



*Agir ensemble pour  
le développement*

*Devenu ULB-Coopération  
le 9 décembre 2014*



## Bilan des activités 2014

Mai 2015

### En Bref...

À l'Est du Congo, malgré la défaite du M23, les **affrontements qui se poursuivent** entre les Forces armées de la RDC (FARDC) et différents groupes armés entraînent de **nombreux déplacés, tant au Nord qu'au Sud-Kivu**. L'insécurité dans les milieux urbains et sur les grands axes routiers s'étend. En moins de six mois plus de **500 personnes sont assassinées** à l'arme blanche, les kidnappings se multiplient. Les conditions de travail de nos équipes sont compliquées.

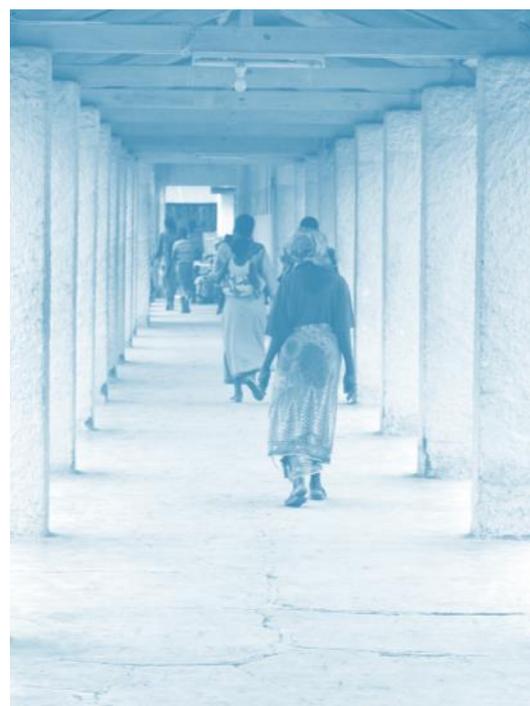
La **proposition de modification de la constitution** visant le maintien au pouvoir du régime en place engendre une certaine tension dans tout le pays, en particulier à Kinshasa.

Le **net recul de l'euro par rapport au dollar** conduit à une flambée de certains prix et à une forte baisse du pouvoir d'achat (près de 20 %) d'une partie de la population. Le personnel et les bénéficiaires des projets mis en œuvre par le CEMUBAC ne sont pas épargnés.

Le **nouveau programme 2014-2016** cofinancé par la DGD a débuté. Il connaît quelques problèmes, en particulier à Kinshasa. **Trois nouveaux projets** financés par la Loterie nationale, Oxfam Novib et l'Union européenne sont obtenus et ont débuté.

Le 9 décembre 2014, le **regroupement du CEMUBAC avec le SLCD** (Service Laïque pour la Coopération au Développement) **et le SEDIF** (service d'information de de formation) devient effectif. **ULB-Coopération est née.**

Après 76 ans d'existence, ce rapport est le dernier rapport élaboré sous le nom du CEMUBAC !



### Contenu du rapport

Satisfactions et difficultés	2-3
Le programme DGD	
- Le nouveau programme 2014-2016	4
- Volet Éducation au développement	5
- Appui à Kinshasa	6-7
- Appui au Nord-Kivu	8-9
- Appui au Sud-Kivu	10
Les autres projets	11
Projet de prise en charge des VVS	12-13
La recherche	14-15
Les partenariats	16
Les finances	17
La création d'ULB-Coopération	18
Le nouveau plan stratégique	19
Les contacts et les mouvements	20

## La naissance d'ULB-Coopération

Le 9 décembre 2014, les statuts du CEMUBAC ont été modifiés pour donner naissance à ULB-Coopération. D'un point de vue fonctionnel, ULB-Coopération est née du regroupement des trois ONG CEMUBAC, SLCD et SEDIF et du rapprochement avec l'Université libre de Bruxelles. D'un point de vue administratif, le chemin a été plus compliqué, il est résumé en page 18.

Durant les mois qui ont précédé, les équipes des trois ONG et des membres de l'Université ont œuvré, avec l'appui de la fondation Abeo, à la préparation des différents éléments fondateurs de la nouvelle ONG. Des contacts ont été pris avec les Facultés de l'Université et les partenaires pour les impliquer au mieux dans le processus de création et pour identifier les futures pistes de collaboration.

Outre les nouveaux statuts, une nouvelle vision et de nouvelles missions ont ainsi été formulées, enrichies de toutes les sensibilités. Le plan stratégique a dix ans a été élaboré. Un nouveau nom et un nouveau logo ont été choisis.

C'est le 15 janvier 2015 que les équipes se sont physiquement regroupées dans les bureaux du SLCD en attendant de pouvoir rejoindre les bureaux définitifs mis à disposition par l'ULB sur le campus de la plaine.



## Les satisfactions de l'année 2014

### LA CRÉATION D'ULB-COOPÉRATION

Une des grandes satisfactions de l'année 2014, même si elle n'est pas liée directement à nos activités sur le terrain est bien entendu la naissance d'ULB-Coopération, qui, après plusieurs mois de préparation intense, a officiellement vu le jour le 9 décembre 2014. Outre ce résultat final très attendu, c'est également les modalités d'installation de la nouvelle structure qui sont sources de grande satisfaction. En effet, le processus participatif mis en place, rassemblant des partenaires, des membres des équipes des ONG fondatrices mais aussi des membres de la communauté universitaire, a été un gage de réussite et est également porteur d'un important potentiel de développement futur pour la structure.

### LE DÉMARRAGE DU PROGRAMME 2014-2016 ET DE TROIS NOUVEAUX PROJETS

Le nouveau programme cofinancé par la coopération belge a commencé pour trois années d'intervention à Kinshasa et au Nord-Kivu et pour une dernière année d'activités au Sud-Kivu.

Au Nord-Kivu, trois nouveaux financements ont été obtenus. (i) Le financement d'une structure d'accueil pour la maternité à l'Hôpital de Kirotshe par la Loterie Nationale ; (ii)

un projet d'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des femmes et des jeunes, financé par Oxfam-Novib ; et (iii) la poursuite du projet de formation des médecins et du personnel médical pour une meilleure prise en charge des victimes de violences sexuelles et des patients nécessitant des soins gynécobstétriques et urologiques, financé par l'Union européenne.

La collaboration mise en place avec les équipes d'Érasme Coopération pour la réalisation de ce dernier projet au Nord comme au Sud-Kivu, est également une source de grande satisfaction pour l'ensemble des équipes et des bénéficiaires. Elle est porteuse d'espoirs pour le développement de collaborations futures riches et pertinentes.

### LA RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ

Même si ce n'est pas le cas dans toutes les provinces du pays, la poursuite de la mise en œuvre de la réforme du système de santé est un point positif à retenir pour le Nord-Kivu, en 2014. Il s'agit d'une étape supplémentaire et importante dans le processus de rationalisation de l'organisation du niveau intermédiaire du système de santé, initié depuis quelques années par le CEMUBAC et ses partenaires.



## Les difficultés de l'année 2014

### L'INSÉCURITÉ

Chaque année, la rubrique « Difficultés » commence par la même thématique, malgré les rares espoirs identifiés les années précédentes. L'insécurité persiste de manière dramatique à l'Est du pays avec son lot de déplacés et de victimes innocentes. En s'attaquant à certaines structures de soins, en interrompant régulièrement la chaîne d'approvisionnement ou en limitant les capacités de déplacement des différents acteurs du système de santé, dont nos assistants techniques, cette insécurité a un impact énorme sur le bon fonctionnement du système de santé. Comme les années précédentes, les conflits entre bandes armées, les attaques de villages ou plus récemment les enlèvements contre rançons (voir ci-contre) se sont multipliés dans les deux Kivus. Comme chaque année, la population a énormément souffert et l'organisation du système de santé a été rendue plus difficile.

### LA GOUVERNANCE

Depuis toujours, le CEMUBAC veut croire dans le potentiel des structures de l'Etat, en appuyant d'abord les zones de santé et leurs hôpitaux, puis les Divisions provinciales de la santé et même, durant une certaine

période, un service du Ministère de la santé. Force est d'admettre que ce modèle montre aujourd'hui des limites pour lesquelles nous n'avons pas encore trouvé de solution. Lorsque les structures soutenues atteignent un certain niveau de fonctionnement et deviennent sources de revenus, soit parce qu'elles les génèrent directement, soit parce qu'elles attirent de nouveaux financements, l'État ou plus exactement certains de ses représentants sont incapables de maintenir le niveau de fonctionnement atteint. Au contraire, ils adoptent souvent des comportements prédateurs qui peuvent prendre plusieurs formes allant jusqu'aux détournements de fonds. Cette situation pour laquelle aucune sanction ne semble possible pour l'instant pose une question d'ordre éthique : jusqu'où faut-il accepter que des financements de la coopération participent indirectement à l'enrichissement de certains individus peu scrupuleux ? Elle est également très dommageable en termes d'exemplarité pour nos partenaires qui se demandent pourquoi continuer à travailler honnêtement mais aussi en termes d'engagement pour nos assistants techniques qui voient régulièrement leurs efforts réduits à néant.

