



Action Damien

EVALUATION PROGRAMME DGD 2022 – 2026: « APPUI A LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE ET LES MALADIES TROPICALES NEGLIGEES A PRISE EN CHARGE DES CAS (LEPRE, PIAN ET ULCERE DE BURULI) EN RD CONGO »

Rapport final



Dr. Astrid Knoblauch, PhD
Dr. Yves Lula, MD
Dr. Tony Gimbindu, MD
Dr. Peter Steinmann, PhD

10 Septembre 2025

CONTACTS



Swiss Tropical and Public Health Institute
Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut
Institut Tropical et de Santé Publique Suisse

Associated Institute of the University of Basel



Swiss Tropical and Public Health Institute

Kreuzstrasse 2

4123 Allschwil

Suisse

www.swisstph.ch

Action Damien

Bld Léopold II 263

1081 Bruxelles

Belgique

<https://actiondamien.be>

Dr. Peter Steinmann

Spécialiste Santé Publique et Épidémiologiste

Tél.: +41 61 284 82 29

E-mail: peter.steinmann@swisstph.ch

Dr. Paola López Saavedra

Conseillère technique

E-mail: paola.lopez@damienfoundation.be

Dr. Astrid Knoblauch

Spécialiste Santé Publique et Épidémiologiste

E-mail: astrid.knoblauch@swisstph.ch

Dr. Alberto Roggi

Conseiller médical

E-mail: alberto.roggi@damienfoundation.be

Table de matières

TABLE DE MATIÈRES	II
LISTE DES TABLEAUX	III
LISTE DES FIGURES	III
ABRÉVIATIONS	IV
1. ANALYSE DU CONTEXTE	1
2. APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE	1
2.1 Objectifs de l'évaluation.....	1
2.2 Phases et activités de l'évaluation.....	2
2.2.1 Phase de cadrage	2
2.2.2 Phase d'évaluation propre	2
2.2.3 Phase d'interprétation et de rapportage.....	3
3. ANALYSE DU PROGRAMME QUINQUENNAL 2022 – 2026	4
3.1 Points forts	4
3.2 Défis et points faibles	5
3.2.1 Au niveau communautaire	5
3.2.2 Au niveau des zones de santé, y inclue les bureaux centraux, CDTs et CTs.....	5
3.3 Objective 1	7
3.4 Objective 2	10
3.5 Objective 3	11
3.6 Thématiques transversales	12
3.7 Contraintes de l'évaluation	12
4. RECOMMANDATIONS	13
4.1 Pour la phase actuelle (2022-2026).....	13
4.2 Pour la potentielle phase future (2027-2031).....	13
5. ANNEXES	15
5.1 Matrice d'évaluation	15
5.2 Outil.....	16
5.2.1 Liste de contrôle de base de l'équipement minimal essentiel.....	18
5.3 Activités et partenaires d'entretien.....	20
5.4 Résultats	22
5.5 Contacts of évaluateurs.....	25

Liste des tableaux

Tableau 1: Matrice d'évaluation	15
Tableau 2: Activités et partenaires d'entretien en Kwilu	20
Tableau 3: Activités et partenaires d'entretien à Haut-Katanga.....	20

Liste des Figures

Figure 1 : Résultat 1 – Lèpre et MTN cutanées.....	22
Figure 2 : Résultat 2 - Tuberculose.....	23
Figure 3 : Résultat 3 – Tuberculose / VIH	23
Figure 4 : Résultat 4 – Tuberculose résistante.....	24

Abréviations

AD	Action Damien
CAD	Club des Amis Damien
CD	Chef de Division
CDT	Centre Diagnostic et de Traitement
CP	Coordination provinciale
CT	Centre de Traitement
CONAT	Coordination nationale
DGD	Direction générale de la Coopération au Développement et de l'Aide humanitaire
DPS	Division Provinciale de la Santé
DST	Drug Sensibility Testing (« Test de sensibilité aux médicaments »)
FM	Fonds Mondial
GX	GeneXpert
LNAC	Ligue Nationale Antituberculeuses et Antilépreuse du Congo
MCP	Médecin Chef de Province
MCZ	Médecin Chef de Zone
MTN	Maladies Tropicales Négligées
OAC	Organisations à Assise Communautaire
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPALCO	Organisation des Personnes Affectées par la Lèpre au Congo
PAM	Programme Alimentaire Mondiale
PR	Polyrésistant
RDC	République Démocratique du Congo
RECO	Relais Communautaires
PCT	Polychimiothérapie
PNEL	Programme National d'Élimination de la Lèpre
PNLS	Programme National de Lutte Contre le SIDA/VIH
PNLT	Programme National de Lutte Contre la Tuberculose
Swiss TPH	Swiss Tropical and Public Health Institut (« Institut Tropicale et de Santé Publique Suisse »)
TB	Tuberculose
USAID	United States Agency for International Development (« Agence des États-Unis pour le développement international »)
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZS	Zone de Santé

1. Analyse du contexte

Action Damien (AD) est une organisation non-gouvernementale Belge active dans le secteur de la santé, luttant contre la tuberculose, la lèpre, la leishmaniose et d'autres maladies tropicales négligées à manifestation cutanée. AD contribue aux objectifs de développement durable (ODD), notamment l'ODD 3, visant à « promouvoir la santé et le bien-être pour tous ».

Présente en République Démocratique du Congo (RDC) depuis 1964, AD se concentre sur la formation, la recherche et les actions médicales, la réintégration des personnes affectées par la lèpre ou la tuberculose (TB) et la sensibilisation pour la prévention. AD dispose d'un bureau de coordination nationale à Kinshasa et collabore avec le Ministère de la Santé Publique pour appuyer les programmes de lutte contre la lèpre et la TB dans actuellement 9 provinces. En collaboration avec la Coopération Fédérale Belge au Développement (DGD), AD gère actuellement un programme quinquennal (2022-2026) dans sept pays, dont la RDC où le programme couvre 8 provinces.

Le programme quinquennal en RDC poursuit un seul objectif spécifique qui est celui d « Améliorer la prise en charge préventive, curative ainsi que la réhabilitation des personnes affectées par la TB, la lèpre, et les autres maladies tropicales négligées MTN (notamment le pian et ulcère de Buruli) dans les 183 zones de santé des 8 provinces (Haut-Katanga, Haut-Lomami, Haut-Uélé, Kinshasa, Kivu, Nord Kivu, Tanganyika et Tshopo) d'ici fin 2026 ». Par ailleurs, 5 résultats concourent à l'atteinte de cet objectif spécifique :

- Résultat 1 : La prise en charge des patients affectés par la lèpre et les autres MTN (pian et ulcère de Buruli) est améliorée.
- Résultat 2 : La prise en charge des patients souffrant de la TB sensible est améliorée.
- Résultat 3 : La prise en charge des patients co-infectés (TB-VIH) est améliorée.
- Résultat 4 : La prise en charge des patients TB/PR est améliorée.
- Résultat 5 : La participation aux travaux réalisés au sein d'Espaces collectifs de Gestion des Connaissances est renforcée et mène à des synergies et à la production de référentiels utiles pour l'atteinte de l'objectif

Le programme prévoit des évaluations pour mesurer et renforcer l'efficacité des actions entreprises. Pour la RDC, une évaluation est prévue. AD a mandaté l'Institut Tropical et Santé Publique Suisse (Swiss TPH) pour réaliser cette évaluation. Le présent document résume l'approche méthodologique, les activités, les constats et les recommandations issus de l'évaluation menée entre juin et août 2025.

2. Approche méthodologique

Les maladies cibles de l'évaluation sont la tuberculose, la lèpre et d'autres MTN associées à la peau — notamment le pian et l'ulcère de Buruli. Les provinces ciblées sont le Kivu et le Haut-Katanga, en raison des aspects épidémiologiques liés aux maladies, de la diversité du contexte (accessibilité aux structures sanitaires, infrastructures, densité de population, ressources, etc.) et du rôle stratégique que ces deux provinces pourraient jouer dans un futur plan de développement pour la lutte contre la tuberculose et la lèpre en RDC.

2.1 Objectifs de l'évaluation

L'objectif générale de l'évaluation est d'analyser les résultats du programme au moment de l'évaluation, d'identifier les forces, les faiblesses et les goulots d'étranglement probables, et de proposer des mesures correctives.

Les objectives spécifiques de l'évaluation sont :

1. **Analyser les réalisations, résultats, forces et faiblesses du programme actuel d'AD**, afin de formuler des recommandations concrètes pour (i) améliorer la mise en œuvre durant le temps restant, et (ii) orienter la conception et la stratégie de la prochaine phase du programme (2027–2031) ;
2. **Examiner l'efficacité et la valeur ajoutée des partenariats et collaborations actuels dans le cadre du programme AD**, et proposer des pistes pour renforcer les synergies et optimiser l'implication des parties prenantes pour un impact collectif accru dans les phases restante et future ;
3. **Évaluer le modèle opérationnel centralisé actuel d'AD et proposer des pistes pour son positionnement futur** dans le contexte national, notamment en ce qui concerne son rôle stratégique potentiel (financier, technique ou de coordination).

2.2 Phases et activités de l'évaluation

L'évaluation était structurée en trois phases : (1) la phase de cadrage, (2) la phase d'évaluation propre et (3) la phase d'interprétation et de rapportage.

