

UNIVERSITE LIBRE DE BRUXELLES



ECOLE DE SANTE PUBLIQUE

*Travail de fin d'études en vue de l'obtention du titre
Master en Sciences de Santé Publique
à finalité Politiques, Systèmes et Promotion de la Santé*

**Evaluation des effets et processus d'un programme d'amélioration
de la qualité et de l'accessibilité des soins à Kinshasa :
un protocole d'évaluation.**

Coomans Yasmina

Directeur De Spiegelaere Myriam
Promoteur Oleffe Amandine
Consultant Depret Anne

Année académique 2018 – 2019

J'aimerais tout d'abord remercier les personnes qui ont permis la réalisation de ce travail :

Madame Myriam De Spiegelaere, Directrice de ce mémoire, pour sa disponibilité et ses conseils qui ont guidé et alimenté ma réflexion.

Madame Amandine Oleffe, Promotrice du travail, également pour sa disponibilité et ses conseils, mais aussi pour la réactivité dont elle fait preuve à chaque sollicitation.

ULB-Coopération, et surtout Madame Anne Depret, Consultante du mémoire, Madame Daniela Chinnici et Monsieur Felix Vanderstricht pour leur disponibilité, leur patience lors des échanges, et pour m'avoir permis l'accès aux documents du projet.

Mesdames Sarah André, Paulette Vandendriessche, Caroline et Sophie Vanhemelrijck, Noémie Marin, Manon Vandyck et Monsieur Didier Godfroid, pour leur soutien, leur présence et leur aide.

Et enfin toutes ces personnes pour leurs encouragements et leur confiance.

Résumé

Ce travail de mémoire vise à fournir une méthodologie solide pour l'évaluation finale d'un projet de coopération selon les critères d'efficacité et d'impact du Comité d'Aide au Développement (CAD). Le programme à évaluer est mis en œuvre par ULB-Coopération (UCO) et a pour objectif « d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins à Kinshasa (...) ».

Les critères du CAD et les questionnements qu'ils soulèvent ont été confrontés aux théories et aux méthodes préconisées par la littérature scientifique.

Quatre approches évaluatives ont été considérées nécessaires pour apporter les réponses aux questionnements avancés par le CAD. Une première approche normative est proposée pour confronter les investissements et réalisations de l'ONG à ce qui avait été planifié. Une analyse des effets, selon un protocole quasi-expérimental, est préconisée pour vérifier la réalisation des effets pressentis et pouvoir les attribuer à la mise en œuvre de l'intervention. Deux approches basées sur la théorie d'intervention, les analyses logique et réaliste, sont proposées pour identifier les éléments déterminants dans la réalisation des effets désirés, et des effets non prévus éventuels.

Les divergences relevées au sein du monde scientifique, et entre la théorie préconisée et les possibilités de mise en pratique, représentent un challenge pour l'élaboration des méthodologies d'évaluation.

Abstract

This paper aims to produce a strong methodology for the final evaluation of a cooperation project according to effectiveness and impact criteria of the Development Aid Comity (DAC). The program to be evaluated is implemented by ULB-Coopération (UCO). It aims to improve the quality and accessibility of care services in Kinshasa. The DAC criteria and the questions they raise have been confronted with methods and theories found in the literature.

Four evaluative approaches have been considered necessary to provide answers to the questions advanced by the DAC. A normative evaluation is proposed, to confront UCO's investments and realisations with what had been planned. An effects analysis, in accordance with a quasi-experimental protocol, is recommended to check the realisation of the anticipated effects and to be able to attribute them to the intervention implementation. Two theory-based approach are proposed, logical and realist evaluations, to identify the determining elements in the achievement to the desired effects, and to identify any unintended effect.

The divergences within the scientific world, and between recommended theory and practical application possibilities add challenge for evaluators in the elaboration of rigorous evaluation methodologies.

Table des matières

Introduction	1
a) Présentation du problème	1
b) Définition des concepts et des approches méthodologiques utilisées	2
2) Matériel et méthodes	7
a) L'évaluation normative	7
b) L'analyse des effets	8
c) Les approches basées sur la théorie d'intervention :	9
3) Résultats	9
a) Présentation du programme d'ULB-Coopération	9
i) Le renforcement du secteur hospitalier	10
(1) La Plateforme Hospitalière de la RDC (PH-RDC)	10
(2) L'HGR Kintambo	11
ii) Le renforcement du premier échelon de soin	11
iii) Le renforcement de la société civile et de la population	12
i) L'axe dédié à la capitalisation	18
b) Méthodologies d'évaluation proposées	18
i) L'approche normative	18
(1) Appréciation normative de l'axe de renforcement du secteur hospitalier via les activités de la PH-RDC	18
(a) Appréciation des processus	18
(b) Appréciation des résultats	20
(2) Appréciation normative de l'axe de renforcement du secteur hospitalier via le renforcement de l'HGR Kintambo	21
(a) Appréciation des processus	21
(b) Appréciation des résultats	23
(3) Appréciation normative de l'axe de renforcement du 1 ^{er} échelon de soins	24
(a) Appréciation des processus	24
(b) Appréciation des résultats	25
(4) Appréciation normative de l'axe de renforcement de la société civile et de la population	25
(a) Appréciation des processus	25
(b) Appréciation des résultats	27
ii) L'analyse des effets	27
(1) Le renforcement du secteur hospitalier	27
(2) Le renforcement du premier échelon de soins	30
(3) Le renforcement de la société civile et de la population	32
iii) Les approches basées sur la théorie d'intervention	33
(1) L'analyse des processus de l'axe du renforcement du secteur hospitalier	33
(2) L'analyse des processus de l'axe de renforcement du premier échelon	34
(3) L'analyse des processus de l'axe de renforcement de la société civile et de la population	34
iv) En pratique...	35
4) Discussion	36
a) La présentation du programme	36
b) L'approche normative	37
c) L'analyse des effets	38
d) Les approches basées sur la théorie d'intervention	42
e) L'utilisation de méthodes mixtes	44

5) Conclusion	45
6) Liste des références bibliographiques	46
7) Annexes	50
Annexe 1 : Modèle d'action de la PH-RDC	50
Annexe 2 : Modèle de changement du renforcement de la PH-RDC	51
Annexe 3 : Modèle d'action de l'HGR Kintambo	52
Annexe 4 : Modèle de changement du renforcement de l'HGR Kintambo	53
Annexe 5 : Modèle d'action du 1^{er} échelon	54
Annexe 6 : Modèle de changement du renforcement du 1^{er} échelon	55
Annexe 7 : Modèle d'action de la population	56
Annexe 8 : Modèle de changement du renforcement de la population	57
Annexe 9 : Tableau d'indicateurs proposés pour l'évaluation normative	58

Liste des abréviations

ADG : Aide au Développement Gembloux

AS : Aire de Santé

BCZ : Bureau Cadre de Zone

BM : Banque Mondiale

CAD : Comité d'Aide au Développement

CDEB : Chaîne De l'Espoir Belgique

CHIRPA : Chirurgie Pédiatrique en Afrique

Configuration CME : Configuration contexte-mécanisme-effet

CS : Centre de Santé

DGD : Division Générale pour le Développement ??

ECZ : Equipe cadre de Zone

EDS : Etoile Du Sud

FUCID : Forum Universitaire pour la Coopération Internationale au Développement

GdR : Groupe de Réflexion

HGR : Hôpital Général de Référence

LC : Louvain Coopération

MCZ : Médecin Cadre de Zone

OCDE : Organisation pour la Coopération et le Développement Economique

ONG : Organisation non gouvernementale

Pavillon U/SI-R : Pavillon Urgences, Soins intensifs et réanimation

PH-RDC : Plateforme Hospitalière de la République démocratique du Congo

RC4D : Rotary Club For Development
RDC : République Démocratique du Congo
UCO : ULB-Coopération
UE : Union Européenne
ULB : Université Libre de Bruxelles
UNI4COOP : Alliance de quatre ONG issues du monde universitaire belge¹
ZS : Zone de santé

Liste des figures

<i>Figure 1: Schéma vulgarisé pour l'illustration d'une intervention</i>	<i>2</i>
<i>Figure 2: Définition des différents types de résultats.....</i>	<i>5</i>
<i>Figure 3: Modèle logique complet.....</i>	<i>13</i>
<i>Figure 4: Modèle d'action de la PH-RDC.....</i>	<i>14</i>
<i>Figure 5: Modèle de changement du renforcement de la PH-RDC.....</i>	<i>14</i>
<i>Figure 6: Modèle d'action de l'HGR Kintambo</i>	<i>15</i>
<i>Figure 7: Modèle de changement du renforcement de l'HGR Kintambo</i>	<i>15</i>
<i>Figure 8: Modèle d'action du 1er échelon.....</i>	<i>16</i>
<i>Figure 9: Modèle de changement du renforcement du 1er échelon</i>	<i>16</i>
<i>Figure 10: Modèle d'action de la population.....</i>	<i>17</i>
<i>Figure 11: Modèle de changement du renforcement de la population</i>	<i>17</i>

¹ Les quatre ONG constituant UNI4COOP sont : (i) Aide Au Développement Gembloux (ADG); (ii) Le Forum Universitaire pour la Coopération Internationale au Développement (FUCID); (iii) Louvain Coopération (LC); et (iv) ULB-Coopération (UCO)

Introduction

Ce travail de mémoire documente la réalisation d'un protocole de recherche dédié à l'évaluation d'un programme de santé. Le programme à évaluer est mis en œuvre par ULB-Coopération (UCO), l'Organisation Non Gouvernementale (ONG) de l'Université Libre de Bruxelles (ULB). Il a pour objectif « d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins des hôpitaux et du premier échelon, à Kinshasa et en particulier dans la commune de Kintambo, en travaillant sur les contraintes essentielles, avec l'ensemble des acteurs impliqués » (1)

Depuis plusieurs années, pour améliorer l'efficacité de l'aide au développement, les recommandations internationales intiment aux ONG d'adopter une gestion de leurs projets axée sur l'obtention des résultats². (2), (3) Celles-ci, pour bénéficier de subventions, doivent pouvoir mettre en œuvre des programmes de santé efficaces, mais également pouvoir produire les preuves de cette efficacité. (3) Pour ces deux composantes de la gestion de projet, l'activité d'évaluation s'avère essentielle. Pour *Monier*, L'activité d'évaluation doit être élaborée et perçue « comme un outil courant indispensable à la formulation de l'action elle-même, à sa mise en œuvre et à son amélioration » (Monnier *et al.* 1992, cité par Champagne *et al.* 2011). (4) Les modalités de suivi de l'efficacité d'un projet « au jour le jour », ainsi que les éléments et la méthodologie qui permettront de fournir les preuves finales de l'efficacité du programme mis en œuvre, doivent alors être pensées dès la planification de l'intervention, et en sont des composantes intégrantes. (5) Ces activités de monitoring et d'évaluation sont pourtant souvent sous-estimées, sous-utilisées, et/ou abordées tardivement dans le processus de mise en œuvre du projet. (5), (16)

a) Présentation du problème

Pour conduire une évaluation de programme d'aide au développement, le Comité d'Aide au Développement (CAD) a défini cinq critères : (i) la pertinence ; (ii) l'efficacité ; (iii) l'efficience ; (iv) l'impact ; et (v) la durabilité. Ces critères, établis depuis 1991, sont devenus une référence en la matière et sont largement utilisés. (6) En Belgique, le Loi relative à la Coopération belge au

² La "gestion basée sur les résultats" est définie par le Comité d'Aide au Développement (CAD) comme étant "une stratégie de management orientée vers la performance, la réalisation d'extrants, et l'accomplissement d'effets directs" (Comité d'aide au développement, « Glossaire des principaux termes relatifs à l'évaluation et à la gestion axée sur les résultats », OCDE, 2002.)

Développement du 19 mars 2013³, prévoit une évaluation des résultats des projets de coopération selon ces critères⁴. (7) L'évaluation du projet d'ULB-Coopération doit donc suivre ces impératifs.

Les définitions des critères d'évaluation apportées par le CAD ne s'alignent pas avec exactitude aux définitions de la littérature scientifique. L'identification de la méthode appropriée à mettre en place pour leur évaluation peut dès lors devenir une source d'incertitudes. La qualité des rendus finaux peut également s'avérer être en deçà des espérances des utilisateurs. Trois buts sont attendus de la réalisation de cette évaluation. Les résultats devront pouvoir être utilisés dans (i) un but formatif pour pouvoir améliorer le projet si nécessaire ; dans (ii) un but sommatif, si possible, pour comprendre ce qui fonctionne dans l'intervention et pouvoir transférer ces éléments à d'autres projets ; et enfin (iii) dans un objectif de reddition des comptes pour les investisseurs.

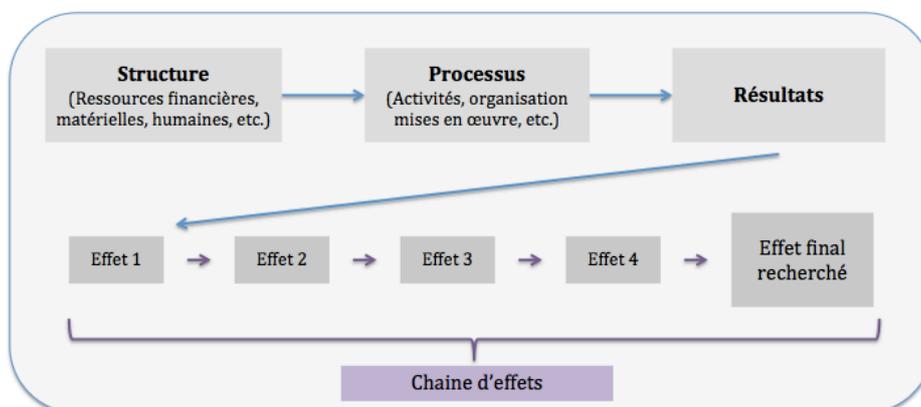
La finalité de ce travail sera d'apporter à ULB-Coopération une méthodologie solide pour l'évaluation finale de l'efficacité de son projet de santé à Kinshasa. Ce protocole sera dédié à l'évaluation des critères d'efficacité et d'impact selon les définitions du CAD.

b) Définition des concepts et des approches méthodologiques utilisées

Pour une meilleure compréhension, précisons premièrement ce que le concept d'intervention sous-entend dans ce travail.

Une intervention, un programme ou un projet correspond à un investissement de ressources (financières, matérielles, humaines, etc.) permettant la mise en œuvre de processus (activités diverses, au sens large), au sein d'un contexte et durant une période donnée, pour engendrer la production de résultats, afin de remédier à une situation jugée négative. (8)

Figure 1: Schéma vulgarisé pour l'illustration d'une intervention



³ Norme révisée le 30 juin 2016.

⁴ Loi relative à la Coopération belge au Développement du 19 mars 2013, révisée le 30 juin 2016, Chapitre 9 : Evaluation, article 32.

Schéma inspiré des schémas de (i) Chen 2005, schématisation de la théorie du programme⁵ (5) ; (ii) Mayne 2017, Figure 1 « Théorie du changement générique et de base » p.177 (16) ; et (iii) de l'adaptation de Startfield 1973, schématisation « Les composante d'une intervention »⁴ (5).

Sur son site, le CAD définit le **critère d'efficacité** comme suit : « Degré de réalisation des objectifs d'une activité d'aide ». Pour permettre l'analyse de ce critère, il propose ces exemples de question de recherche : (i) « Dans quelle mesure les objectifs visés ont-ils été atteints/sont-ils susceptibles d'être atteints ? » ; (ii) « Quels sont les principaux facteurs qui ont déterminé la réalisation ou la non réalisation des objectifs visés ? » (6)

La définition et la première question-exemple de ce critère appellent l'utilisation d'une approche normative pour l'appréciation des résultats seuls.

L'évaluation normative vise à porter un jugement sur l'adéquation entre (i) ce qui avait été prévu au départ, et (ii) ce qui a été réalisé ou ce qui s'est produit. Les prévisions de départ peuvent correspondre, soit aux éléments planifiés et attendus par les concepteurs du programme ; soit à des « normes » : (i) des normes pour la mise en œuvre, établies précédemment comme étant efficaces pour atteindre les résultats souhaités, et (ii) des normes de résultats auxquelles on pourrait s'attendre, si les normes établies pour la mise en œuvre ont été respectées. (5), (9)

De cette manière, les 3 composantes d'une intervention peuvent être analysées : (i) **la structure**, comprenant toutes les ressources permettant la mise en œuvre de l'intervention, (ii) **les processus**, qui représentent l'utilisation et l'organisation des ressources, la réalisation des activités, les relations entre les acteurs, etc. ; et (iii) **les résultats**, via l'analyse des résultats observés. (5), (9)

Cinq éléments peuvent être interrogés au travers de ces trois composantes : (i) **la fidélité**, ou l'adéquation entre ce qui était prévu et ce que l'on fait ou ce qui a été obtenu ; (ii) **la couverture**, ou l'atteinte de la population cible (en quantité, mais aussi en qualité, en rapport au(x) type(s) de population ciblé(s)) ; (iii) **la qualité**, dans ses multiples dimensions dont, la « dimension technique »⁶, la « dimension interpersonnelle »⁷, et la « dimension organisationnelle » de l'offre de soins⁸ ; (iv) **les coûts** : respectent-ils les budgets prévisionnels ? ; et (v) **les résultats attendus** : ont-ils été atteints ? (5), (9)

⁵ Présentés par M. De Spiegelaere dans : SAPU-L-5110 : «Principes et méthodes de l'évaluation en santé publique : Concepts et approches». ULB-Ecole de santé publique. Bruxelles. Année académique 2017-2018.

⁶ Correspond à la pertinence des activités et au degré de compétence de leur exécution («L'exécution est-elle correcte?») (5), (9)

⁷ Correspond à l'adéquation qui existe entre les relations interpersonnelles mises en place au sein du programme (y compris tous les éléments qui pourront avoir un impact sur ces relations) et les normes sociales liées au contexte. S'étend des caractéristiques de la communication établie entre les personnes, aux caractéristiques des locaux dans lesquels ont lieu les rencontres par exemple. (9)

⁸ Comprend 5 sous-dimensions: la "globalité" des soins, la "continuité" des soins, "l'accessibilité" des soins (physique, financière, culturelle, etc.), "l'étendue" du paquet de soins offert et l'organisation régnant entre les services de soins. (9)

La seconde question-exemple « Quels sont les principaux facteurs qui ont déterminé la réalisation ou la non réalisation des objectifs visés? »⁹ interroge sur les processus et non sur les résultats en tant que tels. (6) Le type d'analyse à laquelle cette question renvoie est une analyse logique du programme.

L'analyse logique correspond à un examen approfondi de la théorie sur laquelle se base le programme (ou théorie d'intervention). La **théorie de l'intervention** est schématisée dans le **modèle conceptuel**, et peut être scindée en deux parties ou deux sous-modèles. Une partie correspond à la chaîne de résultats à obtenir pour parvenir à l'objectif final recherché : c'est **le modèle de changement**, ou **le modèle logique théorique**. La deuxième partie est constituée des éléments à investir et à mettre en œuvre pour générer la production de ces résultats : c'est **le modèle d'action** ou **le modèle logique opérationnel**. (5), (10) L'analyse logique se base sur ces modèles, et va examiner, d'une part si la chaîne d'effets pressentie pour atteindre l'objectif final recherché est solide, et d'autre part, si les ressources investies et les processus mis en œuvre sont cohérents et pertinents pour engendrer la production des effets pressentis. (5), (8), (10)

Il est fréquent que la théorie d'intervention ne soit pas explicitement définie par les concepteurs du programme. La réalisation du modèle conceptuel pour la représenter fera alors partie du travail de l'évaluateur. Cette étape est nécessaire pour la réalisation d'une analyse logique. (11)

Le CAD illustre **le critère d'impact** comme ceci : « Changements positifs et négatifs qu'une activité de développement a suscité, directement ou indirectement, volontairement ou involontairement. Il s'agit notamment de l'impact et des effets principaux de l'activité considérée sur les indicateurs du développement social, économique, environnemental et autre à l'échelon local. L'examen devrait porter à la fois sur les résultats volontaires et les résultats involontaires, et il doit aussi prendre en compte l'impact positif et négatif de facteurs extérieurs tels qu'une modification des termes de l'échange ou des conditions financières. » (6)

Le type de questions suivant est proposé pour l'évaluation du critère : (i) « Que s'est-il passé à la suite du programme ou du projet ? » ; (ii) « Qu'est-ce que l'activité considérée a réellement changé pour les bénéficiaires ? » ; et (iii) « Combien de personnes ont été touchées ? » (6)

L'analyse d'impact n'existe pas à proprement parler dans la littérature scientifique. **L'impact** d'une intervention faisant partie de la composante des résultats, autrement dit des effets, son évaluation correspondrait à une évaluation de l'efficacité du programme. Une distinction entre les différents types d'effets d'une intervention est parfois faite dans la littérature. Le « *glossaire des principaux*

⁹ Seconde question-exemple de la présentation du critère d'efficacité par le CAD (6)

termes relatifs à l'évaluation et la gestion axée sur les résultats » de l'Organisation pour la Coopération et le Développement Economique (OCDE) établit cette différence en définissant plusieurs types de résultats :

Figure 2: Définition des différents types de résultats

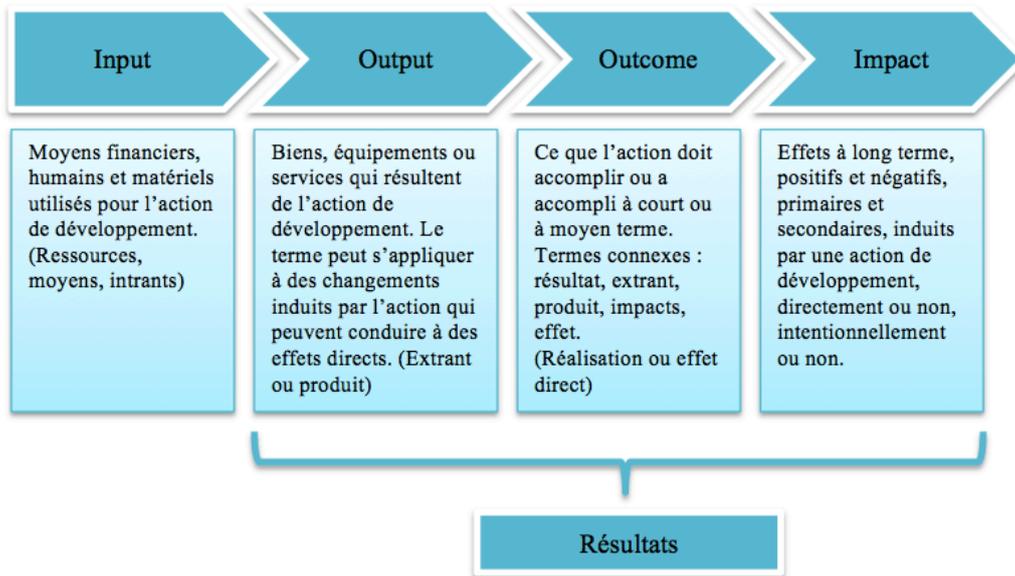


Schéma inspiré de : Service de l'Evaluation spéciale/SES. « Quel avenir pour l'évaluation d'impact dans le secteur des ONG belges ? Leçon de quatre études de cas ». SPF Affaires étrangères, Commerce extérieur et Coopération au Développement. Bruxelles, janvier 2006. Figure 1, page 23. (12)

Définitions issues de : OCDE. « Glossaire des principaux termes relatifs à l'évaluation et la gestion axée sur les résultats ». Paris, 2002. (13)

Si l'on se réfère à ces définitions, l'analyse des impacts, effets à long terme, est impossible lors d'une évaluation de fin de programme. Elle sous-entend la nécessité d'avoir laissé passer un certain laps de temps entre la fin du programme et la réalisation de l'évaluation. Il en est de même pour la mesure d'effets « sur les indicateurs du développement social, économique, environnemental et autre (...) »¹⁰. (6) Ce genre d'effets n'est pas observable à court ou moyen terme et leur analyse ne sera donc pas possible lors de cette évaluation.