### Des enlèvements très inquiétants

En 2014, un nouveau phénomène inquiétant s'est développé au Nord-Kivu : l'enlèvement de personnes suivi d'une demande de rançon. Rançon pouvant aller jusqu'à 20.000 \$. Le personnel de santé, en particulier les médecins, a été une cible privilégiée. Durant l'année, cinq médecins, dont un travaillant à la Division provinciale de la santé (soutenue par le CEMUBAC), ont été enlevés. Tous sont heureusement revenus sains et saufs après versement des rançons. Les aires d'attaques privilégiées étant les axes routiers au départ de Goma (vers Masisi ou Rutshuru), les déplacements et le travail de notre équipe basée à Goma a été considérablement compliqué. La mission de 3 mois du Dr Brouha, en appui à la zone de santé de Kirotshu, a dû être reportée.



# Programme DGD

## Le nouveau programme 2014-2016

Ce programme de 3 ans dispose d'un budget total de 2.165.000,00 €. Il est subsidié à 80 % par la coopération belge et cofinancé par le CEMUBAC, Oxfam Novib et Aedes. Il est composé d'un volet dit Nord dont l'objet est l'éducation au développement et d'un volet dit Sud qui se déroule en République démocratique du Congo.

### VOLET NORD

Les activités d'éducation au développement (ED) proposées s'organisent autour de deux axes. Le premier, pour toucher les personnes a priori peu sensibilisées à la thématique du développement, propose 1) la diffusion et la mise à disposition d'informations sur les pays en développement et la solidarité internationale ; 2) la réalisation d'activités « génériques » destinées à un large public (conférences, expositions, cours métiés, jeu interactif...); et 3) la promotion de travaux, mémoires sur des questions de solidarité internationale. Le second axe, pour encourager la mobilisation et l'investissement de la communauté universitaire dans des actions d'ED, propose 1) des séances de préparation à un séjour dans le Sud ; 2) la réalisation de microprojets étudiants ; 3) la mobilisation et l'accompagnement des acteurs de l'ULB dans des activités d'ED (émissions radio, ciné-débats, conférences...); 4) l'organisation d'un séminaire sur l'ED ; et 5) le travail continu de plaidoyer auprès des autorités de l'ULB pour la promotion de l'ED.

### VOLET SUD

Le volet Sud du programme CEMUBAC propose trois objectifs spécifiques conçus selon une vision commune de renforcement des services de santé. À Kinshasa et au Nord-Kivu, le programme s'insère encore dans la mise

en place de la réforme des Divisions provinciales de la santé (DPS) — voir page 15 les résumés des travaux de recherche qui soutiennent le processus — ainsi que dans le renforcement des capacités des équipes-cadres des zones de santé (ZS) de Kintambo (province de Kinshasa) et de Kirotshé (province du Nord-Kivu). Il vise l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des soins dans les centres de santé ainsi que dans les hôpitaux généraux de référence de chacune de ces deux ZS. Au Sud-Kivu, à cause d'une capacité de cofinancement réduite, une seule année d'appui est proposée pour achever les processus d'installation de la réforme à la DPS de Bukavu.

Dans les trois DPS, le programme appuie la mise en place des métiers « d'Encadrement des zones de santé » et « Information-recherche-communication », en poursuivant les travaux de la phase précédente sur les dispositifs provinciaux tout en renforçant l'expérience concrète des cadres de la DPS par un travail de terrain.

Dans les zones de santé de Kintambo et de Kirotshé, le programme est principalement axé sur les centres de santé. Le contexte au Nord-Kivu impose de travailler sur des solutions très concrètes en matière de gestion des médicaments et d'encadrement des centres de santé. À Kintambo, il s'agit plutôt d'organiser une concertation entre la zone et les centres de santé privés pour proposer une offre de soins cohérente et de qualité.

Au niveau des HGR de Kintambo et de Kirotshé, le programme va approfondir les projets d'établissement hospitalier dans un sens plus stratégique, outiller la gestion de ces hôpitaux (gestion prévisionnelle, système d'information), travailler sur l'amélioration clinique des soins et apporter les appuis nécessaires à leur gouvernance.

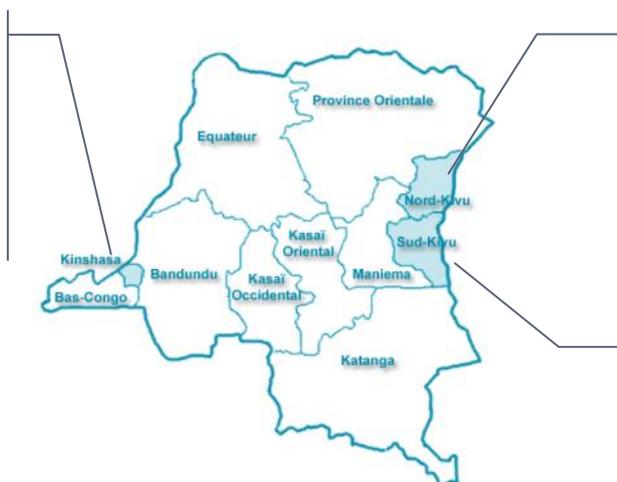
## Les équipes chargées de la mise en œuvre (en 2014)

### Kinshasa

Dr Jean-Marie Ngbenga  
Dr Pierrot Shamashanga  
Mlle Sylvie Mushagalusa  
Mme Aline Tumagene

### Bruxelles

Suivi technique : Dr V. Litt  
Volet Nord : Mlle J. Malaise  
Suivi administratif : M. D. Canaveral



### Nord-Kivu

Dr Jean-Bosco Kahindo  
M. Jérôme Fazili  
Dr Jean-Serge Ngaima Kila  
Mlle Yvette Sivanzire  
Dr Anne Brouha

### Sud-Kivu

Dr Esto Bahizire  
Mlle Cinamuka Ndamuso

### OBJECTIF ET RÉSULTATS ATTENDUS

Les activités d'éducation au développement (ED) menées dans le cadre du programme ont pour objectif de « Sensibiliser et conscientiser la communauté universitaire aux réalités des relations Nord-Sud, et promouvoir son engagement pour un monde plus juste et solidaire ». Deux résultats attendus ont été définis :

- Les membres de la communauté universitaire sont informés et conscientisés par rapport aux réalités des relations Nord-Sud et aux enjeux de la Solidarité internationale ;
- Des membres de la communauté universitaire collaborent et s'investissent dans des actions d'éducation au développement, œuvrant pour un monde plus juste et solidaire.

### MOUVEMENTS DANS L'ÉQUIPE

Gaëlle Fonteyne en charge des activités d'ED dans le programme précédent a quitté son poste fin 2013. Elle a été remplacée durant quelques mois par Johanna Englert, qui a assuré l'intérim nécessaire en attendant l'arrivée de Julia Malaise, du SEDIF. Malgré quelques difficultés d'adaptation, tant Johanna que Julia ont pu, avec l'appui continu de Jean-Claude Guillemeau et de Julie Berthelmer, stagiaire, mener à bien toutes les activités prévues pour cette première année du programme.

### SYNTHÈSE DES RÉALISATIONS 2014

Conformément à ce qui lui était demandé, en 2014, le CEMUBAC a été l'organisateur de 19 activités d'éducation au développement (cours méfis, préparation au départ, jeu Africa Quizz...), co-organisateur de 3 événements d'ED en étroite collaboration avec des acteurs de la communauté universitaire (Journée de la coopération, Campus Plein Sud, microprojet étudiant) et a participé à 6 autres événements sans en être à l'initiative ou la principale cheville ouvrière. Au total, plus de 919 participants ont été comptabilisés (pour un objectif initial de 600 personnes) lors des événements pour lesquels un comptage a pu être effectué.

### LES RÉUSSITES

Outre l'atteinte de tous les indicateurs fixés pour mesurer l'évolution de nos activités, plusieurs points forts peuvent être retenus :

- La responsabilité de la coordination de Campus Plein Sud accordée au CEMUBAC qui permet une approche plus globale au niveau des professeurs et des étudiants, mais aussi une collaboration beaucoup plus forte avec d'autres ONG universitaires.
- Les cours méfis offrent majoritairement une bonne satisfaction de la part des professeurs et constituent un moyen privilégié d'entrer dans le cursus des étudiants et facilitent les collaborations futures.
- Le cycle d'émissions radio a été très apprécié par nos étudiants bénéficiaires et a également permis un rapprochement beaucoup plus clair avec la radio de l'Université : Radio Campus. Un groupe d'étudiants motivé et efficace s'est constitué.
- L'accompagnement de la création de deux cercles étudiants (Trait d'Union Belgique – TUB – et l'Association étudiante d'aide au développement – AEAD –) est une vraie réussite dans une perspective de développement d'activités d'ED organisées par des acteurs de l'Université.
- Enfin, la reconnaissance de l'expertise et de la place du CEMUBAC à l'ULB par les autorités de l'Université permet d'être dorénavant associé systématiquement aux multiples réunions et événements, les demandes de rencontre, de suivis, d'accompagnement émanant d'acteurs de l'Université ont également augmentées.