2.2.1 Phase de cadrage

La phase de cadrage s'étendait de la signature du contrat jusqu'au début de la collecte de données sur le terrain, et comprenait à la fois le travail à distance et la réunion d'information initiale au bureau national. Les activités spécifiques suivantes étaient menées :

- Un **premier briefing** avec la Coordination Nationale (CONAT) et le siège d'AD Bruxelles afin d'approfondir la compréhension du programme et des attentes liées à l'évaluation, en particulier, l'affinement des objectifs d'évaluation (voir la section « objectifs spécifiques» ci-dessous) ;
- Une **revue documentaire** avec l'objectif de permettre une compréhension globale du programme AD, du contexte et des parties prenantes concernées ;
- **L'élaboration d'une note conceptuelle** incluant une matrice d'évaluation et les outils d'évaluation, notamment le questionnaire semi-structuré ainsi qu'une checklist pour la revue des équipements et intrants au niveau des laboratoires et pharmacies (voir annexe 5.1 pour la matrice et annexe 5.2 pour l'outil) ;
- Élaboration d'un **calendrier détaillé** du mandat d'évaluation, y inclue les activités et les étapes de rapportage.

2.2.2 Phase d'évaluation propre

La phase d'évaluation et notamment la collecte des données comprenait une phase intensive à Kinshasa et dans les deux provinces de Kwilu et Haut-Katanga. Les activités spécifiques suivantes étaient menées :

- Bureau Coordination Nationale
 - Présentation du programme et des résultats par la CONAT
 - Échanges sur la situation actuelle
- Division Provinciale de la Santé (DPS)
 - Échange avec le Chef de Division (CD)
- Coordinations Provinciales de Kwilu et Haut-Katanga
 - Échange avec les médecins coordonnateurs provinciaux (MCP) et leurs équipes
- Zones de santé (ZS)
 - Échange avec les médecins chefs de zone (MCZs) et leurs équipes

- Visites dans les structures sanitaires, notamment les CDTs et CTs
 - Échanges avec les prestataires de santé (médecins, infirmières, techniciens laboratoires)
 - Visites des laboratoires
- Échanges avec des partenaires techniques
 - Relais communautaires (RECOs)
 - Organisations à Assise Communautaire (OAC) féminines, Club des Amis Damien (CAD), Ligue Nationale Antituberculeuses et Antilépreuse du Congo (LNAC)
 - Laboratoire provincial/référence
 - Programme National de Lutte contre le VIH et ses partenaires
- Échanges avec des patients atteints de la TB ou la lèpre
- Échanges avec les partenaires techniques & financières au niveau national
 - Programme National pour l'Élimination de la Lèpre (PNEL)
 - Programme National de Lutte Contre la Tuberculose (PNLT)
 - Ex-USAID
 - Organisation des Personnes Affectées par la Lèpre au Congo (OPALCO)
 - CAD
 - LNAC

Les zones de santé visitées dans la province de Kwilu étaient Kwilu Nord, Mosango et Masi-Manimba. Dans la province du Haut-Katanga les zones de santé de Panda, Kafubu et Kenya ont été choisies pour les visites. Les Tableau 2 et Tableau 3 dans l'annexe 5.3 présentent les agendas détaillés des activités, y inclus les CDTs visités et les partenaires d'entretiens, dans les deux provinces.

2.2.3 Phase d'interprétation et de rapportage

Les données collectées étaient consolidées, analysées et triangulées entre les différentes sources afin de répondre aux objectifs de l'évaluation et confirmer les observations. L'analyse a porté sur les forces, faiblesses, défis et points de friction du programme, ainsi que sur la collaboration avec les partenaires.

Des recommandations concrètes, adaptées au contexte et réalistes au regard des contraintes, étaient formulées. Un rapport draft a été remis à l'AD (siège et CONAT) pour révision, discuté en visioconférence, puis finalisé sur la base des commentaires reçus.

3. Analyse du programme quinquennal 2022 – 2026

Pour les activités programmatiques de l'AD, telles que la disponibilité des médicaments ou des cartouches GeneXpert, ainsi que pour l'atteinte de certains objectifs et indicateurs (par ex. taux de dépistage du VIH ou tests de sensibilité de deuxième ligne), l'appui de l'AD dépend également d'autres partenaires, notamment le Fonds Mondial (FM), l'ex-USAID et le Programme National de Lutte Contre le VIH. Ainsi, les forces et faiblesses mentionnées ci-dessous doivent être interprétées dans le cadre d'un effort multipartenaire, où succès comme insuffisances sont partagés collectivement. La CONAT et les MCP ont souligné que plusieurs faiblesses — telles que la disponibilité des intrants de diagnostics, des médicaments et des tests VIH — relèvent de facteurs échappant à leur sphère d'influence directe. Par ailleurs, les ruptures de stock de médicaments observées actuellement s'expliquent par une transition mal coordonnée entre récipiendaires principaux des subventions du FM d'un cycle de financement à l'autre.

3.1 Points forts

Les points forts suivants du programme AD ont été identifiés :

- **Présence continue et fiabilité** : AD est le seul partenaire intervenant sur la lèpre et un des partenaires clés pour la lutte contre la TB. Tous les partenaires ont souligné qu'AD est le partenaire traditionnel avec le plus d'expertise technique et connaissances des conditions sur le terrain.
- **Coordination** : Bonne coordination avec PNLT/PNEL et partenaires (« forum »); échanges réguliers CONAT-MCP; coordination active avec autres acteurs telles que CAD, programme VIH...
- **Appui en médicaments** : Disponibilité régulière des médicaments contre la lèpre (PCT). Coordination active pour disponibiliser les médicaments contre la TB (volet achat des médicaments avec FM). Stock tampon a été abandonné mais est vivement déploré.
- **Appui au diagnostic** : Mise à disposition de réactifs et équipements (microscopes, GeneXpert, lames, crachoirs, etc.), même si la couverture est limitée et des ruptures des intrants ont été signalées dans certaines zones/sites.
- **Supervision** : Supervision formative régulière, permettant un suivi de qualité et un dialogue entre niveaux. La supervision trimestrielle du niveau provincial au niveau des zones est plus régulière que la supervision des CDT/CTs par les équipes cadres des zones de santé (ECZ) (manque de moyens de transport).
- **Flexibilité** : Le système de planification trimestriel/annuel permet des ajustements en fonction des besoins.
- **Implication dans la formation du personnel** : Formations dispensées par AD sont considérées comme utiles, notamment aussi pour les RECOs.
- **Renforcement du rôle des RECOs** : Les RECOs (y inclus OACs, CAD etc.) contribuent à la sensibilisation, détection précoce, au suivi à domicile et à la réduction des cas perdus de vue ou non adhérents au traitement.
- **Gratuité pour les patients** : La prise en charge gratuite est saluée comme un facteur clé d'accès et d'adhésion.
- **Soutien à la gestion logistique et administrative** : Des outils (registres, fiches de suivi) sont fournis et bien utilisés dans les structures.
- **Base des données** : La coordination au niveau nationale et les coordinations au niveau provincial sont en possession de données actualisées et ont une bonne appréciation de la situation sur le terrain. Le logiciel DHIS 2 du Ministère de la Santé est utilisé pour l'encodage et transmission des données TB des zones de santé vers le niveau provinciale et national. L'intégration des données lèpre dans ce logiciel est en cours au stade de provinces pilotes.

A noter : dans la province du **Haut-Katanga**, **les gouvernements locaux disposent de fonds qui peuvent être mobilisés à travers des plaidoyers et connections**. Plusieurs exemples de plaidoyers réussis ont été signalés.

3.2 Défis et points faibles

3.2.1 Au niveau communautaire

Les points faibles suivants du programme quinquennal ont été identifiés au niveau communautaire, notamment les patients et les RECOs/OACs :

- **Manque de soutien nutritionnel pour les patients** : Pas de moyens propres ou programme offrant du soutien nutritionnel après le départ de USAID, spécifiquement pour les patients MDR-TB et d'autres patients vulnérables.
- **Éloignement géographique et accessibilité difficile** : Certains villages sont très éloignés des CT/CDTs, ce qui rend la sensibilisation, le diagnostic, traitement et le suivi des cas difficile. Le manque de moyens de transports est aigue.
- **Intégration faible** : Les activités visant la TB / lèpre ne sont pas bien intégrées avec des autres activités/campagnes mis en œuvre au sein des communautés. P.ex. les campagnes de distribution de masse des médicaments (filariose, bilharziose et autres) ou de vaccination pourraient être exploitées comme plateforme pour la sensibilisation et recherche active des cas sous condition que les directives gouvernementales le prévoient.
- **Absence de motivation adéquate et moyens de transport pour RECOs, CADs** : Les RECOs reçoivent des montants jugés insuffisants pendant que les CADs travaillent sans compensation. Par conséquent, le nombre de RECOs actif est beaucoup plus limité que le nombre prévu (1 RECO sur 20 familles). La forte monétisation du travail du RECO a réduit progressivement l'aspect du bénévolat de son travail (en consacrant une partie de sa journée aux activités de sensibilisation des ménages en sa responsabilité). En plus le manque de transports limite leur cercle d'action, engendrant le risque qu'une partie de la communauté ne soit pas couverte.
- **Formation insuffisante des RECOs** : La majorité des RECOs ne sont pas formés à la lèpre, ni aux MTN, ce qui limite leur capacité à identifier ou référer des cas. Un recyclage régulier est nécessaire pour la TB.
- **Systèmes parallèles de RECOs selon les projets** : Dans certaines zones, chaque programme fonctionne avec ses propres RECOs « par pathologie », ce qui fragmente les aspects communautaires et va à l'encontre de l'approche intégrée du ministère de la Santé.
- **Absence des CAD hors ville** : Les CAD sont majoritairement présents dans les grandes villes. L'association est limitée par manque de moyens pour établir des antennes dans les milieux ruraux.

