

Étude exploratoire de la pratique évaluative dans le secteur de la santé en république démocratique du Congo

Valentia Mfumu Kandukulu 

Faculté de santé publique, Université catholique de Louvain

Elisabeth Paul 

École de santé publique, Université libre de Bruxelles

RÉSUMÉ

Cette étude a pour objectif de décrire les caractéristiques de la pratique évaluative dans le secteur de la santé en République démocratique du Congo (RDC) et d'en proposer une analyse critique. Pour ce faire, une approche qualitative a été adoptée, combinant dix entretiens individuels semi-dirigés menés auprès de consultants nationaux en santé publique et d'acteurs du système de santé, ainsi que deux discussions de groupe réunissant onze professionnel·les congolais·es inscrit·es à un master de spécialisation en évaluation en Belgique. Les données primaires ont été analysées selon une démarche qualitative structurée autour des principaux thèmes émergents, puis complétées par une analyse documentaire de douze rapports d'évaluation de politiques et interventions sanitaires réalisés entre 2011 et 2022 à partir d'une grille d'analyse préétablie. Les résultats mettent en évidence une pratique évaluative caractérisée par une forte hétérogénéité de qualité et une dépendance importante à l'égard des bailleurs de fonds, la majorité des rapports examinés ne répondant pas aux standards internationaux en matière d'évaluation. L'étude souligne également la faiblesse des capacités nationales en évaluation ainsi qu'une appropriation limitée des processus évaluatifs, entraînant une utilisation restreinte des résultats produits. En conclusion, l'institutionnalisation de la pratique évaluative apparaît comme une condition



Les auteur·rices conservent le droit d'auteur. Les articles sont publiés sous la licence [Creative Commons Attribution – Utilisation non commerciale 4.0 International \(CC BY-NC 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). Cette licence autorise toute personne à partager l'œuvre (copier, distribuer, transmettre) et à l'adapter sans frais

ni demande d'autorisation supplémentaire, à condition d'indiquer correctement la publication initiale dans la revue et, en cas de réutilisation ou de distribution, de rendre clairement visibles les termes de cette licence.

essentielle pour renforcer la culture de l'évaluation et soutenir une prise de décision fondée sur des données probantes, tandis qu'un investissement durable dans la formation et le renforcement des capacités constitue un levier majeur pour assurer la consolidation et la pérennité des pratiques évaluatives en RDC.

Mots clés : république démocratique du Congo, évaluation, pratiques évaluatives, secteur de la santé, étude qualitative

ABSTRACT

This study aims to describe the characteristics of evaluation practice in the health sector in the Democratic Republic of the Congo (DRC) and to provide a critical analysis of this practice. A qualitative approach was adopted, combining ten semi-structured interviews conducted with national public health consultants and health system actors, as well as two focus group discussions involving eleven Congolese public health professionals enrolled in a specialized master's program in evaluation in Belgium. These primary data were complemented by a documentary analysis of twelve evaluation reports on health policies and interventions conducted between 2011 and 2022, using a predefined analytical framework. The findings reveal an evaluation practice characterized by heterogeneous quality and strong dependence on donors, with most of the reviewed reports failing to meet international evaluation standards. The study also highlights limited national evaluation capacities, resulting in weak ownership of evaluation processes and limited use of evaluation findings. In conclusion, the institutionalization of evaluation practice appears essential to strengthen the evaluation culture and promote evidence-based decision-making, while sustained investment in training and capacity building remains crucial to improving and ensuring the sustainability of evaluation practice in the DRC.

Keywords: Democratic Republic of Congo, evaluation, evaluation practice, health sector, qualitative study

Correspondance à l'auteure : Mfumu Kandukulu Valentia, Université catholique de Louvain, Bruxelles, Belgique. valentia.mfumu@uclouvain.be

INTRODUCTION

Les systèmes de santé contemporains sont confrontés à de multiples défis liés à la qualité, à l'équité et à l'efficacité des services offerts à la population (Katoue et al., 2022; Roncarolo et al., 2017). Dans ce contexte, le suivi et l'évaluation des politiques et interventions de santé constituent des leviers essentiels pour démontrer les résultats obtenus, assurer la redevabilité et orienter la planification stratégique (Organisation Mondiale de la santé & International Health Partnership, 2011). La pratique évaluative repose sur des principes méthodologiques codifiés, dont les critères du Comité d'aide au développement (CAD) de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) – pertinence,

efficacité, efficience, impact, durabilité et cohérence – qui servent de cadre de référence international (Réseau du CAD de l'OCDE sur l'évaluation du développement (EvalNet), 2018). Si les normes internationales visent à harmoniser les pratiques et à garantir la qualité des évaluations, leur application demeure inégale, notamment dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Les pays africains bénéficient de nombreuses aides extérieures pour soutenir leur système de santé, mais l'efficacité de ces interventions reste souvent difficile à démontrer (Ramasmamy et al., 2016; Ridde et al., 2012). Soumis à des restrictions budgétaires, les décideur·euses politiques doivent optimiser la gestion des ressources et s'assurer que les interventions sont non seulement pertinentes, mais aussi efficaces. Cependant, ces interventions ne reposent pas toujours sur des données probantes adaptées aux contextes locaux, ce qui souligne l'importance d'une pratique évaluative rigoureuse et de qualité (Durlak & DuPre, 2008; Morra Imas & Rist, 2009; Ridde & Dagenais, 2012).

L'évaluation en santé est une pratique codifiée par des normes et des règles, notamment celles du Groupe des Nations Unies pour l'évaluation. Ces principes ont été complétés dans le Manuel de la pratique évaluative de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui prône l'instauration d'une culture évaluative à tous les niveaux du système de santé.

En Afrique subsaharienne, malgré la création en 1999 de l'Association africaine d'évaluation (AfrEA; <https://afrea.org>) et la diffusion des normes du Groupe des Nations Unies pour l'évaluation (Groupe des Nations Unies pour l'évaluation, 2017; World Health Organization, 2013), les progrès restent limités. Les évaluations sont souvent commanditées par les bailleurs de fonds que par les institutions nationales, ce qui restreint leur utilité pour le pilotage des politiques publiques (Konkobo, 2013; Nnaji et al., 2021).

En République démocratique du Congo (RDC), la pratique évaluative demeure fragmentée et largement dépendante de l'aide internationale. Bien que le plan national de développement sanitaire prévoie un dispositif de suivi et d'évaluation intégré, la mise en œuvre reste partielle et peu systématique. Les rapports d'évaluation, souvent non diffusés au-delà des bailleurs et mandataires peinent à influencer la prise de décision et la planification sanitaire.