### PERSPECTIVES

La bonne dynamique mise en place concernant l'ED se poursuit. L'année 2015 devrait permettre de développer de nouvelles actions en particulier en collaboration avec les deux nouveaux cercles étudiants et dans le cadre de Campus Plein Sud. Notre nouveau nom devrait également faciliter l'introduction au niveau des différentes Facultés.

## Volet Sud : Appui à la province de Kinshasa

### OBJECTIFS

Les trois résultats attendus au niveau de la province de Kinshasa prolongent ceux du programme précédent. Ils ont été formulés comme suit :

- La Division provinciale de la santé (DPS) de Kinshasa a opérationnalisé les métiers d'encadrement des zones de santé et d'Information / recherche ;
- La zone de santé (ZS) a affirmé son leadership et amélioré son offre de soins de premier échelon pour l'ensemble de la population ;
- L'Hôpital Général de Référence (HGR) de Kintambo offre des soins accessibles de meilleure qualité.

### ÉVOLUTION DE L'ENVIRONNEMENT

Kinshasa a connu une augmentation fulgurante du coût de la vie et souffert d'une répartition de plus en plus inéquitable des revenus. Sur cette atmosphère de paupérisation déjà délicate, se sont greffés la crainte d'une épidémie d'Ebola ainsi que des troubles provoqués par la volonté annoncée du Président de revendiquer un troisième mandat. Concernant le système de santé, les autorités provinciales ont refusé durant de longs mois la réforme de la Division provinciale de la santé. Ce refus a été relayé par une campagne de désinformation à laquelle certains acteurs du système de santé se sont associés. C'est l'ensemble des activités liées à l'atteinte du premier résultat de notre programme qui ont dès lors été bloquées.

Les activités concernant le système d'information sanitaire provincial, jugées très porteuses, ont également été perturbées par une réforme du système imposée et menée dans l'improvisation la plus totale par le ministère national. Principal résultat actuel de cette réforme : la province a été privée d'une part importante de ses données durant le second semestre de l'année.

À Kintambo, plusieurs départs au sein de l'équipe de la zone de santé ont créé un réel manque. Les autorités sanitaires provinciales s'ingèrent de plus en plus dans la gestion de l'hôpital. Trois types d'intervention pèsent lourdement sur sa gestion. Des prélèvements financiers réguliers et directs sur les recettes générées –

notamment grâce aux activités de rationalisation pilotées par le CEMUBAC. L'affectation de nouveau personnel, malgré la pléthore actuelle déjà bien connue. Et enfin, l'obligation de signer un contrat avec une mutuelle qui propose des remboursements largement en deçà des coûts réels des soins et dont la gestion est loin d'être transparente.

### RÉALISATIONS 2014

Pour les raisons évoquées ci-dessus, l'année 2014 a été une année difficile pour le travail effectué au niveau de la **Division provinciale de la Santé**, en particulier celui concernant la **réforme du niveau intermédiaire**. Malgré un contexte peu encourageant et même démotivant, notre équipe de Kinshasa a assuré une présence continue auprès de la Division provinciale pour tenter de construire patiemment certains éléments concrets qui seront très utiles au moment du lancement réel de la réforme. L'équipe a poursuivi son travail d'information et de sensibilisation tant auprès des acteurs de la DPS qu'auprès d'acteurs clés en dehors de la DPS. Finalement, sans pouvoir dire quel aura été le poids de ce lobbying constant et patient, le feu vert pour la réforme a été donné en fin d'année. Bien qu'au moment d'écrire ces lignes (mai 2015), les signaux ne sont pas encore au vert, quelques éléments, en particulier dans le discours des autorités nationales permettent d'espérer des perspectives meilleures.

Une part importante des activités a concerné l'appui au système d'information sanitaire (SIS). L'assistance technique (AT) du CEMUBAC a dû en effet, à la demande de la Division provinciale de la santé, appuyer le processus de transformation du SIS. Malgré tous ses efforts, notamment en termes de formation et d'adaptation des outils proposés, l'AT du CEMUBAC s'est trou-



vée dans une position très inconfortable, tenue d'appuyer une réforme imposée par le niveau central dont elle n'approuve pas le mode opératoire et qui, par sa mauvaise organisation, est très consommatrice de temps et d'énergie tant au niveau de la DPS que de la zone de santé de Kintambo.

Toutes ces difficultés sont clairement mises en évidence dans nos outils de suivi des actions qui montrent un mauvais niveau d'atteinte des indicateurs. Seuls 45 % des indicateurs de suivi des activités ont été totalement atteints. Près d'un tiers des indicateurs n'ont pas du tout été atteints ou correspondent à des activités qui n'ont pu être menées.

Au **niveau de la zone de santé de Kintambo**, les activités ont pu être menées avec plus de sérénité et en meilleure collaboration avec les partenaires. L'équipe d'assistance technique a pu, comme prévu :

- Apporter un appui technique à l'équipe cadre de la zone dans son rôle de coordination (planification, contractualisation, tenue des réunions des organes de gestion...);
- Favoriser une meilleure implication de la population dans les organes de gestion de la zone de santé ;
- Organiser les premières concertations des prestataires de soins du 1<sup>er</sup> échelon ;
- Poursuivre le processus de formation des membres de l'équipe cadre de la Zone sur les fonctions prioritaires de cette équipe cadre ;
- Contribuer au fonctionnement de la zone et de son équipe cadre.

Au **niveau de l'hôpital**, la collaboration avec le personnel et les cadres peut également être qualifiée de bonne. Les activités prévues ont globalement été menées :

- Accompagner le comité directeur dans le processus de mise en place d'une gestion administrative et financière auditable ;
- Organiser la filière pédiatrique : réorganisation et réhabilitation des locaux, équipement ;
- Élaborer le feuille de route pour le développement de la filière « Sécurité transfusionnelle » ;
- Améliorer le processus qualité : systématisation

des audits cliniques, élaboration des protocoles de prise en charge des pathologies chirurgicales les plus fréquentes ;

- Mener les études de coûts préalables à la mise en place progressive d'un système de tarification plus simple et juste pour les patients ;
- Améliorer le système d'approvisionnement en médicaments notamment par l'instauration de « kits chirurgicaux » ;
- Participer au financement de l'hôpital : primes et frais de fonctionnement.

### ENJEUX 2015

Après cette année difficile, afin que les résultats obtenus soient à la hauteur des efforts fournis par l'équipe d'assistance technique, il est impérieux (i) que la province démarre effectivement le processus de réforme du niveau intermédiaire, (ii) que la population de la zone de santé ait une voix concrète sur l'action sanitaire de la zone et (iii) que l'hôpital obtienne une réelle autonomie de gestion. Sans ces conditions, l'atteinte des objectifs du programme sera très difficile et l'abnégation dont a fait preuve jusqu'à présent l'équipe d'assistance technique, Drs Ngbenga, Shamashanga et Mmes Mushagalusa et Tumagene, risque de se transformer en découragement profond.

### Les bienfaits d'une mesure simple

*La mise en place des kits chirurgicaux, disponibles au niveau de la pharmacie et vendus directement aux patients, est une mesure relativement simple (ce qui ne veut pas dire qu'elle a été facilement acceptée par le personnel) qui peut être considérée comme une belle réussite de l'année, au vu de ses multiples conséquences positives :*

- *Fin d'un commerce parallèle et augmentation des recettes de l'hôpital ;*
- *Meilleure lisibilité et prévisibilité des coûts liés aux interventions chirurgicales ;*
- *Affirmation de l'autorité du Comité directeur qui a pu imposer une mesure refusée initialement par certains médecins.*

## Volet Sud : Appui à la province du Nord-Kivu

### OBJECTIFS

Au Nord-Kivu, les activités menées devaient concourir à l'atteinte des trois résultats suivants :

- La Division provinciale de la santé (DPS) du Nord-Kivu assure les 3 fonctions attendues dans le cadre du plan de développement sanitaire, à savoir, l'appui au développement des zones de santé, la gestion des ressources et l'information / communication / recherche ;
- L'équipe de la zone de santé (ZS) de Kirotshe maîtrise les éléments du développement des centres de santé pour qu'ils offrent des soins de qualité de manière durable ;
- Les soins de santé à l'hôpital général de référence (HGR) de Kirotshe sont, de façon durable, plus accessibles à la population de la ZS.

### ENVIRONNEMENT

En plus de la situation sécuritaire déjà évoquée, le système de santé du Nord-Kivu a été fortement perturbé par une grève des infirmiers qui a duré près de 8 mois. Si les prestations curatives ont globalement été assurées, les activités préventives ont été réalisées de manière passive et les obligations de redevabilité n'ont plus été respectées (les rapports d'activité n'ont plus été produits et les infirmiers se sont opposés à toute supervision). Cette grève a inévitablement entraîné un recul des performances globales de la province, partiellement compensé par les stratégies d'intensification mises en place dès qu'elle a pris fin. Les problèmes relationnels entre le CEMUBAC et une partie de l'équipe de la zone et de la société civile n'ont pas été totalement aplanis. Le Dr Kahindo, coordinateur des activités du CEMUBAC au Nord-Kivu a fortement diminué son implication au niveau de la zone suite aux menaces qu'il a reçues via SMS. Un nouveau médecin, le Dr Serge Ngaima Kila a été engagé durant l'année pour reprendre l'encadrement médical de la zone.