3.2.2 Au niveau des zones de santé, y inclue les bureaux centraux, CDTs et CTs

Les points faibles suivants du programme quinquennal ont été identifiés au niveau des CDTs et CTs :

- **Ruptures de stocks en médicaments et intrants diagnostiques** :
 - Haut-Katanga: Ruptures généralisés en médicaments anti-TB première ligne et ponctuelles de cartouches GeneXpert et crachoirs. Il y a aussi des besoins en infrastructure (microscopes, machines GeneXpert, conditions labo/approvisionnement stable en d'électricité pour machines et climatiseurs)

- Kwilu: Ruptures ponctuelles de cartouches GeneXpert, de réactifs de laboratoire et – seulement dans un CDT visité (Masamuna) – de médicaments anti-TB de première et deuxième ligne
 - Étant intégré aux activités du PNLT, le programme AD voit également son succès compromis par les ruptures de stock de médicaments. Cette situation est d'autant plus préoccupante que, par le passé, l'AD pouvait pallier ces ruptures grâce à un stock tampon, ce qui n'est plus le cas actuellement.
 - A Haut-Katanga, il y a des listes d'attente dans les CDTs/CTs et il y a déjà des décès suite aux ruptures et un ralentissement de la détection systématique et renforcée des cas au niveau des établissements de santé (par ex. dépistage systématique chez les patients VIH).
- **Formations insuffisantes et irrégulières, associées à une forte rotation du personnel** : Besoin de formations, de sensibilisation et de recyclages réguliers, en particulier sur la lèpre et les MTN. La rotation fréquente entraîne une diminution continue du nombre de personnels qualifiés. Notons aussi que la plupart des formations se limitent aux CDTs sans prendre en compte les CTs.
- **Manque de moyens logistiques** : L'absence de motos fonctionnelles ou de transport pour les échantillons (CT → CDT → GX) freine la continuité des services et supervisions aux niveau périphériques.
 - Combiné aux ruptures de stock de matériel (p. ex. crachoirs), cela entraîne également des variations et un manque de standardisation dans le transport des échantillons.
 - La rareté des moyens de transport limite également la supervision au niveau des CT périphériques.
- **Compensation modeste** : Le personnel propose une motivation financière pour toute la filière. Un certain nombre de professionnels ne sont pas salariés par le gouvernement et dépendent des primes.
- **Conditions de vie à l'hôpital pour patients avec TB résistante** : Haut-Katanga offre un logement inadéquat pour les patients hospitalisés. Un projet pour un nouveau bâtiment a été abandonné à la suite de la dissolution de USAID.
- **Manque de fonds pour recherche active des cas /campagnes** : Présence de foyers de lèpre connus en Haut-Katanga et disponibilité de capacités pour organiser des campagnes de dépistage systématique mais on note une insuffisance de fonds (quelques mini-campagne financées par AD ou SASAKAWA se limitant à quelques aires de santé).
- **Surcharge de travail du personnel soignant** : Le personnel en place est souvent peu nombreux et doit gérer plusieurs programmes en parallèle, ce qui réduit la qualité du suivi.
- **Inégalités entre structures dans la répartition des ressources** : Au Kwilu, certaines structures reçoivent plus d'équipements ou de formations que d'autres, sans explication claire
- **Matériels de protection insuffisants** : La disponibilité d'équipements de protection individuelle est limitée ou le matériel est inadapté, compromettant la sécurité du personnel soignant.
- **Lacunes dans l'infrastructure, la maintenance et la gestion des laboratoires** : Des insuffisances persistent également dans la gestion sécurisée des déchets (l'absence de conteneurs adaptés et l'absence ou la non-fonctionnalité d'un incinérateur dans certains structures) essentiel au bon fonctionnement et à la sécurité des services. De plus, les documents d'orientation pour le diagnostic, les soins et le traitement ne sont pas toujours disponibles (ou uniquement en anglais), et la connectivité au réseau téléphonique n'est pas non plus garantie.

En outre, dans l'ensemble, l'implication des autorités politico-administratives demeure faible, tant dans l'élaboration des programmes que dans la planification des activités.

3.3 Objectif 1

Pertinence et cohérence

Le programme AD s'aligne avec les besoins prioritaires des populations et des structures sanitaires interrogées. La tuberculose est perçue comme un problème de santé publique majeur, et les activités du programme sont considérées comme bien ciblées. La lèpre est très endémique dans certains foyers de transmission, et des cas isolés apparaissent à travers le pays. Les prestataires reconnaissent que les appuis d'AD (notamment en médicaments, réactifs, équipements, formations et supervision) répondent aux besoins clés des programmes. L'ancrage dans les structures existantes est renforcé par une bonne coordination avec le PNLT et PNEL et les Zones de Santé.

La cohérence du programme tient de planification tripartite AD-FM-USAID avec leurs partenaires nationaux qui a permis une cartographie globale des besoins et répartition des responsabilités entre les partenaires. Cette cohérence a été mise en cause par le départ inattendu de USAID.

Cependant, plusieurs limites affectent la cohérence du programme, plus notamment après le départ de USAID. Le manque de soutien nutritionnel pour les patients, pourtant régulièrement identifié comme un besoin urgent, constitue une lacune. Ce besoin est mentionné par de nombreux prestataires et Relais Communautaires (RECOs), qui expliquent que les patients viennent au centre de traitement affaiblis et sans avoir mangé (à la maison), ce qui complique l'observance thérapeutique. De plus, la formation en lèpre est jugée insuffisante par la plupart des interlocuteurs, bien que cette pathologie reste fort endémique dans certaines zones, notamment dans la province du Haut-Katanga. Dans plusieurs structures visitées, ni les médecins ni les infirmiers ne sont formés à la prise en charge de la lèpre ou des autres MTN cutanées. À cela s'ajoutent les défis en termes d'infrastructure roulante : des motos pour les zones et des vélos pour les CDT/CTs et RECOs pour faciliter le transport des échantillons, la supervision, le suivi des cas et les activités de sensibilisation dans les communautés.

Résultats

Les résultats et les objectifs sont présentés dans l'annexe 5.4 et examinés séparément pour la lèpre et la tuberculose.

Lèpre : La proportion des cas de lèpre dépistés en RDC provenant des provinces couvertes par le programme quinquennal est de 64%. La couverture en termes de structures disponibles pour le dépistage et le traitement de la lèpre est assez bonne dans les provinces du programme quinquennal, et un des buts principaux du programme est le renforcement en termes du nombre de structures offrant le paquet de la PCT (taux d'exécution : 74%). Néanmoins, la lèpre reste un problème de santé publique important, et les indicateurs signalent un défi dans l'accès et la détection précoce des cas. En effet, le taux d'infirmités de second degré (pour 1 million d'habitants) est de 3.9 pendant que le but global était de moins d'1 cas par million pour 2020 et la Stratégie Globale de l'OMS propose 0.68 pour 2025. La proportion des cas de sexe féminin (38%), la proportion de nouveau cas avec infirmités de second degré parmi les nouveaux cas (11%) et la proportion d'enfants parmi les nouveaux cas (8%) indiquent que l'accès au dépistage n'est ni universel ni précoce ainsi qu'une transmission active dans les communautés. L'indicateur le plus troublant est la proportion d'enfants avec des infirmités de second degré qui est à 15%. Le but pour 2020 était de zéro pour cet indicateur. Les évaluateurs ont appris qu'une seule campagne de dépistage active en Province du Haut-Katanga en début 2025 a détecté un total de

122 nouveau cas de lèpre, ce qui est vraiment exceptionnel vu que le total de nouveaux cas dépistés à travers la province était de 460 en 2024.

Tuberculose : Les cibles pour les notifications parmi les populations spéciales (prisonniers, mineurs, contacts, PVVIH, personnes diabétiques, déplacés, réfugiés), ainsi que chez les enfants <5 ans et les femmes, ne sont pas atteintes. Le dépistage chez les mineurs, déplacés et réfugiés peut être coûteux et complexe, tandis que les prisonniers et les PVVIH offrent de meilleurs points d'entrée grâce à des structures déjà établies. Une question clé est de savoir pourquoi les progrès réalisés entre 2020 et 2023 n'ont pas pu être maintenus en 2024. Chez les enfants, malgré les avancées diagnostiques, la cible fixée pour 2026 pourrait rester ambitieuse compte tenu des difficultés inhérentes au diagnostic. Concernant le genre, l'intensification du dépistage reproduira probablement le rapport hommes-femmes observé en épidémiologie de la TB, car le dépistage accru identifiera aussi proportionnellement plus d'hommes. La baisse des notifications féminines depuis 2020 mérite donc un examen approfondi : reflète-t-elle simplement ce schéma épidémiologique, ou bien l'existence de barrières telles qu'un accès réduit aux soins ou une diminution du dépistage VIH/TB dans les consultations prénatales (exemples illustratifs) ? Dans ce dernier cas, des mesures correctives ciblées sont nécessaires.