Dans ce contexte, cette étude poursuit un double objectif : décrire les principales caractéristiques de la pratique évaluative dans le secteur de la santé en RDC et analyser de manière critique les conditions de sa mise en œuvre. L'étude vise, en définitive, à identifier les freins à l'institutionnalisation de l'évaluation et à formuler des pistes de solutions pour renforcer son intégration au sein du système de santé congolais.

MÉTHODOLOGIE

Approche méthodologique

L'étude adopte une démarche qualitative permettant d'explorer en profondeur la pratique évaluative dans le secteur de la santé en RDC. Elle s'appuie sur des données empiriques diversifiées, issues des perceptions d'acteur·rices impliqué·es dans l'évaluation des politiques et programmes de santé publique et de l'analyse de rapports produits entre 2011 et 2022. Cette triangulation méthodologique offre une compréhension à la fois contextuelle et systémique du phénomène étudié.

Méthodes de collecte des données

Les données ont été collectées à partir de deux principales sources : des entretiens qualitatifs et une analyse documentaire.

D'une part, dix entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés, dont neuf à distance, avec des consultants nationaux (tous de sexe masculin) spécialisés en santé publique. D'autre part, deux discussions de groupe ont été conduites avec des professionnel·les de santé congolais·es inscrit·es au Master de spécialisation en analyse et évaluation des politiques, programmes et système de santé internationale organisé par deux universités belges, pendant l'année académique 2022-2023 (*Annexe 1*). L'Université libre de Bruxelles (ULB) et l'Université catholique de Louvain (UCLouvain) sont les deux universités qui coorganisent une formation orientée vers les problèmes des pays à faible et moyen revenu destinée à des professionnel·les qui peuvent justifier au moins deux ans d'expérience en santé publique dans leur pays. Ces étudiant·es ont été invité·es à partager un regard critique sur la pratique évaluative en RDC, en mobilisant à la fois leur expérience professionnelle et leur acquis de formation, afin de nuancer les perspectives des consultants. Bien qu'en début de formation, ces professionnel·les ont fait preuve d'un esprit critique durant les entretiens en faisant très souvent un parallèle entre la théorie en cours d'apprentissage et les réalités vécues sur le terrain. Les entretiens individuels et les discussions de groupe ont été conduits en français par la première auteure à l'aide de guides préétablis (*Annexe 2*). Les principaux thèmes couverts durant les entretiens sont : les types d'évaluation, les acteur·rices, la formation et les compétences des évaluateur·rices, l'appropriation des processus et l'utilisation des évaluations.

L'ensemble des échanges a été enregistré, avec le consentement oral explicite des participant·es, qui ont été informé·es des garanties de confidentialité et d'anonymat.

En complément, douze rapports d'évaluations réalisées dans le secteur de la santé de 2011 à 2022, période durant laquelle la RDC disposait, à chaque quinquennat, d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) assorti d'un plan intégré de suivi-évaluation, ont été collectés. Cette collecte s'est faite auprès des personnes ayant participé aux entretiens et discussions de groupe.

Considérations éthiques

Cette recherche qualitative, conduite dans le cadre d'un mémoire de master en santé publique, reposait sur des entretiens auprès d'étudiant·es et de consultants en évaluation. Bien qu'aucune approbation formelle par un comité d'éthique n'ait été obtenue, l'étude présentait un risque minimal pour les participant·es et ne portait pas sur des informations sensibles.

Les principes éthiques fondamentaux, respect des personnes, bienfaisance et justice, ont été appliqués. Un consentement éclairé a été obtenu avant chaque entretien, la participation était volontaire, et les participant·es pouvaient se retirer à tout moment. Aucune donnée nominative n'a été collectée, et les informations ont été traitées de manière strictement confidentielle.

Échantillonnage

L'échantillonnage des consultants s'est fait en boule de neige, tout en cherchant à diversifier les sources. Deux points d'entrée ont été privilégiés : d'une part, un responsable du système de santé congolais ayant fourni une première liste de spécialistes nationaux·ales de l'évaluation; d'autre part, une organisation non gouvernementale (ONG) belge active dans le domaine de la santé, ayant indiqué collaborer avec des évaluateur·rices congolais·es. La convergence des noms obtenus à partir de ces deux sources a confirmé la saturation du champ d'identification.

Au total, dix consultants ont accepté de participer à l'étude. Les entretiens ont été conduits jusqu'à l'atteinte de la saturation des données empiriques, c'est-à-dire l'absence d'émergence de nouvelles informations significatives.

Par ailleurs, onze étudiant·es congolais·es inscrit·es au programme de master ont pris part aux deux discussions de groupe : cinq dans la première, six dans la seconde. Ces échanges collectifs ont permis de faire émerger des représentations partagées, mais aussi des divergences de perception sur les pratiques évaluatives observées dans le pays.

Concernant les rapports documentaires, trente-cinq rapports dits d'« évaluation » ont été initialement recueillis. Après application de critères d'inclusion stricts, présence d'objectifs et/ou de questions d'évaluation, existence d'une méthodologie clairement définie, et caractère finalisé du rapport, douze rapports ont été retenus pour l'analyse (*Annexe 3*). Les deux évaluations du PNDS ont été incluses d'office en raison de leur importance stratégique, tandis que les rapports provisoires ou non pertinents ont été exclus.

Analyse des données

Les enregistrements audios entretiens et discussions de groupe ont été intégralement retranscrits, puis soumis à une analyse thématique inductive. Deux cycles de codage manuel ont été effectués : un codage ouvert, attribuant un code à chaque unité de sens, suivi d'un codage axial, permettant de regrouper les catégories partageant des significations proches.

Cette procédure a permis de dégager des thématiques récurrentes et de structurer les résultats autour des dimensions clés de la pratique évaluative en RDC.

L'analyse documentaire des rapports d'évaluation a été conduite à partir d'une grille inspirée du cadre élaboré par Souratié et al. (2021), initialement développé pour une étude similaire au Burkina Faso (*Tableau 1*). Cette grille d'analyse reprend plusieurs critères d'appréciation de la qualité des évaluations tels que définis par l'OCDE. Les caractéristiques principales de ces rapports analysés sont reprises en annexe 4.

Avant d'appliquer la grille d'analyse, une description générale de la pratique évaluative a été réalisée, mettant en évidence les types d'évaluations conduites, les acteur·rices impliqué·es, le niveau de formation et de compétence des évaluateur·rices ainsi que l'appropriation et la diffusion des résultats. Le croisement des données issues des entretiens, des discussions et des rapports a permis d'assurer une triangulation analytique, renforçant ainsi la robustesse et la validité des conclusions.