Avec cette présentation, le CAD introduit néanmoins des éléments nouveaux et intéressants à prendre en compte. La définition amène la possibilité que le programme ait pu engendré des effets non prévus, non souhaités voire même indésirables : « Changements positifs et négatifs qu'une activité de développement a suscités, directement ou indirectement, volontairement

¹⁰ Citation issue de la définition du critère d'impact par le CAD. (6)

ou involontairement. (...) »¹¹. Et avec sa deuxième question-exemple, « Qu'est-ce que l'activité considérée a réellement changé pour les bénéficiaires ? »¹⁶ il renvoie à une autre manière de concevoir le programme. Celui-ci a effectivement engendré des effets que nous avons pu prévoir et que nous pouvons donc observer et mesurer directement. Mais il peut également être responsable d'effets dont nous n'avons pas connaissance en tant qu'observateur externe, et qui nécessiteront donc d'autres méthodes pour être identifiés et mesurés¹². Ces deux formulations introduisent une nouvelle approche évaluative qu'est *l'évaluation réaliste*.

L'approche réaliste est également basée sur la théorie de l'intervention. Elle vise à répondre à la question : « Est-ce que cette intervention fonctionne, comment, pour qui et dans quelles circonstances ? ». La réponse à cette question passe par la formulation de petites hypothèses, appelées « configurations contexte-mécanisme-effet » (configuration CME). (5), (14) Le principe est de :

- (i) soit vérifier si la théorie pressentie du programme s'est produite comme prévu. C'est à dire de formuler les hypothèses pour vérifier ensuite si c'est bien cela qui se produit.
- (ii) soit d'identifier ce qui s'est réellement produit, de formuler les hypothèses sur cette base et de les confronter ensuite à la théorie pressentie.

Pour un programme, une multitude de petites configurations contexte-mécanisme-effet peut être formulée. (5)

Dans la présentation de ces deux critères d'évaluation par le CAD, il n'est pas fait mention de l'importance de pouvoir relier les effets observés à la mise en œuvre de l'intervention. Dans la littérature, cette dimension est pourtant essentielle pour pouvoir prouver l'efficacité d'une intervention. (5), (15) Pour apporter cette preuve, une *analyse des effets* est nécessaire.

Dans les interventions de santé publique, pour lesquelles le contexte ne peut être contrôlé, *l'analyse des effets* est généralement effectuée grâce à la mise en place d'un protocole quasi-expérimental¹³.

Ce protocole va permettre :

- (i) d'une part, la vérification de la réalisation des effets désirés : en se basant sur le modèle de changement élaboré, les effets intermédiaires pertinents pour l'atteinte de l'objectif

¹¹ Citation issue de la définition du critère d'impact par le CAD. (6)

¹² Cette conception d'une intervention est issue de la « philosophie réaliste critique des projets ». (5)

¹³ Un protocole d'étude quasi-expérimental, sous-entend la formation de 2 groupes pour pouvoir effectuer des comparaisons. La formation des groupes n'est pas soumise au hasard, comme dans les protocoles expérimentaux, et se fait d'une autre manière (étude ici-ailleurs ou étude avant-après par exemple). (5), (16)

final sont identifiés, et une méthode de récolte de données est mise au point pour pouvoir mesurer leur réalisation ou non ;

- (ii) et d'autre part, de relier les effets observés au programme mis en œuvre grâce aux comparaisons effectuées entre les groupes. (5), (15), (16)

Les formulations du CAD peuvent laisser l'évaluateur perplexe lors des choix de méthodologies à employer pour l'évaluation de l'efficacité d'une intervention. Ces choix et leurs argumentations seront les enjeux de ce travail de mémoire.

2) Matériel et méthodes

Le programme a tout d'abord été décrit et modélisé afin d'en obtenir une bonne compréhension et de pouvoir mettre en évidence la théorie sous-jacente mise en œuvre par ULB-Coopération.

Plusieurs schémas ont été élaborés. Le programme étant assez complexe et scindé en plusieurs axes de travail par les concepteurs, cette séparation a été maintenue pour sa description et la planification de son analyse. Un modèle logique global a été réalisé pour présenter une vision d'ensemble résumée de l'intervention. Et des modèles d'action et de changement ont été réalisés pour chaque axe du programme, afin d'en permettre l'analyse et la mise en œuvre des méthodes précitées.

Cette étape a été réalisée sur base de la consultation des documents du programme. Une entrevue avec les gestionnaires a permis de confirmer et/ou d'adapter certains éléments des présentations produites pour s'assurer de leur solidité et de leur représentativité de la réalité.

Quatre approches méthodologiques et une méthode de récolte mixte quantitative-qualitative ont été considérées nécessaires pour répondre aux critères d'efficacité et d'impact du CAD :

a) L'évaluation normative

Dans cette approche, malgré le fait que le CAD fasse uniquement appel à l'appréciation des résultats dans sa présentation du critère d'efficacité, l'analyse des 3 composantes de l'intervention est préconisée. Les questions de recherche ont été orientées sur la structure, les processus et les résultats de l'intervention afin d'en vérifier l'adéquation avec ce qui avait été planifié. Les questions concernant le processus permettront également de porter un jugement sur la qualité et la couverture des activités réalisées pour aider à la compréhension d'un éventuel problème dans

l'atteinte de l'un ou l'autre des résultats attendus. Pour les mêmes raisons, la qualité des ressources investies sera également interrogée.

Pour chaque axe du programme des indicateurs sont prévus pour apprécier la structure, les processus et les résultats en fonction des questions de recherche. Les sources de données, les méthodes de récolte, et les modes de calcul ont été précisés pour chaque indicateur. Ceux-ci sont repris sous la forme d'un tableau, dont la construction s'est inspirée du cadre conceptuel (version 2018) d'ULB-Coopération pour son programme de santé à Kinshasa. Des indicateurs ont été repris tel quel, d'autres ont été modifiés¹⁴ et certains ont été créés¹⁵. Les modèles d'action réalisés pour chaque axe du programme ont permis la vérification de l'approche de chaque élément de la structure et des processus pour éviter toute omission. Les indicateurs présents dans ce tableau ne sont encore ni exhaustifs, ni finalisés. Certains sont à clarifier ou à retravailler en fonction des données qui seront disponibles sur le terrain et de leur validité. Les normes de référence utilisées pour cette approche sont issues de la planification du programme d'ULB-Coopération. L'appréciation de la qualité des ressources investies et des processus mis en œuvre est prévue via la réalisation d'entretiens qualitatifs. La solidité des liens causaux entre la structure, les processus et les résultats pourra également être interrogée de manière qualitative si un questionnement est soulevé (cf. approches basées sur la théorie de l'intervention).

b) L'analyse des effets

Un protocole quasi-expérimental a été élaboré, afin de vérifier la réalisation de certains effets, et de confirmer si celle-ci peut être attribuable à la mise en œuvre de l'intervention. L'élaboration des questions de recherche s'est appuyée sur les modèles de changement créés pour chaque axe du programme. Elles ont été élaborées pour mesurer les effets pressentis comme importants pour la production de l'objectif final de l'intervention.

La récolte des données est essentiellement quantitative, mais pour obtenir une meilleure compréhension et des informations plus complètes, une approche qualitative est parfois ajoutée. Le protocole précise la méthode préconisée pour répondre à ces questions (étude avant-après¹⁶ ou étude sérielle à devis de type série chronologique¹⁷), les indicateurs et leurs modalités de mesures, les sources de données et la méthode de recueil.

¹⁴ La mention "modifié" a été ajoutée aux indicateurs modifiés.

¹⁵ La mention "nouveau" a été ajoutée aux indicateurs créés.

¹⁶ Si "O" est l'observation et "X" est l'intervention, une étude avant-après pourrait être schématisée comme ceci: O1 X O2 (première observation, intervention, seconde observation) (15)

¹⁷ Selon les mêmes codes, une série chronologique pourrait être schématisée comme ceci : O1 O2 O3 O4 X O5 O6 O7 O8 (15)

Pour le dernier axe du programme, dédié à des activités liées à la population, une méthode exclusivement qualitative a été préconisée pour évaluer l'efficacité de l'intervention. Les objectifs des entretiens ont alors été précisés, ainsi que les acteurs à interroger.

c) Les approches basées sur la théorie d'intervention :

La mise en œuvre des analyses logique et réaliste n'est pas différenciée. Elles permettront toutes deux d'accéder aux informations concernant les facteurs ayant déterminé la réalisation des résultats recherchés, les effets inattendus, et d'approcher ce qui se sera réellement passé pour les acteurs.

La récolte des données prévue est essentiellement qualitative car les données quantitatives pertinentes auront été relevées par les deux méthodes précédentes. Les objectifs des entretiens et les acteurs à interroger pour les atteindre ont été précisés.

C'est lors de l'interprétation et de l'analyse des données que l'approche la plus intéressante à utiliser sera déterminée. L'analyse réaliste et l'élaboration des configurations CME pourront être mises en œuvre pour augmenter la compréhension des phénomènes et de la survenue des effets non prévus et/ou négatifs. L'analyse logique pourra être utilisée pour vérifier la cohérence des moyens mis en œuvre pour obtenir la réalisation des effets recherchés¹⁸, et si ces effets permettent effectivement de contribuer à l'atteinte de l'objectif final.

3) Résultats

a) Présentation du programme d'ULB-Coopération

Le projet CD-BE-BCE_KBO-0415627875-PROG2017-2021-OS3, appelé plus communément « projet santé Kinshasa », est mis en œuvre par ULB-Coopération dans la ville Province de Kinshasa, capitale de la RDC. Ce projet, d'une durée de cinq ans, a débuté en 2017 et prendra fin en 2021. Son objectif général est « l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins des hôpitaux et du premier échelon, à Kinshasa et en particulier dans la commune de Kintambo, en travaillant sur les contraintes essentielles, avec l'ensemble des acteurs impliqués ». (17)

Le système de santé de la RDC est organisé en trois niveaux : le niveau central ou national, le niveau intermédiaire ou provincial et le niveau périphérique ou opérationnel. (18) Chaque niveau organise

¹⁸ Ce questionnement rejoint l'analyse de la solidité des liens causaux entre la structure, les processus et les résultats de l'approche normative. L'utilisation de l'une ou l'autre approche basée sur la théorie d'intervention pourra apporter un jugement sur cette solidité si un doute est soulevé.

une offre de soins et possède ses autorités sanitaires. ULB-Coopération travaille essentiellement au niveau périphérique du système.

Ce niveau est structuré en « Zone de Santé » (ZS), elles-mêmes, divisées en « Aires de Santé » (AS). Un Hôpital Général de Référence (HGR) est normalement présent dans chaque ZS, et chaque AS possède théoriquement un Centre de Santé (CS). Un « Médecin Chef de Zone » (MCZ) dirige la zone de santé avec l'aide d'une « Equipe Cadre de Zone de santé » (ECZ). (18)

Au sein des trois niveaux du système, l'offre de soins est organisée en quatre échelons de soins. Le niveau périphérique offre des soins de premier échelon via les CS et de deuxième échelon via les HGR. Le niveau provincial offre des soins de troisième échelon grâce aux hôpitaux provinciaux, et le niveau national offre les soins de quatrième échelon via les hôpitaux nationaux. Plus on monte dans les échelons de soins, plus l'offre de soins devient technique et spécialisée. (18)

Pour atteindre son objectif global, UCO agit essentiellement au niveau des deux premiers échelons du système de santé à Kinshasa et au niveau de la société civile.

Les objectifs spécifiques du programme sont :

- (i) Les groupes organisés formés participent au développement du système de santé;
- (ii) la corrélation entre l'offre et la demande de soins est renforcée ;
- (iii) la situation financière des structures s'améliore ;
- (iv) la tarification des soins est davantage corrélée avec les possibilités de paiement de la population ;
- (v) les pratiques de soins s'améliorent ;

Pour chaque axe de travail du programme, une brève description et les modèles d'action et de changement sont présentés. Par confort de lecture, ceux-ci sont également proposés en grands modèles dans les annexes.

i) Le renforcement du secteur hospitalier

Pour renforcer le secteur hospitalier, ULB-Coopération appuie deux institutions :

(1) La Plateforme Hospitalière de la RDC (PH-RDC)

ULB-Coopération, en partenariat avec Chaîne de l'Espoir Belgique (CDEB), soutient le développement d'une plateforme hospitalière. Celle-ci existe depuis 2012¹⁹, et avait pour premier objectif de

¹⁹ Elle fut créée à l'initiative de trois organisations non gouvernementales soutenues par les autorités de santé : (i) Chaîne de l'Espoir Belgique (CDEB) et son partenaire de terrain, l'ASBL congolaise « Chirurgie Pédiatrique en Afrique » (CHIRPA) ; (ii) ULB Coopération (UCO) ; et (iii) le Rotary club for development (RC4D).

renforcer les capacités des structures membres en gestion financière. (17), (19), (20) En 2016, à la demande de ses membres, la Plateforme Hospitalière a élargi le champ de ses travaux en y incluant la qualité des soins. (21) La PH-RDC comprend actuellement 32 structures hospitalières membres et est reconnue légalement en tant qu'ASBL. (20), (22) Les membres se réunissent mensuellement et ont élaboré une politique commune à la plateforme. Celle-ci vise le développement d'une démarche orientée vers la qualité au sein des structures. (23)

Le projet a également doté la PH-RDC d'un rôle de bailleurs de fonds. Des appels à projet sont organisés deux fois par an selon des thématiques particulières, et les hôpitaux membres présentent les projets d'amélioration qu'ils ont élaborés. La plateforme, sous réserve d'acceptation du projet selon des critères prédéfinis, accorde un financement de 5000 euros maximum par projet. (21), (24)

(2) L'HGR Kintambo

ULB-Coopération apporte un soutien particulier à l'HGR de Kintambo²⁰, structure de deuxième échelon. Grâce à un financement de la Loterie Nationale belge, l'HGR a pu construire un pavillon « Urgence/Soins intensifs et réanimation » (pavillon U/SI-R), comprenant aussi un service de consultation externe²¹, et former son personnel à la prise en charge mise en œuvre dans ces services. (25), (26), (27) Un mode de tarification forfaitaire des soins a également été mis en place au sein des services du pavillon. (27)

L'HGR étant membre de la PH-RDC, UCO lui apporte aussi un appui supplémentaire pour qu'il puisse profiter au maximum des démarches et des activités organisées et améliorer au mieux la qualité dans sa structure. (28)

ii) Le renforcement du premier échelon de soin

ULB-Coopération a créé le Groupe de Réflexion (GdR) du 1^{er} échelon de soins de la ZS de Kintambo. Quinze structures, tant privées que publiques, sont représentées par leurs propriétaires ou des prestataires, et participent volontairement aux différentes activités du groupe. Une réunion mensuelle est organisée. Les membres identifient leurs faiblesses et les moyens pour y remédier. Des formations et autres appuis sont organisés dans ce cadre. (28), (29), (30)

Un financement est également prévu pour permettre aux structures de mettre en œuvre des projets d'amélioration. Des appels à projets sont lancés selon des thématiques particulières. Les structures

²⁰ L'HGR de Kintambo est un partenaire privilégié d'UCO depuis 2008, recevant son appui technique, stratégique et financier. (25) Cet HGR est la seule institution de référence de la zone centre-ouest de Kinshasa, il couvre en réalité 3 communes dans cette région. (26)

²¹ Une mission d'analyse organisationnelle en 2013 (De Caluwe & Baglione, 2013), avait souligné l'intérêt de développer les services de consultations, les urgences et les soins intensif dans la structure, ces services ayant été évalués comme étant très insuffisants. Les usagers nécessitant de tels soins devaient se rendre dans des structures très éloignées et plus coûteuses. (26)

peuvent présenter les projets qu’elles ont élaborés, et un budget leur est accordé si leur projet est accepté. (28), (30)

UCO tente aussi d’intégrer les structures privées du groupe à la mission du service public, afin qu’elles soient reconnues, régulées et qu’elles reçoivent l’appui des autorités de santé. (28), (29)

iii) Le renforcement de la société civile et de la population

UCO s’est allié à Etoile Du Sud (EDS)²² pour former des groupes de réflexion²³ (GdR) au sein de la société et une plateforme des usagers. (31) Ces groupes de réflexion sont composés de représentants ou de propriétaires d’institutions²⁴ ou d’autres entreprises²⁵. (32) Un groupe supplémentaire pour les usagers, appelé « plateforme des usagers », a aussi été créé, et regroupe 2 ou 3 membres de chaque groupe de réflexion, en dehors des acteurs du système de santé. (33)

Les réflexions sont orientées vers l’identification des difficultés, des attentes et des besoins de la population, et des actions à mettre en œuvre pour y répondre. (31) Dans ce cadre, des formations sont organisées²⁶. Les capacités des membres des groupes sont renforcées pour leur permettre de réaliser les activités de dialogue et de promotion à la santé pour la population. (34)

La rencontre entre les usagers et les prestataires de soins a également pour objectif de contribuer à améliorer l’adéquation entre l’offre de soins du 1^{er} échelon et les besoins et attentes de la population. (34) UCO et EDS appuient d’ailleurs ces groupes organisés de la société civile pour élaborer les modalités d’organisation qui leur permettront de participer au mieux au développement du système de soins de la ZS. (28), (34)

²² EDS est une ONG congolaise, en activité depuis 2004, qui se consacre à la promotion du droit à la santé, la participation communautaire et au renforcement de la capacité des communautés à agir pour leur santé et leur bien-être. UCO et EDS sont partenaires depuis 2014.

²³ Trois groupes de réflexion créés par EDS préexistaient déjà. Les deux ONG tentent de faire en sorte que chaque AS de la ZS de Kintambo soit couverte par un groupe de réflexion.

²⁴ Les différents types d’institutions : écoles, églises, bureaux de quartier, CS, HGR, BCZ

²⁵ Les types d’entreprises : hôtels, bars, restaurants, pharmacies, boutiques, dépôts de boisson ou ciment, ateliers de couture, associations et ONG

²⁶ Sur différentes thématiques, notamment : le droit à la santé, les déterminants sociaux de santé, la participation communautaire, et les thématiques de santé pertinentes identifiées.

