % entre l'étude de base et l'évaluation finale. Ce progrès est particulièrement visible dans la ZS de Butembo, où 94,9 % de la population accède désormais à des soins de qualité. Cette amélioration est directement liée à l'investissement dans la réhabilitation des infrastructures de santé et à la formation du personnel soignant, ce qui a permis de renforcer les capacités locales à offrir des services de santé répondant aux besoins de la population. Toutefois, l'évaluation a révélé des disparités importantes entre les zones urbaines et périphériques, ces dernières, particulièrement dans la ZS de Beni, restant désavantagées en termes d'accès aux soins en raison de l'état insuffisant des infrastructures et du manque de personnel qualifié. Les interventions futures devront se concentrer sur la réduction de ces disparités en priorisant les zones les plus vulnérables et en assurant une répartition équitable des ressources.

La participation communautaire a été un autre domaine de réussite du projet. L'implication des CODESA et des AVEC dans la gestion des services de santé a permis de renforcer l'appropriation des initiatives de santé par les communautés locales. Ces structures ont joué un rôle central dans la mobilisation des communautés pour les activités de prévention et de promotion de la santé, notamment en matière de lutte contre les épidémies. Les communautés se sont montrées de plus en plus engagées dans la gestion des crises sanitaires, et les CODESA ont souvent été le premier relais d'information et d'action lors des flambées épidémiques. Toutefois, l'évaluation a identifié des faiblesses dans l'implication des hommes et des jeunes dans ces structures. Les hommes, en particulier, ont été peu engagés dans les activités de planification familiale et de santé reproductive, ce qui a limité l'impact des initiatives dans ce domaine. De même, les jeunes n'ont pas pleinement adhéré aux services offerts, en grande partie à cause de l'absence de programmes spécifiquement adaptés à leurs besoins. Les futures interventions devront corriger cette situation en intégrant des stratégies de communication ciblées et en adaptant les services aux attentes de ces groupes afin d'augmenter leur participation et leur adhésion.

Un autre aspect essentiel révélé par cette évaluation concerne la gestion des crises sanitaires. Le projet a contribué à renforcer les capacités locales en matière de prévention et de réponse aux épidémies. Les mécanismes de gestion des crises ont été renforcés grâce à l'introduction de formations, de simulations et d'exercices pratiques qui ont permis d'améliorer la préparation des centres de santé et des communautés à faire face aux situations d'urgence. Néanmoins, des lacunes ont été constatées, notamment en ce qui concerne la réactivité des centres de santé, particulièrement dans les zones périphériques. La coordination entre la DPS et les centres de santé, bien qu'améliorée, reste insuffisante et a parfois ralenti la mise en œuvre de réponses efficaces aux crises. Il est crucial, pour les futures interventions, de mettre en place des systèmes de communication plus fluides et d'améliorer la gestion logistique pour assurer une réponse plus rapide et plus coordonnée aux crises sanitaires. L'utilisation d'outils numériques pour faciliter la communication entre les centres de santé et les autorités régionales pourrait être une piste à explorer pour résoudre ces difficultés.

La santé reproductive a également été un domaine où le projet a apporté des changements significatifs. Les résultats montrent que la proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans prenant des décisions éclairées concernant leur santé reproductive a nettement augmenté, passant de 52,6 % à 81 % au niveau global. Cette amélioration est attribuée aux campagnes de sensibilisation menées par le projet, ainsi qu'aux efforts pour renforcer l'autonomisation des femmes dans les décisions concernant la planification familiale. De plus, la satisfaction à l'égard de l'utilisation des contraceptifs modernes a également augmenté, atteignant 87 % au niveau global, avec des performances particulièrement élevées dans la ZS de Butembo. Cependant, malgré ces

avancées, l'implication des hommes dans les décisions relatives à la santé reproductive reste faible. Les barrières culturelles et sociales ont freiné l'adoption des méthodes modernes de contraception par les hommes, et cela a limité l'impact global des interventions dans ce domaine. Il sera crucial, pour les futures interventions, d'adopter des stratégies spécifiques pour intégrer davantage les hommes dans la planification familiale, en mettant en place des programmes de sensibilisation qui tiennent compte des réalités socioculturelles locales.