Au cours de ces entretiens, plusieurs nouveaux thèmes pertinents (recrutement des évaluateur·rices, capacités évaluatives) ont émergé de façon récurrente aussi bien avec les consultants que les étudiant·es. Ces thèmes ont ainsi été inclus dans l'analyse étant donné leur pertinence dans l'analyse critique de la pratique évaluative en RDC.

Tableau 1 : Critères retenus pour l'analyse des rapports d'évaluation.

Critères	Définition
Satisfaction de la demande	Les questions d'évaluation et/ou les objectifs affichés sont conformes aux termes de référence.
Justification de la méthode	La méthode d'évaluation et les choix méthodologiques sont critiqués. Les limites de la méthodologie et les lacunes sont présentées ainsi que leur incidence sur les résultats.
Fiabilité des données	Les biais pouvant émaner des informations collectées sont analysés et des stratégies visant à réduire ces biais sont proposées et utilisées.
Fiabilité et précision des sources d'information	Toutes les sources d'informations (documents ou personnes) sont décrites de manière critique et détaillée. Le rapport contient une liste complète des personnes interrogées et des documents sans que cela nuise au respect de la vie privée et à la confidentialité.
Solidité de l'analyse	Les biais en lien avec la stratégie d'analyse sont discutés, ainsi que leurs conséquences sur la validité de l'analyse. Les constats, les conclusions, les recommandations et les enseignements sont présentés distinctement.
Crédibilité des constats	Les facteurs contextuels et leur influence sur l'intervention évaluée (ainsi que la démarche évaluative) sont mis en évidence. Les biais dans le choix des hypothèses interprétatives et les extrapolations faites sont analysés et leurs conséquences explicitées.
Validité des conclusions	Les conclusions sont basées sur l'analyse des constats et sont présentées selon leur importance, en rapport avec la globalité de l'intervention évaluée, et intègrent les relations entre le contexte et l'intervention.
Utilité des recommandations	Les recommandations sont hiérarchisées et opérationnalisables. Elles sont clairement distinctes des enseignements.
Clarté des rapports	Le rapport est bien structuré. Le résumé est opérationnel, reprenant les principales constations, conclusions et recommandations ainsi que tout enseignement tiré

Source : Auteures, inspiré de Souratié et al. (Souratié et al., 2021)

RÉSULTATS

Caractéristiques de la pratique évaluative dans le secteur de la santé en RDC

Types d'évaluation

L'analyse des douze rapports d'évaluation montre une prédominance d'évaluations ex-post (huit sur douze), majoritairement sommatives, centrées sur l'atteinte des objectifs et la reddition de comptes aux bailleurs. Quatre rapports portaient sur des évaluations intermédiaires, tandis qu'aucune évaluation ex-ante n'a été recensée. Cette absence est confirmée par les consultants interrogés.

Ces évaluations sont le plus souvent initiées et financées par des partenaires extérieurs, même lorsqu'elles sont inscrites dans les plans nationaux. Elles visent principalement les résultats et la performance des programmes, alors que seules trois abordaient les processus de mise en œuvre (Kabore & Ngo Bebe, 2022; Karemere & Makali, 2021; Mukalay wa Mukalay, 2020). Un consultant souligne le manque d'analyse explicative : « On ne cherche pas à comprendre quels sont les mécanismes en fait qui font qu'effectivement une intervention marche ou ne marche pas. » (consultant 9)

Ces propos révèlent une culture évaluative encore centrée sur la mesure des résultats plutôt que sur la compréhension des dynamiques d'action.

Acteur·rices de l'évaluation

Les évaluations mobilisent une pluralité d'acteur·rices selon les projets, les bailleurs et les institutions commanditaires. Les évaluations pilotées par le gouvernement impliquent les autorités politico-sanitaires mais la mise en œuvre est largement confiée à des consultant·es externes, perçu·es comme garant·es de neutralité et d'indépendance. Une seule évaluation a été réalisée en interne (CARE International, département Monitoring, Evaluation, Accountability and Learning).

Plusieurs évaluations ont été menées conjointement par des consultant·es externes et les bailleurs (Banyombo et al., 2012 ; Bazira et al., 2018 ; Kayembe Kalambayi, 2015 ; Sani & Lutula, 2011). Huit consultants ont confirmé la préférence pour les évaluations externes : « Si on le fait soi-même, on a toujours un certain biais qu'on introduit [...] il faut une évaluation externe, quelqu'un de plus ou moins neutre qui vient finalement essayer de vous évaluer. » (consultant 6)

Les consultant·es sont souvent des expert·es nationaux·ales et/ou internationaux·ales, ces dernier·es étant privilégié·es pour leur expérience et la crédibilité qu'ils·elles confèrent aux résultats (Banyombo et al., 2012; Bazira et al., 2018). L'expertise locale, bien que précieuse pour l'ancrage contextuel, reste peu concurrentielle au niveau national et international,

comme l'illustre cet extrait : « Nous ne faisons que les travaux sur le plan national et du coup ça ne nous donne pas cette capacité-là de rayonner à l'extérieur. » (consultant 3)

Recrutement des évaluateur-rices

Ce thème est apparu spontanément dans les entretiens comme un frein majeur à la qualité des évaluations. Les termes de référence (TDR) constituent la voie principale de sélection, mais les critères financiers influencent souvent les décisions, au détriment de la rigueur méthodologique, comme l'ont rapporté sept des dix personnes interrogées ainsi que les participant-es aux deux discussions de groupe : « La tendance, c'est souvent de donner le marché à celui qui va présenter un projet qui coûte moins cher, sans nécessairement regarder la qualité ou le design de l'intervention. » (consultant 9)

Si la procédure d'appel d'offres est la plus courante, des recrutements restreints ou de gré à gré sont également pratiqués, comme l'explique un consultant : « [Il] n'y a pas une obligation à soumettre toujours en appel d'offre. [...] Les projets ont aussi un mode de recrutement des experts par appel à candidatures restreints [...] » (consultant 7)

Cependant, plusieurs participant-es ont dénoncé des biais liés au favoritisme, au manque de transparence et au népotisme dans le processus de recrutement : « Le frein c'est au niveau du recrutement... c'est parfois par la famille, par la tribu. » (consultant 4)

Formation des évaluateur-rices

La plupart des acteur-rices impliqué-es dans l'évaluation ne possèdent ni diplôme ni qualification formelle dans ce domaine, leurs compétences reposant principalement sur l'expérience thématique en santé publique et la pratique, comme le souligne un-e participant-e : « S'il y a des évaluateurs qui ont suivi une formation formelle [...] il y en a très peu, la plupart c'est au fil des années, en pratiquant, qu'ils ont acquis ces compétences. » (étudiant-e 3)

Le mentorat constitue un vecteur essentiel de transmission des savoirs, comme l'illustre ce propos : « J'ai été initié par des aînés au Congo [...] ils m'ont donné le gros de l'expérience pratico-pratiques, pas vraiment des cours théoriques. » (consultant 7)

Plusieurs étudiant-es ont souligné la nécessité d'une formation diplômante pour renforcer les compétences locales, tandis que d'autres notent une confusion persistante entre évaluation, suivi et revue d'activités.