Figure 3: Modèle logique complet

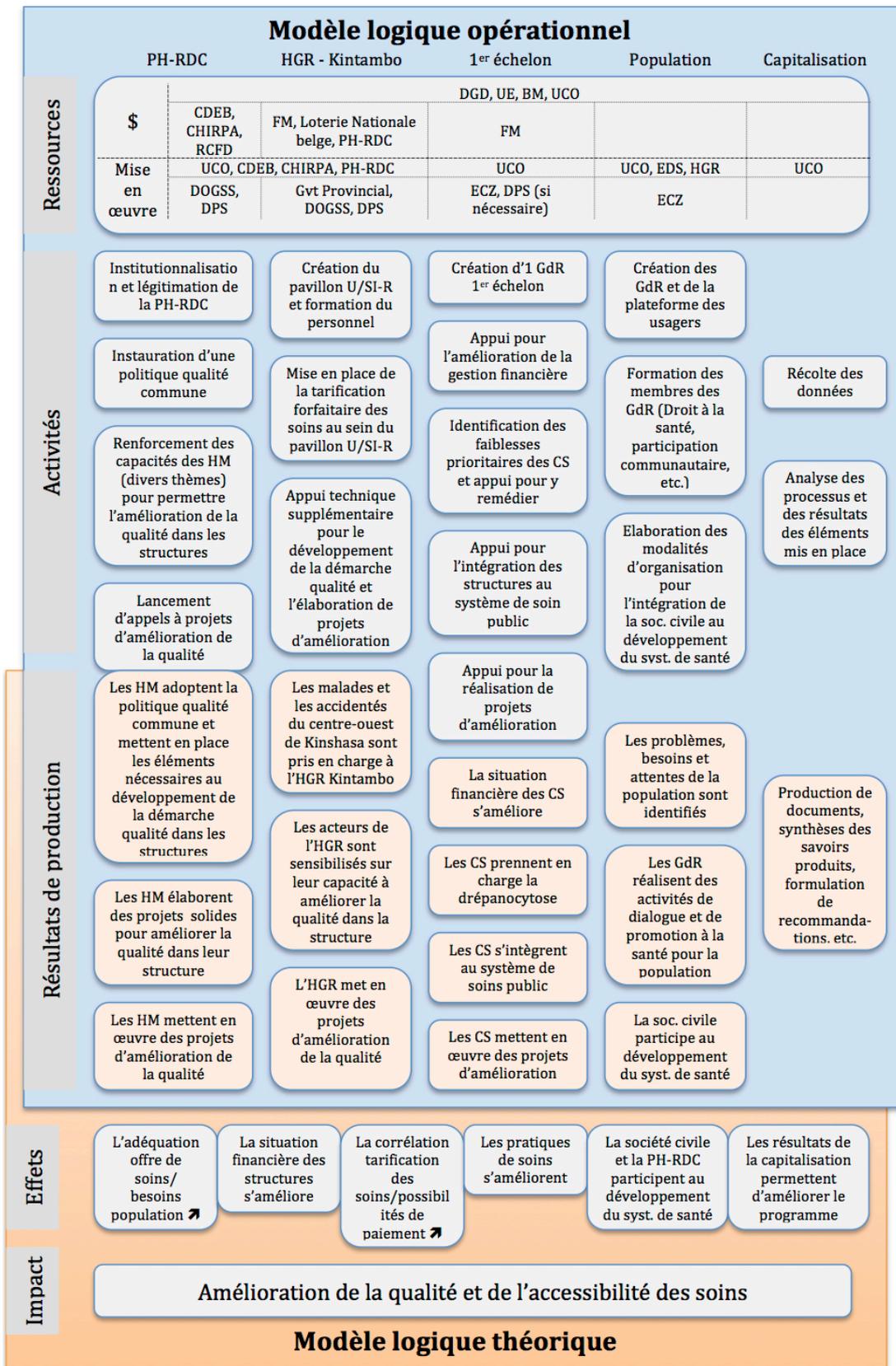


Schéma inspiré du cours « Méthodes d'évaluation » de Florence Morestin de l'Université de Montréal, présenté par : A. Brousselle, F.Champagne, A.-P. Contandriopoulos, Z. Hartz. L'évaluation : concepts et méthodes, deuxième édition. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal ; 2011. Figure 3.2, page 78.

Figure 4: Modèle d'action de la PH-RDC²⁷

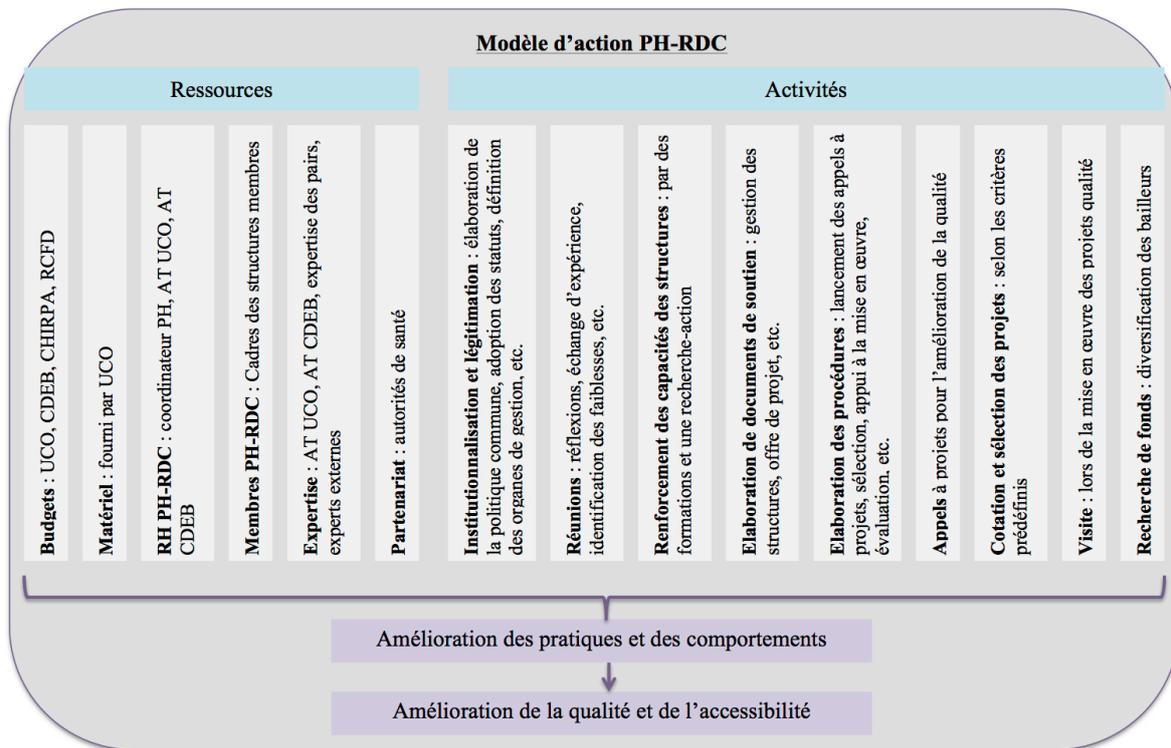
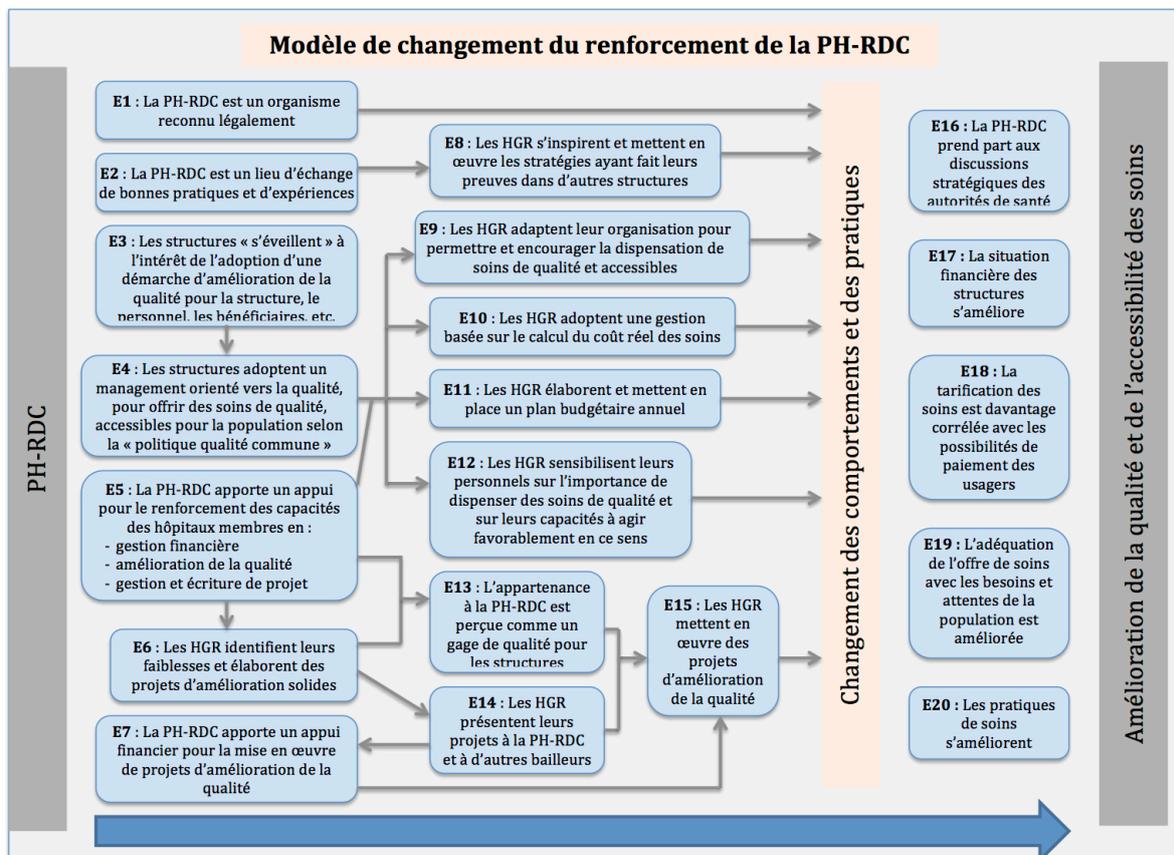


Figure 5: Modèle de changement du renforcement de la PH-RDC²⁸



²⁷ Schéma inspiré du modèle de Chen 2005 (5)

²⁸ Schéma inspiré du modèle de Chen 2005 (5), et du modèle de Mayne 2017 (35)

Figure 6: Modèle d'action de l'HGR Kintambo²⁹

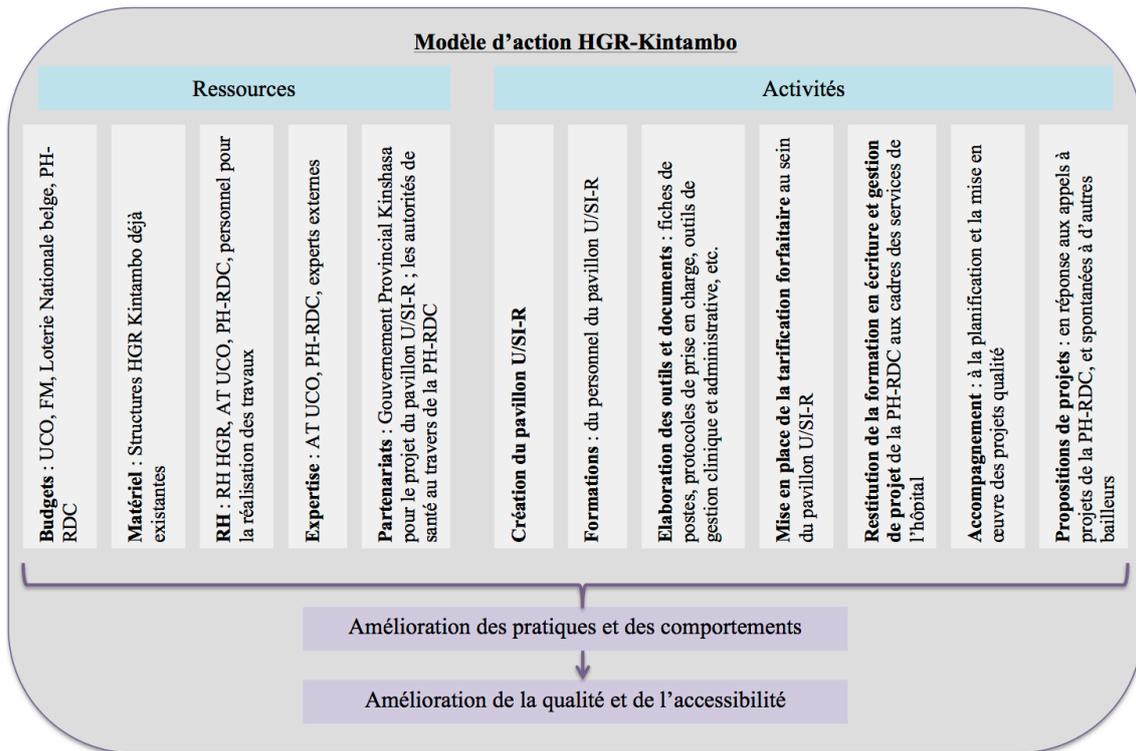
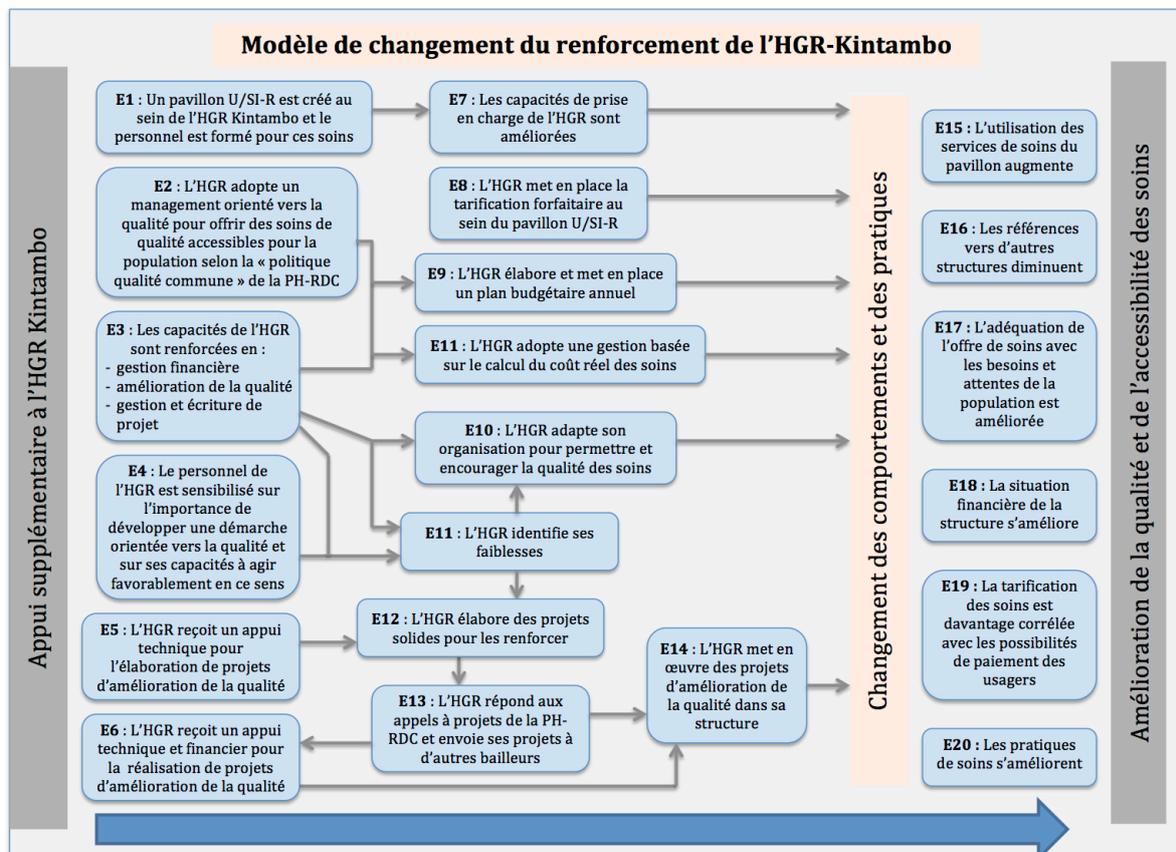


Figure 7: Modèle de changement du renforcement de l'HGR Kintambo³⁰



²⁹ Schéma inspiré du modèle de Chen 2005 (5)

³⁰ Schéma inspiré du modèle de Chen 2005 (5), et du modèle de Mayne 2017 (35)

Figure 8: Modèle d'action du 1er échelon³¹

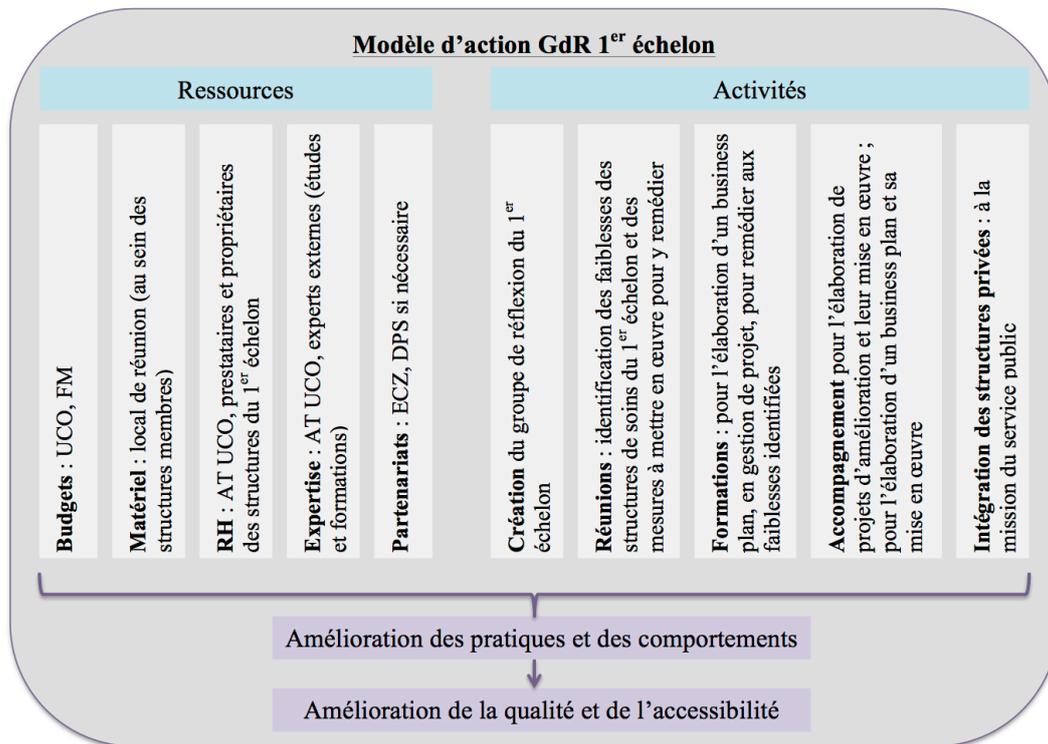
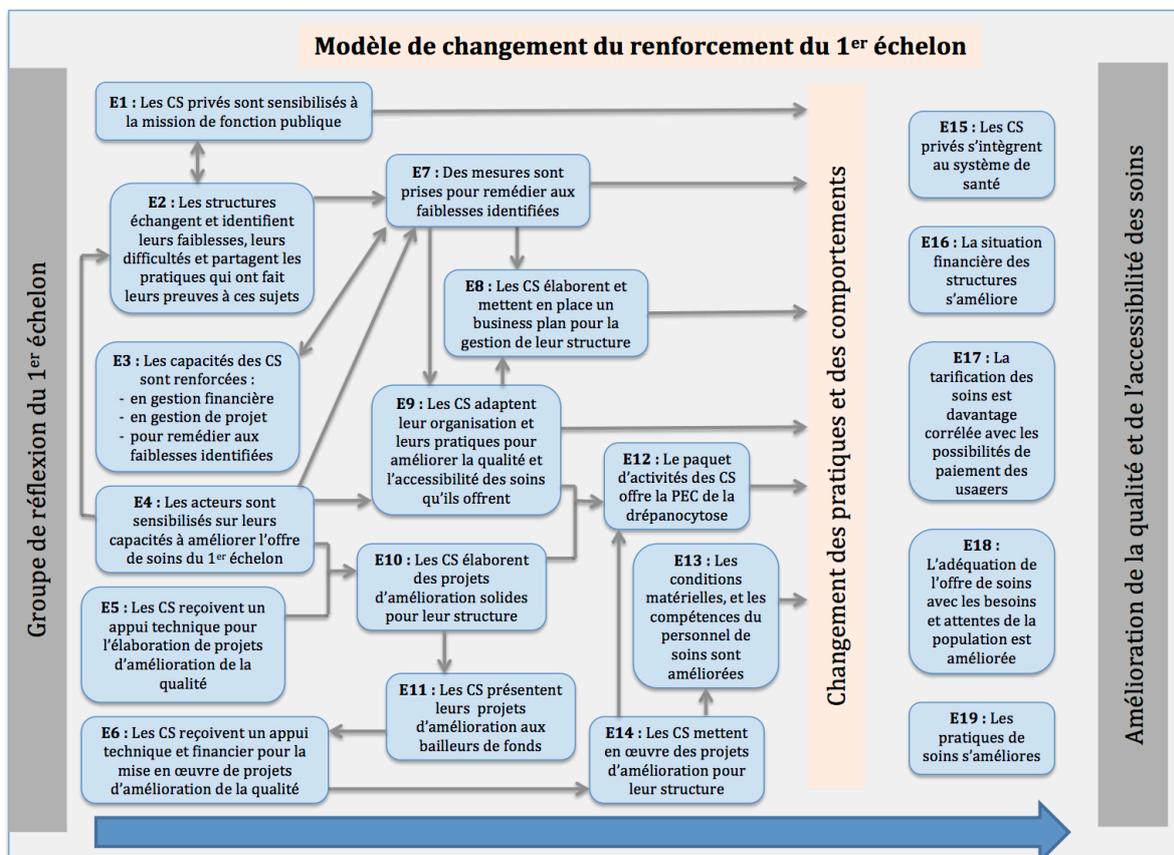


Figure 9: Modèle de changement du renforcement du 1er échelon³²



³¹ Schéma inspiré du modèle de Chen 2005 (5)

³² Schéma inspiré du modèle de Chen 2005 (5), et du modèle de Mayne 2017 (35)