La durabilité des acquis du projet constitue un autre point d'attention majeur. Les PCAS (Plans conjoints d'amélioration des services de santé), mis en œuvre dans plusieurs centres de santé, ont contribué à la structuration des interventions locales et à l'amélioration de la gestion des services de santé. Ces plans ont permis aux centres de santé de mieux organiser leurs activités et de répondre aux besoins croissants de la population. Toutefois, la durabilité de ces plans dépend largement de la disponibilité de financements externes, et l'évaluation a révélé que les mécanismes de financement local ne sont pas suffisamment développés pour assurer la continuité des services après la fin du projet. Les communautés, bien que mobilisées à travers les AVEC, ne disposent pas encore des ressources nécessaires pour financer de manière autonome les services de santé. Les futures interventions devront se concentrer sur la création de fonds communautaires ou de partenariats avec des institutions financières locales pour garantir la pérennité des services après le retrait des bailleurs de fonds.

En matière de complémentarité et de cohérence, le projet a démontré une bonne capacité à s'intégrer dans les dynamiques locales et à collaborer avec d'autres initiatives de santé en cours dans les deux ZS. Les synergies créées avec les autres projets ont permis d'amplifier l'impact des interventions, notamment dans la gestion des épidémies. Cependant, des lacunes ont été constatées dans la coordination entre les différents acteurs, notamment entre la DPS, les centres de santé, et les partenaires internationaux. Ces lacunes ont parfois ralenti la mise en œuvre des activités, en particulier dans les zones périphériques où les infrastructures de communication sont limitées. Il est essentiel que les futures interventions renforcent cette coordination en mettant en place des mécanismes plus efficaces de communication et de gestion conjointe des activités, notamment à travers l'utilisation de plateformes numériques.

L'un des défis majeurs identifiés par cette évaluation concerne l'accès aux services de santé pour les populations les plus vulnérables, notamment les personnes en situation de handicap et les jeunes. Bien que le projet ait amélioré l'accès global aux soins, ces groupes continuent de rencontrer des obstacles importants pour accéder aux services. Les infrastructures de santé, en particulier dans les zones périphériques, ne sont pas suffisamment adaptées pour répondre aux besoins spécifiques des personnes vulnérables. Cela souligne la nécessité pour les futures interventions d'adopter une approche plus inclusive, en veillant à ce que les infrastructures et les services de santé soient accessibles à tous, sans discrimination. Des efforts devront être faits pour améliorer l'accessibilité physique des centres de santé, mais aussi pour adapter les services aux besoins des jeunes et des personnes en situation de handicap.

La gestion des ressources humaines a également été un défi clé pour le projet. Si les formations dispensées ont permis de renforcer les compétences du personnel de santé, notamment en matière de gestion des épidémies et de soins de santé reproductive, le manque de suivi post-formation a parfois conduit à une mise en œuvre incomplète des compétences acquises. De plus, le manque de personnel qualifié, particulièrement dans les zones périphériques, a limité la capacité des centres de santé à répondre à la demande croissante de soins. Pour les futures interventions, il sera crucial de mettre en place des mécanismes de suivi post-formation rigoureuse pour garantir que les compétences acquises sont appliquées de manière optimale. Il faudra également renforcer le recrutement et la rétention du personnel de santé, en particulier dans les zones où les infrastructures sont limitées.

L'évaluation montre que le projet a globalement atteint ses objectifs, en particulier en matière d'amélioration de l'accès aux soins de santé et de renforcement de la résilience des communautés face aux crises sanitaires. Cependant, des défis structurels importants subsistent, notamment en matière de durabilité des résultats, d'inclusion des groupes vulnérables, et de coordination entre les différents acteurs. Les futures interventions devront capitaliser sur les succès du projet tout en prenant des mesures concrètes pour pallier ces lacunes. La mise en place de mécanismes de financement locaux, l'amélioration de l'accessibilité des infrastructures de santé, et le renforcement de la coordination entre les différents acteurs seront essentiels pour maximiser l'impact des futures interventions. Ces recommandations s'inscrivent dans une logique de pérennisation des

acquis du projet, en tenant compte des défis identifiés et en cherchant à renforcer les capacités locales pour assurer une continuité des services de santé même après la fin des financements externes.