L'évaluation est souvent perçue comme une opportunité lucrative plutôt qu'une discipline professionnelle à part entière, comme le résume un consultant : « Mais du moins, on sait [...] que derrière l'évaluation, il y a la rémunération. » (consultant 10)

Capacités évaluatives

Les capacités nationales en évaluation demeurent limitées. La majorité des participant-es jugent ces compétences insuffisantes ; seul un consultant les qualifie d'avancées : « Les capacités en termes d'évaluation en RDC sont faibles. » (consultant 9)

Les évaluations mobilisent majoritairement des consultant·es internationaux·ales (sept sur douze rapports). Les évaluateur·rices qualifié·es se concentrent à Kinshasa, formant un cercle restreint, vieillissant et peu renouvelé : « Tu vas retrouver les mêmes noms [...] Peut-être j'suis le plus jeune dans tout dans ça [...] c'est des vieux. » (consultant 7)

Il n'existe pas de société nationale d'évaluation ni de cadre institutionnel permettant de structurer la profession. Les écoles de santé publique jouent un rôle partiel, sans formalisation de cette pratique : « Des sociétés comme telles ! Je pense qu'il en existe, c'est d'abord des écoles de santé publique [...] Mais il n'y a pas de sociétés spécialisées pour les évaluations de programmes de santé en RDC. » (consultant 4)

Les compétences locales, lorsqu'elles atteignent un niveau élevé, sont souvent captées par les organisations internationales, fragilisant les ressources internes, comme le souligne un consultant : « Les capacités nationales existent [...] mais des gens qui quittent le gouvernement pour aller dans les organisations internationales. » (consultant 10). Par ailleurs, plusieurs participant·es soulignent un déficit d'indépendance des évaluations, compromettant la crédibilité des résultats produits : « Cette indépendance-là manque aux évaluations ce qui fait que le travail qu'on produit peut être suivi par des questions. » (étudiant·e 6)

Appropriation des évaluations

Pilotage des évaluations

Les bailleurs de fonds demeurent les principaux commanditaires des évaluations en RDC. Seules trois des douze évaluations analysées ont été initiées par le Ministère de la Santé publique via la Direction des études et de la planification (DEP) (Bazira et al., 2018; Kayembe Kalambayi, 2015; Sani & Lutula, 2011), comme le rappelle un consultant : « La mission de la DEP, c'est [...] évaluer les projets, les programmes [...] pour générer les évidences pour la planification. » (consultant 10)

Ce mandat reste toutefois théorique, faute de moyens et de compétences techniques, comme le souligne un consultant : « La DEP [...] ont cette vision-là de centraliser les évaluations, mais ils ne le font pas [...] je pense, qu'ils n'ont pas des capacités techniques. » (consultant 2)

Appropriation des évaluations

Les participant·es dénoncent une faible appropriation des évaluations par les autorités, attribuée à un déficit de culture de redevabilité et d'évaluation, comme l'illustrent ces propos : « L'État ne s'approprie pas vraiment de ce domaine-là [...] c'est le même bailleur qui finance le projet et c'est encore, ce même bailleur qui finance l'évaluation. » (étudiant·e 2) et « C'est aussi un problème culturel donc nous n'avons pas encore intériorisé la culture de l'évaluation à tous les niveaux du système de santé. » (consultant 9).

Aucune évaluation n'a été identifiée comme financée ou co-financée par le gouvernement congolais, les bailleurs internationaux restant les principaux pourvoyeurs de fonds, comme

le souligne un consultant : « Je n'ai pas encore vu un programme qui a été évalué avec l'argent du gouvernement congolais. » (consultant 5)

Diffusion des résultats

Seuls trois rapports mentionnent des modalités de diffusion et/ou restitution des résultats (Département MEAL de CARE International, 2019; Kabore & Ngo Bebe, 2022; Sani & Lutula, 2011).

Dans la majorité des cas, la diffusion reste interne aux bailleurs et exclut les acteur·rices de terrain et bénéficiaires. Les rapports sont souvent traités comme des documents confidentiels, ce qui limite leur utilisation pour la planification, comme le souligne un·e étudiant·e : « Les rapports peuvent être bons mais après dans quel tiroir on les classe [...] on ne va plus l'utiliser pour les planifications ultérieures. » (étudiant·e 6)

Certain·es participant·es y voient une réticence politique au changement : « Les dirigeants peuvent parfois être hostiles à ce changement, ils peuvent torpiller le changement qu'on pourrait proposer dans l'évaluation. » (consultant 4)

Analyse critique de la qualité des évaluations

Satisfaction de la demande

L'examen des rapports montre que les évaluations répondent rarement pleinement aux attentes des commanditaires. Seuls deux rapports de notre échantillon satisfont clairement aux exigences formulées dans les termes de référence (TDR) (Kayembe Kalambayi, 2015; Sani & Lutula, 2011). Dans la majorité des cas, les livrables s'éloignent des objectifs initiaux, reflétant des contraintes méthodologiques, temporelles et financières.

Termes de référence

Les TDR, souvent rédigés par les bailleurs ou les institutions mandataires, fixent des délais courts généralement entre un à six mois, qui limitent la rigueur méthodologique, comme l'illustre ce propos : « Souvent le grand challenge, c'est le temps [...] ils vous donnent trois semaines pour faire le terrain [...] ils vous donnent cinq critères d'évaluation vous faites comment dans trois semaines, c'est impossible. » (consultant 7)

Ces délais restreints compromettent la profondeur analytique et la validité des constats.

Questions et critères d'évaluation

Les questions et critères orientant l'évaluation sont souvent imprécis ou incomplets. Seuls quatre rapports de notre échantillon formulent clairement des questions d'évaluation alignées sur les objectifs (Banyombo et al., 2012; Bazira et al., 2018; Karemere & Makali, 2021; Monti & Kante, 2020). Dans plusieurs cas, les critères d'évaluation, généralement inspirés de ceux de l'OCDE, ne sont pas explicités, ou apparaissent sans lien direct avec les questions posées.

Certaines évaluations se limitent à une description ou à une simple mesure de la performance, sans dimension analytique. Trois rapports ne précisent aucun critère d'évaluation (Département MEAL de CARE International, 2019; Djemo, 2021; Sani & Lutula, 2011).