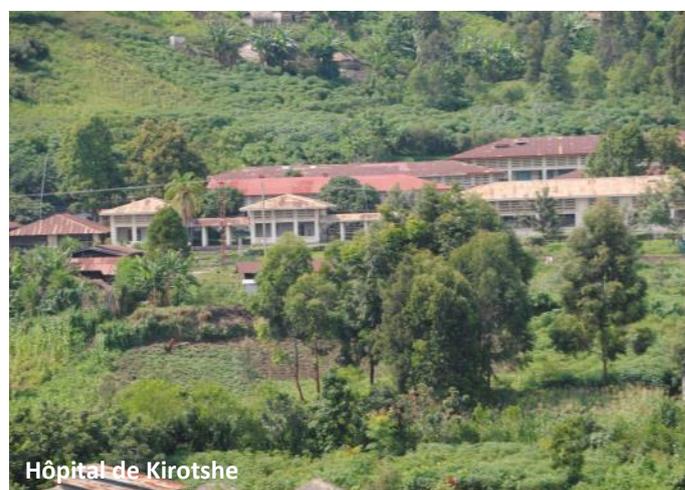
### RÉALISATIONS 2014

Au niveau de la **Division provinciale de la santé**, les assistants techniques (AT) du CEMUBAC, MM Kahindo et Sekele, ont poursuivi leur appui à la mise en œuvre de la réforme et au renforcement organisationnel de la

DPS. Ils ont activement œuvré au développement des compétences des différents services, en particulier ceux en lien avec l'encadrement des zones de santé et la qualité des soins. Un focus particulier a été mis sur l'intégration de l'ensemble des composantes de la santé de la reproduction dans les activités quotidiennes des zones de santé et des centres de santé. Enfin, un travail important de vulgarisation des méthodes de recherche-action a été réalisé. Malgré les difficultés mentionnées, les résultats attendus au niveau de la province ont été globalement atteints.

L'appui apporté à la **zone de santé de Kirotshe** a été une déclinaison de celui apporté à la DPS. Les AT du CEMUBAC (appuyés durant 3 mois par le Dr Brouha) ont œuvré au renforcement des compétences et de l'organisation de l'équipe cadre de la zone. Ils ont principalement encadré et renforcé les activités de supervision des centres de santé et veillé à l'intégration des activités de la santé de la reproduction. Malgré la faiblesse technique de certains cadres, comme au niveau de la DPS, la majorité des activités prévues ont pu être menées et les résultats attendus ont été atteints.

Au niveau de l'**hôpital de référence de Kirotshe**, les AT ont poursuivi le travail de renforcement de la gouvernance et de l'organisation interne de l'hôpital (proposition de nouveaux outils de gestion, mise en place d'un budget prévisionnel). Un important travail d'appui à l'amélioration des performances cliniques a été mené. Les protocoles thérapeutiques initiés au niveau provincial ont été instaurés, avec une forte implication des cliniciens de l'HGR. Les audits cliniques ont



été mis en place accompagnés d'un système de suivi de leurs recommandations. Deux recherches opérationnelles ont été réalisées concernant la mortalité maternelle et la mortalité néonatale (voir ci-dessous). Un travail conséquent a été mené pour améliorer la gestion des médicaments. Malgré tous ces efforts, force est d'admettre que le niveau d'atteinte des résultats n'est pas en phase avec le volume de l'appui technique apporté à l'HGR Kirotshe. Les résultats des deux études sont assez alarmants concernant le niveau de soins à l'hôpital. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce niveau de performance :

- Le niveau de compétence globalement bas du personnel hospitalier ;
- Le manque de réceptivité et de volonté de changement affiché par certains décideurs clés de l'hôpital ;
- La grève du personnel infirmier.

### PERSPECTIVES

La fin de la grève des infirmiers, la restructuration du programme santé de l'Union européenne qui prévoit une plus grande implication au niveau de la DPS, ainsi que la réorganisation de notre assistance technique sont trois éléments qui permettent d'espérer une meilleure efficacité de nos actions en 2015 et l'atteinte des résultats généraux fixés au niveau du programme pour la fin 2016.



Goma dans la poussière des pistes

## Recherche opérationnelle à l'hôpital de Kirotshe

Deux études ont été menées en milieu hospitalier sur les facteurs de mortalité maternelle et de mortalité néonatale. La première étude a permis d'identifier les causes directes et les circonstances dans lesquelles surviennent les **décès maternels**. La première cause de décès est constituée des **hémorragies (63,4 %)**, un taux anormalement élevé par rapport à la moyenne africaine (33,9 %), suivies des **éclampsies (8,5 %)** et des **infections (7,0 %)**. Ces décès surviennent dans la majorité de cas dans un contexte de prise en charge globalement correcte au premier échelon de soins, et d'une référence optimale et d'une arrivée à temps au niveau des structures de référence. En revanche, ce sont les processus de prise en charge au niveau hospitalier qui sont inadéquats dans 83,1 % des cas de décès.

La deuxième étude menée sur les **facteurs de décès néonataux** a mis en évidence **l'asphyxie (39,4 %)**, **l'hypothermie (21,1 %)**, **la déshydratation (15,4 %)** et les

*hypoglycémies comme principales causes directes de décès néonataux. Dans près de 60 % de cas, ces décès avaient été favorisés par la combinaison « capacités insuffisantes du personnel » et « mauvaise prise en charge ».*

*Face aux résultats assez accablants de ces deux études, une recherche-action a été mise en place concernant l'amélioration de la prise en charge hospitalière des patients en systématisant l'organisation des audits cliniques et la mise en œuvre des recommandations qui en sont issues. Il faut cependant ne pas se voiler la face, la cause principale de ces mauvais résultats est le niveau de formation de base du personnel soignant, et en particulier des médecins, qui se détériore dramatiquement. Ce constat a été confirmé lors des missions effectuées par les médecins d'Érasme dans le cadre du projet de formation financé par l'Union européenne (voir page suivante).*

## Volet Sud : Appui à la province du Sud-Kivu

### OBJECTIFS

Au Sud-Kivu, les activités sont concentrées sur un unique résultat attendu :

- La Division provinciale de la santé (DPS) a mis en place des dispositifs nécessaires permettant la réalisation des 3 fonctions définies dans le cadre du plan national de développement sanitaire, à savoir : l'appui aux zones de santé, la gestion des ressources, l'information / communication / recherche. Elle a entamé un processus de réorganisation conformément aux recommandations du plan national de développement sanitaire (PNDS).

### CONTEXTE

2014 était la dernière année d'intervention du CEMUBAC au Sud-Kivu avec des financements de la Coopération belge. Cette dernière année devait permettre de consolider les acquis des années précédentes et d'appuyer la Division provinciale de la santé à préparer la mise en œuvre de sa réforme. Comme au Nord-Kivu, l'insécurité a régné durant toute l'année dans différents territoires de la province. Les combats entre différentes sections armées se sont multipliés, principalement dans les territoires de Fizi, Shabunda et Uvira. Des structures de santé ont été fermées ou pillées. Fin de l'année, la province comptait plus de 110.000 personnes déplacées. Comme à Kinshasa, la réforme du système d'information sanitaire a perturbé durant une bonne partie de l'année la collecte des informations, ce qui a rendu difficile le suivi des performances du système de santé au niveau de la province. Comme à Kinshasa, mais dans une moindre mesure, l'engagement du MIP dans le processus de réforme de la Division n'a pas été total.

### RÉALISATIONS 2014

Durant cette dernière année d'action, l'assistant technique du CEMUBAC, le Dr Esto Bahizire, a poursuivi la mise en place des différents dispositifs prévus dans la réforme du niveau intermédiaire : groupes de travail, commissions, réunions de coordination, Comité provin-

cial de pilotage... Il a appuyé l'élaboration et le suivi des plans de travail trimestriels et annuels. Pour renforcer l'efficacité des réunions d'équipe, il a appuyé la mise en place d'un groupe de travail chargé de rendre ces réunions plus attractives, plus efficaces et plus pertinentes. Il s'est impliqué dans le travail quotidien des groupes de travail « planification, programmation et partenariat », « appui aux zones de santé » et « SIS ». De gros efforts ont été déployés, avec le groupe de travail « planification, programmation et partenariat », afin de fédérer les planifications des programmes spécialisés et des différents bureaux. Les missions d'encadrement des zones de santé ont été appuyées, surtout dans leurs phases de préparation et de débriefing.

Au terme de l'intervention, les indicateurs de résultats sont atteints même si toutes les activités prévues n'ont pu être menées à bien. Le CEMUBAC laisse derrière lui une Division provinciale fonctionnelle, reconnue et appuyée par d'autres partenaires qui ne seraient sans doute pas intervenus sans l'exemple du CEMUBAC. Des dispositifs concrets et innovants comme les groupes de travail, les commissions, le Comité provincial de pilotage sont en place. Des habitudes de concertations, nécessaires au fonctionnement interne de la DPS, existent. L'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des soins peut à tout moment être poursuivie car il y a à présent des processus de travail qui sont devenus incontournables et qui sont tournés vers les zones de santé, les services de santé, leur appui et leur encadrement.