Par ailleurs, l'évaluation a mis en lumière la nécessité de consolider les synergies avec d'autres initiatives de santé et de développement présentes dans les zones d'intervention. Cela permettrait de mieux aligner les efforts des différents acteurs et de maximiser l'impact des actions sur les bénéficiaires. En ce sens, les futures interventions devraient encourager une approche intégrée, où les programmes de santé sont étroitement coordonnés avec d'autres secteurs, tels que l'éducation et le développement économique, afin de garantir des résultats plus holistiques et durables.

Un point crucial soulevé par l'évaluation concerne l'inclusion des jeunes et des personnes en situation de handicap, des groupes qui n'ont pas pleinement bénéficié des services offerts dans le cadre du projet. Il est impératif que les futures interventions intègrent des stratégies inclusives, en s'assurant que ces groupes vulnérables ont un accès équitable aux services de santé et qu'ils participent activement aux prises de décision. Cela nécessitera non seulement des adaptations structurelles, comme l'amélioration des infrastructures pour en faciliter l'accès, mais aussi des ajustements dans la communication et la sensibilisation pour mieux répondre aux besoins spécifiques de ces groupes.

La durabilité des systèmes de santé dans les zones périphériques dépendra largement de la capacité à mobiliser des ressources locales et à développer des mécanismes de financement autonomes. Le projet a démontré qu'il est possible de mobiliser les communautés à travers des structures comme les AVEC, mais ces initiatives doivent être renforcées et soutenues par des mécanismes plus institutionnalisés pour garantir leur viabilité à long terme. La création de partenariats avec des institutions de microfinance ou l'introduction de fonds de solidarité communautaire pourrait être une solution pour assurer que les centres de santé continuent à fonctionner efficacement une fois que le financement extérieur sera terminé.

En conclusion, bien que le projet ait indéniablement amélioré les conditions de santé dans les deux zones de santé étudiées, il reste des défis majeurs à surmonter pour garantir que ces acquis soient durables. Le succès des futures interventions dépendra de la capacité à renforcer les mécanismes de financement local, à améliorer la coordination entre les acteurs, et à s'assurer que les populations les plus vulnérables bénéficient pleinement des services de santé offerts. En intégrant ces recommandations, les futurs programmes pourront mieux répondre aux besoins des communautés et assurer un impact à long terme, tout en contribuant à l'amélioration globale des systèmes de santé dans les zones périphériques.

RECOMMANDATIONS

Pour les interventions futures, il est essentiel d'intégrer des recommandations pratiques afin de renforcer la durabilité des actions et d'améliorer l'efficacité des initiatives. Ces recommandations visent à surmonter les défis identifiés dans le projet actuel et à optimiser l'impact dans les programmes futurs.