Figure 10: Modèle d'action de la population³³

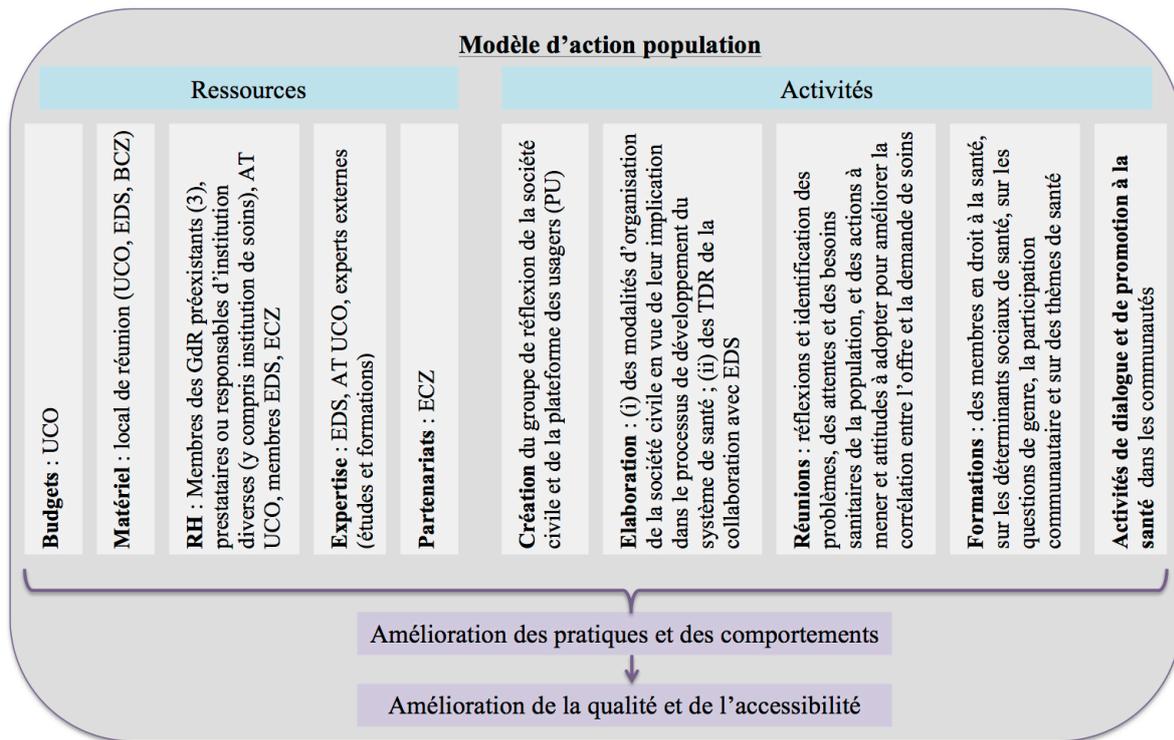
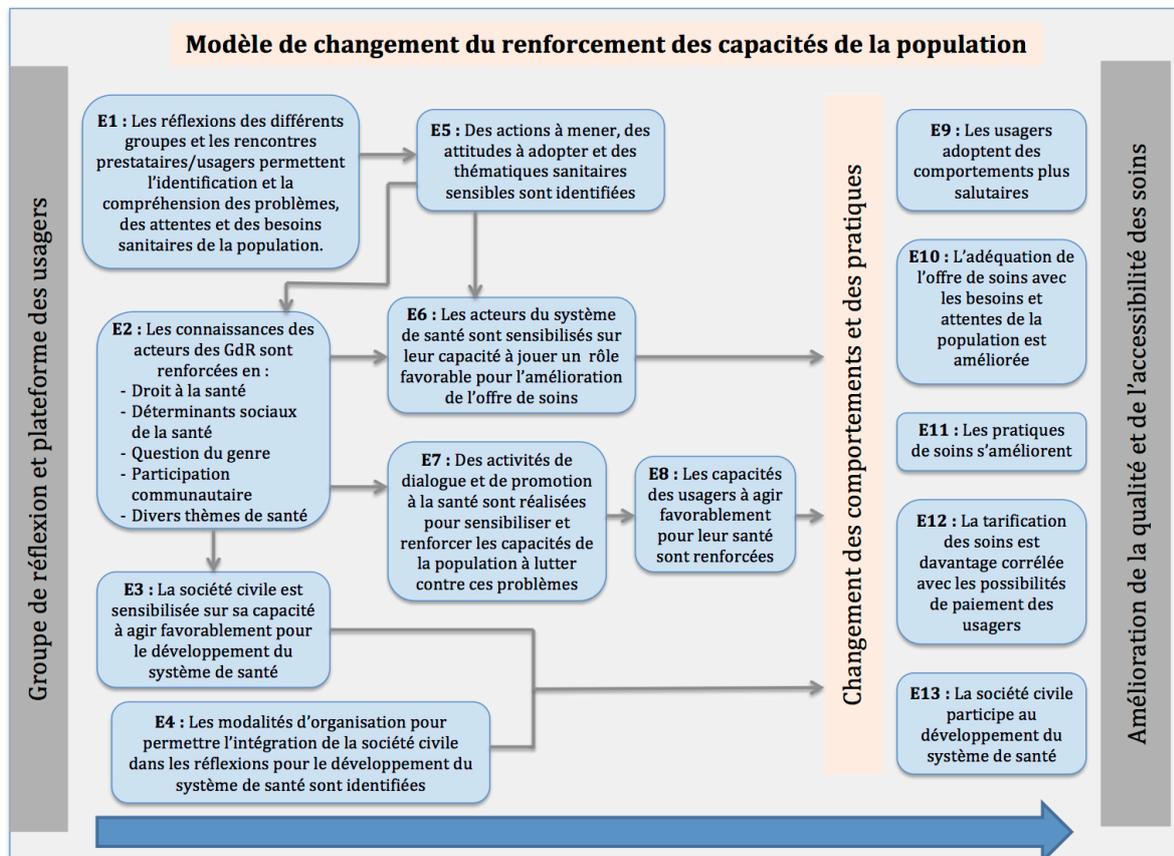


Figure 11: Modèle de changement du renforcement de la population³⁴



³³ Schéma inspiré du modèle de Chen 2005 (5)

³⁴ Schéma inspiré du modèle de Chen 2005 (5), et du modèle de Mayne 2017 (35)

i) L'axe dédié à la capitalisation

UCO a prévu la contribution d'un expert pour faire ressortir les expériences et les savoirs produits par les différentes activités du projet. Les résultats de cette activité pourront bénéficier tant au programme en cours pour son amélioration, que pour l'élaboration d'interventions ultérieures pour ULB-Coopération, ou pour d'autres ONG partenaires.

b) Méthodologies d'évaluation proposées

i) L'approche normative

L'évaluation normative étudiera la structure, les processus mis en œuvre et les résultats observés. Leur adéquation avec ce qui avait été prévu lors de la planification du programme sera appréciée. Pour éviter un caractère répétitif dans cette présentation, seul les questions d'évaluation concernant l'approche des processus et des résultats sont développées ci-après. Pour l'appréciation de la structure, l'activité d'évaluation analysera pour chaque activité les ressources financières, matérielles et humaines investies selon ces questions :

- i. Le budget investi *pour telle activité* est-il adéquat³⁵ ?
- ii. Les ressources matérielles mises à disposition *pour telle activité* sont-elles adéquates ?
- iii. Les ressources humaines mises à disposition *pour telle activité* sont-elles adéquates (nombre, qualifications, etc.) ?

Cette adéquation sera appréciée de manière quantitative. La qualité de ces ressources (pertinence, quantité, etc.) pourra être interrogée de manière qualitative si cela est jugé utile.

Un tableau disponible à l'annexe 9 présente les indicateurs proposés pour répondre aux questions d'évaluation de cette approche. Ils ne sont pas exhaustifs et doivent encore être affinés pour pouvoir être utilisés.

(1) Appréciation normative de l'axe de renforcement du secteur hospitalier via les activités de la PH-RDC

(a) Appréciation des processus

³⁵ Dans les formulations des questions de l'évaluation normative, « adéquat » signifie : « est ce que cela correspond à ce qui avait été prévu ? »

Approche quantitative		Approche qualitative		
Méthode de recueil	Source de vérification	Méthode de recueil	Source de vérification	Commentaire(s)
i. Les activités visant l'institutionnalisation de la PH-RDC sont-elles adéquates ?				
Recherche documentaire	Données et rapports de la plateforme	Entretien	Coordonnateur d'UCO et de la PH-RDC, membres de la PH-RDC, autorités sanitaires observatrices	La qualité de réalisation des activités sera abordée de manière qualitative.
ii. Le nombre, la fréquence, l'organisation des réunions de la PH-RDC sont-elles adéquates ?				
Recherche documentaire	Données et rapports de la plateforme	Entretien	Coordonnateur d'UCO et de la PH-RDC, membres de la PH-RDC, autorités sanitaires observatrices	La qualité de réalisation des activités sera abordée de manière qualitative. La mesure de l'évolution du taux de participation des membres et des autorités sanitaires observatrices est prévue dans l'approche quantitative.
iii. Les activités liées à l'organisation de formations sont-elles adéquates ?				
Recherche documentaire	Données et rapports de la plateforme	Entretien	Coordonnateur d'UCO et de la PH-RDC, membres de la PH-RDC, autorités sanitaires observatrices	La qualité de réalisation des activités sera abordée de manière qualitative. La mesure du taux de participation des membres aux différentes formations est prévue dans l'approche quantitative.
iv. Les activités liées à la réalisation de la recherche action sont-elles adéquates ?				
Recherche documentaire	Données et rapports de la plateforme	Entretien	Coordonnateur d'UCO et de la PH-RDC, structures participantes à la recherche-action, membres de la PH-RDC, autorités sanitaires observatrices	Protocole de recherche en cours de finalisation. La qualité de réalisation des activités sera abordée de manière qualitative. La mesure du taux de participation des acteurs aux activités est prévue dans l'approche quantitative.
v. Les activités visant la préparation de la PH-RDC à jouer son rôle de « bailleur de fonds » sont-elles adéquates ?				
Recherche documentaire	Données et rapports de la plateforme	Entretien	Coordonnateur d'UCO et de la PH-RDC, membres de la PH-RDC, autorités sanitaires	La qualité de réalisation des activités sera abordée de manière qualitative

			observatrices	
vi. Les appels à projets sont-ils adéquats (nombre, thématiques, feedback de cotation, etc.) ?				
Recherche documentaire	Données et rapports de la plateforme	Entretien	Coordonnateur d'UCO et de la PH-RDC, membres de la PH-RDC, autorités sanitaires observatrices	La qualité de réalisation des appels à projet sera abordée de manière qualitative, y compris la qualité des thématiques choisies pour les appels.
vii. La visite des structures lors de la mise en œuvre des projets d'amélioration de la qualité est-elle adéquate ?				
Recherche documentaire	Données et rapports de la plateforme	Entretien	Coordonnateur d'UCO et de la PH-RDC, les structures membres ayant mis en œuvre un projet d'amélioration de la qualité.	La qualité de la visite réalisée sera abordée de manière qualitative. La mesure de la proportion de structures ayant reçu cette visite est prévue dans l'approche quantitative.
viii. Les activités liées à la recherche d'autres fonds de financements sont-elles adéquates ?				
Recherche documentaire	Données et rapports de la plateforme	Entretien	Coordonnateur d'UCO et de la PH-RDC, membres de la PH-RDC, autorités sanitaires observatrices	La qualité de réalisation des activités sera abordée de manière qualitative

(b) Appréciation des résultats

Approche quantitative		Approche qualitative		Commentaire(s)
Méthode de recueil	Source de vérification	Méthode de recueil	Source de vérification	
i. Le degré de fonctionnalité ³⁶ atteint par la PH-RDC est-il adéquat ?				
Recherche documentaire	Données et rapports de la plateforme	Entretien	Coordonnateur d'UCO et de la PH-RDC, membres de la PH-RDC	Les approches quantitative (vérification de l'existence des statuts, le type d'activités réalisées, etc.) et qualitative (capacité de plaidoyer, etc.) seront complémentaires pour évaluer le degré de fonctionnalité atteint.

³⁶ Critères de fonctionnalité : Niveau 1 : existence d'un statut juridique ; Niveau 2 : reconnaissance du statut et fonctionnement des instances (AG, PV, taux de participation, etc.) ; Niveau 3 : diversité des services rendus aux membres (formation, ...), capacité de plaidoyer ; Niveau 4 : absent dans les documents ; Niveau 5 : capacité à rechercher des fonds et à justifier des fonds, etc. (28)

ii. Le nombre de projets d'amélioration de la qualité présentés à la PH-RDC par chaque structure membre pour l'obtention d'un financement est-il adéquat ?				
Recherche documentaire	Données et rapports de la plateforme	/	/	
iii. Le nombre de conventions de collaboration passées entre les structures membres et la PH-RDC pour la mise en œuvre d'un projet d'amélioration de la qualité est-il adéquat ?				
Recherche documentaire	Données et rapports de la plateforme	/	/	
iv. Le nombre de sources de financements extérieures obtenues sont-elles adéquates ?				
Recherche documentaire	Données et rapports de la plateforme	/	/	

(2) Appréciation normative de l'axe de renforcement du secteur hospitalier via le renforcement de l'HGR Kintambo

(a) Appréciation des processus

Approche quantitative		Approche qualitative		Commentaire(s)
Méthode de recueil	Source de vérification	Méthode de recueil	Source de vérification	
i. Les activités liées à la construction et à l'équipement du pavillon U/SI-R sont-elles adéquates ?				
Recherche documentaire	Données et rapports de l'HGR et d'UCO concernant le projet « loterie nationale »	Entretien	Coordonnateur d'UCO, responsables de l'HGR, responsables du projet à l'HGR, personnels du pavillon U/SI-R	La qualité de réalisation des activités sera abordée de manière qualitative.
ii. Les activités liées à l'organisation de la formation du personnel du pavillon U/SI-R sont-elles adéquates ?				
Recherche documentaire	Données et rapports de l'HGR et d'UCO (notamment concernant le projet « loterie nationale »)	Entretien	Coordonnateur d'UCO, responsables du projet à l'HGR, personnels du pavillon U/SI-R	La qualité de réalisation des activités sera abordée de manière qualitative. La mesure de la proportion de prestataires formés au sein des services d'U/SI-R est prévue dans

				l'approche quantitative.
iii. Les activités liées à l'élaboration et la mise à disposition des outils de soutien au pavillon U/SI-R et à la structure sont-elles adéquates ?				
Recherche documentaire	Données et rapports de l'HGR et d'UCO concernant le projet « loterie nationale »	Entretien	Coordonnateur d'UCO, responsables et personnels des services U/SI-R	La qualité de réalisation des activités sera abordée de manière qualitative.
iv. Les activités liées à la restitution dans la structure des formations reçues au sein de la PH-RDC sont-elles adéquates ?				
Recherche documentaire	Données et rapports de l'HGR et d'UCO	Entretien	Coordonnateur d'UCO, responsables de l'HGR dont le représentant de l'HGR à la PH-RDC, les responsables de services de la structure	La qualité de réalisation des activités sera abordée de manière qualitative. La mesure du taux de participation à la restitution est prévue dans l'approche quantitative.
v. Les activités liées à la mise en place de la tarification forfaitaire au sein du pavillon U/SI-R sont-elles adéquates ?				
Recherche documentaire	Données et rapports de l'HGR et d'UCO	Entretien	Coordonnateur d'UCO, responsables de l'HGR, les responsables des services du pavillon, la comptabilité de la structure, le personnel en lien avec la réception du paiement des soins (à définir : secrétaires à l'accueil ?)	La qualité de réalisation des activités sera abordée de manière qualitative.
vi. L'appui pour l'élaboration et la mise en œuvre de projets d'amélioration de la qualité est-il adéquat ?				
Recherche documentaire	Données et rapports de l'HGR et d'UCO (PV de réunion, etc.)	Entretien	Coordonnateur d'UCO, responsables de l'HGR dont le représentant de l'HGR à la PH-RDC, les responsables de services de la structure, les membres des Comité Qualité de la structure si existant.	La qualité de réalisation des activités sera abordée de manière qualitative. Les mesures de l'évolution du nombre de projets présentés à la PH-RDC et à d'autres bailleurs sont prévues dans l'approche quantitative.

vii. L'appui pour le développement de la démarche qualité dans la structure est-il adéquat ?				
Recherche documentaire	Données et rapports de l'HGR et d'UCO (PV de réunion, etc.)	Entretien	Coordonnateur d'UCO, responsables de l'HGR dont le représentant de l'HGR à la PH-RDC, les responsables de services de la structure, les membres des Comité Qualité de la structure si existant.	La qualité de réalisation des activités sera abordée de manière qualitative.

(b) Appréciation des résultats

Approche quantitative		Approche qualitative		Commentaire(s)
Méthode de recueil	Source de vérification	Méthode de recueil	Source de vérification	
i. Le nombre annuel d'admission au sein des différents services du pavillon U/SI-R est-il adéquat ?				
Recherche documentaire	Données de l'HGR	/	/	/
ii. Le nombre de projets d'amélioration de la qualité présentés à la PH-RDC par l'HGR Kintambo est-il adéquat ?				
Recherche documentaire	Données de la PH-RDC	/	/	/
iii. Le nombre de projets d'amélioration de la qualité présentés par l'HGR Kintambo à d'autres bailleurs de fonds est-il adéquat ?				
Recherche documentaire	Données et rapports de l'HGR	/	/	/
iv. Le nombre de projets d'amélioration de la qualité mis en œuvre par l'HGR Kintambo est-il adéquat ?				
Recherche documentaire	Données et rapports de l'HGR et de la PH-RDC	/	/	/
v. L'application de la tarification forfaitaire des soins au sein du pavillon U/SI-R est-elle adéquate ?				
/	/	Entretiens	Responsables des services du pavillon U/SI-R, prestataires de soins, personnel lié à la réception du paiement des soins (secrétaires à	Ce résultat sera approché de manière qualitative uniquement. Un audit sur l'organisation et l'accessibilité financière de ces services est prévu dans les activités d'UCO ³⁷ . Dans le cas de sa réalisation et

³⁷ UCO. « Cadre logique de référence version 2018 »

			l'accueil ?)	d'apport de réponses valides et suffisantes, une recherche documentaire pourrait suffire pour répondre à cette question.
--	--	--	--------------	--

(3) Appréciation normative de l'axe de renforcement du 1^{er} échelon de soins

(a) Appréciation des processus

Approche quantitative		Approche qualitative		Commentaire(s)
Méthode de recueil	Source de vérification	Méthode de recueil	Source de vérification	
i. Les activités liées à la création du GdR du 1 ^{er} échelon sont-elles adéquates ?				
Recherche documentaire	Données et rapports d'UCO	Entretien	Coordonnateur UCO, Membres du GdR 1 ^{er} échelon, autorités sanitaires (ECZ)	La qualité de réalisation des activités sera abordée de manière qualitative.
ii. Les activités liées à l'organisation des réunions du GdR du 1 ^{er} échelon sont-elles adéquates ?				
Recherche documentaire	Données et rapports d'UCO	Entretien	Coordonnateur UCO, Membres du GdR 1 ^{er} échelon, autorités sanitaires (ECZ)	La qualité de réalisation des activités sera abordée de manière qualitative. La mesure de l'évolution du taux de participation des membres du GdR 1 ^{er} échelon aux réunions est prévue via l'approche quantitative.
iii. Les activités liées à l'organisation des formations sont-elles adéquates ?				
Recherche documentaire	Données et rapports d'UCO	Entretien	Coordonnateur UCO, Membres du GdR 1 ^{er} échelon, personnels des CS membres du GdR 1 ^{er} échelon, autorités sanitaires (ECZ)	La qualité de réalisation des activités sera abordée de manière qualitative. La mesure du taux de participation des membres du GdR 1 ^{er} échelon aux différentes formations est prévue via l'approche quantitative.
iv. L'appui apporté aux structures de 1 ^{er} échelon pour l'élaboration et la mise en œuvre des projets d'amélioration est-il adéquat ?				
Recherche documentaire	Données et rapports d'UCO	Entretien	Coordonnateur UCO, Membres du GdR 1 ^{er} échelon, personnels des CS membres du GdR 1 ^{er} échelon, autorités sanitaires (ECZ)	La qualité de réalisation des activités sera abordée de manière qualitative. La mesure du taux de participation des membres du GdR 1 ^{er} échelon à la formation en écriture et gestion de projet est prévue via l'approche quantitative.

v. L'appui apporté aux structures de 1 ^{er} échelon pour l'élaboration et la mise en place d'un plan budgétaire pour la gestion du centre est-il adéquat ?				
Recherche documentaire	Données et rapports d'UCO	Entretien	Coordonnateur UCO, Membres du GdR 1 ^{er} échelon, autorités sanitaires (ECZ)	La qualité de réalisation des activités sera abordée de manière qualitative. La mesure de l'évolution du taux de participation des membres du GdR 1 ^{er} échelon à ces activités est prévue via l'approche quantitative.
vi. Les activités liées à l'intégration des structures privées dans le système de santé public sont-elles adéquates ?				
Recherche documentaire	Données et rapports d'UCO	Entretien	Coordonnateur UCO, Membres du GdR 1 ^{er} échelon, autorités sanitaires (ECZ)	La qualité de réalisation des activités sera abordée de manière qualitative. La mesure de l'évolution du taux de participation des membres du GdR 1 ^{er} échelon à ces activités est prévue via l'approche quantitative.