Le diagnostic et le DST (test de sensibilité aux médicaments) en RDC restent sévèrement limités. Bien que GeneXpert soit recommandé comme test de première intention pour le diagnostic de la TB et la détection de la résistance à la rifampicine, la capacité limitée en machines et les ruptures occasionnelles de cartouches font que la microscopie est encore largement utilisée. Le DST de confirmation est rare et celui de deuxième ligne très limité, malgré les recommandations de l'OMS et des directives nationales. Ces contraintes compromettent également l'atteinte des indicateurs liés à la TB-RR. Les limites concernant l'Indicateur 4.1 (*Pourcentage des présumés testés par GeneXpert*) sont abordées ci-dessous. Globalement, le DST de deuxième ligne reste extrêmement difficile en RDC—indépendamment des efforts d'AD—rendant difficile l'atteinte des objectifs correspondants.

Les indicateurs de traitement sont en bonne voie, bien que leurs limites soient discutées ci-dessous. En revanche, les indicateurs de co-infection VIH/TB restent en dessous des cibles, soulignant la nécessité d'un renforcement de la collaboration entre les programmes TB et VIH.

Indicateurs

La CONAT, les MCP et les MCZ disposent d'une bonne maîtrise de leurs données, les interprètent de manière appropriée et procèdent, tous les trois mois, à une analyse des résultats, incluant l'identification de mesures visant à optimiser l'atteinte des objectifs.

Néanmoins, plusieurs indicateurs mériteraient d'être affinés afin de gagner en précision et de mieux refléter la réalité visée.

- **Indicateur 1.2 : Proportion des NP lèpre de sexe féminin dépisté avec des infirmités de second degré** : En isolation, cet indicateur n'indique pas beaucoup sur la qualité du programme et l'efficacité d'identifier des nouveaux cas ni la répartition entre les sexes. Aussi, il n'apparaît pas parmi les indicateurs clés proposés par l'OMS. Il est proposé de prioriser les indicateurs « Proportion des NP lèpre de sexe féminin parmi les nouveaux cas » et « Proportion des NP lèpre avec infirmités de second degré ». L'indicateur « Nombre de NP lèpre parmi les enfants 0-14 ans » serait important pour le suivi du pays vers l'élimination de la transmission selon le Leprosy Elimination Monitoring Tool (LEMT) de l'OMS.
- **Indicateur 2.5 : Taux de succès thérapeutique chez les patients TB bactériologiquement confirmés (NP+R)** : Cet indicateur, conforme aux définitions de l'OMS, regroupe les issues « guéri » et « traitement terminé ». Les distinguer pourrait toutefois être pertinent pour : (i) mieux évaluer la performance des programmes – une forte proportion de « traitement terminé » pouvant révéler des faiblesses dans le suivi

bactériologique ; (ii) faciliter la comparaison entre les capacités de laboratoire différentes ; et (iii) orienter plus finement le soutien aux programmes nationaux. Il en va de même pour l'« **Indicateur 4.4 : Taux de succès thérapeutiques des patients TB-PR enregistrés** ».

- **Indicateur 4.1 : Pourcentage des présumés testés par le GeneXpert:** Un décalage existe entre la définition de l'indicateur — tous les cas présumés de TB — et la pratique sur le terrain, où seuls les cas confirmés bactériologiquement par microscopie sont systématiquement retestés par GeneXpert. Le dénominateur utilisé est donc en pratique bien plus restreint que celui prévu, ce qui conduit à une surestimation du taux. Par ailleurs, certains acteurs ont déclaré d'avoir changé le dénominateur au cours des deux dernières années. Dans l'ensemble, l'indicateur nécessite une harmonisation entre sa définition et les données effectivement rapportées, ainsi qu'une garantie d'uniformité dans les pratiques de rapportage.

Efficacité

La disponibilité des médicaments de première ligne est globalement assurée mais un grand souci actuel dans la province du Haut-Katanga. La PCT contre la lèpre est disponible en quantité adéquate à travers le pays, est la prévision des besoins plus forts lors des campagnes de dépistage active est assuré selon les représentants du programme. La participation communautaire via les RECOs/OACs contribue à une détection précoce et à une meilleure adhésion au traitement antituberculeux et antiléproux. Les prestataires relèvent que le programme a permis de maintenir la prise en charge même dans des zones éloignées. Les CDT assurent le diagnostic – bien qu'avec un test de sensibilité sous-optimal – de qualité avec traitement décentralisé via les CT. Les RECOs accompagnent les patients jusqu'à leur guérison.

Certains indicateurs liés à la tuberculose montrent du progrès, comme la réduction des cas perdus de vue et l'augmentation des dépistages. Plusieurs prestataires témoignent que les patients sont reconnaissants, notamment de la gratuité des soins. Néanmoins, des difficultés persistent: le nombre de CDTs est limité ainsi que leur équipement en moyens de diagnostic moléculaire (GeneXpert), les ruptures de stock de cartouches GeneXpert est récurrent, la formation irrégulière (ou absent) pour le personnel et les RECOs, le manque de transport pour les patients et les échantillons rend difficile le transport des échantillons et personnel, et amplifie l'inégalité d'accès aux services, p.ex. de radiographie.

L'efficacité des activités liées à la lèpre est limitée principalement par le manque de moyens pour renforcer la détection précoce des cas, et le faible taux de formation des RECOs ainsi que du personnel de santé.

Un appui incitatif (frais de transport, collation lors des activités) pour des RECOs et des primes pour le personnel sanitaire entraîne un effort limité de certains prestataires, et le départ d'un pourcentage important du personnel. Cela a pour conséquence une surcharge du personnel restant, et limite l'intensité ainsi que la portée des activités.

Les résultats sont négativement affectés par la non-disponibilité des médicaments anti-TB de première ligne dans la province du Haut-Katanga. Des longues listes d'attente pour l'initiation du traitement existent, et les effets secondaires incluent des décès des patients sur la liste d'attente, un ralentissement des efforts de dépistage, et des décalages entre la performance du programme VIH et le programme TB alors que plusieurs indicateurs demandent une étroite collaboration.

Efficience

Les ressources disponibles sont perçues comme bien utilisées, notamment grâce à la coordination régulière avec les autorités sanitaires et la flexibilité du programme AD de combler des lacunes. La coordination provinciale AD est citée comme très réactive et à l'écoute des

besoins du terrain. Les micro-budgets sont soumis pour validation et réorientés selon les priorités, ce qui permet une certaine souplesse. Cependant, plusieurs inefficiences ont été signalées : les retards dans les formations réduisent l'efficacité (et efficacité) du personnel, et certains intrants auparavant assurés par AD ou d'autres partenaires (supervision par moto, vélos pour RECOs, soutien nutritionnel) ont été interrompues. Certains CDT et CTs signalent que les motos données dans le passé sont désormais hors usage/en panne, les vélos ont disparu, et qu'aucun autre partenaire n'a repris ce volet. Cela limite la portée des activités, le suivi des malades et la supervision régulière. Aussi, la rupture de stock d'intrants de laboratoire et de médicaments a réduit les activités de dépistage malgré la disponibilité de moyens de dépistage et la présence des malades. De plus, le manque de collaboration et de synergie entre programme sur terrain (par ex. nutrition, VIH) introduit des redondances et fragilise le bon fonctionnement et la mise en œuvre.

3.4 Objective 2

Pertinence des partenaires et valeur ajoutée

Sur le niveau national, le FM et USAID étaient les partenaires les plus importants du programme. L'élaboration de la matrice de responsabilité entre les 3 partenaires a permis la répartition des provinces et les tâches spécifiques à chacun dans un programme largement dépendant du bon fonctionnement des autres pour réussir soi-même. La dissolution de USAID et la reprise partielle de ses activités par le State Department a laissé des lacunes dans le financement de certaines activités. Cette situation menace la bonne continuation du programme et l'atteinte de certains indicateurs. Le « forum » regroupe le PNLT, PNEL, FM, USAID, AD et les représentants des OACs et autres partenaires et permet aux organisations de partager des informations, revoir leur progrès et planifier des activités conjointes. Il permet aussi de s'aligner et d'éviter les doublons.

Les partenaires locaux – notamment les structures sanitaires (ZS, CDT, CT) et les relais communautaires (RECO, OAC) ainsi que les CAD – sont jugés indispensables à la mise en œuvre du programme. Leur connaissance du terrain, leur ancrage communautaire et leur engagement sont des atouts majeurs. La présence continue d'AD est perçue comme un élément de fiabilité dans un contexte institutionnel souvent instable. Dans certaines zones, les autorités sanitaires locales soutiennent activement les activités de sensibilisation et de dépistage.

Cohérence avec d'autres initiatives

Les relations entre l'AD et le PNLT sont bonnes. Des efforts de coordination sont notés dans plusieurs domaines, avec des réunions régulières entre acteurs. Cependant, certaines tensions apparaissent entre AD et les autres partenaires du PNLT, notamment avec le Fonds Mondial. Le FM peut imposer ses procédures en raison de son poids budgétaire, ce qui crée parfois des chevauchements d'activités, notamment une rupture de stock des médicaments et de cartouches GeneXpert – deux éléments centraux de la lutte contre la tuberculose. Les partenaires santé locaux ont noté aussi un manque de coordination entre programmes thématiques (par exemple nutrition, VIH et TB), ce qui se traduit par des lacunes sur le terrain.