Tableau 9. Les recommandations

RECOMMANDATION	RESPONSABLES
<p>1. Renforcer la gestion et la disponibilité des outils de gestion de stocks La formation du personnel à l'utilisation de ces outils numériques. L'organisation d'un suivi trimestriel pour évaluer les besoins en approvisionnement. La création d'un mécanisme de signalement rapide en cas de pénuries.</p>	BCZ, responsables des centres de santé et partenaires techniques.
<p>2. Réhabiliter et construire des infrastructures médicales dans les zones prioritaires Faire une cartographie participative pour identifier les zones prioritaires. Faire une mobilisation de fonds auprès des partenaires. Réaliser des supervisions rigoureuses des travaux pour garantir leur conformité avec les normes d'accessibilité, notamment pour les personnes en situation de handicap.</p>	Ministère de la Santé, partenaires locaux et internationaux.
<p>3. Renforcer la participation des femmes dans les CODESA et les AVEC Organiser des formations spécifiques en leadership et en gestion. Introduire un quota minimum pour les femmes dans les rôles décisionnels. Sensibiliser les communautés à l'importance de l'égalité des genres dans les structures de gouvernance sanitaires.</p>	Responsables locaux, aux partenaires de mise en œuvre, et aux BCZ.
<p>4. Mobiliser les jeunes pour renforcer leur implication dans la gestion des soins de santé Former les jeunes sur la gestion des services de santé et la gouvernance communautaire. Définir un quota des jeunes dans les organes de participation communautaire (CODESA) Les inclure dans des initiatives de sensibilisation et de mobilisation.</p>	Organisations de jeunesse, aux partenaires techniques, et aux autorités locales.
<p>5. Créer des partenariats avec des institutions de microfinance pour soutenir l'autonomie des AVEC L'identification des institutions de microfinance aptes à accompagner les AVEC. La conception de formations pour les membres des AVEC sur la gestion financière et la mobilisation des ressources. L'évaluation régulière des performances des AVEC pour s'assurer de leur pérennité.</p>	Partenaires financiers, et aux gestionnaires des groupes AVEC.
<p>6. Organiser des campagnes de sensibilisation adaptées pour surmonter les obstacles culturels Développer des messages adaptés aux besoins et aux préoccupations des communautés locales. Conduire des analyses de barrières avant de concevoir les messages à utiliser dans les campagnes de sensibilisation. Diffuser ces messages à travers des canaux accessibles tels que les radios locales et les réseaux sociaux. Évaluer l'impact de ces campagnes à travers des enquêtes périodiques.</p>	Responsables communautaires, les organisations locales, et les partenaires techniques.
<p>7. Encourager les partenariats public-privé pour améliorer l'accès aux services de santé de manière pérenne Faciliter des échanges entre les partenaires publics et privés. Offrir des incitations financières aux entreprises investissant dans le secteur de la santé. Superviser les partenariats pour mesurer leur impact sur la qualité des soins et des infrastructures.</p>	BCZ, DPS, aux autorités locales, partenaires techniques et aux entreprises privées.
<p>8. Instituer des exercices de simulation pour la gestion des crises sanitaires Développer des scénarios réalistes pour tester les plans d'urgence. Impliquer activement les communautés dans ces exercices pour renforcer leur résilience. Évaluer les enseignements tirés pour améliorer les processus.</p>	DPS, BCZ, partenaires techniques.
<p>9. Assurer un suivi post-formation pour le personnel de santé Planifier des visites de supervision trimestrielles dans les centres de santé. Mettre en place un système d'évaluation continue des performances. Fournir un accompagnement individualisé pour répondre aux lacunes identifiées.</p>	BCZ, DPS, formateurs, et partenaires techniques.

<p>I0. Organiser des réunions régulières entre leaders communautaires et autorités sanitaires</p> <p>Etablir un calendrier fixe de rencontres semestrielles.</p> <p>Utiliser ces réunions pour partager les avancées, identifier les problèmes et co-créeer des solutions.</p> <p>Documenter les discussions pour garantir le suivi des actions décidées.</p>	<p>BCZ, leaders communautaires, partenaires techniques.</p>
<p>I1. Sensibiliser les jeunes à travers des campagnes adaptées</p> <p>Développer des campagnes ciblées sur leurs centres d'intérêt, comme les réseaux sociaux et les radios locales.</p> <p>Créer des espaces d'échange où les jeunes peuvent exprimer leurs préoccupations et recevoir des réponses adaptées.</p> <p>Mesurer l'impact de ces campagnes à travers des indicateurs de participation.</p>	<p>BCZ, CS, organisations de jeunesse, partenaires techniques, et aux autorités locales.</p>
<p>I2. Intégrer des campagnes de sensibilisation sur la santé reproductive dans les écoles et centres communautaires</p> <p>Elaborer un programme éducatif sur la santé reproductive adapté aux élèves et aux jeunes adultes.</p> <p>Former les enseignants et les animateurs communautaires à transmettre ces messages de manière efficace.</p> <p>Evaluer l'impact des campagnes à travers des indicateurs de changement de comportement.</p>	<p>Ministères de l'Education, DPS, partenaires techniques.</p>
<p>I3. Développer des programmes de formation spécifiques pour les responsables des CODESA et AVEC</p> <p>Concevoir des formations en gestion de projet et planification stratégique.</p> <p>Mettre en place des modules spécifiques sur la mobilisation des ressources et la gouvernance participative.</p> <p>Assurer un suivi post-formation pour mesurer l'impact sur les performances des structures.</p>	<p>Les partenaires techniques, et les responsables des structures communautaires (AVEC, CODESA)</p>
<p>I4. Promouvoir des campagnes de sensibilisation ciblées pour les hommes</p> <p>Elaborer des messages adaptés valorisant l'implication des hommes dans la santé reproductive.</p> <p>Diffuser ces messages à travers des médias accessibles comme les radios communautaires.</p> <p>Evaluer l'impact des campagnes par des enquêtes et des retours des communautés.</p>	<p>BCZ, CS, CODESA et les partenaires techniques.</p>
<p>I5. Instaurer des mécanismes de retour d'information communautaire pour renforcer une redevabilité sociale pérenne</p> <p>Créer des boîtes à suggestions ou des numéros verts dans les centres de santé.</p> <p>Organiser des consultations publiques pour recueillir les préoccupations des communautés.</p> <p>Analyser régulièrement les retours pour ajuster les services en conséquence.</p> <p>Communiquer sur les actions entreprises à partir des retours collectés.</p>	<p>DPS, BCZ, et CODESA.</p>