Justification de la méthode

La justification des choix méthodologiques reste marginale. La plupart des rapports analysés adoptent une approche mixte (quantitative et qualitative), souvent sans explication détaillée. Trois rapports seulement explicitent le recours à la triangulation pour renforcer la validité des résultats (Djemo, 2021; Karemere & Makali, 2021; Monti & Kante, 2020), comme le soulignent deux consultants : « La méthodologie dépend des objectifs de l'évaluation [...] être sûr que c'est une méthode qui vous permet d'arriver aux résultats escomptés. » (consultants 4 et 6)

L'usage du qualificatif « mixte » semble parfois davantage lié à la conformité aux standards internationaux qu'à une réelle intégration des méthodes. Les approches quantitatives dominant encore, héritées de la formation épidémiologique des praticien·nes.

« On essaie de faire des évaluations...mais en se limitant aux méthodes quantitatives qui sont enseignées souvent dans les écoles de santé publique... on va essayer de recourir plus aux méthodes quantitatives parce qu'on sait qu'avec ça on peut avoir des résultats dans un bref délai [...] on ne voudrait pas peut-être aller plus en profondeur. » (consultant 9)

« Souvent la tendance pour donner un peu plus de crédibilité, c'est de dire que nous avons utilisé les méthodes mixtes [...] sur le plan méthodologique, ce n'est pas assez clair, pour dire bon si c'est une méthode mixte, quelle est la part du quali et comment ça a été fait donc tout ça, il y a un peu des limites à ce niveau-là. » (consultant 9)

Ces constats rejoignent l'analyse documentaire : seule une minorité de rapports précisent les procédures de collecte et d'analyse des données qualitatives.

Fiabilité des données et sources d'information

Les rapports analysés font état d'une grande diversité de techniques de collecte, entretiens individuels, discussions de groupe, revues documentaires, enquêtes de terrain et souvent en complément, l'observation, mais les choix de méthodes et la logique d'échantillonnage sont rarement justifiés, comme le souligne un consultant : « La qualitative a cet avantage-là de pouvoir expliciter certaines choses qu'on n'a pas bien comprises avec les données quantitatives... Ce sont ces aspects-là qu'on ne sait pas capter par des chiffres qui souvent manquent dans ces interventions-là. » (consultant 3)

Seules quatre évaluations de notre échantillon précisent leur méthode d'échantillonnage (Djemo, 2021; Monti & Kante, 2020; Mukalay wa Mukalay, 2020; Sani & Lutula, 2011), tandis que huit rapports respectent les principes de transparence, en listant les personnes, sites et documents consultés (Banyombo et al., 2012; Bazira et al., 2018;

Département MEAL de CARE International, 2019; Jille Traas et al., 2018; Kabore & Ngo Bebe, 2022; Karemere & Makali, 2021; Kayembe Kalambayi, 2015; Ngbenga et al., 2017), tout en mettant en avant le respect de la confidentialité, comme le rappelle un consultant :

« Chaque fois que nous collectons telle et telle information, nous mentionnons la source, ça ne signifie pas et aller à l'encontre de la confidentialité [...] Si c'est un problème délicat, il faut protéger les interviewés. » (consultant 1)

Seules deux évaluations abordent explicitement la validité des données et les stratégies de réduction des biais (Département MEAL de CARE International, 2019 ; Ngbenga et al., 2017).

Solidité de l'analyse

Les approches analytiques varient considérablement. Pour les données qualitatives, l'analyse thématique, le codage et la théorie ancrée (*grounded theory*) sont les plus utilisés ; pour les données quantitatives, les analyses descriptives dominent. Aucune évaluation d'impact expérimentale ou quasi-expérimentale n'a été recensée.

Plusieurs rapports étudiés se limitent à une analyse sommaire des forces et faiblesses des interventions (Kabore & Ngo Bebe, 2022; Sani & Lutula, 2011). Peu d'entre eux détaillent les étapes du traitement des données, et aucun ne discute explicitement les biais analytiques.

Crédibilité des constats

La crédibilité des jugements repose sur des hypothèses implicites plutôt que sur des données probantes. Seules cinq évaluations de notre échantillon fondent leurs constats sur des preuves explicites (Kabore & Ngo Bebe, 2022; Karemere & Makali, 2021; Monti & Kante, 2020; Mukalay wa Mukalay, 2020; Ngbenga et al., 2017). Un rapport recommande une révision de la théorie de changement (Mukalay wa Mukalay, 2020), tandis que d'autres se contentent d'énoncer les constats sans argumentation méthodique (Banyombo et al., 2012; Département MEAL de CARE International, 2019; Djemo, 2021; Jille Traas et al., 2018).

Deux évaluations mentionnent la prise en compte des facteurs contextuels, illustrant une meilleure intégration du cadre local dans l'analyse (Monti & Kante, 2020; Ngbenga et al., 2017).

Utilité des recommandations

Les recommandations émises visent principalement les bailleurs et les responsables de programmes, plus rarement les institutions publiques congolaises. Si certaines recommandations sont pertinentes et opérationnalisables, elles sont rarement hiérarchisées et peu suivies d'effet (Bazira et al., 2018; Sani & Lutula, 2011), comme le souligne un consultant : « On ne tient pas compte des recommandations [...] il n'y a pas une structure pour faire des évaluations, pour utiliser les résultats d'évaluation. » (consultant 7)

Ce manque de suivi limite considérablement l'impact potentiel des évaluations sur la planification et la prise de décision.

DISCUSSION

L'ensemble des données analysées dans cette étude convergent vers un constat de faible institutionnalisation des pratiques évaluatives dans le secteur de la santé en RDC. Les évaluations demeurent essentiellement externes avec une forte dépendance aux financements internationaux. La faible appropriation institutionnelle, le déficit de compétences formelles et les contraintes méthodologiques expliquent en grande partie la faible utilisation des résultats dans la gouvernance sanitaire.

L'analyse croisée des entretiens et des rapports d'évaluation révèle une faible standardisation méthodologique et une qualité variable des pratiques. Ces constats rejoignent les résultats d'études similaires menées en Afrique de l'Ouest, notamment au Burkina Faso (Souratié et al., 2021), ou dans d'autres contextes à faible institutionnalisation de l'évaluation (Ridde et al., 2012).

Des études similaires menées dans d'autres contextes ont relevé que les pratiques évaluatives sont très hétérogènes, influencées par la diversité des praticien·nes et le manque de normes (Jabot, 2014; Souratié et al., 2021). La différence entre les bonnes pratiques prônées par l'OCDE et celles observées sur le terrain a été soulignée par divers auteur·rices (Ridde et al., 2012).