Par rapport au PNEL, AD est leur partenaire le plus important (TLM et ALM sont aussi présentes avec respectivement des projets ciblant certaines ZS au sein des provinces appuyées et des appuis plus ponctuels). Une diminution progressive de l'appui par AD a été notée et une expectation vive de renverser cette tendance a été exprimée.

Efficacité des synergies et coordination

La coordination AD au niveau provincial est très appréciée. Les réunions trimestrielles entre la DPS, les programmes et les partenaires, les supervisions formatives, et la réactivité face aux demandes sont fréquemment mentionnées. Cela permet une planification intégrée d'activités,

évite les doublons et permet de dépanner certaines situations dans un esprit pragmatique. Toutefois, la coordination entre les niveaux, en particulier au niveau périphérique, reste à renforcer : certains prestataires et RECOs ne remontent pas leurs difficultés à la zone de santé ou à la coordination.

3.5 Objectif 3

Efficacité organisationnelle actuelle

Le modèle de coordination centralisée avec un bureau de coordination national est largement apprécié. Il garantit l'accessibilité au niveau national, une présence physique dans les réunions périodiques et stratégiques, une continuité des relations, une capacité de réaction rapide, et une supervision cohérente. La coordination AD au niveau provincial joue un rôle clé dans la coordination des activités avec la DPS, l'appui technique, la distribution des intrants et le dialogue avec les zones de santé.

Efficiences du modèle centralisé

Le modèle de mise en œuvre des activités à travers les programmes de santé et structures nationales ainsi que provinciales et locales existantes et le principe d'intégration qui exclut les doublons en termes de structures et activités représente un système efficace. Les représentants dans les provinces qui sont au même temps les coordinateurs des activités TB et lèpre dans les provinces constituent des nœuds cruciaux dans le système, intégrant les besoins de la province et AD, et garantissant une bonne cohérence entre planification et besoins réels. À noter, le coordinateur au niveau de la province du Haut-Katanga est pris en compte par la DPS comme tout le reste des programmes TB et lèpre dans la province. Le modèle est aussi jugé efficace dans sa capacité à planifier, exécuter et adapter rapidement les activités. Le système d'approbation des micro-budgets selon les besoins est perçu comme flexible et réactif.

Durabilité et ancrage institutionnel futur

Les activités du PNLT et PNEL sont largement financées par des bailleurs externes pendant que des moyens plus modestes pour des projets bien délimités sont disponibles à travers les gouvernements provinciales et locales. La stabilité du financement est une préoccupation majeure et il a été proposé de s'obliger tôt dans la planification de la prochaine phase de prendre en charge certaines provinces et activités pour rassurer les autres partenaires. Il est tout à fait clair que les activités de lutte contre la TB et lèpre vont continuer à reposer sur les contributions des bailleurs externes. Néanmoins, il semble important d'insister sur les contributions des gouvernements aux différents niveaux avec le but d'assurer la structure des programmes (personnel, établissement de santé, équipements de base) à travers les financements domestiques. Les contributions des bailleurs devraient couvrir les intrants, formations, le transport et les supervisions formatives en première intention.

Orientations stratégiques futures

Vu les demandes énormes en termes d'appui technique et financier ainsi que d'intrants, il reste à discuter si une certaine focalisation d'AD sur un nombre restreint de provinces qui profitent d'un appui plus étendu serait plus intéressante. Un tel appui plus compréhensif permettrait de renforcer des structures et offrir des services dans une vision de développer des provinces modèles.

Une focalisation sur les appuis ponctuels et un renforcement de l'appui technique avec un accent sur la recherche opérationnelle, la formation et la supervision formative semble irréaliste vu la fragilité des programmes et du système de santé. La pénurie de fonds opérationnels et destinés au renforcement du système de santé demande qu'un futur programme comble les besoins de base avant pivot éventuel vers une approche plus éclectique.

3.6 Thématiques transversales

Droits humains : L'équité et l'égalité dans l'accès aux soins et aux traitements demeurent des enjeux majeurs, en particulier pour certaines populations vulnérables telles que les orphelins et les veuves, mais aussi les communautés reculées qui rencontrent davantage d'obstacles que les autres patients. La gratuité des services n'est qu'un premier pas. Une approche strictement égalitaire, consistant à offrir le même soutien à tous, ne suffit pas à répondre à leurs besoins spécifiques. Cette situation est particulièrement manifeste en matière de soutien nutritionnel, jugé essentiel pour garantir l'adhésion au traitement et le bien-être des patients. Les demandes pour un appui nutritionnel adapté et régulier sont exprimées de manière récurrente dans toutes les zones évaluées, soulignant la nécessité d'intégrer cette composante comme élément central de la prise en charge.

Genre : La prise en compte de l'équité des genres dans les interventions reste limitée et n'est pas systématique. Quelques initiatives ciblées sont mises en œuvre, telles que l'implication de relais communautaires féminins (RECOs femmes) ou des actions de sensibilisation dans des milieux spécifiquement féminins. Des indicateurs spécifiques aux femmes existent, ce qui constitue un levier pour le suivi et l'évaluation de l'intégration du genre. Toutefois, l'ensemble de ces efforts demeure ponctuel et nécessiterait un renforcement significatif afin de réduire les inégalités de genre dans l'accès aux services et dans la participation aux activités de santé publique.

Environnement : Les considérations environnementales sont intégrées de manière sporadique dans les activités, notamment à travers l'installation de panneaux solaires ou l'utilisation d'incinérateurs pour la gestion des déchets biomédicaux. Néanmoins, ces initiatives relèvent davantage d'actions isolées ou répondent à un besoin local que d'une stratégie globale. L'absence d'un cadre stratégique clair limite l'impact potentiel de ces interventions et souligne l'opportunité de développer une approche intégrée de la protection de l'environnement dans le cadre des programmes de santé.

3.7 Contraintes de l'évaluation

L'évaluation reflète la situation des zones de santé visitées, mais n'est pas représentative de l'ensemble de la province ni des autres provinces ciblées par AD. En Kwilu, les zones de santé couvertes se situent le long de la route principale goudronnée, car il n'a pas été possible de se rendre dans les CDT ou CT plus éloignés, souvent difficilement accessibles. En Haut-Katanga, les zones de santé visitées étaient situées dans une distance de Lubumbashi qui permettait un aller-retour dans moins d'une journée. Les structures visitées sont donc vraisemblablement mieux approvisionnées que celles situées en zones reculées. L'évaluation ne peut pas non plus être considérée comme représentative des autres provinces, qui présentent des contextes très hétérogènes à travers le pays. De plus, la situation peut varier considérablement d'une zone de santé à l'autre, indépendamment de l'accessibilité, notamment en fonction de l'implication et des priorités du médecin chef de zone.

Un effort particulier a été fait pour intégrer différents points de vue issus de plusieurs catégories d'acteurs. Néanmoins, il n'est pas possible de garantir que tous les types de parties prenantes aient été consultés de manière exhaustive.

Ainsi, les recommandations formulées dans ce rapport sont adaptées au contexte de la province du Kwilu et Haut-Katanga. Pour les autres provinces, il reviendra à Action Damien de procéder à une analyse contextuelle approfondie afin d'adapter ces recommandations aux réalités locales. De manière générale, les recommandations ont été rédigées de façon large et transversale. Si AD décide de les mettre en œuvre, une phase préalable d'analyse, de contextualisation et de planification minutieuse sera nécessaire.

4. Recommandations

4.1 Pour la phase actuelle (2022-2026)

- Renforcer le plaidoyer auprès des partenaires tels que FM, le gouvernement Américain et d'autres acteurs locaux (gouvernement, douanes, etc.) afin d'assurer le bon fonctionnement de la chaîne d'approvisionnement et de garantir la disponibilité des médicaments antituberculeux, des cartouches GeneXpert et des autres intrants.
- Renforcer le plaidoyer auprès des autorités sanitaires locales pour renforcer le système sanitaire de base et prendre en charge le personnel avec le but de réduire le sous-effectif et la rotation du personnel de santé.
- Harmoniser les dénominateurs pour lesquels des interprétations variées ont été observées (voir section 3.3) et rappeler, à travers une communication ciblée avec les CDT, l'importance d'une compréhension partagée. Cette harmonisation doit concerner en première ligne l'enregistrement des données.
- Collaborer avec le PNLT pour mettre à disposition dans l'ensemble des CDTs les directives et normes nationales sur la TB sous format électronique. De plus également les directives de l'OMS, disponibles en version électronique, qui fournissent des orientations détaillées et utiles en matière de diagnostic, de prise en charge et de traitement, afin de soutenir le personnel de santé en cas de questions.
- Élaborer un protocole strict de gestion des déchets (tri, stockage, élimination) selon les normes OMS/nationales (Conformité normative) et sur la base du guide de gestion des déchets biomédicaux du Ministère de la Santé Publique.
- Renforcer les liens avec les acteurs locaux en Haut-Katanga, y compris le système de santé public et le secteur privé, et explorer la mobilisation de fonds domestiques dans la province.
- Assurer le paiement à temps des incitatifs pour les RECOs.
- Renforcer la coordination entre les RECOs, CADs et autres OACs.
- Encourager les campagnes de dépistage lèpre actif dans les foyers connus; assurer la disponibilité des médicaments PCT pour la prise en charge des cas détectés.
- Renforcer la gestion sécurisée des déchets médicaux en dotant toutes les structures de conteneurs adaptés.