## Projet d'appui à la promotion de la santé sexuelle et reproductive et la lutte contre le VIH

Ce nouveau projet, d'une durée d'un an et financé par Oxfam-Novib, a pour objectif général de « Contribuer à une meilleure santé sexuelle et reproductive des femmes et jeunes dans la province du Nord-Kivu ». Ses objectifs spécifiques sont (i) d'améliorer l'accès à l'information sur les droits en matière de santé sexuelle et reproductive (*DSSR*) afin d'augmenter l'intégrité corporelle chez les femmes et filles et (ii) d'améliorer l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive (*SSR*) et VIH/SIDA dans leur globalité.

Le projet a été mené avec les équipes soignantes de la zone de santé de Kirotshé pour améliorer l'accès aux soins spécifiques pour les jeunes, que ce soit dans les centres de santé ou à l'hôpital, en proposant un abord et un accueil singularisés. Du point de vue de l'information, les équipes soignantes ont été formées à aborder avec les femmes et les jeunes filles la question des relations sexuelles saines.

Dans la ville de Goma (chef-lieu de la province), plusieurs dizaines de délégués étudiants, des cadres de l'enseignement et des organisations féminines ont participé à des débats et des sensibilisations sur le droit à la santé.

Des représentants des autorités territoriales de Goma et de Masisi (territoire dans lequel est situé la ZS de Kirotshé) ont fait l'objet d'information et de plaidoyer en faveur du droit à la santé génésique et du planning familial.

Le projet a également un objectif de planning familial. À son terme, au moins 4.000 acceptantes devront avoir adopté des méthodes modernes de planning familial et au moins 2.000 préservatifs féminins devront avoir été distribués auprès des femmes et jeunes filles dans le cadre de la régulation des naissances et la prévention des grossesses non désirées.

Le projet d'un montant de 65.000 \$ a débuté le 1<sup>er</sup> juin 2014. Il se termine le 30 mai 2015.



## Construction et aménagement d'un village d'accueil à l'hôpital général de référence de Kirotshé (Nord-Kivu) pour les femmes présentant une grossesse à haut risque

Un financement de 58.988 € a été obtenu auprès de la Loterie nationale afin de contribuer à la réduction de la morbidité et la mortalité liées aux grossesses à risque dans la zone de Kirotshé.

Ce projet d'une durée de 8 mois présente deux grands volets. D'une part la construction d'un bâtiment pouvant accueillir et héberger les femmes enceintes proches de l'accouchement (bâtiment couramment appelé « village d'accueil »). Il vise d'autre part l'amélioration de la prise en charge des femmes enceintes par la formation des infirmiers/ères et accoucheurs/euses, la

sensibilisation des femmes dépistées à risque, la diffusion des protocoles de prise en charge ainsi que la formation de deux sages-femmes à l'échographie obstétricale.

Les travaux de construction du village d'accueil ont débuté. Une attention particulière a été portée sur l'implication des bénéficiaires dans l'élaboration des plans et l'aménagement. L'objectif est que les femmes de Kirotshé s'approprient la création et l'entretien de cet espace qui leur sera réservé.

# Projet d'aide aux VVS

Améliorer la prise en charge des VVS et des patients nécessitant des soins gynéco-obstétriques et urologiques de qualité par la formation des médecins et du personnel médical (vvs 2)

Ce projet est la suite du projet rappelé ci-dessous. Son objectif global est que les victimes de violences sexuelles (VVS) et les patients nécessitant des soins gynéco-obstétriques et urologiques de qualité bénéficient d'une prise en charge adéquate à tous les niveaux du système de santé.

Son objectif spécifique est d'améliorer la couverture en soins de santé de qualité en faveur de la population dans 13 zones de santé réparties sur la province du Nord-Kivu (6 ZS) et la Province Orientale (7 ZS de la région de l'Ituri). Le projet entend renforcer les compétences du personnel de santé dans la prise en charge clinique des VVS et des patients par la mise en place d'un dispositif de formation continue. Ce dispositif sera piloté par la Division Provinciale de la Santé (DPS) du Nord-Kivu et impliquera l'hôpital provincial, les hôpitaux spécialisés et les hôpitaux généraux de référence du Nord-Kivu.

Trois résultats sont attendus :

Résultat 1 : La DPS du Nord et les ZS disposent d'un cadre de référence clinique et pédagogique pour la formation continue des différentes catégories de personnels de santé. Ce cadre est basé sur les compétences cliniques et professionnelles attendues pour la prise en charge des VVS dans la réalisation correcte des interventions gynéco-obstétricales et urologiques dont les fistules.

Résultat 2 : Les hôpitaux provinciaux de référence disposent de services de gynéco-obstétrique et de chirurgie capables d'assurer l'encadrement des médecins des zones de santé en stage de formation pour la prise en charge gynéco-obstétricale des femmes et en particulier des femmes VVS.

Résultat 3 : Les hôpitaux généraux de référence des 13 zones de santé les plus touchées dans les deux provinces disposent d'un personnel formé à la prise en charge des VVS, des bâtiments et des équipements biomédicaux permettant de prendre en charge des cas

et d'assurer l'encadrement et la formation du personnel des centres de santé.

Le projet, d'un budget de 1.413.000 €, a débuté le 1<sup>er</sup> juillet 2014. Il devrait se terminer le 30 avril 2016.

## FICHE D'IDENTITÉ DU PROJET VVS2

**Budget** : 1.413.000 €, financement UE

**Durée** : 21 mois

**Équipe** : Terrain : Dr Prudence Mitangala, coordinateur et M. Jean-Pierre Kajingu, responsable administratif. À Bruxelles : Dr Vincent Litt, M. Boris Zdanov et M. Thierry Walraevens pour Érasme coopération.

**Partenaires** : ESP, Érasme Coopération, DPS du Nord, hôpitaux du Nord-Kivu, Charité maternelle, Heal Afrika.

Projet d'amélioration des soins de santé aux victimes de violences sexuelles dans l'Est de la République Démocratique du Congo (vvs 1)

Ce projet, débuté en août 2013 pour une durée initiale de 22 mois, concerne 7 zones de santé (ZS) au Nord-Kivu et 5 ZS au Sud-Kivu. Il a été prolongé jusqu'en novembre 2015 pour pouvoir terminer les réhabilitations et les aménagements prévus dans les 12 hôpitaux de ces ZS dont certaines sont très éloignées des chefs-lieux de province.

## FICHE D'IDENTITÉ DU PROJET VVS1

**Budget** : 1.849.000 €, financement UE

**Durée** : 22 mois + 6 mois

**Équipe** : Dr Prudence Mitangala, coordinateur, M. Félix Ngandu et M. Jean-Pierre Kajingu, responsables administratifs au Sud et Nord-Kivu. À Bruxelles, Dr Vincent Litt et M. Boris Zdanov.

**Partenaires** : ESP, Érasme Coopération, DPS du Nord et du Sud-Kivu, hôpitaux provinciaux du Nord et du Sud-Kivu, hôpital Heal Afrika, hôpital de Panzi.

## Principaux résultats obtenus par les projets VVS 1 et VVS 2

Les formations cliniques prévues en gynécologie et obstétrique de base ont été réalisées à Goma et à Bukavu. Deux médecins de chaque hôpital de ZS, donc 24 au total, ont suivi une formation de deux mois.

Comme prévu également, huit médecins, dont deux formateurs provinciaux et le médecin chef de staff de Kirotshe ont été formés pendant trois mois dans les hôpitaux spécialisés de Heal Africa à Goma et de Panzi à Bukavu (dirigé par le Dr Denis Mukwege). Cette formation leur permet de maîtriser la chirurgie des fistules et des complications graves des accidents obstétricaux et des violences sexuelles. Un suivi rapproché des médecins formés est organisé par les équipes de ces deux hôpitaux spécialisés.

La formation des infirmiers/ères et des accoucheuses des centres de santé des 12 ZS est en cours ; elle est donnée dans les maternités des hôpitaux de ZS par les médecins cliniciens au retour de leur formation à Goma ou Bukavu.

Le second projet (VVS 2) a commencé par la formation des formateurs/trices des sages-femmes, avec l'aide d'Érasme Coopération. Treize ZS sont concernées, six au Nord du Nord-Kivu et sept en Province Orientale, dans le district de l'Ituri (appelé à devenir une province à part entière) qui jouxte le Nord du Nord-Kivu.

La formation de treize sages-femmes des hôpitaux de ces ZS a débuté et treize médecins ont été sélectionnés pour la formation en gynécologie et obstétrique de base dans les hôpitaux de Goma.

Un encadrement spécifique de la formation des sages-femmes est assuré par deux sages-femmes d'Érasme Coopération.

L'équipe qui gère le projet à Goma et à Bukavu transmet chaque mois au vingt-cinq hôpitaux des ZS soutenus par les deux projets, des ressources pour le fonctionnement et pour la prise en charge de femmes qui souffrent de violences sexuelles et de complications obstétricales.