Qualité et typologie des pratiques évaluatives

Les résultats montrent que la majorité des évaluations en RDC sont ex-post, orientées vers la reddition de comptes aux bailleurs de fonds. Cette tendance traduit la prééminence des exigences de financement sur les besoins d'apprentissage institutionnel, comme observé également au Québec, où deux tiers des évaluations étaient ex-post (Jacob, 2006). À l'instar d'autres pays à revenu intermédiaire, la culture évaluative congolaise demeure davantage centrée sur la justification des dépenses que sur la compréhension des processus et l'amélioration des politiques publiques.

Par ailleurs, la pratique évaluative reste faiblement encadrée par les autorités nationales. Le rôle du ministère de la Santé Publique et en particulier de sa direction des études et de la planification, pourtant mandatés pour coordonner les évaluations, demeure marginal. Ce déficit de leadership institutionnel fragilise la cohérence du système d'évaluation et accentue la dépendance vis-à-vis des partenaires extérieurs. Ce constat corrobore celui d'études menées dans des contextes comparables, où la centralisation du pilotage et le manque de moyens techniques freinent la gouvernance évaluative (Migaud, 2013).

Indépendance, acteurs et dynamiques professionnelles

Les évaluations congolaises mobilisent une diversité d'acteur·rices, mais la préférence pour les consultant·es externes demeure marquée, souvent justifiée par la recherche d'impartialité. Cependant, cette externalisation systématique limite la consolidation des compétences locales et renforce la perception de l'évaluation comme un exercice imposé de l'extérieur. La concentration des expert·es à Kinshasa et le départ fréquent des évaluateurs qualifiés vers des organisations internationales affaiblissent davantage le vivier national.

L'absence de société professionnelle d'évaluation nationale limite la structuration du métier et la mutualisation des savoirs. À la différence du Québec, où l'évaluation est reconnue comme profession à part entière (Doré & Marceau, 2006; Jacob, 2006), la RDC ne dispose d'aucun référentiel de compétences comparable à ceux des sociétés d'évaluation anglo-saxonnes (Australasian Evaluation Society, UK Evaluation Society). Les compétences sont donc principalement acquises par la pratique ou le mentorat, comme l'ont rapporté plusieurs consultants. Cette situation rejoint les constats formulés en France où la formation universitaire dans le domaine reste peu développée (Jabot, 2014; Ridde et al., 2009).

Méthodologie et rigueur scientifique

L'analyse des rapports révèle une utilisation fréquente des méthodes mixtes, souvent invoquée sans justification précise et sans intégration des deux approches. Cette tendance traduit une volonté d'alignement sur les standards internationaux plus qu'une réelle complémentarité méthodologique. Dans la majorité des cas, les méthodes quantitatives prédominent, reflet d'une tradition épidémiologique encore dominante dans les écoles de santé publique. Les données qualitatives, pourtant essentielles pour comprendre les logiques d'action et les perceptions des acteur·rices, sont peu exploitées ou intégrées de manière superficielle.

La faible explicitation des choix méthodologiques, la rareté des justifications et le manque de discussion sur les biais réduisent la crédibilité scientifique de plusieurs rapports. Très peu mentionnent la validité des données ou la triangulation des sources. Ces limites méthodologiques, également observées au Burkina Faso (Souratié et al., 2021), compromettent la reproductibilité et l'apprentissage collectif à partir des évaluations.

Les contraintes temporelles imposées par les TDR constituent un autre facteur limitant. La réalisation d'évaluations complexes en quelques semaines empêche une collecte de données approfondie et nuit à la qualité des analyses. La rigueur méthodologique apparaît souvent subordonnée aux impératifs financiers et aux échéances fixées par les bailleurs.

Crédibilité, utilisation et diffusion des résultats

La crédibilité des constats repose rarement sur des bases probantes. La plupart des évaluations s'appuient sur des jugements descriptifs, sans articulation claire entre les

données collectées et les conclusions formulées. De plus, la diffusion des résultats reste très limitée: les rapports sont considérés comme des documents internes appartenant aux bailleurs, rarement partagés avec les décideur·euses nationaux·ales ou les bénéficiaires. Cette opacité compromet la circulation des connaissances et la redevabilité publique.

Ces pratiques illustrent un déficit de culture évaluative, déjà signalé par plusieurs auteur·rices (Devaux-Spatarakis et al., 2021; Ridde et al., 2012). La non-utilisation des recommandations traduit à la fois un manque d'appropriation institutionnelle et une méfiance politique envers l'évaluation, souvent perçue comme un instrument de contrôle plutôt que de pilotage. Comme l'a noté un consultant, les dirigeant·es peuvent se montrer « hostiles au changement » induit par les évaluations, préférant en minimiser la portée.

L'absence de mécanismes de suivi des recommandations réduit encore leur impact. Peu de rapports hiérarchisent ou opérationnalisent les pistes proposées, et aucune structure nationale ne veille à leur mise en œuvre. Cette situation contraste avec les bonnes pratiques observées dans les systèmes institutionnalisés d'évaluation, où des boucles de rétroaction sont intégrées au processus décisionnel (Banque Mondiale, 2004; Daigneault, 2008).

Appropriation institutionnelle et enjeux structurels

L'étude met en évidence la faible appropriation des évaluations par les autorités congolaises, reflet d'un désintérêt politique et d'un manque de financement national. Aucune évaluation de l'échantillon n'a été financée par le gouvernement. La dépendance aux bailleurs confère à ces derniers un rôle de quasi-pilotage du système évaluatif.

Cette situation alimente un cercle vicieux : sans ressources domestiques dédiées, il est difficile de renforcer les capacités internes et de développer une véritable culture de l'évaluation.

La culture de redevabilité reste embryonnaire, bien qu'elle constitue une condition essentielle pour institutionnaliser l'évaluation dans les systèmes de santé (Migaud, 2013). La diffusion des résultats à un public restreint accentue le cloisonnement entre les producteur·rices de connaissances et les décideur·euses. Ce déficit de communication entrave la traduction des résultats d'évaluation en politiques publiques et limite la transparence des interventions sanitaires.

Vers une institutionnalisation de la pratique évaluative

L'ensemble des constats souligne la nécessité urgente d'une institutionnalisation de la fonction évaluative en RDC. Celle-ci devrait s'appuyer sur trois leviers principaux:

1. Renforcement des compétences locales : la création de programmes universitaires diplômants en évaluation permettrait de structurer une offre nationale d'expertise et de réduire la dépendance aux consultant·es étranger·ères.