4.2 Pour la potentielle phase future (2027-2031)

- Déterminer tôt dans la planification la stratégie globale (couverture maximale ou appui optimal) et le communiquer, ainsi que les provinces couvertes pour encourager une planification transparente et équitable pour tout le pays.
- Assurer, avec les autres partenaires du PNLT, la disponibilité des médicaments antituberculeux et des intrants/équipements diagnostiques (p. ex. cartouches GX) ; envisager la réintroduction des stocks tampon pour couvrir des lenteurs dans l'approvisionnement au niveau international.
- Introduire ou renforcer le soutien nutritionnel pour les patients sous traitement antituberculeux – élément déterminant pour l'adhésion et le bien-être, en particulier pour les patients vulnérables et ceux atteints de TB-MDR – en favorisant la collaboration avec des institutions spécialisées telles que le Programme Alimentaire Mondiale (PAM), Action contre la Faim, etc.
- Renforcer la collaboration multisectorielle et explorer des synergies entre les programmes TB, VIH et nutrition, notamment pour améliorer la disponibilité des tests

VIH et le soutien nutritionnel des patients, en lien avec les programmes nationaux ainsi que d'autres projets.

- Explorer des options rentables (p.ex. collaboration avec autres programmes, utilisation de réseaux existants) pour améliorer la situation de transport – notamment le transport des échantillons, pour la supervision et le suivi, ainsi que les activités des RECOs (p. ex. visites d'observation de traitement).
- Faire le plaidoyer pour la construction/réhabilitation des pavillons d'hospitalisation des malades TB-PR auprès du gouvernement et les acteurs du secteur privé (p.ex. entreprises minières, agricole, etc.). Lors de rénovations, intégrer une ventilation naturelle favorisant la circulation de l'air et respectueuse de l'environnement, et les besoins des patients sur le plan social et culturel.
- Développer et mettre en œuvre une stratégie globale pour les RECOs, incluant le renforcement de leur rôle, la formation continue (TB et lèpre), ainsi qu'un appui incitatif (frais de transport, collation lors des activités). Coordination et partage des responsabilités avec les CADs et autres OACs.
- Revoir le système de motivation financière (primes) pour les prestataires de santé et l'appui incitatif pour les RECOs (voir ci-dessus) afin de le rendre plus attractif et de tenir compte de l'inflation.
- Suivre des contacts de tous les nouveaux cas de lèpre et multiplier les campagnes de dépistage actif de la lèpre dans les zones endémiques ; introduire la chimioprophylaxie post-exposition par dose unique de rifampicine pour les contacts des nouveaux cas. A noter : la rifampicine pour la chimioprophylaxie de la lèpre est disponible gratuitement à travers l'OMS sous conditions que le PNEL dispose d'une stratégie mise à jour et des moyens pour la recherche des contacts.
- Intensifier le plaidoyer auprès du PNLT pour rénover le laboratoire de référence de Lubumbashi. Améliorer le système de contrôle de qualité par une composante de renforcement des capacités.
- Promouvoir l'utilisation d'outils numériques pour améliorer le suivi, la supervision et la transparence. Introduction d'un registre électronique des malades pour éviter les doublons et mieux gérer les malades hors zones.
- Poursuivre le modèle actuel de coordination centralisée, apprécié pour son rôle national, sa disponibilité, son orientation vers les solutions et les échanges trimestriels sur l'atteinte des objectifs.
- Revoir les indicateurs clés avec une vue d'harmonisation avec les indicateurs modèles proposés par l'OMS.
- Etablir une stratégie et un plan de plaidoyer et suivre activement les efforts de plaidoyer avec le gouvernement local et provincial ainsi que le secteur privé pour mobiliser des fonds additionnels (accent sur les provinces/aires de santé avec des recettes fiscaux forts et grandes compagnies privées).

5. Annexes

5.1 Matrice d'évaluation

Tableau 1: Matrice d'évaluation

Source/activité de collecte des données	Objectifs d'évaluation			Outil, data source	Type de données	Taille prévue de l'échantillon, fréquence	Approche d'analyse
	Résultats actuel et recommandations futures	Partenariats et collaborations	Modèle opérationnelle et positionnement				
Revue documentaire							
Revue documentaire	X	(X)	(X)	Documents et données mis à disposition par AD		n/a	Description qualitative du contenu
Entretiens avec des informateurs clés							
Prestataires de soins de santé locaux	X	X	X	Outil de questionnaire semi-structuré	Qualitatif	2-3 par province (4-6 au total)	Qualitative descriptive, par objectif d'évaluation et critère CAD
Bénéficiaires, associations d'anciens malades	X	X				1-2 par province (2-4 au total)	
Partenaire technique / de mise en œuvre (régional, local)	X	X	X			1-2 par province (2-4 au total)	
Partenaire financière (national, régional)		X	X			2-3 au total	
Représentants de l'AD	X	X	X			Débriefings et discussions ; réunions de gestion de projet et, si nécessaire, sur demande	
Visite des établissements de santé							
Checklist succincte du matériel et des consommables	X			Checklist	Quantitatif	2-3 per province (4-6 in total)	Quantitatif, par établissement/mala die
Observations directs							
Observations directes (établissement de santé, consultation, sensibilisation communautaire, promotions)	X	X	X	Prise de notes	Qualitatif	Tous les sites, toutes les activités	Qualitative descriptive, par objectif d'évaluation et critère CAD

5.2 Outil

Une approche semi-structurée comprenant un questionnaire et des entretiens a été utilisée (ci-dessous). L'outil fournissait des indications, mais permettait également de poser des questions complémentaires ou de détourner la conversation, ainsi que d'avoir une discussion ouverte. Les différentes questions ont également été posées, omises ou adaptées en fonction des différents répondants.

Introduction
Quel est votre rôle dans cet établissement / organisation / structure? <i>Demander le lien avec la tuberculose et/ou la lèpre</i>
Depuis combien de temps occupez-vous ce poste / rôle ?
Pertinence et cohérence
A votre avis, quel est le rôle de l'Action Damien dans la <ul style="list-style-type: none"> • la lutte contre la tuberculose ? • la lèpre la lutte contre les autres MTN cutanées ?
Quels sont les besoins et les priorités les plus urgents des communautés que vous servez ? <ul style="list-style-type: none"> • Pour le contrôle de la tuberculose ? • Pour le contrôle de la lèpre et des autres MTN cutanées ?
Le programme AD (c'est-à-dire la stratégie) s'aligne-t-il sur les besoins et les priorités des communautés que vous servez et y répond-il ? <ul style="list-style-type: none"> • Pour la tuberculose ? • Pour la lèpre et les autres MTN cutanées ? <i>Sonder la prévention, les soins/traitements et la réadaptation</i>
Le programme AD répond-il à vos besoins en tant que prestataire de soins de santé pour la lutte contre la tuberculose et la lèpre ? Si oui / non, comment ?
Efficacité et résultats
Dans votre structure, quels sont les obstacles à l'obtention de meilleurs résultats en termes de prévention, de soins et de réadaptation ? <i>(également au-delà de l'AD)</i>
Quels ajustements devraient être effectués pour atteindre les résultats ?
Dans votre établissement/organisation/structure, quels sont les facteurs permettant d'obtenir de meilleurs résultats en termes de prévention, de soins et de réadaptation ? <i>(également au-delà de l'AD)</i>
Dans quelle mesure les bénéficiaires sont-ils satisfaits des résultats du programme, en particulier en matière de prévention, de soins et de réadaptation ?
Comment la suspension partielle du financement de l'USAID a-t-elle eu un impact sur la mise en œuvre ou les résultats du programme ?
Efficacité
Les outils et les technologies utilisés dans la lutte contre la tuberculose et la lèpre sont-ils adaptés au contexte local ? <i>Par exemple : diagnostic, orientation, etc.</i> <i>Note : voir aussi la liste de contrôle</i>
Avez-vous le sentiment d'avoir un rôle, une responsabilité ou un pouvoir de décision dans l'amélioration ou la gestion des soins de la tuberculose et de la lèpre dans votre établissement ?
Quel est l'effort de notification de la tuberculose et de la lèpre dans votre établissement ? Le niveau d'effort est-il approprié ?
Impact et durabilité