ANNEXES

Tableau 10. Liste des annexes

N°	OUTILS	EN COPIE	
Annexe 1	Enquête ménage	 07_ENQUETE MENAGE.docx	A
2	Entretiens FOSA avec les ITs	 02_ENTRETIEN_FOS A.docx	 02_ENTRETIEN_FOS A.xlsx
Annexe 3	Entretiens avec BCZ et DPS	 04_ENTRETIEN DPS ET BCZ.docx	 04_ENTRETIEN DPS ET BCZ.xlsx
Annexe 4	Entretiens CODESA et CAC	 05_ENTRETIEN CODESA ET CAC.doc	 05_ENTRETIEN CODESA ET CAC.xlsx
Annexe 5	Entretiens Membres AVEC	 06_ENTRETIEN RESPONSABLES AVEC	 06_ENTRETIEN RESPONSABLES AVEC
Annexe 6	Focus Group Membre de la communauté	 03_FOCUS_GROUP MEMBRES COMMUN	 03_FOCUS_GROUP MEMBRES COMMUN
Annexe 7	Focus Group Membre des AVEC	 01_FOCUS_GROUP MEMBRES AVEC.xlsx	 01_FOCUS_GROUP MEMBRES AVEC.doc

Annexe 8. Questions d'évaluation

CRITERES	QUESTIONS D'EVALUATION
Pertinence/Conception du projet	Mesure dans laquelle les objectifs et la conception du projet correspondent aux besoins, aux politiques et aux priorités des bénéficiaires, du pays, de la communauté internationale et des partenaires/institutions et demeurent pertinents.
Cohérence/Complémentarité du projet	Mesure dans laquelle le projet est compatible avec les autres interventions menées au sein d'un pays, d'un secteur ou d'une institution.
Efficacité du projet	Mesure dans laquelle les objectifs et les résultats du projet sont atteints ;
Efficience du projet	Mesure dans laquelle le projet produit, ou est susceptible de produire, des résultats de façon économique et dans les temps.
Viabilité/Durabilité du projet	Mesure selon laquelle les bénéfices directs et indirects du Projet perdureront ou sont susceptibles de perdurer.
Impact du projet	Mesure selon laquelle les bénéfices reçus par les destinataires ciblés ont eu un effet global plus large sur un plus grand nombre de personnes dans le secteur, la région ou le pays dans son ensemble