En 2013, pour la formation des médecins, et en 2014, pour la formation des sages-femmes, et avec Érasme Coopération, une collaboration a été réalisée avec l'ESP-ULB pour l'élaboration des référentiels de compétences.

Sur les deux phases du projet, les équipes d'Érasme Coopération ont réalisé 23 missions de pédagogie, de formation clinique et de suivi des formations des médecins de ZS et de sages-femmes. Érasme Coopération s'est essentiellement concentré sur la formation des formateurs/trices des médecins et des sages-femmes, surtout à Goma.



Médecins stagiaires à l'hôpital de Panzi

## Bilan 2014

Contrairement aux années 2012 et 2013 qui avaient vu chacune l'accession au titre de Docteur en Santé publique de deux collaborateurs du CEMUBAC, aucune thèse de doctorat n'a été défendue en 2014. Cependant, le **Dr Esto Bahizire** qui étudie l'implication du paludisme sur le déroulement de la grossesse et **M. Jérôme Fazili** qui travaille sur le financement des hôpitaux poursuivent leurs travaux. Le Dr Bahizire devrait défendre son travail en 2015.

Outre les trois publications et deux abstracts présentés ci-contre, les **Dr Kahindo et Ngaima** ont participé à l'élaboration du livret intitulé « *Gouvernance du secteur santé et appui institutionnel en République démocratique du Congo. Capitalisation des expériences de la coopération belgo-congolaise* » préparé par la Coopération technique belge (CTB).

Le projet interuniversitaire ciblé (PIC) de renforcement de la formation de base et continue des personnels de santé hospitaliers de la province du Nord-Kivu s'est poursuivi sous la responsabilité du professeur Y. Coppiegers de l'École de Santé Publique de l'ULB.

### ÉQUILIBRE FINANCIER ET SOINS DE SANTÉ DE QUALITÉ DANS LES HÔPITAUX GÉNÉRAUX DE RÉFÉRENCE DU SECTEUR PUBLIC : CAS DES SERVICES GYNÉCO-OBSTÉTRIQUES ET NÉO-NATALS D'URGENCE À L'EST DE LA RD. CONGO

Thèse de doctorat de M. Fazili Sekele

#### Objectif général

Apporter une contribution à la connaissance des mécanismes permettant de concilier l'offre de soins gynéco-obstétriques et néonataux de qualité, l'équilibre financier des hôpitaux publics et l'accessibilité à ces soins par les usagers

#### Objectifs spécifiques

1. Évaluer la qualité de l'offre de soins gynéco-obstétriques dans les hôpitaux généraux de référence du Nord-Kivu ;
2. Calculer les coûts des soins gynéco-obstétriques et néonataux de qualité dans les hôpitaux les mieux classés par l'évaluation de la qualité de ces soins ;

## Publications et présentations 2014

Jean Bosco Kahindo Mbeva, Carole Schirvel, Eliane Godelet, Alain Wodon, Denis Porignon, Michel Bonami. **Réforme des structures intermédiaires de santé en République démocratique du Congo**. Revue Santé Publique, Volume 26/N°6: 849-853, Novembre-décembre 2014.

Esto Bahizire, Rosine Bigirimana, Yvette Bahati. **Malaria still being the first diagnosis in children under five years with fever at health facilities in Miti-Murhesa health zone**. Abstract présenté au 1<sup>er</sup> symposium de l'International Center for Advanced Research and Training. Bukavu RDC, Août 2014.

Bwenge, E.B., Mudumbi, Z.G., Masheka, O.M., Bahizire, E. and Chabwine, J.N. **A comparative study of cassava-derived cyanide toxicity and nutritional status between konzo patients and healthy controls**. Abstract présenté au 1<sup>er</sup> symposium de l'International Center for Advanced Research and Training. Bukavu RDC, Août 2014.

J. Balegamire Safari, A. Bisimwa Nkamba, E. Bahizire, G. Bisimwa Balaluka, P. Bahwere, P. Donnen, M. Dramaix-Wilmet. **Facteurs démographiques, nutritionnels, cliniques et biologiques des enfants à l'admission associés à la mortalité intra-hospitalière à l'Est de la République démocratique du Congo**. Médecine d'Afrique Noire, 2014, Vol 61, N°8/9.

Jean Bosco Kahindo Mbeva, Hermès Karemere, Carole Schirvel, Denis Porignon. **Rôles exercés par le Niveau intermédiaire du système sanitaire en République démocratique du Congo : représentations des acteurs**. Revue Santé Publique, Volume 26/N°5: 685-693, Septembre-Octobre 2014.

3. Mener une enquête sur les revenus et les dépenses des ménages en vue d'apprécier le pouvoir d'achat de la population et la disposition à payer les soins gynéco-obstétriques et néonataux de qualité par les usagers ;
4. Mener une réflexion pour concilier l'équilibre financier des HGR offrant les soins de qualité et la disposition à payer par les usagers.

#### Impact attendu

Aboutir à des recommandations pratiques d'organisation et de financement des hôpitaux pour optimiser la qualité des soins gynéco-obstétriques en fonction des ressources disponibles.

## RÉFORME DES STRUCTURES INTERMÉDIAIRES DE SANTÉ EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

Jean Bosco Kahindo Mbeva, Carole Schirvel, Eliane Godelet, Alain Wodon, Denis Porignon, Michel Bonami

**Introduction :** Dans le cadre de la réforme du système de santé et de la décentralisation prévue par la constitution en République démocratique du Congo, cette étude présente le processus et les résultats obtenus en termes de modèle des structures intermédiaires de santé.

**Méthodes :** Recherche-action participative multidisciplinaire en deux phases et neuf étapes intégrant des méthodes d'analyse organisationnelle, de team building et d'apprentissage organisationnel, qui a permis de tester en temps réel des actions de transformation et de capitaliser les savoirs ainsi générés sous la forme d'un modèle innovant d'organisation.

**Résultats :** Cette recherche-action a mis en évidence des dispositifs et des modes d'action rendant possible une action collective orientée sur le support du niveau intermédiaire aux districts de santé et qui permet de

pallier les faiblesses de l'organigramme officiel. La transformation organisationnelle a ensuite été formalisée dans un modèle innovant d'organisation basé sur quatre métiers : (i) Appui aux districts de santé, (ii) Information sanitaire, recherche et communication, (iii) Inspection-contrôle, (iv) Gestion des ressources. Les quatre métiers et leurs services ont été définis, les compétences et activités liées décrites. Les résultats, en termes de métiers, ont été intégrés au nouveau plan national de développement sanitaire.

**Conclusions :** La démarche adoptée, centrée sur l'apprentissage et le changement organisationnels, a elle-même contribué à redynamiser certaines fonctions du niveau intermédiaire. Deux défis sont encore à relever : accompagner la transformation et l'étendre aux autres provinces de la RDC selon une approche participative, condition nécessaire d'ajustement aux contextes spécifiques.

## RÔLES EXERCÉS PAR LE NIVEAU INTERMÉDIAIRE DU SYSTÈME SANITAIRE EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO : REPRÉSENTATIONS DES ACTEURS

Jean Bosco Kahindo Mbeva, Hermès Karemere, Carole Schirvel, Denis Porignon

**Introduction :** En République démocratique du Congo, les structures intermédiaires du système de santé ont été pensées au cours des processus de mise en œuvre des soins de santé primaires dans une optique de soutien au district sanitaire. L'objectif de cette étude était d'explorer les représentations par les acteurs sanitaires du rôle exercé par ce niveau intermédiaire (provincial).

**Méthodes :** Étude de cas unique basée sur l'analyse inductive des données d'interviews auprès de 27 informateurs-clés ayant œuvré au sein du système sanitaire de la RDC.

**Résultats :** Les représentations des acteurs ont révélé une évolution temporelle du rôle joué. Dénué de compétences et de financements suffisants, durant les années 80, le niveau intermédiaire s'était davantage adonné à des fonctions d'inspection et de contrôle,

rendant des comptes plus spécifiquement au niveau central du Ministère de la Santé. Depuis la décennie 90, face à la demande pressante de soutien des équipes de district, dont l'autonomie de gestion a été mise à rude épreuve suite (i) aux urgences humanitaires, (ii) à la nécessité d'intégrer les programmes verticaux et (iii) aux logiques de nombreux acteurs, le niveau intermédiaire du système sanitaire a développé des méthodes et des outils pour soutenir le district sanitaire. Ainsi a émergé un modèle subsidiaire du niveau intermédiaire, dont l'efficacité est perçue variablement, selon les provinces, ces dernières années.

**Conclusion :** D'après les représentations des acteurs et dans un contexte de décentralisation, le modèle « subsidiaire » du niveau intermédiaire semble une alternative crédible au modèle « contrôle » en RDC.

# Partenariats

## Anciens et nouveaux partenariats

Les partenariats conclus les années précédentes pour la mise en œuvre des activités de développement ont été poursuivis :

- Micro-projets avec la **CODEPO** ;
- Projet interuniversitaire ciblé avec le Pr Yves Coppieers de l'**École de santé Publique** ;
- Participation à la plateforme **Be-cause Health** ;
- Échanges techniques avec **AEDES** et participation au cofinancement du programme CEMUBAC ;
- Mise en œuvre de projets communs avec **Oxfam-Novib** et cofinancement du programme ;
- Collaboration avec **Érasme coopération** pour la mise en œuvre du volet formation des projets d'amélioration des soins de santé aux victimes de violences sexuelles dans l'Est de la République démocratique du Congo (voir pages 12 et 13).