2. Cadre normatif et éthique : l'élaboration d'un référentiel national de compétences et d'un code de conduite pour les évaluateur·rices favoriserait la qualité, la transparence et l'indépendance des pratiques.
3. Institutionnalisation politique : la mise en place d'une unité nationale de coordination de l'évaluation au sein du ministère de la Santé Publique, dotée de ressources humaines et financières, garantirait la cohérence, le suivi des recommandations et la diffusion des résultats.

Des expériences réussies dans d'autres contextes africains, comme au Bénin ou au Burkina Faso, montrent que de tels dispositifs peuvent renforcer la gouvernance et la prise de décision fondée sur les preuves (Souratié et al., 2021).

Limites et perspectives de recherche

Cette étude présente certaines limites. D'une part, elle s'appuie sur un échantillon restreint de rapports d'évaluation et sur un nombre limité d'entretiens, ce qui ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble du secteur de la santé en RDC. D'autre part, la collecte des données qualitatives, bien qu'enrichissante, a pu être influencée par des biais de sélection et de désirabilité sociale. Néanmoins, la diversité des profils des participant·es, combinée à l'analyse documentaire, confère à ces résultats une validité analytique solide et une vision intégrée de la pratique évaluative.

Cette étude ouvre la voie à des recherches comparatives, notamment avec des pays africains francophones ou des contextes institutionnellement consolidés, afin d'identifier les leviers d'une meilleure intégration de l'évaluation dans les politiques publiques de santé. Elle invite également les universités et les décideur·euses congolais·es à promouvoir la formation et la professionnalisation de l'évaluation, condition sine qua non d'une gouvernance sanitaire fondée sur les preuves.

CONCLUSION

La pratique évaluative en RDC demeure à un stade embryonnaire, caractérisée par une prédominance des logiques de reddition de comptes, une dépendance persistante vis-à-vis des bailleurs et une faible intégration des résultats dans la prise de décision publique. Le développement d'un cadre institutionnel et de compétences nationales apparaît ainsi comme un levier essentiel pour transformer l'évaluation en outil stratégique d'amélioration du système de santé, au-delà de sa fonction administrative.

Les résultats de l'étude montrent que les évaluations menées dans le secteur de la santé restent largement impulsées par des acteurs externes, les institutions nationales jouant un rôle secondaire. Cette configuration renforce les objectifs de justification auprès des partenaires internationaux, au détriment d'usages internes orientés vers l'apprentissage organisationnel et le pilotage des politiques publiques.

Les capacités nationales en évaluation demeurent limitées et insuffisamment valorisées. La rareté des formations diplômantes, la faible reconnaissance professionnelle du métier d'évaluateur et la mobilité des expert·es congolais·es vers l'étranger freinent la professionnalisation du domaine. Ces insuffisances se traduisent par une qualité méthodologique variable et par l'absence de mécanismes de régulation susceptibles d'harmoniser les pratiques.

Ces constats appellent un engagement renforcé de l'État et de ses partenaires pour institutionnaliser l'évaluation. Le développement de dispositifs de formation, le renforcement des compétences nationales et l'adoption d'un cadre normatif structurant constituent des étapes clés pour professionnaliser durablement le domaine.

Enfin, l'usage systématique et effectif des résultats d'évaluation pour éclairer les décisions publiques est indispensable pour améliorer l'efficacité des politiques sanitaires. Une telle évolution permettrait de dépasser une conception instrumentale centrée sur la redevabilité et d'ancrer l'évaluation dans une dynamique de gestion stratégique et d'apprentissage collectif, essentielle au renforcement durable du système de santé.

RÉFÉRENCES

- Banque Mondiale. (2004). *Évaluations marquantes : Des évaluations qui ont contribué à améliorer les résultats et l'impact des programmes de développement*.
<https://documents1.worldbank.org/curated/en/287291468137991055/pdf/328790FRENCHEinfluential1evaluations1ecd.pdf>
- Banyombo, F., Kangoye, L. T., Diallo, N. K., Bongu, T., Ngalamulume Kabuaya, R. G., & Muteba Kolongo, D. (2012). *Rapport d'évaluation de la durabilité du projet TIDC de Lisala, province de l'Équateur : République démocratique du Congo, Lisala (RDC)*.
<https://iris.who.int/handle/10665/325031>
- Bazira, P. L., Samba, P. M., Nsampang, P. O., & Mukalay, P. A. (2018). *Rapport de l'évaluation mi-parcours du PNDS 2016-2020* [Document non publié, Ministère de la Santé, RDC].
- CARE International. (2019). *Rapport d'évaluation finale du projet des soins de santé primaire et protection/ VBG phase i/zones de santé de Butembo et Lubero* [Rapport d'évaluation non publié].
- Daigneault, P.-M. (2008). L'examen de la qualité des évaluations fédérales : Une méta-évaluation réussie? *The Canadian Journal of Program Evaluation/Revue canadienne d'évaluation de programme*, 23(2), 191-224. <https://doi.org/10.3138/cjpe.23.011>
- Delahais, T., Devaux-Spatarakis, A., Revillard, A., & Ridde, V. (Eds.). (2021). *Évaluation : fondements, controverses, perspectives*. Éditions science et bien commun.
<https://doi.org/10.5281/zenodo.6336071>

- Djemo, D. P. K. (2021). *Rapport d'évaluation à mi-parcours 2018–2020 du projet Bomoyi* [Rapport interne non publié, Projet Bomoyi, RDC].
- Doré, G., & Marceau, R. (2006). L'évaluation de programmes à la fonction publique québécoise : un profil de compétences requises. *Télescope*, 13(1), 19–30.
https://telescope.enap.ca/telescope/docs/index/vol_13_no_1/telv13n1_dore_marceau.pdf
- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41(3-4), 327.
<https://doi.org/10.1007/s10464-008-9165-0>
- Groupe des Nations Unies pour l'évaluation. (2017). *Normes et règles d'évaluation*.
<https://wedocs.unep.org/handle/20.500.11822/43101>
- Jabot, F. (2014). *L'évaluation des politiques publiques : Cadre conceptuel et étude de son utilisation par les décideurs des institutions régionales de santé en France* [Université de Lorraine]. HAL archives-ouvertes. <https://hal.univ-lorraine.fr/tel-01751168v1>
- Jacob, S. (2006). L'évaluation de programmes au Québec : un état des lieux. *Télescope*, 13(1), 5–18.
https://telescope.enap.ca/telescope/docs/index/vol_13_no_1/telv13n1_jacob.pdf
- Jille Traas, I., Deheneffe, J. C., Kanza Nsimba, M., Lukengo, M.-T., Mwemba, A., & Decosas, J. (2018). *Évaluation du programme signature de santé en RDC, en utilisant le MAA. Rapport d'évaluation version finale*. Publié en ligne.
- Kabore, S., & Ngo Bebe, D. (2022). *Évaluation de la pertinence et de la faisabilité de l'extension de l'observatoire communautaire d'UCOP+ sur le VIH et la tuberculose en République Démocratique du Congo* [Rapport d'évaluation non publié, UCOP+].
- Karemere, H., & Makali, S. (2021). *Évaluation finale des programmes DGD et UE au Nord Kivu en République Démocratique du Congo (projet d'appui au développement intégré du système de santé du Nord Kivu (PADISSNK))* [Rapport d'évaluation non publié, Commission Européenne].
- Katoue, M. G., Cerda, A. A., García, L. Y., & Jakovljevic, M. (2022). Healthcare system development in the Middle East and North Africa region: Challenges, endeavors and prospective opportunities. *Frontiers in Public Health*, 1045739.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1045739>
- Kayembe Kalambayi, P. (2015). *Plan national de développement sanitaire de la République Démocratique du Congo, PNDS 2011-2015*. Ministère de la Santé Publique, RDC.
https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning_cycle_repository/democratic_republic_of_congo/pnds_2011-2015.pdf