Les autorités locales ou le gouvernement soutiennent-ils le programme ? Comment ce soutien pourrait-il s'accroître ?
Si les besoins de la communauté changent, pensez-vous que le programme puisse s'adapter ? <i>Sondez la question : Dans les deux prochaines années ? Après 2026 ?</i>
Pensez-vous que le programme est abordable et qu'il utilise les ressources de manière intelligente ?
Les autorités locales, les dirigeants et les communautés sont-ils impliqués et ont-ils confiance dans le programme ?
La formation du personnel local est-elle suffisante ? De quoi d'autre aurait-il besoin ?
Pensez-vous que le programme vérifie que les choses fonctionnent bien ?
Partenariats et collaborations
Le programme AD s'intègre-t-il bien dans le <ul style="list-style-type: none"> • PNLT ? • Le programme de lutte contre la lèpre ?
La structure actuelle de l'AD en RDC - en termes de ressources humaines, logistique, partenariats et modes opératoires - vous semble-t-elle adaptée pour atteindre efficacement les résultats attendus ? Pourquoi (pas) ?
Comment classeriez-vous/prioriseriez-vous le soutien nécessaire de la part des partenaires de mise en œuvre (y compris AD) ? <ul style="list-style-type: none"> - Soutien financier - <i>pour quoi exactement</i> ? - Soutien technique - Appui à la coordination - Soutien au renforcement des capacités - Soutien au suivi et à l'évaluation - Soutien à la sensibilisation des communautés - Numérisation - autres ?
Dans quels domaines pensez-vous que l'AD peut apporter le plus de soutien aujourd'hui et à l'avenir ?
Quelles sont les forces et les faiblesses du rôle de l'AD ?
Modèle opérationnel : La structure actuelle de l'AD en RDC - en termes de ressources humaines, logistique, partenariats et modes opératoires - vous semble-t-elle adaptée pour atteindre efficacement les résultats attendus ? Pourquoi (pas) ?
Thèmes transversaux
Est-ce que vous avez vu des efforts dans le programme (ou dans votre établissement) pour que les femmes et les hommes soient traités de manière équitable ? Par exemple, dans l'accès aux soins, les activités proposées, ou la participation aux décisions ?
Avez-vous l'impression que le programme respecte les droits de chaque personne ? Par exemple, en écoutant les patients, en respectant leur vie privée, ou en traitant tout le monde avec dignité ?
Avez-vous remarqué si le programme essaie de protéger l'environnement ? Par exemple, en limitant les déchets, en utilisant moins de plastique, ou en sensibilisant les gens à ces sujets ?
Questions finales
Quelles sont vos recommandations pour améliorer le programme au cours des deux prochaines années ?
... et pour une prochaine phase du programme ? (2027-2031)
Y a-t-il des réflexions finales que vous aimeriez partager ?

5.2.1 Liste de contrôle de base de l'équipement minimal essentiel

Pour tous les articles, vérifier la fonctionnalité et/ou la disponibilité (ruptures de stock)

Contrôle de la tuberculose

Diagnostic

- Récipients pour la collecte des expectorations
- Microscopie
- Microscopie (fonctionnelle, c.-à-d. consommables disponibles)
- GX (type : _____) (fonctionnel, c.-à-d. cartouches disponibles)
- Radiographie du thorax
- Réfrigérateur, chambre froide
- Registre de la tuberculose (papier, numérique) - notification
- Registre de la tuberculose (papier, numérique) - traitement
- Formulaires d'orientation pour le diagnostic (transport)

Schémas thérapeutiques

Médicaments antituberculeux de première intention (association à dose fixe de 6 mois ou traitement individuel) :

- Isoniazide (H)
- Rifampicine (R)
- Pyrazinamid (Z)
- Éthambutol (E)

Médicaments de deuxième intention (pour la tuberculose rhumatismale) : → vérifier toujours avec les lignes directrices nationales

- Bedaquiline, Linezolid, Levofloxacin/Moxifloxacin, Clofazimine, etc.
- Cotrimoxazole (pour la prophylaxie de la co-infection par le VIH)
- Pyridoxine (pour prévenir la neuropathie avec l'isoniazide)

Services complémentaires disponibles

- Soutien nutritionnel
- Services d'orientation pour les expectorations (pour le diagnostic) : fonctionnels
- _____
- _____

Lutte contre la lèpre et les autres MTN cutanées

Consommables

- Cartes de patient lépreux
- Registre de la lèpre

Traitement

- PCT adulte rif-clo-dapson
- PCT enfant

Gestion des réactions

- Prednisolone
- Clofazimine

5.3 Activités et partenaires d'entretien

Tableau 2: Activités et partenaires d'entretien en Kwilu

Date	Lieu	Nom de l'établissement / de l'organisation	Partenaire(s) d'entretien
4.8.25	Kikwit	Bureau Centrale	MCZ Dr. Didier Mabete Ator
4.8.25	Kikwit Nord	CDT Sacre Coeur	Médecin responsable, technicien(s) laboratoires, infirmière(s)
4.8.25	Kikwit	OACs/RECOs, CAD	AFDIK, CAD, AFASMER
5.8.25	Kikwit Nord	CDT Lunia	Médecin responsable, technicien(s) laboratoires, infirmière(s)
5.8.25	Mosango	CDT Kasay	Médecin responsable, technicien(s) laboratoires, infirmière(s)
5.8.25	Kikwit	Coordination Provinciale	Dr. Willy Musantu Lakingi
6.8.25	Mosango	CDT Hôpital Générale de Mosango	Médecin responsable, technicien(s) laboratoires, infirmière(s)
6.8.25	Mosango	Bureau Centrale	MCZ Dr. Anderson Alung
6.8.25	Masi-Manimba	OACs/RECOs	ASSDEC, CEPIF
6.8.25	Masi-Manimba	Patients atteints de la tuberculose	n/a
6.8.25	Masi-Manimba	CDT Hôpital Générale de Masi-Manimba	Médecin responsable, technicien(s) laboratoires, infirmière(s)
6.8.25	Masi-Manimba	Bureau Centrale	MCZ Dr. Gorges Munganga Lakingi
7.8.25	Masi-Manimba	CDT Masamuna	Médecin responsable, technicien(s) laboratoires, infirmière(s)
8.8.	Masi-Manimba	Atelier de restitution	MCP, MCZs, d'autres partenaires disponibles

Tableau 3: Activités et partenaires d'entretien à Haut-Katanga

Date	Lieu	Nom de l'établissement / de l'organisation	Partenaire(s) d'entretien
4.8.25	Lubumbashi	DPS	
4.8.25	Lubumbashi	CP Lèpre et TB	
5.8.25	Panda	CDT Hospitalière Générale de Panda (Cecamines)	Médecin responsable, technicien(s) laboratoires, infirmière(s)
5.8.25	Panda	CDT St. Luc	Médecin responsable, technicien(s) laboratoires, infirmière(s) RECO
6.8.25	Kafubu	Poste de santé Sokotela / Kisebw	Médecin responsable, technicien(s) laboratoires, infirmière(s) Patients, RECO
6.8.25	Kafubu	CDT CSR Adra 41	Médecin responsable, technicien(s) laboratoires, infirmière(s) Patients, RECO
7.8.25	Kenya	CDT Hospitalière Générale de Kenya	Médecin responsable, technicien(s) laboratoires, infirmière(s) RECO
7.8.25	Kenya	CDT Kalebuka	Médecin responsable, technicien(s) laboratoires, infirmière(s) RECO, CAD
8.8.25	Lubumbashi	PNLS	Coordination provinciale
8.8.25	Lubumbashi	FHI 360	Représentant provincial

8.8.25	Lubumbashi	LNAC	Coordinateur provincial
8.8.25	Lubumbashi	Laboratoire de référence	Techniciens laboratoire
8.8.25	Lubumbashi	Atelier de restitution	DPS