Annexe 11. Liste d'indicateurs mesurés *

Référence indicateur	Intitulé de l'indicateur
OGI.1	Proportion de la population qui a accès à des services de santé de qualité
OGI.2	% de personnes qui déclarent que les mécanismes de prévention et de riposte aux épidémies sont en place dans les zones du projet ;
OGI.3	% de personnes qui estiment que les différents groupes communautaires (y compris les déplacés) disposent d'un accès égal aux services (éducation, eau, santé...) dans le cadre du projet
OSI.5	Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui prennent leurs propres décisions éclairées concernant les relations sexuelles, l'utilisation des contraceptifs et les soins de santé génésique (indicateur CI)
RI.1.1	% de personnes au sein des populations locales se déclarant satisfaites de la qualité des soins qu'elles reçoivent ;
RI.1.3	% de personnes qui déclarent que suite au projet, les responsables des structures de santé ont un comportement éthique globalement satisfaisant et n'abusent pas excessivement de leur autorité pour des actes de corruption ou népotisme ;
RI.1.4	% de personnes qui déclarent avoir utilisé les services de santé durant les 12 derniers mois pendant qu'ils étaient malades ;
RI.1.5	% de personnes qui déclarent être suffisamment informées par les structures de santé concernées, des services essentiels dont elles sont responsables et des moyens dévolus à la structure sanitaire dans le cadre du projet
RI.2.1	% de personnes déclarant que les mécanismes de participation communautaire leur permettent effectivement de participer à la planification des actions et aux décisions les concernant ;
RI.2.2	% de personnes déclarant que les mécanismes de concertation communautaire avec l'aire de santé sont participatifs et au moins aussi ouverts que les autres mécanismes ou instances locales (comités, associations, émissions radios de débats, rencontres sociales, religieuses, sportives, syndicats, réunions municipales, etc.) pour leur permettre de faire connaître leurs préoccupations ;
RI.2.3	% de personnes qui déclarent être suffisamment informées par les structures de santé concernées des services essentiels dont elles sont responsables, et des moyens dévolus à la structure sanitaire (dans le cadre du projet) ;
RI.2.4	% de personnes au sein de la population locale se déclarant satisfaite du rôle des RECO/CODESA/CAC au sein de leur communauté
RI.2.5	% de personnes qui se déclarent informées du mécanisme de recueil de leurs éventuelles opinions/plaintes liés au projet ;
RI.2.6	% de personnes déclarant pouvoir avoir accès en toute confiance au mécanisme de recueil de leurs éventuelles opinions plaintes lié au projet.
R2.2.1	% des membres de la communauté qui déclarent être au courant des mesures de prévention des épidémies ;
Résultat2.2.2	% des membres de la communauté ayant accès aux activités de filet de protection.
OSI.2	% des femmes âgées de 15 à 49 ans satisfaites de l'utilisation des contraceptifs modernes (indicateur CI)
OSI.3	Proportion de naissance assistées par le personnel de santé qualifié (indicateur CI)
OSI.1	Taux de mortalité maternelle
OSI.4	Taux de mortalité infanto juvénile
Produit 1.1.2.1	% de structures de santé au moins ont 0 rupture de stock
Produit 1.1.3.1	Taux d'utilisation des services curatif ;
Produit 1.1.4.2	Taux de CPNI
Produit 1.1.4.3	Taux de CPN4
Produit 1.1.4.4	Taux de couverture CPS des enfants de moins 12 mois

Produit 1.1.4.5	Taux de couverture CPS de 12 à 59 mois
Produit 1.1.4.7	Taux de CV de Pentavalent 1 et VPO1
Produit 1.1.4.8	Taux de CV de Pentavalent 3, VPO3 et VPI
Produit 1.1.4.9	Taux de CV VAR et VAA augmente de 10% d'ici la fin du projet
OS2.2.	% des personnels de santé déclarant que leurs conditions de travail sont améliorées depuis le lancement du projet ;
OS2.3	% des personnels dans les structures de santé qui déclarent que les ressources sont suffisantes et bien gérées ;
R1.1.2.	% de personnels de santé qui déclarent que les équipements sont suffisants et adaptés aux besoins de la communauté
Produit 2.1.2.1	% d'aires de santé appuyées ont élaboré et mis en œuvre des Plans conjoint d'amélioration des services de santé (PCAS).
OS2.4	% Des autorités sanitaires qui déclarent que les mécanismes de prévention et de riposte aux épidémies sont durablement mis en place
R2.2.1	% Des autorités sanitaires qui déclarent que leurs connaissances et compétences sont améliorées en gestion des soins de santé primaire et secondaires