(b) Appréciation des résultats

Approche quantitative		Approche qualitative		Commentaire(s)
Méthode de recueil	Source de vérification	Méthode de recueil	Source de vérification	
i. Le nombre de projets d'amélioration élaborés et mis en œuvre par les structures est-il adéquat ?				
Recherche documentaire	Données et rapports d'UCO	/	/	/
ii. Le nombre de structures ayant mis en place un nouveau plan budgétaire est-il adéquat ?				
Recherche documentaire	Données des structures membres du GdR 1 ^{er} échelon	/	/	/
iii. Le nombre de structures privées intégrées au système de santé public est-il adéquat ?				
Recherche documentaire	Données des autorités de santé et des structures membres du GdR 1 ^{er} échelon	/	/	/

(4) Appréciation normative de l'axe de renforcement de la société civile et de la population

(a) Appréciation des processus

Approche quantitative		Approche qualitative		Commentaire(s)
Méthode de recueil	Source de vérification	Méthode de recueil	Source de vérification	
i. Les activités liées à la création des GdR de la société civile et de la plateforme des usagers sont-elles adéquates ?				
Recherche documentaire	Données et rapports d'UCO et d'EDS	Entretien	Coordonnateur UCO et EDS, membres des GdR et de la plateforme des usagers (PU), les autorités sanitaires	La qualité de réalisation des activités sera abordée de manière qualitative. La mesure de la proportion d'acteur de santé dans chaque groupe est prévue via l'approche quantitative.
ii. Les activités liées avec l'organisation des réunions sont-elles adéquates ?				
Recherche documentaire	Données et rapports d'UCO et d'EDS	Entretien	Coordonnateur UCO et EDS, membres des GdR et de la plateforme des usagers, les autorités sanitaires	La qualité de réalisation des activités sera abordée de manière qualitative. La mesure de l'évolution du taux de participation des membres des groupes (GdR et PU) aux réunions est prévue via l'approche quantitative, y compris la participation des autorités sanitaires si cela est le cas.
iii. Les activités liées à l'élaboration des modalités d'organisation de la société civile pour lui permettre de participer au développement du système de santé de la ZS sont-elles adéquates ?				
Recherche documentaire	Données et rapports d'UCO et d'EDS	Entretien	Coordonnateur UCO et EDS, membres des GdR, les autorités sanitaires	La qualité de réalisation des activités sera abordée de manière qualitative. La mesure de l'évolution du taux de participation des membres des GdR à ces activités est prévue via l'approche quantitative, y compris la participation des autorités sanitaires si cela est le cas.
iv. Les activités liées avec l'organisation des formations sont-elles adéquates ?				
Recherche documentaire	Données et rapports d'UCO et d'EDS	Entretien	Coordonnateur UCO et EDS, membres des GdR, les autorités sanitaires	La qualité de réalisation des activités sera abordée de manière qualitative. La mesure de l'évolution du taux de participation des membres des GdR aux formations est prévue via l'approche quantitative.

v. Les activités liées avec l'organisation des activités de dialogue et de promotion à la santé pour la population sont-elles adéquates ?				
Recherche documentaire	Données et rapports d'UCO, d'EDS et des GdR	Entretien	Coordonnateur UCO et EDS, membres des GdR, les autorités sanitaires	La qualité de réalisation des activités sera abordée de manière qualitative.

(b) Appréciation des résultats

Approche quantitative		Approche qualitative		Commentaire(s)
Méthode de recueil	Source de vérification	Méthode de recueil	Source de vérification	
i. La participation des GdR au développement du système de santé est-elle adéquate ?				
Recherche documentaire	Données et rapports d'UCO et d'EDS	Entretien	Coordonnateurs UCO et EDS, GdR, autorités sanitaires	La mesure de l'évolution de la participation aux réunions est prévue pour répondre à cette question de manière quantitative. Une appréciation qualitative de cette participation est également prévue.

ii) L'analyse des effets

Une approche quantitative via un protocole quasi-expérimental est proposée pour vérifier la réalisation des effets attendus, et pouvoir relier ces-derniers à l'intervention mise en place par ULB-Coopération. Pour chaque axe de renforcement du programme, les questions de recherche interrogent la réalisation des effets pressentis comme importants pour la production de l'objectif final de l'intervention. Pour chaque question, le type d'étude préconisée, les indicateurs, le mode de calcul, et les sources de données sont présentées dans les tableaux ci-après.

(1) Le renforcement du secteur hospitalier

Méthode	Mode de calcul	Avant	Après	Méthode de recueil	Source(s) de données
Question 1 : Un représentant du secteur hospitalier participe-il aux discussions stratégiques des autorités sanitaires concernant le développement du système de santé ?					
Indicateur 1a : Existence d'une représentation du secteur hospitalier					
Avant-après	Le secteur hospitalier a un représentant pour parler en son nom et défendre ses intérêts	Avant le début du programme	A la fin du programme	Recherche documentaire ou entretien	Les autorités sanitaires via leurs données ou leur

					interview
<i>Commentaire 1a</i> : L'approche qualitative, par un entretien avec les autorités de santé, permettra d'approcher les perceptions des autorités sanitaires par rapport à cette représentation du secteur hospitalier.					
Indicateur 1b : Evolution de la proportion annuelle de réunions des autorités sanitaires concernant le développement du système de santé, auxquelles le représentant du secteur hospitalier a participé.					
Devis de type série chronologique	<u>Numérateur</u> : Nombre annuel de participations du représentant du secteur hospitalier aux réunions des autorités sanitaires concernant le développement du système de santé <u>Dénominateur</u> : Nombre annuel total de ces réunions.	Mesure sur les 5 années précédant le début du programme	Mesure annuelle durant les 5 années de mise en œuvre du programme	Recherche documentaire	Comptes rendus des réunions des autorités sanitaires
<i>Commentaire 1b</i> : L'approche qualitative, par un entretien avec les autorités sanitaires et un entretien avec le représentant du secteur hospitalier, permettra d'évaluer les perceptions de chacun sur la participation du représentant aux réunions (sentiment d'être entendu, apport de la participation, etc.)					
Question 2 : La qualité au sein des structures est-elle dans une dynamique d'amélioration ?					
Indicateur 2 : Evolution des résultats obtenus pour chaque structure lors des évaluations de la qualité sur base de la grille d'évaluation standardisée ³⁸ de la PH-RDC ³⁹					
Devis de type série chronologique	Recueil des résultats obtenus dans chaque structure pour chaque évaluation	Relevé des résultats obtenus à la 1 ^{ère} évaluation réalisée (si possible au début de la participation aux activités)	Relevé des résultats de toutes les évaluations réalisées en cours de programme	Recherche documentaire	Données et rapports de la PH-RDC et/ou des structures
<i>Commentaire 2</i> : Une représentation graphique de l'évolution des résultats obtenus pour chaque structure pourra aider à visualiser l'évolution de chacun. Les résultats de l'évaluation spécifiques par thématiques ou par services (hygiène, laboratoire, etc.) seront également relevés et analysés de la					

³⁸ Grille prévue dans la « Note stratégique « qualité » pour les hôpitaux de la Plateforme hospitalière » (23)

³⁹ L'évolution des résultats de l'HGR Kintambo, ayant reçu un appui supplémentaire, pourra être analysée dans le cadre de cet indicateur.

même manière, afin d'obtenir une vision complète des évolutions et pouvoir effectuer un parallèle avec la réalisation de projet d'amélioration ou tout autre événement.

Question 3 : La tarification des soins mise en place dans les structures correspond-elle aux tarifs réels des soins établis lors des ateliers ?

Indicateur 3 : Adéquation entre le tarif des soins appliqué dans les structures et le coût réel des soins établi

Avant-après	Relevé des prix appliqués dans chaque structure pour 5 éléments marqueurs prédéterminés. Calcul de la différence entre le tarif appliqué et le coût réel établi pour ces 5 éléments.	Relevé des prix appliqués avant ou au début des activités du programme.	Relevé des prix appliqués à la fin des activités du programme	Recherche documentaire	Données des structures de soins.
-------------	---	---	---	------------------------	----------------------------------

Commentaire 3 : Choix de 5 soins, examens, ou procédures comme éléments marqueurs de référence (ex. : une radiologie, une césarienne, une consultation externe etc.)

Question 4 : La situation financière des structures est-elle dans une dynamique d'amélioration ?

Indicateur 4 : Evolution du rapport bénéfices/dépenses annuel de chaque structure

Devis de type série chronologique	<u>Numérateur</u> : Bénéfices annuels effectués par la structure <u>Dénominateur</u> : Dépenses annuelles effectuées par la structure	Mesure du rapport annuel sur 5 années précédant le début de la participation aux activités de la PH-RDC	Mesure du rapport annuel à partir de la participation aux activités de la PH-RDC	Recherche documentaire	Données des structures de soins.
-----------------------------------	--	---	--	------------------------	----------------------------------

Commentaire 4 : Une représentation graphique de l'évolution des rapports annuels de chaque structure peut aider à visualiser l'évolution de la situation financière de chacun.

Question 5 : La prise en charge des accidentés et malades de la zone de santé de Kintambo s'améliore-t-elle ?

Indicateur 5a : Evolution du nombre annuel d'admission du service des urgences de l'HGR Kintambo

Devis de type série chronologique	Relevé du nombre annuel d'admission du service	Relevé du nombre annuel d'admissions sur 5 années précédant la construction et l'équipement du nouveau	Relevé du nombre annuel d'admissions durant la mise en œuvre du programme	Recherche documentaire	Données de l'HGR Kintambo
-----------------------------------	--	--	---	------------------------	---------------------------

		service			
Indicateur 5b : Evolution du taux annuel de références ⁴⁰ du service des urgences vers d'autres structures					
Devis de type série chronologique	<u>Numérateur :</u> Nombre annuel de patients référés <u>Dénominateur :</u> Nombre annuel d'admissions	Relevé du taux annuel de références sur 5 années précédant la construction et l'équipement du nouveau service	Relevé du taux annuel de références durant la mise en œuvre du programme	Recherche documentaire	Données de l'HGR Kintambo
<i>Commentaire 5b :</i> La faisabilité d'obtenir des données valides concernant le nombre annuel de références du service des urgences devra être interrogée. Cet indicateur peut être étendu à l'ensemble des services du pavillon U/SI-R.					
Indicateur 5c : Evolution du taux de mortalité annuel des services des urgences et de soins intensifs-réanimation de l'HGR Kintambo					
Devis de type série chronologique	<u>Numérateur :</u> Nombre annuel de décès sur les services des urgences et de soins intensifs-réanimation <u>Dénominateur :</u> Nombre annuel d'admissions de ces services	Relevé du taux annuel de mortalité de ces services sur 5 années précédant la construction et l'équipement des nouveaux services	Relevé du taux annuel de mortalité de ces services durant la mise en œuvre du programme	Recherche documentaire	Données de l'HGR Kintambo
<i>Commentaire 5c :</i> Pour cet indicateur, les mesures ont été élargies aux services de soins intensifs et réanimation pour éviter de perdre des données de mortalité entre les différentes unités.					

(2) Le renforcement du premier échelon de soins

Méthode	Mode de calcul	Avant/Ailleurs	Après/Ici	Méthode de recueil	Source(s) de données
Question 6 : Les structures membres du GdR du 1 ^{er} échelon ont-elle amélioré leur situation financière ?					
Indicateur 6 : Evolution du rapport bénéfiques/dépenses annuel de chaque structure					
Devis de type série chronologique	<u>Numérateur :</u> Bénéfices annuels effectués par la	Mesure du rapport annuel sur 5 années précédant le	Mesure du rapport annuel à partir de la	Recherche documentaire	Données des structures de soins.

⁴⁰ Une référence signifie le transfert d'un patient vers une autre structure de soins, suite à une impossibilité de la première structure à lui apporter les soins qui lui sont nécessaires par exemple.

	structure <u>Dénominateur</u> : Dépenses annuelles effectuées par la structure	début de la participation aux activités du GdR 1 ^{er} échelon	participation aux activités du GdR 1 ^{er} échelon		
<i>Commentaire 6</i> : Une représentation graphique de l'évolution des rapports annuels de chaque structure peut aider à visualiser l'évolution de la situation financière de chacun.					
Question 7 : Les structures privées membres du GdR du 1 ^{er} échelon sont-elles intégrées au système de santé public ?					
<u>Indicateur 7a</u> : Evolution annuelle du nombre de structures de la ZS de Kintambo signant une convention de collaboration avec les autorités de santé					
Devis de type série chronologique	Relevé du nombre annuel de conventions de collaboration signées entre une structure et les autorités de santé (BCZ)	Relevé du nombre annuel de conventions signées sur 5 années précédant le début du programme	Relevé du nombre annuel de conventions signées durant la mise en œuvre du programme	Recherche documentaire	Données des autorités sanitaires
<u>Indicateur 7b</u> : Evolution annuelle de la proportion de structures de 1 ^{er} échelon de la ZS de Kintambo ayant signé une convention de collaboration avec les autorités de santé					
Devis de type série chronologique	<u>Numérateur</u> : Nombre de structures du 1 ^{er} échelon de la ZS de Kintambo ayant signé une convention de collaboration avec les autorités sanitaires <u>Dénominateur</u> : Nombre total de structures de 1 ^{er} échelon dans la ZS de Kintambo	Mesure de la proportion au début du programme de santé	Mesure annuelle de la proportion durant la mise en œuvre du programme	Recherche documentaire	Données des autorités sanitaires
Question 8 : La qualité de l'offre de soins au sein ses structures membres du GdR du 1 ^{er} échelon est-elle dans une dynamique d'amélioration ?					
<u>Indicateur 8a</u> : Suivi annuel des activités de soin proposées dans les structures membres du GdR 1 ^{er} échelon					

Devis de type série chronologique	Relevé des activités de soin proposées	Relevé des activités de soin proposées en début de participation aux activités du GdR 1 ^{er} échelon	Relevé annuel des activités de soin proposées au cours du programme	Recherche documentaire ou entretien	Données des structures de soins ou interview des responsables ou des prestataires des structures
Indicateur 8b : Evolution des résultats obtenus pour chaque structure membres du GdR du 1 ^{er} échelon lors des évaluations de la qualité ⁴¹ dans les structures.					
Devis de type série chronologique	Recueil des résultats obtenus dans chaque structure pour chaque évaluation	Relevé des résultats obtenus à la 1 ^{ère} évaluation réalisée (si possible au début de la participation aux activités)	Relevé des résultats de toutes les évaluations réalisées en cours de programme	Recherche documentaire	Données et rapports du coordonnateur d'UCO ou des structures
<i>Commentaire 8b</i> : Une représentation graphique de l'évolution des résultats obtenus pour chaque structure pourra aider à visualiser l'évolution de chacun. Les résultats de l'évaluation spécifiques par thématiques ou par services (hygiène, laboratoire, etc.) seront également relevés et analysés de la même manière, afin d'obtenir une vision complète des évolutions et pouvoir effectuer un parallèle avec la réalisation de projet d'amélioration ou tout autre événement.					

(3) Le renforcement de la société civile et de la population

L'atteinte des effets attendus de cet axe du programme sera évaluée de manière qualitative. Des entretiens seront prévus. Les questions présentées ci-après représentent les objectifs auxquels les interviews, via les questions et les thèmes abordés, devront permettre d'apporter une réponse.

Méthode de recueil	Source de données	Commentaire(s)
Question 9 : Les acteurs du système de santé ont-ils le sentiment d'avoir amélioré leurs connaissances et leur compréhension des difficultés, des attentes et des besoins sanitaires de la population ?		
Entretien	Acteurs du système de soins membres des GdR de la société civile.	
Question 10 : Les capacités de la population à agir favorablement pour sa santé sont-elles renforcées ?		
Entretien	La population bénéficiaire des activités de dialogue ou de	Réalisation d'entretiens avec les bénéficiaires après une

⁴¹ Une grille de ce type est prévue pour l'évaluation des structures hospitalière dans la « Note stratégique « qualité » pour les hôpitaux de la Plateforme hospitalière » (23)

	promotion de la santé des GdR de la société civile.	activité de dialogue ou de promotion à la santé réalisée par un GdR de la société civile
Question 11 : La participation de la société civile aux discussions des autorités sanitaires contribue-t-elle à l'amélioration de leurs connaissances sur les problèmes, les attentes et les besoins en santé de la population ?		
Entretien	Les autorités sanitaires.	

iii) Les approches basées sur la théorie d'intervention

Les analyses logique et réalistes utiliseront une approche qualitative. Les questions-objectifs des entretiens ne sont pas différenciés, car les deux méthodes d'évaluation pourront être utilisées lors du traitement des informations récoltées.

Ces objectifs sont volontairement larges, tant pour pouvoir faire ressortir les éventuels effets non prévus, que les facteurs principaux qui ont déterminé la production des effets observés. La réalisation des guides d'entretiens pourra prévoir, après les questions plus larges, des questions plus spécifiques afin d'obtenir des renseignements sur des éléments précis. Les acteurs à interroger ont été précisés pour chaque objectif.

(1) L'analyse des processus de l'axe du renforcement du secteur hospitalier

Source de données	Commentaire(s)
Question 11 : Comment la reconnaissance officielle de la PH-RDC contribue-t-elle au développement du système de santé ?	
le coordonnateur de la PH-RDC, le coordonnateur d'UCO, les autorités sanitaires.	
Question 12 : Comment l'intégration d'une structure hospitalière à la PH-RDC influence-t-elle sur les pratiques au sein de la structure ?	
les membres de la PH-RDC, les chefs de services des structures hospitalières, le coordonnateur de la PH-RDC, le coordonnateur d'UCO, les autorités sanitaires	Le guide d'entretien interrogera premièrement sur l'influence que peut avoir le fait de faire partie de la PH-RDC. Il questionnera ensuite l'influence des activités de la PH-RDC. L'influence sur les pratiques au sens large dans la structure sera abordée (soins, administration, tarification des soins, etc.)
Question 13 : Comment les réunions de la PH-RDC engendrent-elles les échanges d'expériences et de bonnes pratiques entre les membres ?	
Les membres de la PH-RDC, le coordonnateur de la PH-RDC, le coordonnateur d'UCO	

(2) L'analyse des processus de l'axe de renforcement du premier échelon

Source de données	Commentaire(s)
Question 14 : Quels changements l'intégration au GdR du 1 ^{er} échelon a apporté aux structures membres ?	
Les responsables des structures de soins membres du GdR 1 ^{er} échelon	Analyse réaliste
Question 15 : Comment l'intégration d'une structure de soins au GdR du 1 ^{er} échelon permet-elle d'améliorer sa situation financière ?	
Les responsables des structures de soins membres du GdR 1 ^{er} échelon	
Question 16 : Comment l'intégration d'une structure au GdR du 1 ^{er} échelon permet-elle d'améliorer la qualité de l'offre de soins ⁴² dans la structure ?	
Les responsables des structures de soins membres du GdR 1 ^{er} échelon, les prestataires de soins	
Question 17 : Comment les activités du programme ont-elles favorisé/permis l'intégration des structures privées dans le système de santé public ? Qu'est ce que ce changement a apporté aux structures ?	
Le coordonnateur d'UCO, les responsables des structures de soins du 1 ^{er} échelon, les autorités sanitaires	
Question 18 : Quel(s) changement(s) l'intégration des structures privées au système de santé public a apporté aux structures ?	
Les responsables des structures de soins du 1 ^{er} échelon, les autorités sanitaires	Analyse réaliste
Question 19 : Comment l'intégration d'une structure privée au système de soins public permet-elle d'améliorer la qualité de l'offre de soins dans la structure ?	
Les responsables des structures de soins du 1 ^{er} échelon, les prestataires de soins, les autorités sanitaires (BCZ)	
Question 20 : Comment la sensibilisation des structures à la mission de service public contribue-t-elle à améliorer la qualité de l'offre de soins dans les structures ?	
Les responsables des structures de soins du 1 ^{er} échelon, les prestataires de soins, les autorités sanitaires (BCZ)	

(3) L'analyse des processus de l'axe de renforcement de la société civile et de la population

Source de données	Commentaire(s)
Question 21 : Comment, au sein des groupes, la rencontre entre les acteurs du système de santé et les usagers permet-elle une meilleure compréhension des problèmes, des attentes et des besoins sanitaires de la population ?	
Les membres des GdR, les coordonnateurs d'UCO et d'EDS	
Question 22 : Comment la formation de groupes organisés de la société civile contribue-t-elle au développement de la société civile ?	

⁴² Le concept de la qualité de l'offre de soins est à prendre au sens large. Il comprend la qualité du paquet d'activités de soin proposé dans les structures, la qualité de réalisation des pratiques de soins, et tous les items qualité analysés dans la grille d'évaluation de la qualité au sein des structures.

Les membres des GdR, les coordonnateurs d'UCO et d'EDS, les autorités sanitaires	
Question 23 : Comment les activités de dialogue et/ou de promotion à la santé pour la population renforcent-elles les capacités de la population à prendre en charge sa santé ?	
La population bénéficiaire d'une telle activité	

iv) En pratique...

Le protocole n'est pas encore terminé, il faudra prévoir un laps de temps pour le finaliser. ULB-Coopération devra préciser les questions auxquelles il aimerait apporter une réponse. Les approches qui seront mises en pratique pourront alors être déterminées en fonction des contraintes budgétaires.

La disponibilité de certaines données ainsi que leur validité devront être interrogées. Les indicateurs pourront alors être finalisés. Les relations entre acteurs sur le terrain devront aussi être évaluées pour pouvoir déterminer les types d'entretiens (individuels ou collectifs) et composer les groupes les plus adéquats. Cette précision n'est pas encore apportée à cette étape du travail, car elle nécessite une connaissance plus approfondie des relations existant entre les acteurs. Ces choix seront déterminants pour la qualité et la validité des informations récoltées. Le nombre d'entretiens pourra alors être déterminé lui aussi.

Une première phase de mise en œuvre sera consacrée à la recherche documentaire et au relevé des données quantitatives pour l'évaluation normative et l'analyse des effets. Il serait intéressant de commencer cette étape sans trop tarder. La récolte de ces informations pourrait en effet soulever de nouvelles questions. Des investigations plus poussées pourront alors être prévues, que ce soit de manière quantitative, qualitative ou même les deux. Ces informations pourront également être utiles pour renforcer la pertinence des choix des questions d'évaluation pour les analyses logique et réaliste.