Les nombreux partenariats développés dans le cadre des activités d'éducation au développement ont également été maintenus et développés :

Au sein de l'ULB :

- Service des relations internationales ;
- Service communication ;
- Pôle santé ;
- École de santé publique ;
- Master en coopération ;
- ULB Culture ;
- Bibliothèque des sciences ;
- Cercles étudiants ;

Avec des partenaires externes à l'ULB :

- Les ONG universitaires SEDIF, FUCID, Louvain Coopération... ;
- D'autres ONG : Memisa, ARCB-CD...

Hôpital  
Erasmus  
coopération



ULB

A E D E S

esp

Oxfam Novib  
ambassadeurs van het zelfdoen.



CEMUBAC  
C O N G O



## Le CEMUBAC-Congo

En 2014, le CEMUBAC-Congo a poursuivi son travail d'expertise en réalisant les missions suivantes :

- Mission d'appui à la mise en place de l'Inspection Générale de la Santé et des Inspections Provinciales de la Santé ;
- Mission d'appui à l'organisation de l'atelier de partage des résultats du processus de capitalisation du programme santé de la coopération belgo-congolaise ;
- Mission d'appui au projet d'élaboration du Plan National de Développement de l'Informatique Sanitaire en RDC (PNDIS) ;

- Participation à la mission de réalisation de la table ronde 2014 « Monitoring IHP+ » et d'évaluation de la redevabilité mutuelle par rapport à l'aide au développement en RDC ;
- Participation à la mission de pré-identification d'un projet de renforcement de l'offre des soins à Kinshasa ;
- Participation à la mise en œuvre de l'Assistance Technique du Projet d'Appui au Plan National de Développement Sanitaire (PA-PNDS).

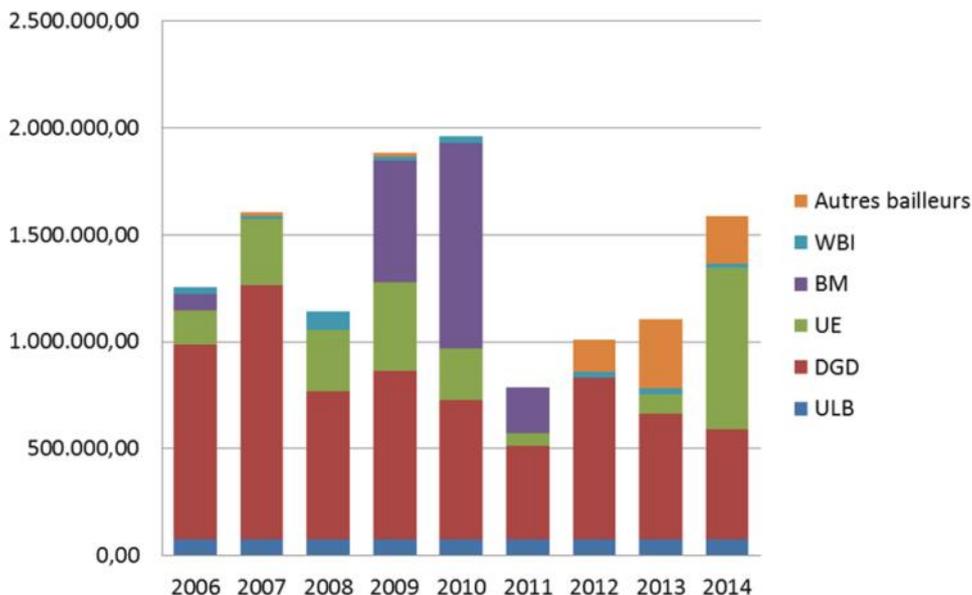
En 2014, le CEMUBAC-Congo a participé au cofinancement des projets du CEMUBAC à hauteur de 60.000 €.

# Finances et ressources

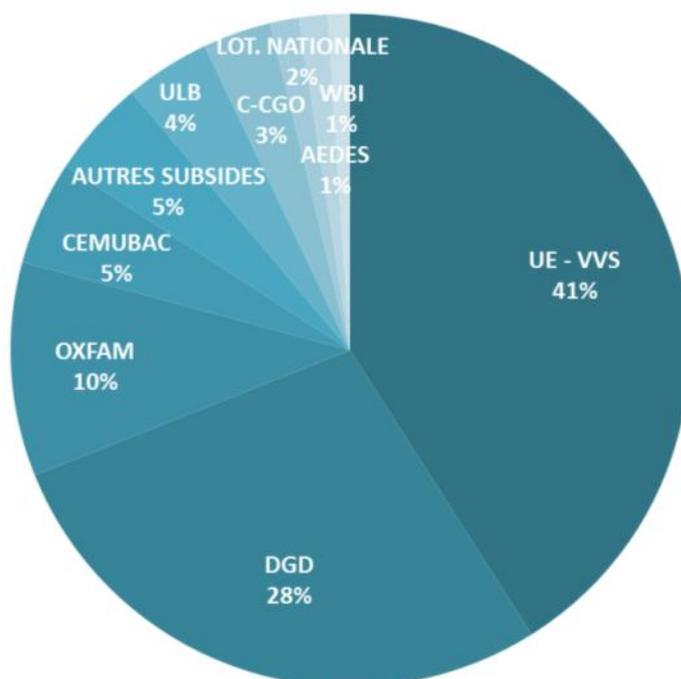
Le bilan, établi au 31 décembre 2014, c'est-à-dire après le transfert de la branche d'activité du SLCD, montre un bénéfice de 13.569 €. Le bénéfice reporté est de 894.999 € et les liquidités de l'ASBL hors projet de 600.125 €. Le graphique ci-dessous montre qu'après la grosse chute d'activité rencontrée en 2011 due à la fin concomitante de deux projets importants, le volume financier glo-

bal des projets mis en œuvre poursuit sa remontée (ces chiffres n'incluent pas les projets du SLCD). La belle augmentation observée en 2014 est due à l'obtention des deux projets de l'Union européenne concernant la formation des médecins et du personnel paramédical pour une meilleure prise en charge des victimes des violences sexuelles (voir pages 12 et 13).

Évolution des subsides par bailleurs de fonds (€)



Répartition des sources de financement pour le budget des actions 2014



## Les financement en 2014

Les projets mis en œuvre en 2014 ont bénéficié de fonds provenant de la **Coopération belge**, de l'**Union européenne**, d'**Oxfam-Novib** et de la **Loterie nationale**.

Les fonds mobilisés par le CEMUBAC pour assurer sa part de cofinancement dans le budget de certains projets proviennent :

- De la dotation annuelle apportée par l'**Université libre de Bruxelles** ;
- D'**Oxfam-Novib** ;
- D'un don important de l'Agence européenne pour le développement et la santé (**AEDES**) ;
- De **Wallonie-Bruxelles international** qui met à disposition des ONG une ligne de financement permettant de cofinancer les projets ;
- Des recettes générées par les missions d'expertise réalisées par les cadres du CEMUBAC, du CEMUBAC-Congo et les experts extérieurs ;
- Des dons offerts par les particuliers.



## Obtention de l'agrément de la Coopération belge pour ULB-Coopération

Le 25 avril 2014 paraissait enfin l'Arrêté royal concernant la subvention des acteurs de la coopération non gouvernementale. Il confirmait les modalités du processus de sélection des ONG agréées pour bénéficier des cofinancements de type « programme » de la Coopération belge (DGD).

La première étape de la sélection a été l'introduction, le 28 décembre 2014, d'un plan stratégique à 10 ans (voir ci-contre) au nom d'ULB-Coopération. Ce plan a été déclaré administrativement acceptable par la DGD.

Les étapes suivantes pour l'obtention de l'agrément sont la validation du contenu du plan stratégique et la réussite d'un « screening », organisé par l'administration, visant à mesurer le niveau de maîtrise de l'organisation.

Un bureau a été recruté par la DGD pour définir les critères précis qui seront utilisés durant le screening. Un second bureau sera recruté pour effectuer le screening proprement dit auprès des ONG, durant le second semestre 2015.

Au moment d'élaborer ce rapport, ni les critères exacts qui seront utilisés ni le timing du screening ne sont connus.

# ULB-Coopération

## Les étapes de la création d'ULB-Coopération

En février 2014, les experts d'Abeo mandatés pour évaluer la faisabilité d'un rapprochement entre le SEDIF, le SLCD et le CEMUBAC rendaient leur rapport. D'après eux, au vu de l'évolution du secteur de la coopération, le statu quo n'était pas envisageable et un rapprochement devait être opéré, soit sous la forme de l'absorption d'une structure par l'autre, soit par la fusion des deux structures dans une troisième et nouvelle structure.