5.4 Résultats

Figure 1 : Résultat 1 – Lèpre et MTN cutanées

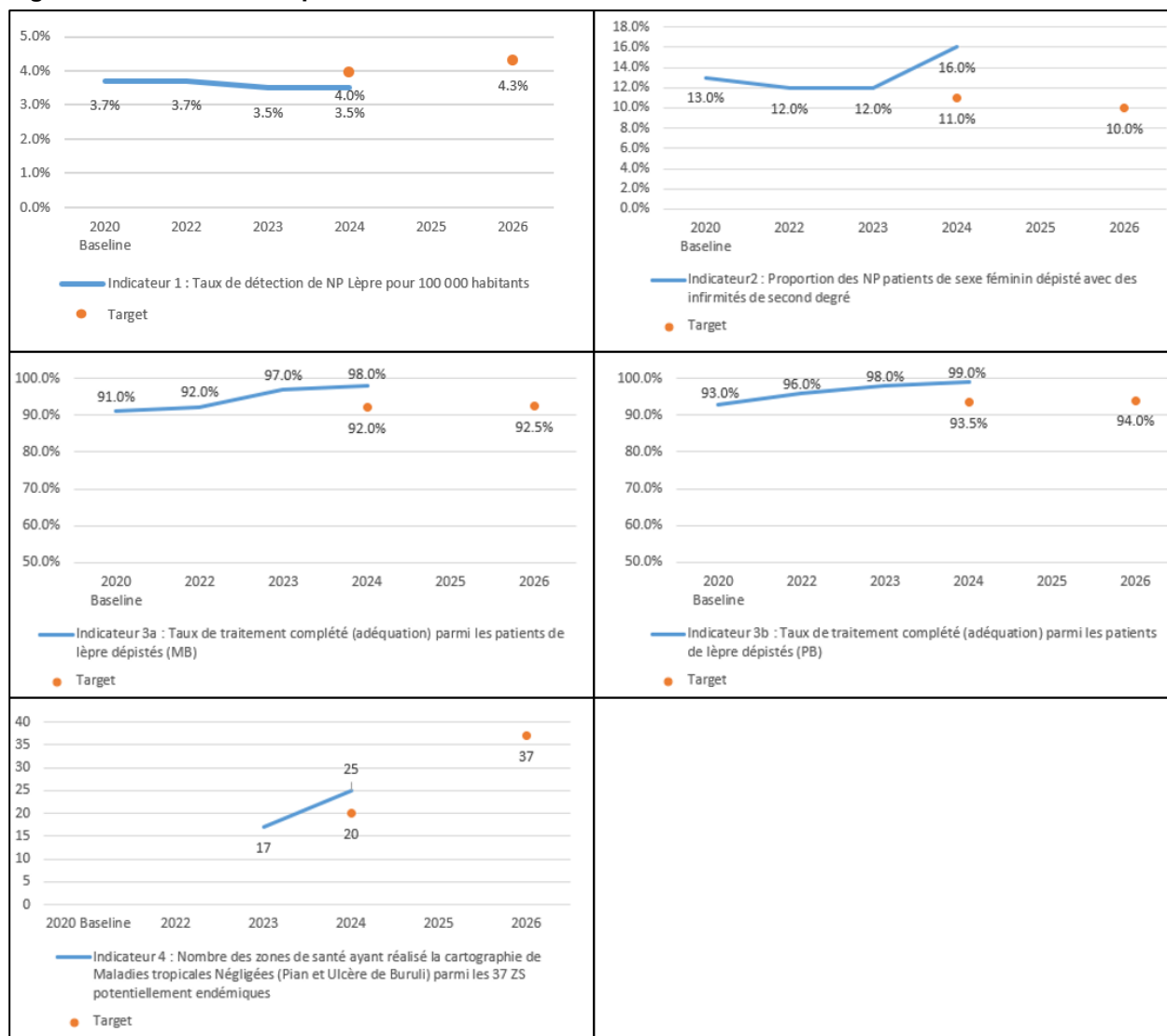


Figure 2 : Résultat 2 - Tuberculose

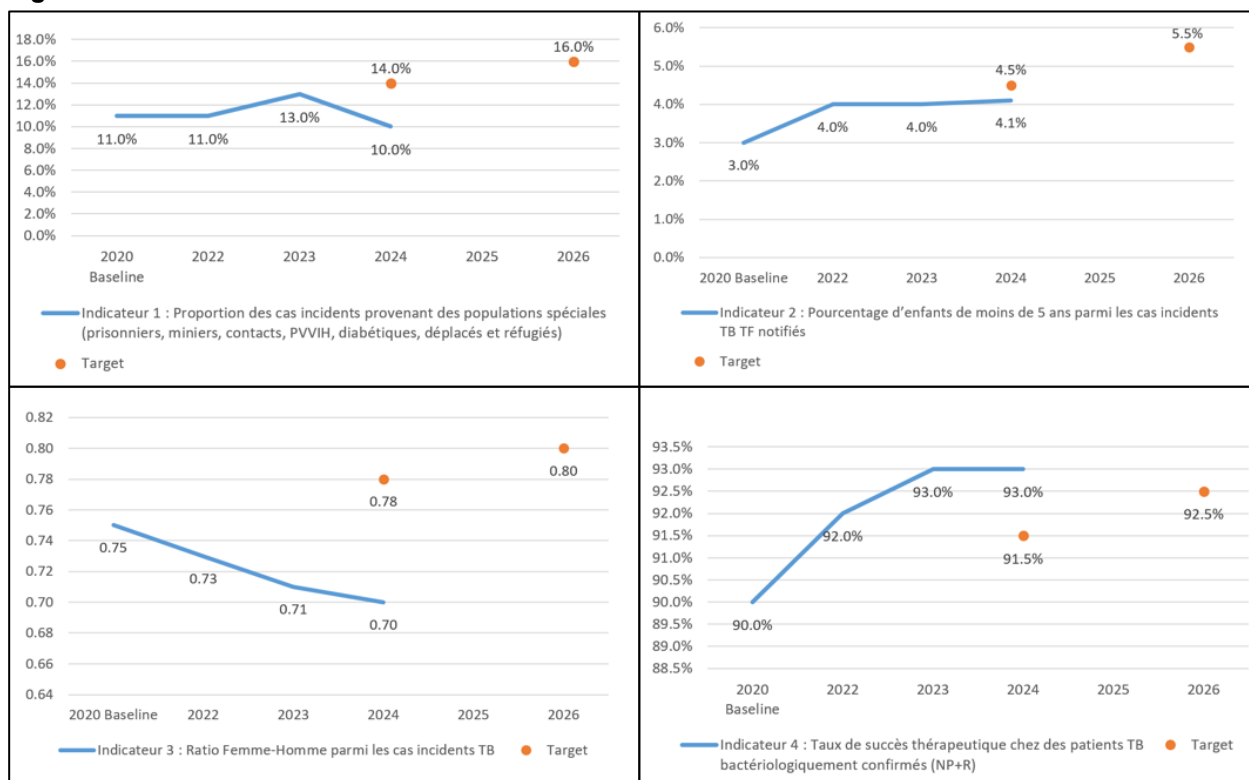


Figure 3 : Résultat 3 – Tuberculose / VIH

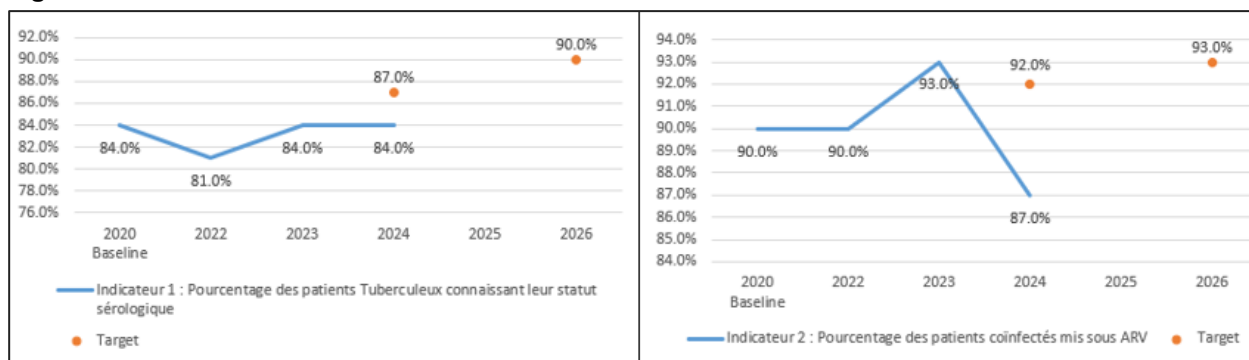
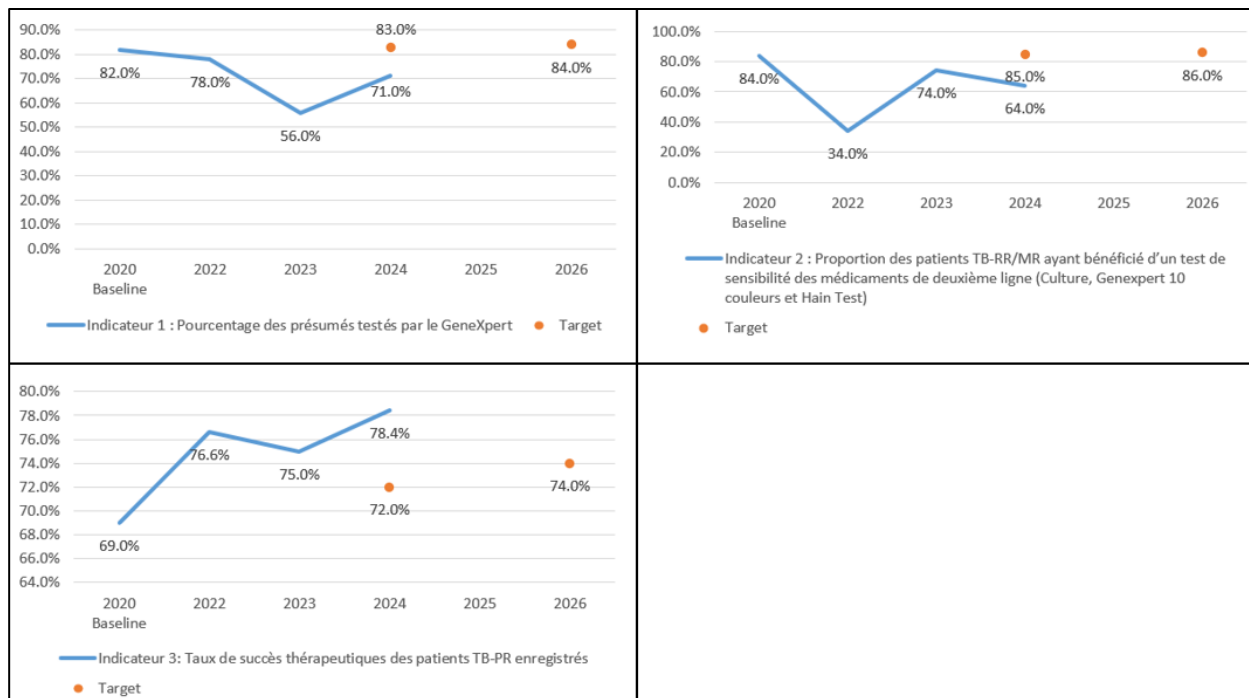


Figure 4 : Résultat 4 – Tuberculose résistante



5.5 Contacts of évaluateurs

Dr Astrid Knoblauch

astrid.knoblauch@swisstph.ch

+41 79 743 06 70

Dr Yves Lula

Yves.lula@swisstph.ch

+243 815 1717 66

Dr Peter Steinmann

Peter.steinmann@swisstph.ch

+41 79 408 67 72

Dr Tony Gimbindu

tonyarchim2@gmail.com

+24381 353 47 22