Une deuxième phase sera dédiée à la mise en pratique de l'approche qualitative et à la réalisation des entretiens. Ceux-ci viendront compléter l'évaluation normative et l'analyse des effets, et récolteront les informations nécessaires aux évaluations logique et réaliste.

Une troisième phase, d'approfondissement. Les informations récoltées pourraient à nouveau faire surgir d'autres interrogations. Cette phase permettra de poursuivre l'une ou l'autre investigation si cela est jugé nécessaire.

Une quatrième phase d'analyse des données et de production des documents en résultat de l'évaluation est prévue.

La planification et les coûts de l'évaluation pourront être précisés une fois le protocole finalisé.

4) Discussion

a) La présentation du programme

La première étape de ce travail concernait la modélisation et la mise en évidence de la théorie d'intervention du projet d'ULB-Coopération. Cette étape s'est voulue rigoureuse pour obtenir une compréhension exacte du projet mis en œuvre, élaborer des questions d'évaluation judicieuses et réaliser des choix avisés concernant les méthodologies qui permettront d'y répondre. (11)

Le projet « CD-BE-BCE_KBO-0415627875-PROG2017-2021-OS3 » d'ULB-Coopération fait en réalité partie d'un programme de plus grande envergure, mis en œuvre en RDC par UNI4COOP, une alliance de quatre ONG⁴³ issues du monde universitaire belge. Une différence d'échelle se présente alors entre les 2 programmes dans la définition des résultats attendus : l'un des objectifs spécifiques du programme d'UNI4COOP représente en fait l'objectif global du projet mis en œuvre par ULB-Coopération.

Pour pouvoir schématiser ce projet et en comprendre la théorie en tant que programme à part entière, une redéfinition de la hiérarchie des résultats était donc nécessaire. Ceci a permis, avec la prise de connaissance des différentes activités réalisées ou planifiées, d'identifier les objectifs spécifiques du projet d'ULB-Coopération, et de pouvoir en réaliser une modélisation correcte.

Plusieurs modèles ont été élaborés. Un modèle logique (opérationnel et théorique) du projet complet a été réalisé. Ce schéma fournit une vision « résumée » globale du programme et aide à en visualiser rapidement chaque ligne directrice. Ce modèle s'est inspiré du modèle de F. Morestin présenté par Brousselle *et al.* 2011 pour les qualités visuelles qu'il présente. (11)

Le projet d'ULB-Coopération est construit selon plusieurs axes ou « Résultats attendus ». (28) Chaque axe déploie ses activités propres et est destiné au renforcement d'un acteur particulier du système de soins. Ces axes d'activités ont donc été considérés comme des « sous-projets » au sein du programme. La théorie d'intervention propre à chaque sous-projet a été mise en évidence pour pouvoir en fournir une évaluation rigoureuse. Les modèles d'action et les modèles de changement ont été réalisés pour chacun. Ils s'inspirent des modélisations proposées par Chen (2005)⁴⁴, et par Mayne (2017). (5), (35)

⁴³ Les quatre ONG constituant UNI4COOP sont : (i) Aide Au Développement Gembloux (ADG); (ii) Le Forum Universitaire pour la Coopération Internationale au Développement (FUCID); (iii) Louvain Coopération (LC); et (iv) ULB-Coopération (UCO)

⁴⁴ Présenté dans : De Spiegelaere M. SAPU-L-5110 : "Principes et méthodes de l'évaluation en santé publique : Concepts et approches". ULB-Ecole de santé publique. Bruxelles. Année académique 2017-2018.

La distinction entre produit⁴⁵ ou effet n'a pas été faite dans les modèles réalisés. Cette différence est ambiguë, et peut paraître subjective et variable d'un type d'analyse à l'autre. De plus, la différenciation des résultats à ce stade n'apporterait pas de plus-value aux résultats de l'évaluation.

La présentation du programme et les différents schémas illustrant les théories d'intervention ont ensuite été soumis à ULB-Coopération. Ceci pour s'assurer de la bonne compréhension du projet, éviter toute omission et s'assurer de la solidité des bases pour la construction d'un protocole d'évaluation rigoureux.

Quatre approches ont été choisies pour répondre aux critères du CAD d'efficacité et d'impact. Le choix de ces approches s'est fait sur base des définitions et des questions-exemples présentées par le CAD, et sur base des méthodes préconisées par la littérature pour l'évaluation de ces composantes de l'intervention.

b) L'approche normative

L'approche normative a été choisie pour répondre au critère d'efficacité défini par le CAD et à sa première question-exemple⁴⁶. Cette approche permet de vérifier, comme le souhaite le CAD dans ses formulations, si les résultats observés lors de l'évaluation correspondent bien aux résultats qui étaient attendus lors de la conception du programme. L'appréciation des résultats seuls apporte une information très limitée sur l'intervention, et risque d'être insuffisante si un questionnaire survient à la découverte des rendus de l'évaluation. Pour obtenir des informations plus complètes et permettre une utilisation plus importante des résultats de l'évaluation, les appréciations de la structure et des processus mis en œuvre ont été ajoutées. Evaluer la correspondance des ressources investies, des processus mis en œuvre, leur qualité et la couverture des bénéficiaires cibles avec la planification initiale du programme permettra en effet, d'apporter des réponses ou d'ouvrir des pistes de réponse en cas d'échec ou d'atteinte partielle de résultats attendus. Ces pistes pourront ensuite être investiguées lors des phases suivantes de l'évaluation, par l'une ou l'autre approche en fonction des interrogations émises. (5), (9)

La validité du rendu dépendra de la qualité des indicateurs choisis pour effectuer les mesures, des méthodes de récolte et de la rigueur appliquée pour leur mise en œuvre, ainsi que des liens causaux reliant la structure, les processus et les résultats attendus. (5), (9) Les indicateurs proposés à l'annexe 9 et permettant d'apprécier l'adéquation des composantes du programme doivent encore être affinés et complétés avant de pouvoir être utilisés. Les normes de référence utilisées pour cette

⁴⁵ Ou résultat attendu. Les définitions des différents types de résultats sont présentées par la figure 2.

⁴⁶ Définition du critère d'efficacité par le CAD : « Degré de réalisation des objectifs d'une activité d'aide ». Premier exemple de question : « Dans quelle mesure les objectifs visés ont-ils été atteints/sont-ils susceptibles d'être atteints ? » (6)

évaluation sont issues de la planification du programme d'ULB-Coopération. La solidité des liens causaux entre la structure, les processus et les résultats est abordée via l'appréciation de la qualité et de la couverture des processus. Les liens jugés utiles à évaluer seront plus amplement analysés via la mise en œuvre des approches basées sur la théorie d'intervention. Une investigation plus poussée via la consultation d'expert, la revue de littérature, ou une autre méthode, pourra être envisagée si cela est souhaité ou jugé nécessaire. (9)

c) L'analyse des effets

Cette approche ne fait pas partie des attentes du CAD d'après les définitions et les exemples qu'il donne. Elle a toutefois été ajoutée pour apporter une plus grande rigueur scientifique à l'évaluation du critère d'efficacité. Seule une analyse des effets pourra permettre de faire le lien entre les effets observés et la mise en œuvre de l'intervention. (5), (15)

Tous les effets pressentis de l'intervention, schématisés dans le modèle de changement, peuvent être évalués par cette approche. Il n'est cependant pas nécessaire de vérifier la production de tous les effets attendus du programme pour prouver son efficacité. Les effets dont le lien causal avec la réalisation de l'objectif final est plus solide, plus direct ou plus avéré, sont les plus intéressants à mesurer pour la finalité de cette démarche. (15) Le choix des questions d'évaluation s'est donc basé sur ce critère, en se référant aux modèles de changement élaborés.

Pour assurer au maximum la validité des résultats de cette approche, les différentes dimensions de la validité ont été prises en compte :

(i) La validité des instruments de mesure :

Les choix et l'élaboration des indicateurs présentés pour cette approche ont été réfléchis. Plusieurs indicateurs ont parfois été proposés pour la mesure d'un même concept afin d'en approcher les différentes dimensions⁴⁷. C'est la mise en parallèle des mesures qui permet alors de porter un jugement « complet » sur la réalisation ou non de l'effet mesuré.

Comme expliqué ci-avant, la pertinence des effets intermédiaires à analyser pour pouvoir porter un jugement sur la réalisation de l'objectif final a été balancée et ce critère a guidé le choix des effets proposés à l'analyse⁴⁸. L'attention portée à l'élaboration de modèles de changement solides et leur soumission aux questionnaires du projet pour validation, contribuent également à renforcer la validité de construit des outils de mesure. (15)

⁴⁷ Exemple : question 1, indicateurs 1a et 1b, page 30

⁴⁸ Ces questions ont guidé le choix des effets à mesurer : Est-ce que l'effet que l'on a choisi de mesurer, parmi toute la chaîne d'effets, a réellement un lien causal solide avec la production de l'objectif final de l'intervention ? Ces choix sont-ils judicieux pour atteindre notre objectif de mesure ?

(ii) La validité interne

La validité interne correspond au niveau de preuve que la méthodologie utilisée peut apporter sur l'existence du lien de causalité entre l'intervention et les résultats observés. Au plus la méthodologie mise en œuvre sera exempte de biais, au plus le niveau de preuve sera élevé. (15)

Deux types d'étude sont proposés dans le protocole quasi-expérimental : l'étude avant-après et le devis de type série chronologique (étude sérielle). (15) Plusieurs risques de biais sont présents :

- **Le biais d'histoire.** Il correspond à la survenue d'une influence extérieure sur les objectifs du programme. Ce biais peut être présent dans les deux types d'études proposés. Lié au contexte, il est difficile à contrôler, d'autant plus lors d'interventions longues comme c'est le cas de ce programme. On peut néanmoins vérifier la survenue d'une influence extérieure lors de la réalisation des entretiens qualitatifs, en questionnant les acteurs et les bénéficiaires sur leur expérience durant la mise en œuvre du projet. (15)
- **Le biais de maturation.** Il est lié au temps qui passe, à la lassitude ou au renforcement de l'expérience des acteurs. (15) Ce biais est évité lors des études sérielles car elles permettent de visualiser l'évolution des résultats. Elles ont donc été privilégiées dans le protocole proposé.
- **Le biais d'accoutumance au test.** Il est observé lorsque plusieurs tests identiques sont réalisés au cours du programme. (15) Ce biais pourrait être présent pour les questions basées sur les évaluations de la qualité dans les structures⁴⁹. Il est également évité par la mise en œuvre d'une étude sérielle, ce qui est préconisé lors de l'utilisation de ces indicateurs.
- **Le biais d'interactions.** Ce biais risque d'être présent lorsque deux groupes de comparaison ont été formés. (15) Dans ce protocole les comparaisons sont effectuées sur les mêmes structures à des moments différents, et toutes les structures appuyées sont prises en compte. Le biais est donc évité.
- **Le biais de mesure des effets.** Ce biais est lié à des changements d'outils de mesure, de manière dont ces outils sont utilisés ou encore d'acteur en charge de ces mesures. (15) Il pourrait être présent pour la question 5⁵⁰ page 32. Le service des urgences de l'HGR Kintambo était très faiblement organisé avant la construction du nouveau pavillon. La comparaison des taux de références, d'admission et de mortalité pourrait souffrir d'une grande différence dans la rigueur de réalisation des mesures⁵¹.

⁴⁹ Questions 2 page 28, et 8 (indicateur 8b) pages 31-32. « La qualité dans les structures est-elle dans une dynamique d'amélioration ? »

⁵⁰ Question 5 : « La prise en charge des accidentés et malades de la zone de santé de Kintambo s'améliore-t-elle ? »

⁵¹ La validité et la disponibilité de ces données doivent être interrogée avant de prévoir l'utilisation de ces indicateurs.

Pour les questions liées à l'évolution de la qualité dans les structures⁵², la manière d'utiliser les grilles d'évaluation de la qualité peut également changer au cours du temps.

Pour éviter une part des changements possibles dans la manière d'utiliser les outils de mesure, mieux vaut ne pas souligner que les résultats obtenus seront utilisés pour juger l'efficacité de l'intervention.

Les séries chronologiques présentent donc une meilleure validité interne en évitant plusieurs types de biais que les études avant-après. Elles apportent également plus d'informations sur l'évolution des résultats de l'intervention, et peuvent être utiles pour le monitoring du programme. Pour ces raisons, l'utilisation de cette méthode a été préconisée dès que le concept interrogé le permettait.

(iii) La validité externe

La validité externe d'une évaluation se rapporte au fait de pouvoir observer les mêmes résultats si cette même méthodologie d'évaluation avec les mêmes méthodes de récolte avait été mise en œuvre dans d'autres circonstances, avec d'autres acteurs, etc. (15)

Dans le cadre des méthodes préconisées, différents biais peuvent survenir et doivent être prévenus pour obtenir une validité externe satisfaisante :

- **Le désir de plaire à l'évaluateur** (15) : ce biais peut être présent et entraîner une majoration des améliorations et/ou une minimisation des effets pervers ou des objectifs non atteints. Ces phénomènes sont à surveiller et à éviter lors de la mise en œuvre de l'évaluation. Y être attentif lors de la phase préparatoire afin de les anticiper au maximum est important. Les acteurs chargés de la réalisation des mesures, des entretiens, etc. doivent être informés de ces risques et l'importance de leur objectivité doit être soulignée.
- **Le biais de relation causale ambiguë** : ce biais est observable dans les études avant-après, lorsque le modèle de changement construit n'est pas suffisamment solide. (15) Ce travail tente de l'éviter au maximum, tout d'abord en ayant construit des modèles solides et validés par les concepteurs du programme, ensuite en préconisant au maximum l'utilisation de devis de type série chronologique.
- **Le biais lié aux attentes de l'expérimentateur** : le fait que les acteurs connaissent les attentes de l'expérimentateur peut influencer le résultat des mesures. Ceci peut rendre difficile la distinction entre les effets mesurés liés à l'intervention de ceux liés au fait que les acteurs connaissaient les attentes de l'expérimentateur. (15) Ce biais est difficile à contrôler. Il peut à nouveau tenté d'être minimisé en y préparant les expérimentateurs. Ceux-ci doivent

⁵² Questions 2 page 28, et 8 (indicateur 8b) pages 31-32. « La qualité dans les structures est-elle dans une dynamique d'amélioration ? »

rester le plus neutre possible. Ne pas insister sur le fait que les résultats des mesures serviront à évaluer l'efficacité de l'intervention mise en œuvre peut également être utile. De même que construire les outils de mesure en y incluant des questions orientées sur d'autres sujets, pour que les acteurs puissent moins facilement détecter ce que l'on attend de l'intervention. (16)

- **Le biais d'interaction entre l'intervention et la situation expérimentale** : ce biais est lié à l'existence de caractéristiques particulières dans la situation expérimentale pouvant avoir une influence sur la réalisation des résultats. (15) Celui-ci risque d'être présent et est complexe à contrôler. Il faudra tenter de l'identifier lors de la mise en œuvre de l'approche qualitative pour les analyses basées sur la théorie d'intervention. Son identification pourra permettre d'estimer l'importance de son influence sur les résultats ainsi que l'effet positif ou négatif sur ces derniers. (16)
- **Le biais d'interaction entre les différentes composantes de l'intervention** : dans l'évaluation, ce biais peut par exemple être observé lors de la mesure de l'évolution de la situation financière des structures hospitalières⁵³. Certaines structures ont adhéré à la plateforme hospitalière dès sa création en 2012, lorsque celle-ci se concentrait sur l'amélioration de la gestion financière des hôpitaux. Il sera difficile de distinguer l'effet des différentes activités sur la situation financière des structures. Trois activités peuvent influencer la situation : (i) l'appui reçu entre 2012 et 2016, (ii) la mise en place d'une tarification des soins d'avantage corrélée à leur coût réel, ou encore (iii) les échanges de bons procédés entre hôpitaux lors des réunions. L'analyse de l'évolution de la situation financière des structures pourra aider à l'interprétation des résultats. Les activités citées n'ont en effet pas été réalisées au même moment. L'identification des structures ayant reçu l'appui de la plateforme « précédente », et réaliser, pour celles-ci, un relevé de mesures plus précoce (à partir de 2012 ou même avant) peut s'avérer intéressant pour l'interprétation. Enfin, l'analyse des processus via les analyses logique ou réaliste pourra apporter des informations supplémentaires sur les facteurs ayant déterminé la modification de la situation financière des structures, le cas échéant.
- **Le biais d'interaction entre les observations et l'intervention** : dans ce travail, ce biais peut survenir lors de l'évaluation de la qualité dans les structures. Après la première évaluation réalisée, les items jugés sont connus et les acteurs de la structure savent ce qu'il faut améliorer pour augmenter leurs résultats lors des prochaines évaluations. (15)

⁵³ Question 4 page 29 : "La situation financière des structures est-elle dans une dynamique d'amélioration?"

- **Le biais d'interaction entre la sélection des sujets et l'intervention** : Ce biais peut être présent dans l'évaluation car l'adhésion à chaque groupe de réflexion ou plateforme mis en place par ULB-Coopération et ses partenaires, se fait sur base volontaire. La représentativité des membres peut alors être questionnable. (15) Une partie des effets observés peut être due à une prédisposition au changement, et pas uniquement à la mise en œuvre de l'intervention. L'utilisation d'études sérielle avec des séries chronologiques permettra de visualiser si les effets mesurés étaient déjà en cours de modification avant le début des activités de l'intervention, et si celle-ci a eu un impact déterminant sur ces modifications. L'analyse des processus pourra également apporter des informations sur les facteurs ayant déterminés ces changements.

(iv) La validité de la conclusion statistique

La qualité des outils de mesure et la validité des données récoltées seront décisives pour assurer une validité statistique suffisante. Il sera important de vérifier ces éléments avant la mise en œuvre de l'évaluation.

Tous ces biais peuvent effrayer et engendrer une sous-utilisation de l'analyse des effets lors de la planification d'une évaluation. Il semble dès lors intéressant de souligner que ce qui est attendu lors d'une évaluation de l'efficacité, c'est de fournir le meilleur niveau de preuve disponible de cette efficacité, et pas le plus haut niveau de preuve existant. (16) Ces biais sont effectivement nombreux, mais des méthodes peuvent aider à lutter contre ces derniers, et les différents points développés ci-avant peuvent s'avérer rassurant pour la mise en œuvre de cette méthode d'évaluation.

d) Les approches basées sur la théorie d'intervention

L'utilisation de l'analyse logique avait premièrement été pensée. Elle a été proposée afin d'identifier les facteurs déterminants pour la réalisation ou non des effets visés par l'intervention⁵⁴. Elle est préconisée pour aider à comprendre la manière dont le programme fonctionne, et peut apporter des informations complémentaires aux approches développées ci-avant. La méthode de recueil de données est basée sur l'approche qualitative via la réalisation d'entretiens. Les objectifs des entretiens ont été élaborés pour interroger différentes hypothèses causales schématisées dans les modèles de changements. Le choix des hypothèses à interroger sera laissé à ULB-Coopération, mais des propositions ont néanmoins été faites. Celles-ci ont été élaborées sur base de processus, liés à la production d'effets recherchés, jugés intéressants à comprendre plus en profondeur. Ces choix ont

⁵⁴ En référence à la définition du critère d'efficacité du CAD. (6)

été réalisés pour exploiter la finalité sommative de ce genre d'approche au maximum, afin que les résultats puissent être utiles pour l'amélioration du projet, ou la conception de projets futurs. (10)

L'approche réaliste apporte le même genre d'avantages que l'analyse logique. Mais elle permet d'obtenir des réponses plus précises. Elle souligne le fait que les situations rencontrées, les acteurs, ou encore les solutions apportées, ne sont pas universels et que si une activité s'est avérée efficace à tel endroit, pour ces personnes, dans cette situation, elle peut ne pas l'être dans un tout autre contexte. L'approche réaliste peut identifier et mettre en évidence des configurations contexte-mécanisme-résultat particulières à certains acteurs ou suite à l'identification d'un contexte spécifique. Elle est proposée pour cette évaluation car elle peut être utile pour l'identification d'effets non prévus par les concepteurs du programme, mais aussi parce qu'elle peut apporter un meilleur degré de précision pour comprendre les raisons qui font que le projet fonctionne ou qu'il ne fonctionne pas. Ce second motif peut être particulièrement utile à ULB-Coopération dans le sens où les leçons apprises des résultats de cette évaluation pourront être utilisées pour l'élaboration de la suite du projet à Kinshasa, pour d'autres projets, et pour la mise en commun des savoirs dans le cadre de l'alliance UNI4COOP. (14)

Les deux approches, logique et réaliste, ne sont pas séparées pour leur mise en œuvre. Pour les deux, des entretiens qualitatifs seront utilisés pour la récolte des données. Les objectifs de ces entretiens sont larges, et leur conduite devra débiter de manière large également, afin de ne pas focaliser les interlocuteurs sur certains éléments du programme plutôt que d'autres, et de permettre aux discussions de prendre des directions spontanées. Ces précautions seront importantes pour permettre aux acteurs de nous faire part des éventuels effets non prévus ou indésirables issus des activités du programme. De cette manière, des différences de contexte et même de processus pourront aussi apparaître entre les différents témoignages. L'approche réaliste prendra son sens face à ces situations : les effets imprévus, indésirables, des différences dans le contexte pour les acteurs, des différences de mécanismes ou de résultats. Elle permettra l'identification de configurations spécifiques prenant en compte l'existence de ces différences et la mise en évidence de configurations liées à la survenue d'effets non prévus voire néfastes. Dans le cas de cette évaluation, les configurations contexte-mécanisme-résultat n'ont pas été pré-formulées pour être vérifiées ensuite. La volonté liée à l'utilisation de cette démarche réaliste est d'identifier ce qui s'est réellement passé, sans préjugé ni sans prendre le risque d'influencer les interlocuteurs. C'est donc seulement suite à la récolte des informations que les configurations identifiées seront formulées.