Suite à ce rapport, il était décidé que tout devait être mis en œuvre pour que fin 2014 existe une nouvelle ONG de service, fortement liée à l'ULB et regroupant les activités et les acteurs de trois ONG. Cette ONG devait être capable de déposer fin décembre 2014 un dossier convainquant auprès de la Direction Générale au Développement (DGD) pour obtenir l'agrément permettant de bénéficier des financements de coopération proposés par la coopération belge.

Pour relever ce défi avec succès, le travail a été organisé en 5 chantiers, placés sous la responsabilité de personnes issues des 3 ONG :

1. Création administrative de la structure : modalités de regroupement, obligations légales... ;
2. Définition du contenu : vision, missions, domaines d'action... ;
3. Définition de l'organisation : organigramme, description fonctions... ;
4. Logistique : bureau, informatique ;
5. Communication.

De nombreux moments de concertation ont été organisés avec l'appui du Service des Relations internationales de l'ULB. Un questionnaire a été envoyé aux membres de la communauté

universitaire et aux partenaires. Un forum permettant les échanges d'informations a été mis en ligne. Quatre séances d'informations ont été organisées avec les représentants des Facultés. Plusieurs contacts et réunions d'échanges ont été organisés avec les responsables de la DGD pour assurer leur appui au processus. Un comité de direction a été mis en place et a suivi hebdomadairement le déroulement des 5 chantiers.

Mi-avril le principe d'absorption d'une entité par une autre était acquis. Début mai, le nouveau nom était choisi. En août 2014, l'équipe et les activités du SEDIF étaient transférées au CEMUBAC. En décembre 2014, c'était au tour de la branche d'activité « Formulation, gestion et suivi de programme et de projets de développement » du SLCD d'être transférée au CEMUBAC (équipe, avoirs et activités). Ce transfert a immédiatement été suivi par le changement de nom et des statuts du CEMUBAC afin qu'il devienne ULB-Coopération. La composition des instances de décisions (AG et CA) a été modifiée pour représenter équitablement l'Université et les trois ONG fondatrices.

ULB-Coopération a officiellement vu le jour le 9 décembre 2014. Le 15 janvier 2015, les équipes se regroupaient temporairement des bureaux de la rue des Pierres.

Le SLCD, bien que vidé de son personnel et de ses moyens, subsistera jusqu'à la fin des subventions de projets dont il bénéficie. Une convention de collaboration a été signée entre le SLCD et ULB-Coopération dans laquelle cette dernière s'engage à assurer le suivi technique et administratif de ces projets.

### UNE DYNAMIQUE PARTICIPATIVE

Le processus d'élaboration du plan stratégique d'ULB-Coopération a fait l'objet d'une large consultation auprès des partenaires, des acteurs de l'Université et des membres des ONG fondatrices. Ce processus, entamé en mars 2014, a été nourri par les expériences de chacun et des écrits de référence. Le consensus final a été obtenu de façon itérative en alternant réunions de brainstorming, questionnaires en ligne et échanges de courriels. Le plan stratégique qui en a résulté définit la vision, les missions, la valeurs et la stratégie d'ULB-Coopération en termes de modèle de coopération, de groupes cibles, de thématiques développées et de pays d'intervention. Il décrit également comment sera organisé ULB-Coopération, quels sont ses principes de management. Il décrit les grandes lignes de la politique de gestion des ressources humaines et de la politique financière. Il présente les principes des systèmes de contrôle interne et externe.

### LA VISION

Les **acteurs de changement** construisent une société civile forte, des services publics fonctionnels et un secteur privé responsable en vue du **développement durable**, de sociétés respectueuses des droits **fondamentaux** et de **relations internationales équitables**.

### LES MISSIONS

Avec les acteurs de changement, ULB-Coopération :

- **Co-crée des espaces** permettant le changement ;
- Stimule et alimente la **recherche** l'innovation et la créativité ;
- Promeut les **échanges de savoirs** entre acteurs de changement.

### LES GROUPES CIBLES

Les actions menées devront participer à la création d'un bon équilibre entre des **institutions publiques** légitimes et fonctionnelles, une **société civile** forte et un **secteur privé** responsable.

### LES ACTEURS

Le **partenaire local**, est le moteur du changement. Il est le mieux placé pour identifier, élaborer et mettre en œuvre des projets collec-

tifs porteurs de changements durables.

**ULB-Coopération** veille à l'appuyer en participant à la mise en place des conditions nécessaires au développement de ses capacités d'initiative, d'innovation et d'action.

L'**Université** apporte une expertise pointue. Elle joue un rôle essentiel dans les actions de formation et de recherche.

### LES THÉMATIQUES

ULB-Coopération entend développer son expertise dans les domaines de :

- Gestion des territoires & des ressources ;
- Santé & système de santé ;
- Appui à l'entrepreneuriat & à la gestion ;
- Éducation & citoyenneté critique.

### LES PAYS

Elle va prioritairement développer ses activités au Burkina-Faso, Burundi, Cameroun, République démocratique du Congo et Sénégal.



### REMERCIEMENTS

Le défi de la création d'ULB-Coopération était difficile. Il a été tenu grâce à l'implication et la détermination de nombreuses personnes issues des ONG fondatrices et de l'ULB. Les citer toutes est impossible. En citer certaines est un exercice subjectif et délicat. Nous ne citerons donc ici que ceux qui après avoir appuyé durant de longues années le développement du CEMUBAC ont accompagné le processus puis accepté de laisser leur place au sein de l'Assemblée générale pour permettre la création d'ULB-Coopération. C'est avec beaucoup de reconnaissance que nous tenons donc à remercier **M. Verhaegen** (Président sortant), **M. Hennart** (Vice-président sortant), **MM Jaumotte, Nicolai, Bernaerts et Thilly**.

**ULB-Coopération asbl**

Avenue F.D. Roosevelt 50, CP 266  
1050 Bruxelles  
Belgique

Tél : +32 2 650 6100

contact@ulb-cooperation.org

## Contacts 2015

Bruxelles (adresse mail = prénom (sans tiret).nom@ulb-cooperation.org)

Alain Wodon	Directeur	+ 32 (0)2 650 61 01
Anne Depret	Responsable des opérations	+ 32 (0)2 650 61 03
Christine de Mathelin	Responsable financière	+ 32 (0)2 650 61 02
Vincent Litt	Responsable recherche-innovation	+ 32 (0)2 650 61 03
Fatima Baeyoud	Secrétariat	+ 32 (0)2 650 61 00

RDC, Kinshasa

Jean-Marie Ngbenga	Coordinateur Kinshasa	+ 243 999 448 431
Pierrot Shamashanga	Chef de projet	+ 243 995 305 623
Sylvie Mushagulasa	Chargé d'administration	
Aline Tumagene	Secrétariat, comptabilité	

RDC, Nord-Kivu

Jean-Bosco Kahindo	Coordinateur Nord-Kivu	+ 243 998 165 779
Yvette Sivanzire	Chargé d'administration	
Jérôme Fazili	Gestionnaire des hôpitaux	+ 243 998 225 764

RDC, Sud-Kivu

Esto Bahizire	Coordinateur Sud-Kivu	+ 243 813 148 592
---------------	-----------------------	-------------------

### DERNIÈRES INFORMATIONS—1<sup>ER</sup> SEMESTRE 2015

La journée de la coopération organisée le 11 mars à l'ULB a été consacrée au lancement officiel d'ULB-Coopération.

Fin mai, une séance d'information a été organisée par le DGD concernant le déroulement du screening. Il s'agissait en fait de la présentation des conclusions du travail effectué par le bureau chargé de la préparation des critères qui seront proposés pour le screening. Les éléments présentés sont restés assez vagues et n'ont pas encore été validés par l'administration. Début juin, les ONG n'ont encore aucune certitude concernant le déroulement du screening.

La réforme de la coopération en cours n'est pas terminée. Déjà le nouveau ministre, M. De Croo, fait de nouvelles propositions pour, une fois encore, améliorer l'efficacité de l'aide. Les dossiers introduits auprès du Fonds belge de survie sont bloqués pour une durée indéterminée. Tout le travail colossal produit par les ONG pour l'élaboration des « analyses contextuelles communes » de 48 pays (imposée pour l'obtention de l'agrément) sera peut-être inutile pour 30 de ces pays...

La guerre civile gronde au Burundi et dans la nuit de 1<sup>er</sup> au 2 juin, on a encore tiré dans les rues de Goma.

### LES MOUVEMENTS EN 2014

#### Sur le terrain

Le Dr Serge Ngaima a rejoint notre équipe au Nord-Kivu comme assistant technique au sein du programme DGD. Il est en appui à la zone de santé de Kirotshe.

#### À Bruxelles

L'équipe a été renforcée au mois d'août par l'arrivée, en provenance du Sedif, de Mme Fatima Baeyoud en charge du secrétariat et de Mlle Julia Malaise, en charge des projets d'éducation au développement. Fin de l'année, c'est officiellement toute l'équipe du SLCD qui a rejoint le CEMUBAC devenu alors ULB-Coopération. Il s'agit de :

- Anne Depret, responsable des opérations ;
- Christine de Mathelin, responsable administrative et financière ;
- Laurence Hanon, chargée de projet ;
- Thierry de Coster, chargé de projet ;
- Graziella Barry, chargée de communication ;
- Qamar Belkorchi, secrétariat.