- Konkobo, T. (2013). *Évaluation des projets/programmes dans les pays en voie de développement. Cas de quatre projets au Burkina Faso*. Thèse. Université Toulouse le Mirail - Toulouse II. <https://theses.hal.science/tel-00976828v1>
- Migaud, D. (2013). Les cinq défis de l'évaluation. *Revue française d'administration publique*, 148(4), 849. <https://doi.org/10.3917/rfap.148.0849>
- Monti, C., & Kante, M. (2020). *Évaluation du projet MSF-OCB sur le paludisme à Bili, RDC* [Rapport d'évaluation non publié, Médecins Sans Frontières].
- Morra Imas, L. G., & Rist, R. (2009). *The Road to Results: Designing and Conducting Effective Development Evaluations*. The World Bank. <https://doi.org/10.1596/978-0-8213-7891-5>
- Mukalay wa Mukalay, A. (2020). *Évaluation intermédiaire du programme « L'avenir en vue 2017-2021 » en RDC et au Rwanda* [Rapport d'évaluation non publié, Caritas].
- Ngbenga, J.-M., Leen Jille, G., Jille Traas, I., Mayaka, S., & Dubbeldam, R. (2017). *Évaluation du programme d'appui au système de santé du Sud Kivu (PASS) République Démocratique du Congo. Rapport d'évaluation—Version finale*. HERA
- Nnaji, C. A., Wiysonge, C. S., Okeibunor, J. C., Malinga, T., Adamu, A. A., Tumusiime, P., & Karamagi, H. (2021). Implementation research approaches to promoting universal health coverage in Africa: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 21(1), 414. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06449-6>
- Organisation Mondiale de la santé, & International Health Partnership. (2011). *Suivi, évaluation et revue des stratégies sanitaires nationales : Plateforme de pays pour l'information et la redevabilité*. Éditions de l'OMS.
- Ramaswamy, R., Kallam, B., Kopic, D., Pujic, B., & Owen, M. D. (2016). Global health partnerships: Building multi-national collaborations to achieve lasting improvements in maternal and neonatal health. *Globalization and Health*, 12(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s12992-016-0159-7>
- Réseau du CAD de l'OCDE sur l'évaluation du développement (EvalNet). (2018). *Des meilleurs critères pour des meilleurs évaluations Définitions adaptées et principes d'utilisation*. <https://doi.org/10.1787/183eee4f-fr>
- Ridde, V., & Dagenais, C. (Éds.). (2012). *Approches et pratiques en évaluation de programmes (Nouvelle édition revue et augmentée)*. Les Presses de l'Université de Montréal. <https://pum.umontreal.ca/catalogue/approches-et-pratiques-en-evaluation-de-programmes>
- Ridde, V., Fournier, P., Banza, B., Tourigny, C., & Ouédraogo, D. (2009). Programme evaluation training for health professionals in francophone Africa: Process, competence

acquisition and use. *Human Resources for Health*, 7, 3. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-7-3>

Ridde, V., Kobiané, J.-F., & Kouanda, S. (2012). *Pratiques et méthodes d'évaluation en Afrique*. IRD / L'Harmattan.

Roncarolo, F., Boivin, A., Denis, J.-L., Hébert, R., & Lehoux, P. (2017). What do we know about the needs and challenges of health systems? A scoping review of the international literature. *BMC Health Services Research*, 17(1), 636. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2585-5>

Sani, I., & Lutula, A. (2011). *Rapport d'évaluation du plan stratégique de sécurisation des produits de santé de la reproduction en RDC* [Rapport d'évaluation non publié].

Souratié, W. dite M., Sossa, O. G., & Paul, É. (2021). Étude exploratoire de la pratique évaluative dans le domaine de la santé au Burkina Faso. *The Canadian Journal of Program Evaluation/Revue canadienne d'évaluation de programme*, 36(1). <https://doi.org/10.3138/cjpe.70235>

World Health Organization. (2013). *WHO evaluation practice handbook*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/96311>

PRÉSENTATION DES AUTEURES

Valentia Mfumu Kandukulu est titulaire d'un master en sciences de la santé publique, finalité « Politiques, systèmes et promotion de la santé » (Université libre de Bruxelles, 2023), ainsi que d'un master complémentaire en sciences de la santé publique, finalité « Épidémiologie et biostatistique » (Université libre de Bruxelles, 2024). Elle est assistante d'enseignement à la Faculté de santé publique de l'Université catholique de Louvain (UCLouvain) et doctorante à l'Institut de recherche santé et société (UCLouvain). Ses recherches portent notamment sur l'évaluation des politiques de santé, les systèmes de santé, les inégalités sociales de santé et la santé mentale.

Elisabeth Paul est titulaire d'un doctorat en Sciences de gestion de l'Université de Liège (2006). Elle combine une carrière académique et sur le terrain dans le domaine des politiques et systèmes de santé mondiale, avec à son actif une centaine de missions d'appui technique, d'évaluation ou de recherche, principalement en Afrique de l'Ouest. Elle est actuellement chargée de cours et directrice du Centre de recherche en « Politiques et systèmes de santé – Santé internationale » de l'École de santé publique de l'Université libre de Bruxelles (ULB). Elle est aussi maître de conférences à l'Université de Liège, chargée de cours invitée à l'Université catholique de Louvain et consultante indépendante. Ses domaines d'expertise sont les systèmes de santé, les politiques de santé mondiale, le financement basé sur la performance et la gestion de l'aide internationale.