La validité de ces approches sera liée à la solidité des théories d'interventions mises en évidence, à la rigueur appliquée lors de la préparation et de la mise en œuvre des méthodes de récoltes des données, et au respect de la rigueur scientifique lors de l'analyse de ces données.

La présence de biais d'information est possible. Ils peuvent être liés à l'attitude de l'enquêteur lors des entretiens ou encore à la présence de rapports de domination/soumission dans les groupes d'entretien collectif. Comme pour la récolte des données de l'analyse des effets, les enquêteurs devront être sensibilisés aux risques de biais que peuvent engendrer leur comportement, et à l'importance pour eux d'adopter une attitude neutre et bienveillante lors des interviews. (36)

Une composition réfléchie des groupes pour les entretiens collectifs est également essentielle pour la qualité et la validité des informations récoltées. Ceci nécessite une bonne connaissance des relations existant entre les acteurs à interroger. C'est pour cette raison que les précisions concernant la composition ou le nombre de groupes à prévoir n'ont pas encore été apportées. (36)

e) L'utilisation de méthodes mixtes

Au vu de la complexité des problèmes auxquels les organisations font face, les programmes élaborés pour y répondre sont tout aussi complexes et possèdent souvent plusieurs composantes. (14), (37) Devant cette réalité, l'utilisation d'une méthodologie d'évaluation unique pour approcher la réalité du programme de manière satisfaisante devient utopique. Il devient nécessaire d'élaborer « sur mesure » une combinaison de méthodologies capable d'approcher les différentes composantes du programme et les liens qui les unissent afin de répondre aux exigences des bailleurs et aux interrogations des gestionnaires. (37)

En plus de répondre à des questions bien particulières, chaque approche évaluative présente ses avantages et ses faiblesses. La force de ce protocole est liée à la construction d'une combinaison de méthodes complémentaires dans les réponses qu'elles apportent, mais aussi dans les avantages qu'elles offrent du point de vue de la validité. Pour évaluer l'efficacité d'une intervention, et pouvoir relier les résultats observés à la réalisation du programme, l'utilisation d'un protocole quasi-expérimental est la méthode la plus recommandée. En assurant sa mise en œuvre rigoureuse, via notamment l'identification et le contrôle des risques de biais, c'est la méthode qui présente la meilleure validité interne, et donc le meilleur niveau de preuve d'une éventuelle efficacité. (38) C'est pour ces qualités qu'il a été proposé dans ce protocole.

Les faiblesses de cette approche résident en la validité externe et la validité de construit. Les approches basées sur la théorie d'intervention, si celle-ci est correctement identifiée, présentent une bonne validité de construit. En élaborant une modélisation solide de la théorie sous-jacente au

programme, et en basant le choix des effets pertinents à évaluer sur celle-ci, la validité de construit du protocole quasi-expérimental est également renforcée. (38)

L'utilisation rigoureuse des analyses logique et réaliste améliore le niveau de validité externe du protocole. Pour les processus qu'ULB-Coopération souhaiterait transférer à d'autres projets, ou les processus ayant entraîné des effets néfastes ou non souhaités, l'utilisation de l'approche réaliste est préconisée. En prenant en compte le contexte dans l'identification des configurations CME, c'est l'approche qui présente la validité externe la plus élevée. La validité interne de ces deux dernières approches basées sur une méthode qualitative de récolte et d'analyse des données, représente leur faiblesse. (38), (39) Mais grâce à la combinaison des approches, le protocole quasi-expérimental assurera le niveau de validité interne du protocole.

L'utilisation de méthodes mixtes est de plus en plus conseillée pour améliorer la qualité des évaluations. En plus des avantages précités, ce type de protocole permet aussi la mise en parallèle d'informations issues de différentes sources ou de différentes méthodes de récolte. Ceci permet d'améliorer la compréhension des phénomènes étudiés, mais aussi de renforcer les méthodes de récolte en fonction des informations obtenues. (37), (38)

Comme l'illustre la présentation des critères d'évaluation du CAD, il existe un décalage entre la pratique et la théorie. La construction de méthodologies solides, mettant en synergie plusieurs méthodes pour profiter de leurs objectifs et avantages particuliers, s'éloigne d'une démarche scientifique stricte et s'en remet à l'entendement de l'évaluateur. (38)

5) Conclusion

La réalisation de ce travail a permis de soulever plusieurs éléments vus en cours ou dans la littérature :

- ✓ Malgré les exigences des bailleurs et la nécessité pour les ONG de mettre en œuvre des interventions efficaces et d'en apporter les preuves valides et rigoureuses, l'activité d'évaluation est encore sous-estimée et sous-utilisée. (2), (3), (5), (7)
- ✓ L'activité de monitoring pourrait davantage être développée en vue d'être utilisée comme un outil d'évaluation et d'aide à la décision tout au long de la mise en œuvre du programme. Ceci contribuerait à renforcer la gestion axée sur les résultats préconisée dans la littérature pour améliorer l'efficacité des interventions. (2), (3), (5), (7)
- ✓ L'utilisation d'un protocole d'étude quasi-expérimental, nécessaire pour apporter la preuve de l'efficacité d'une intervention, suscite des réticences, et semble être évitée, discréditée par les nombreux biais et coûts qu'elle peut comporter. (5), (15), (16)

- ✓ L'activité d'évaluation finale est pensée tardivement, et les éléments idéaux à la production d'un rendu valide en fin de programme ne sont pas forcément disponibles pour pouvoir le fournir. (16), (38) La planification précoce de cette activité permettrait d'identifier la méthode la plus adaptée à la situation et la mise en place des éléments nécessaires. (5), (16), (38)

La réalisation de ce protocole a planifié l'utilisation d'une méthode quasi-expérimentale. Le développement de cette méthode, mais aussi des moyens de lutte contre les différents risques de biais qu'elle présente a progressivement nourri l'espoir de rasséréner les acteurs dans l'utilisation de ce genre d'approche.

Ce travail a également pu mettre en évidence le fait qu'un seul type d'approche n'est pas suffisant pour pouvoir répondre aux questions formulées par le CAD, et ce même pour l'évaluation d'un seul des critères abordés. Leur formulation ne définit pas clairement les méthodologies à appliquer pour répondre aux critères de manière adéquate. La présentation des critères n'appelle pas non plus à l'utilisation d'une méthode d'évaluation des effets, comme cela est préconisé par la littérature pour prouver l'efficacité d'une intervention. Ces divergences au sein du monde scientifique, ainsi que l'écart entre la théorie préconisée et les possibilités de mise en pratique sur le terrain compliquent l'élaboration des méthodologies d'évaluation. Pour fournir des résultats valides et utilisables par les différents intéressés, l'élaboration « sur mesure » d'une méthodologie d'évaluation rigoureuse représente un challenge pour tout évaluateur.

Ce travail souhaitait apporter une méthodologie solide à ULB-Coopération pour l'évaluation finale de sont projet de santé à Kinshasa. J'espère qu'il aura atteint toutes ses finalités et qu'il pourra être mis en pratique.

6) Liste des références bibliographiques

- (1) UNI4COOP. Programme Commun 2017-2021 RD Congo. [Document de projet public]. Bruxelles. *sd.*
- (2) OCDE. Documents approuvés à la deuxième table ronde sur « La gestion axée sur les résultats » tenue à Marrakech les 4 et 5 février 2004. Paris; Mars 2004. [En ligne]. Consulté le 9 juillet 2019. Disponible : [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DCD/DIR\(2004\)4&docLanguage=Fr](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DCD/DIR(2004)4&docLanguage=Fr)

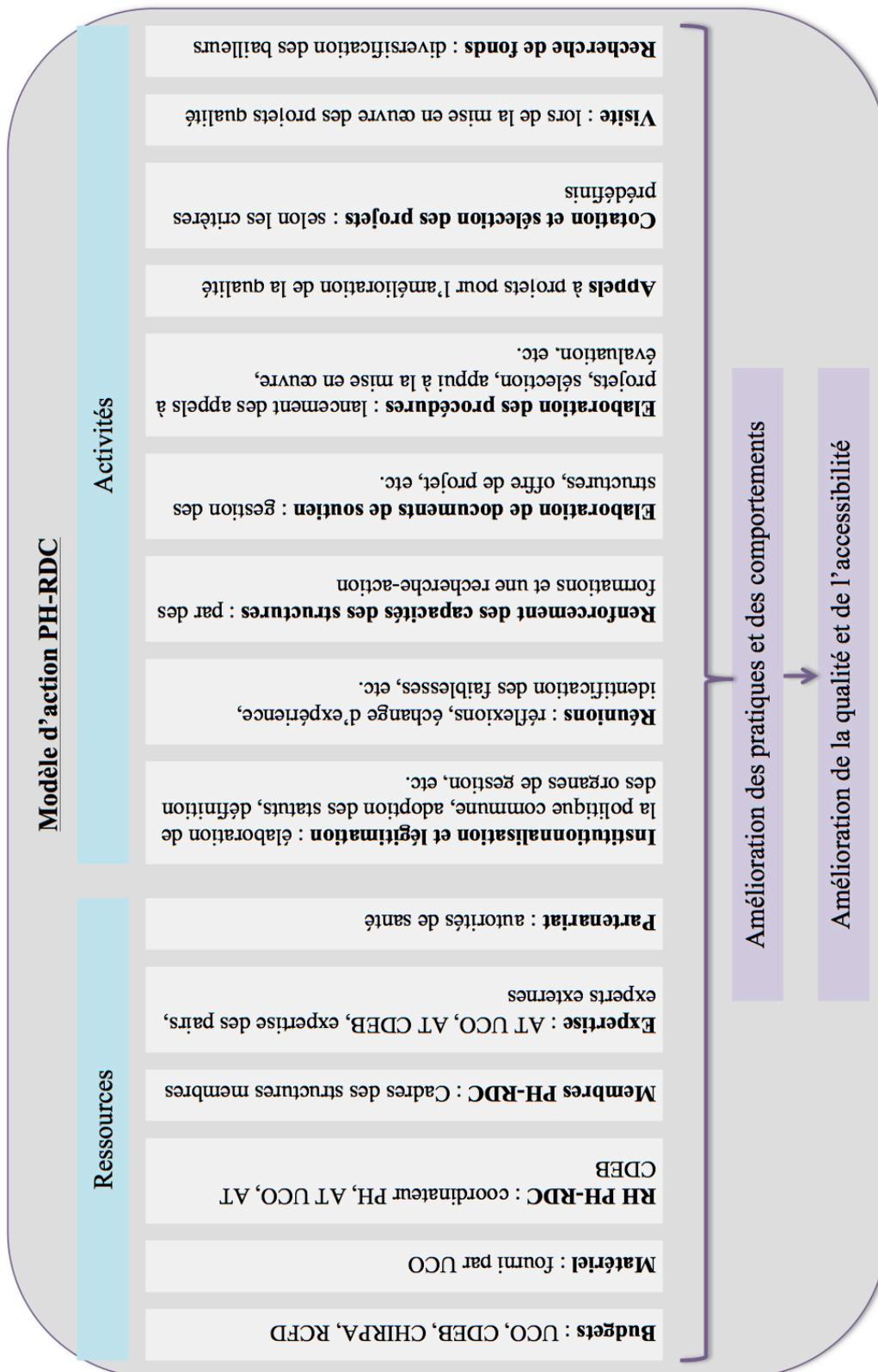
- (3) OCDE. Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement, 28 février-2 mars 2005, Paris et Programme d'action Accra, 2-4 septembre 2008, Accra (Ghana). [En ligne]. Consulté le 9 juillet 2019. Disponible : <https://www.oecd.org/fr/cad/efficacite/34579826.pdf>
- (4) Champagne F., Contandriopoulos A.-P., Brouselle A., *et al.* L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. In : Brouselle A., Champagne F., Contandriopoulos A.-P., *et al.*, directeurs. L'évaluation : concepts et méthodes, deuxième édition mise à jour. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 2011. p. 49-70.
- (5) De Spiegelaere M. SAPU-L-5110 : "Principes et méthodes de l'évaluation en santé publique : Concepts et approches". ULB-Ecole de santé publique. Bruxelles. Année académique 2017-2018.
- (6) OCDE. DAC Criteria for Evaluating Development Assistance. . [En ligne]. 2019. Consulté le 11 juillet 2019. Disponible : <http://www.oecd.org/dac/evaluation/daccriteriaforevaluatingdevelopmentassistance.htm>.
- (7) Service Public Fédéral Affaires Etrangères, Commerce Extérieur, et Coopération au Développement. Loi relative à la Coopération belge au Développement. 19 mars 2013, révisée le 30 juin 2016. [C – 2013/15084] (12 avril 2013)
- (8) Contandriopoulos, A.P., F. Champagne, *et al.* "L'évaluation dans le domaine de la santé. Concept et méthodes". [Bulletin]. 1993 ; 33(1):12-17.
- (9) Champagne F., Hartz Z., Brouselle A., *et al.* L'appréciation normative. In : Brouselle A., Champagne F., Contandriopoulos A.-P., *et al.*, directeurs. L'évaluation : concepts et méthodes, deuxième édition mise à jour. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 2011. p. 88-104.
- (10) Champagne F., Brouselle A., Contandriopoulos A.-P., *et al.* L'analyse logique. In : Brouselle A., Champagne F., Contandriopoulos A.-P., *et al.*, directeurs. L'évaluation : concepts et méthodes, deuxième édition mise à jour. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 2011. p. 117-126.
- (11) Champagne F., Brouselle A., Hartz Z., *et al.* Modéliser les interventions. In : Brouselle A., Champagne F., Contandriopoulos A.-P., *et al.*, directeurs. L'évaluation : concepts et méthodes, deuxième édition mise à jour. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 2011. p. 71-84.
- (12) Service de l'Évaluation spéciale/SES. Quel avenir pour l'évaluation d'impact dans le secteur des ONG belges ? Leçon de quatre études de cas. SPF Affaires étrangères, Commerce extérieur et Coopération au Développement. Bruxelles, Janvier 2006. [En ligne]. Consulté le 9 juillet 2019. Disponible : <https://diplomatie.belgium.be/sites/default/files/downloads/evaluation-impact-ong-fr.pdf>

- (13)OCDE. « Glossaire des principaux termes relatifs à l'évaluation et la gestion axée sur les résultats ». Paris, 2002. [En ligne]. Consulté le 9 juillet 2019. Disponible : <https://www.oecd.org/dac/evaluation/2754804.pdf>
- (14)G. Wong, G. Westhorp, A. Manzano, *et al.* Ramses II Reporting standards for realist evaluations. BMC Medicine (2016) 14:96. DOI : 10.1186/s12916-016-0643-1
- (15)Champagne F., Brouselle A., Comandriopoulos A.-P., *et al.* L'analyse des effets. In : Brouselle A., Champagne F., Contandriopoulos A.-P., *et al.*, directeurs. L'évaluation : concepts et méthodes, deuxième édition mise à jour. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 2011. p. 174-198.
- (16)Léveque A. SAPU-L5110 : « Principes et méthodes de l'évaluation en santé publique : Approches épidémiologiques de l'évaluation. » ULB-Ecole de santé publique. Bruxelles. Année académique 2018-2019.
- (17)UCO, CDEB, Rotary International, RC4D. Plateforme Hospitalière – R.D.Congo 2017-2021. *Sl., sd.* [Document de projet public].
- (18)Ministère de la santé publique, République Démocratique du Congo. Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020. Mars 2016. Consulté le 12 décembre 2018. Disponible : http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/democratic_republic_of_congo/pnds_2016-2020_version_finale_29_avril_2016.pdf
- (19)CDEB. Rapport final cofinancement DGD 2016. Kinshasa, RDC. *Sd.* [Document de projet public].
- (20)PH-RDC. Rapport narratif 2017. Kinshasa, *sd.* [Document de projet public].
- (21)CDEB. Rapport final cofinancement DGD 2016, Annexe 3 : Lignes directrices et fonctionnement de la PH-RDC. Kinshasa, RDC. *Sd.* [Document de projet public].
- (22)Ministère de la Santé Publique RDC. Certificat d'enregistrement ONG/ASBL du secteur de la santé N°MS.1255/DSSP/30/037. Kinshasa, 30 mars 2018.
- (23)PH-RDC. Note stratégique « qualité » pour les hôpitaux de la Plateforme hospitalière. Kinshasa, 9 Décembre 2017. Kinshasa [Document de projet public].
- (24)D. Arnoldussen. « Plateforme Hospitalière de la République Démocratique du Congo, Rapport d'évaluation intermédiaire ». Kinshasa, mars 2019. [Document de projet public].
- (25)UCO. Demande de financement à la loterie nationale pour le projet : « Création du pavillon des urgences, des soins intensifs et de réanimation de l'hôpital de Kintambo à Kinshasa ». Bruxelles, mai 2015. [Document de projet public].
- (26)UCO. Projet « Installation d'un Département d'Urgences/Soins Intensifs et Réanimation dans la zone de santé de Kintambo à Kinshasa » Kinshasa, mai 2015. [Document de projet public].

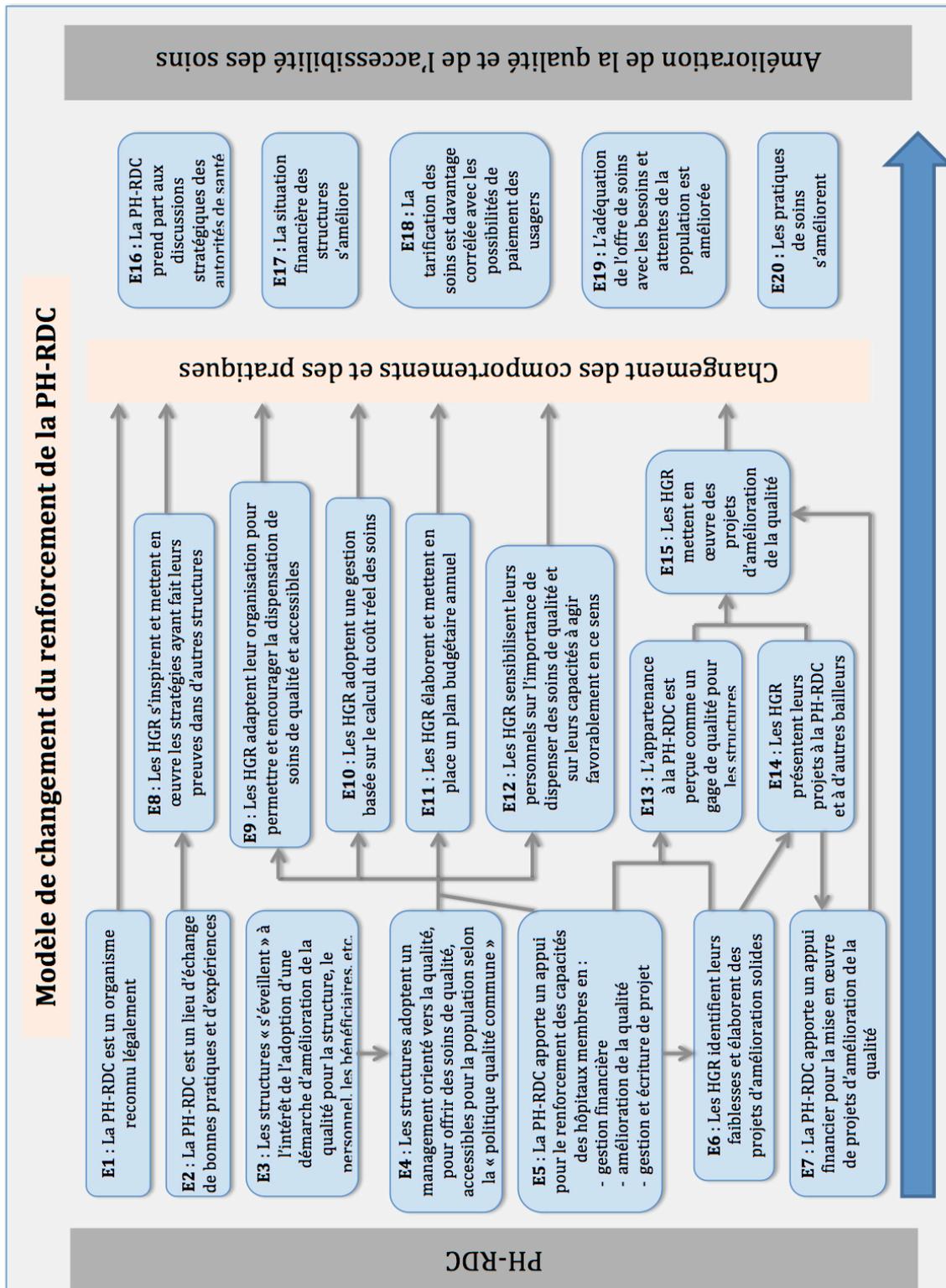
- (27)S. Ngaima. Création du pavillon des urgences, des soins intensifs et de réanimation de l'hôpital de Kintambo à Kinshasa (RDC) : Rapport de fin d'exécution. Kinshasa, 13 juin 2018. [Document de projet public].
- (28)UCO. Cadre logique de référence version 2018. *Sl., sd.* [Document de projet public].
- (29)UCO. Groupe de Réflexion pour le développement du premier échelon des soins dans la zone de santé de Kintambo. Kinshasa, avril 2018. [Document de projet public].
- (30)UCO, Groupe de Réflexion du 1^{er} échelon. Compte rendu de réunion. Kinshasa, 18 avril 2018. [Document de projet public].
- (31)EDS. Etat des lieux dans la zone de santé de Kintambo. Kinshasa, janvier 2018. [Document de projet public].
- (32)UCO. Termes de références pour l'analyse multi-contexte. Bruxelles, 27 octobre 2017. [Document de projet public].
- (33)EDS. Rapport narratif annuel 2018. Kinshasa, 31 décembre 2017. [Document de projet public].
- (34)EDS. Draft capitalisation. *Sl.*, 25 février 2018. [Document de projet public].
- (35)Mayne J. Théories du changement : Comment élaborer des modèles utiles ? Canadian Journal of Program Evaluation. 2017; 32(2):174-201. Doi : 10.3138/cjpe.31144
- (36)Mahieu C. SAPU-L-4013 : Méthodes qualitatives en santé publique, Séance 4: Techniques et méthodes de récoltes de données-L'entretien qualitatif (I). ULB-Ecole de santé publique. Bruxelles. 2015-2016.
- (37)Bamberger M. Impact Evaluation Notes No. 3 : Introduction to mixed methods in impact evaluation. August 2012. [En ligne]. Consulté le 9 juillet 2019. Disponible : <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.401.4249&rep=rep1&type=pdf>
- (38)Leeuw F., Vaessen J. Impact Evaluation and Development : NONIE Guidance on Impact Evaluation. Washington, 2009. [En ligne]. Consulté le 31 juillet 2019. Disponible : <https://www.oecd.org/development/evaluation/dcdndep/47466906.pdf>
- (39)Befani B. Pathways to change : Evaluating development interventions with Qualitative Comparative Analysis (QCA). [Rapport]. Stockholm, 2016. [En ligne]. Consulté le 31 juillet 2019. Disponible : https://eba.se/wp-content/uploads/2016/07/QCA_BarbaraBefani-201605-webb-final.pdf

7) Annexes

Annexe 1 : Modèle d'action de la PH-RDC⁵⁵

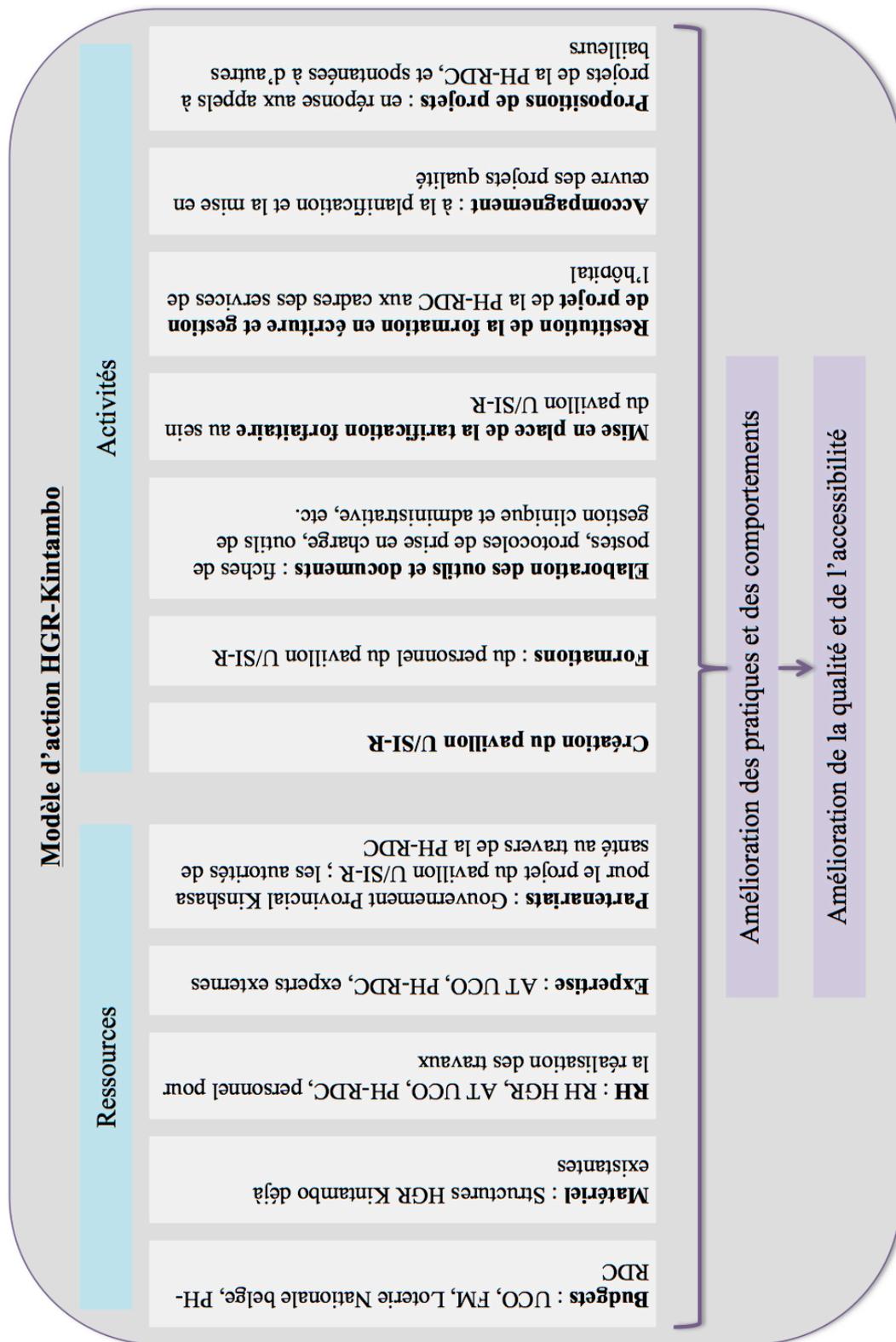


⁵⁵ Modèle inspiré du modèle de Chen 2005 (5)

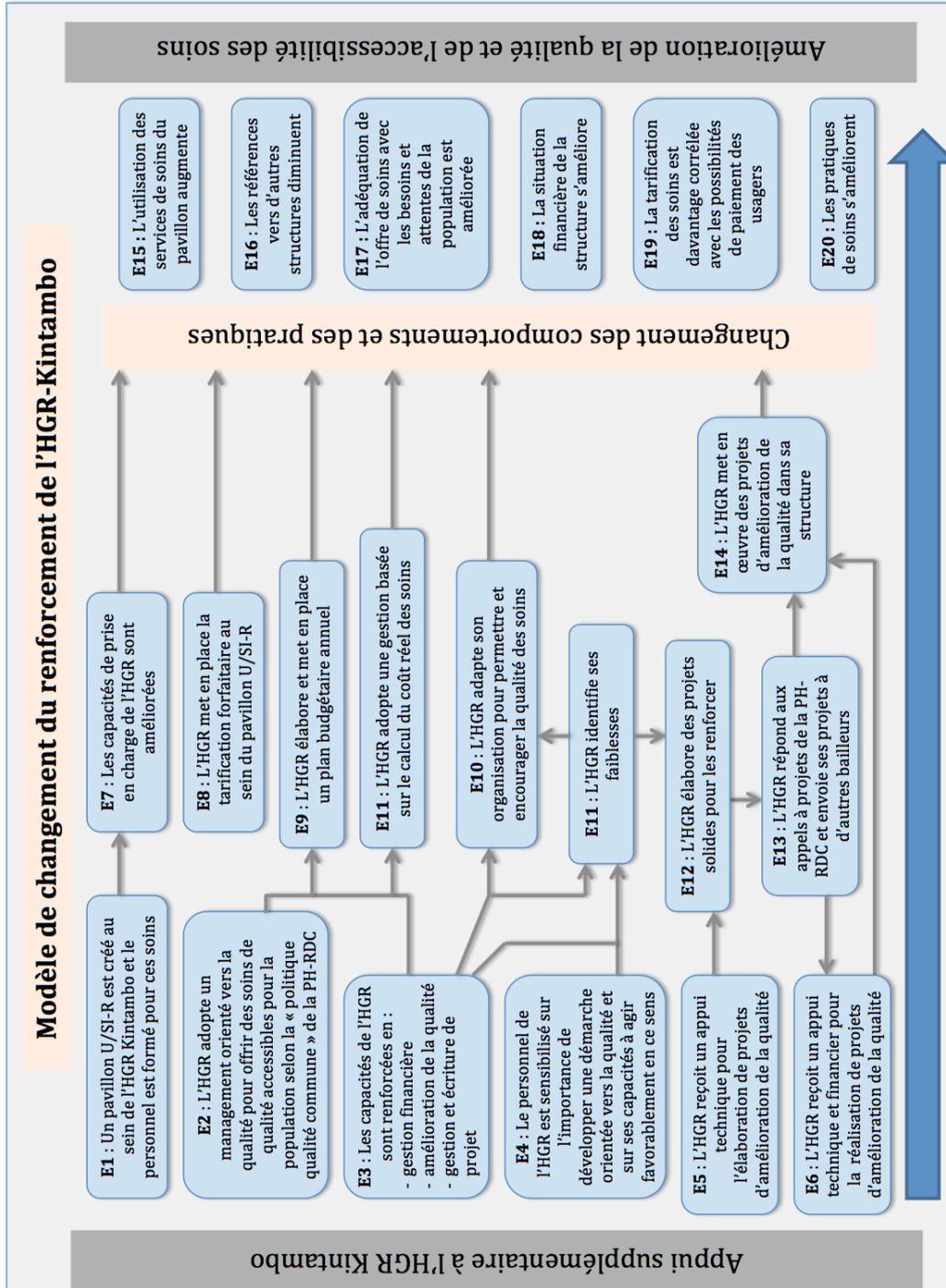


⁵⁶ Modèle inspiré du modèle de Chen 2005 (5), et du modèle de Mayne 2017 (35)

Annexe 3 : Modèle d'action de l'HGR Kintambo⁵⁷

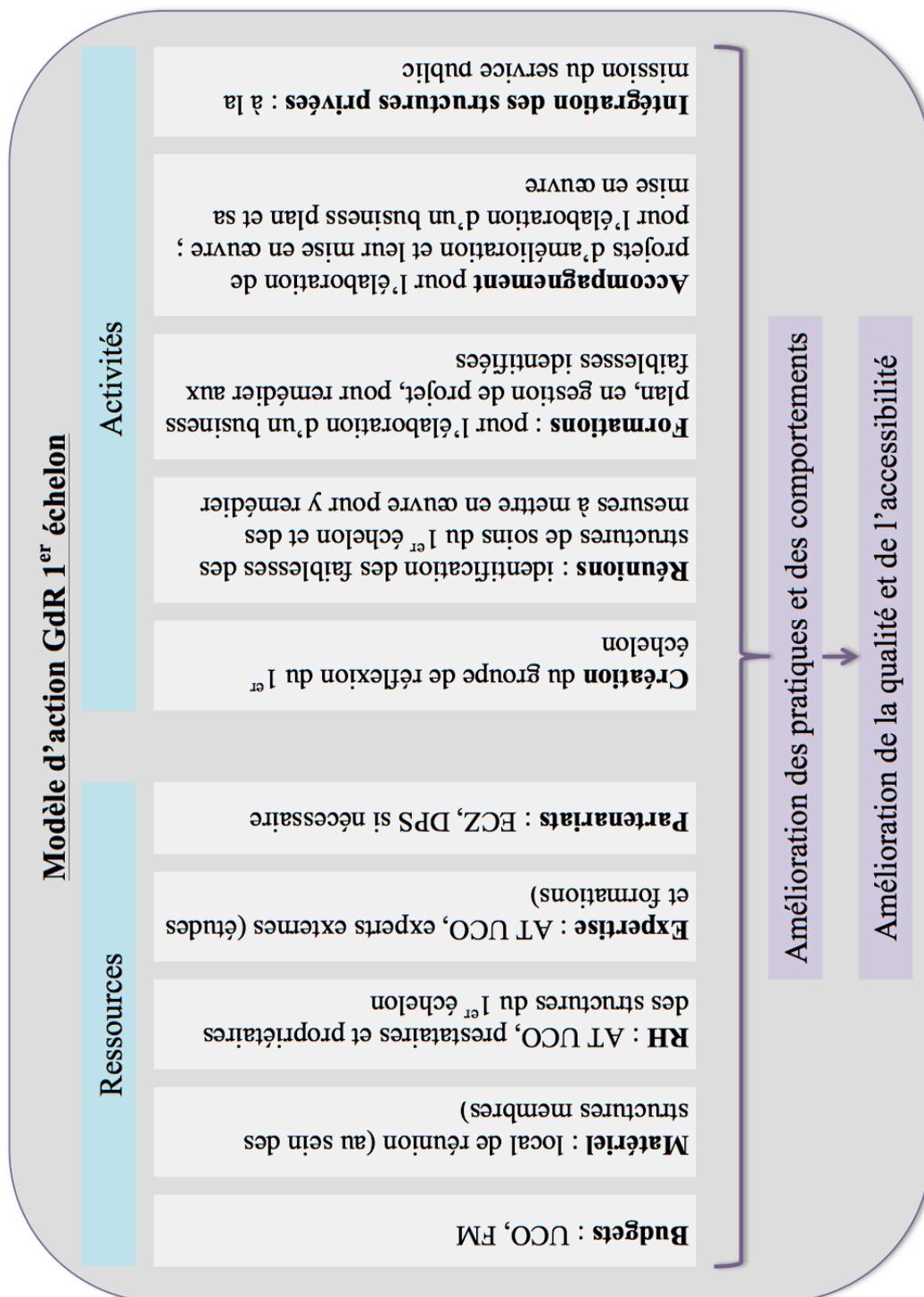


⁵⁷ Modèle inspiré du modèle de Chen 2005 (5)



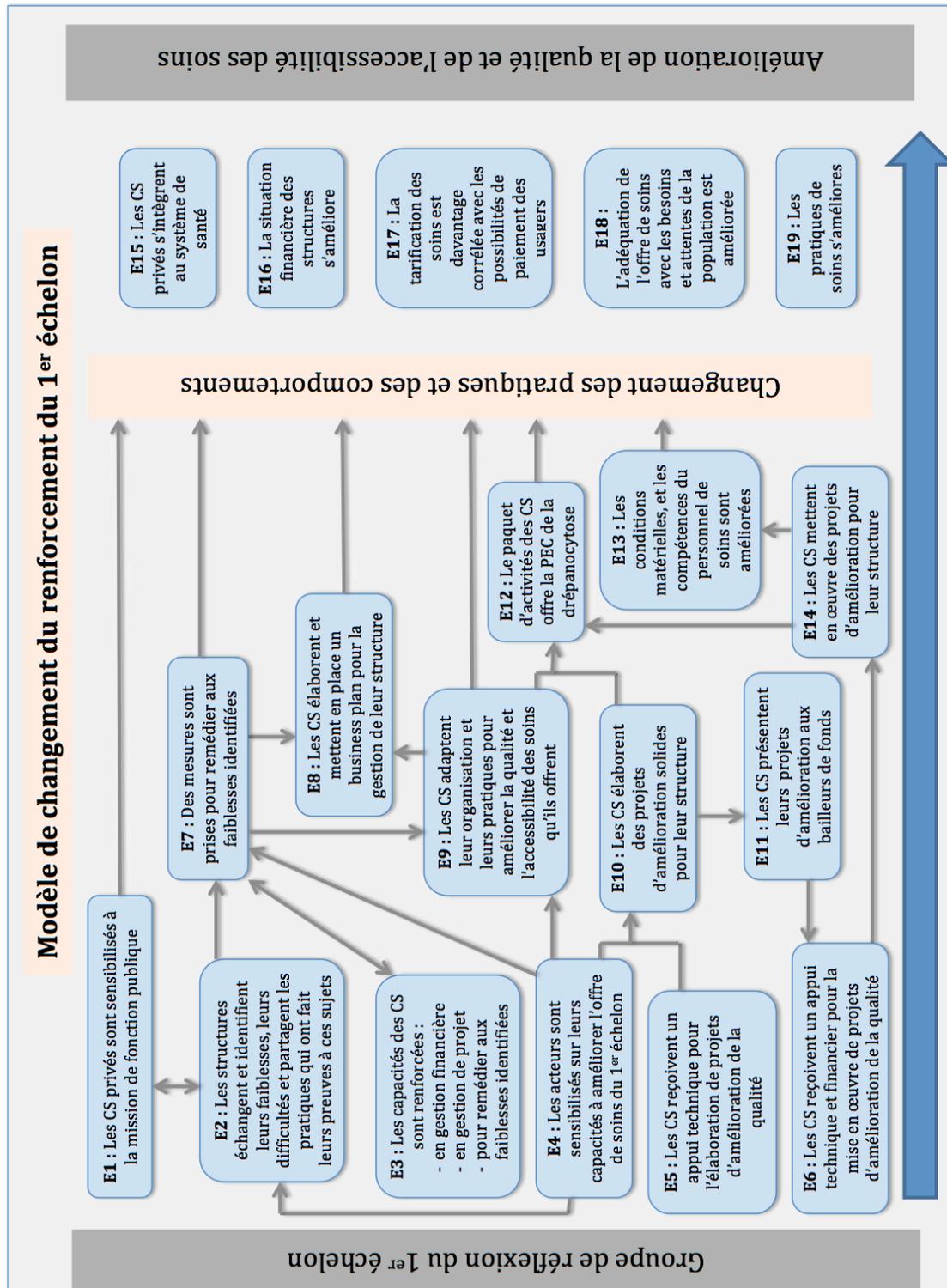
⁵⁸ Modèle inspiré du modèle de Chen 2005 (5), et du modèle de Mayne 2017 (35)

Annexe 5 : Modèle d'action du 1^{er} échelon⁵⁹



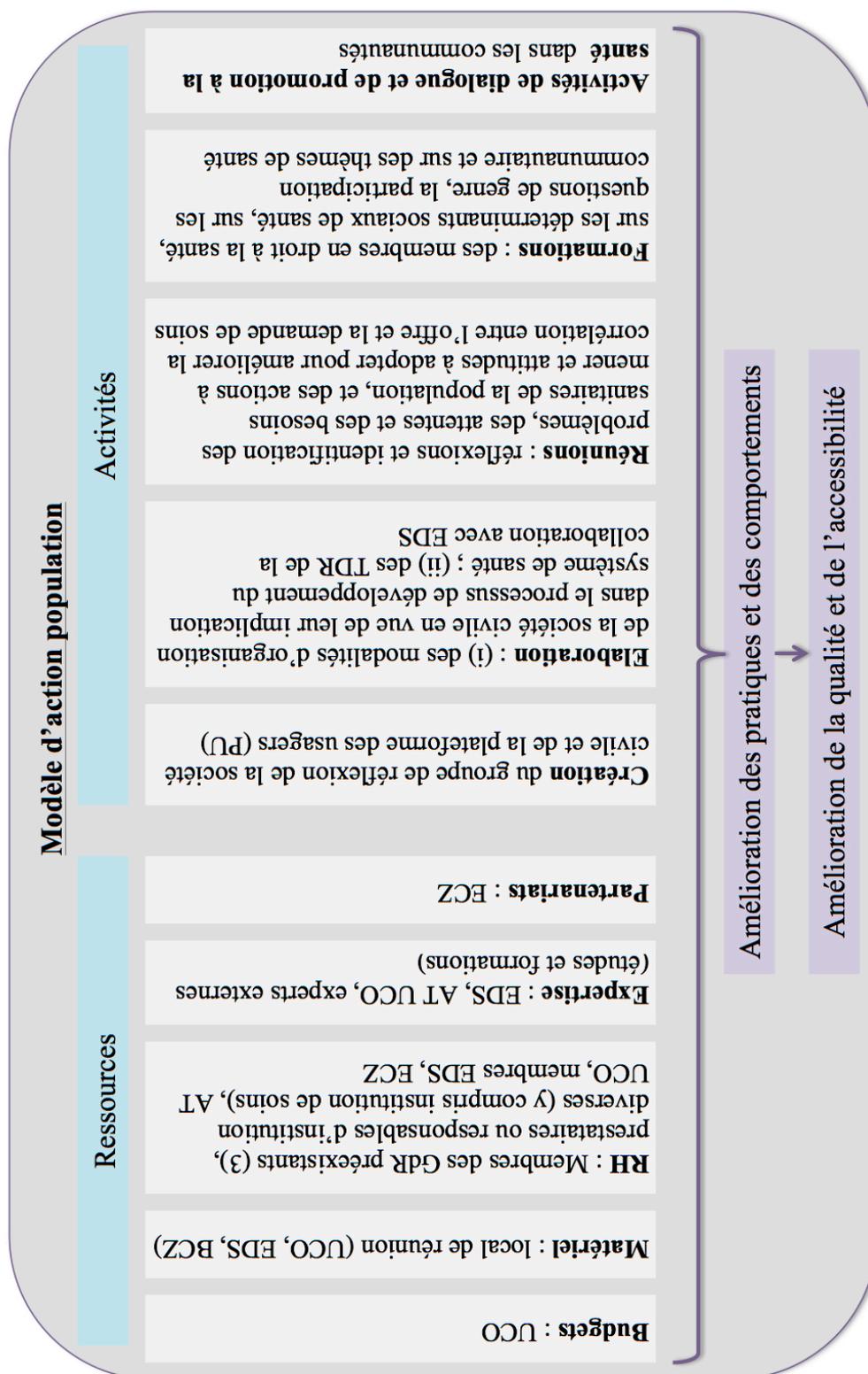
⁵⁹ Modèle inspiré du modèle de Chen 2005 (5)

Annexe 6 : Modèle de changement du renforcement du 1^{er} échelon⁶⁰

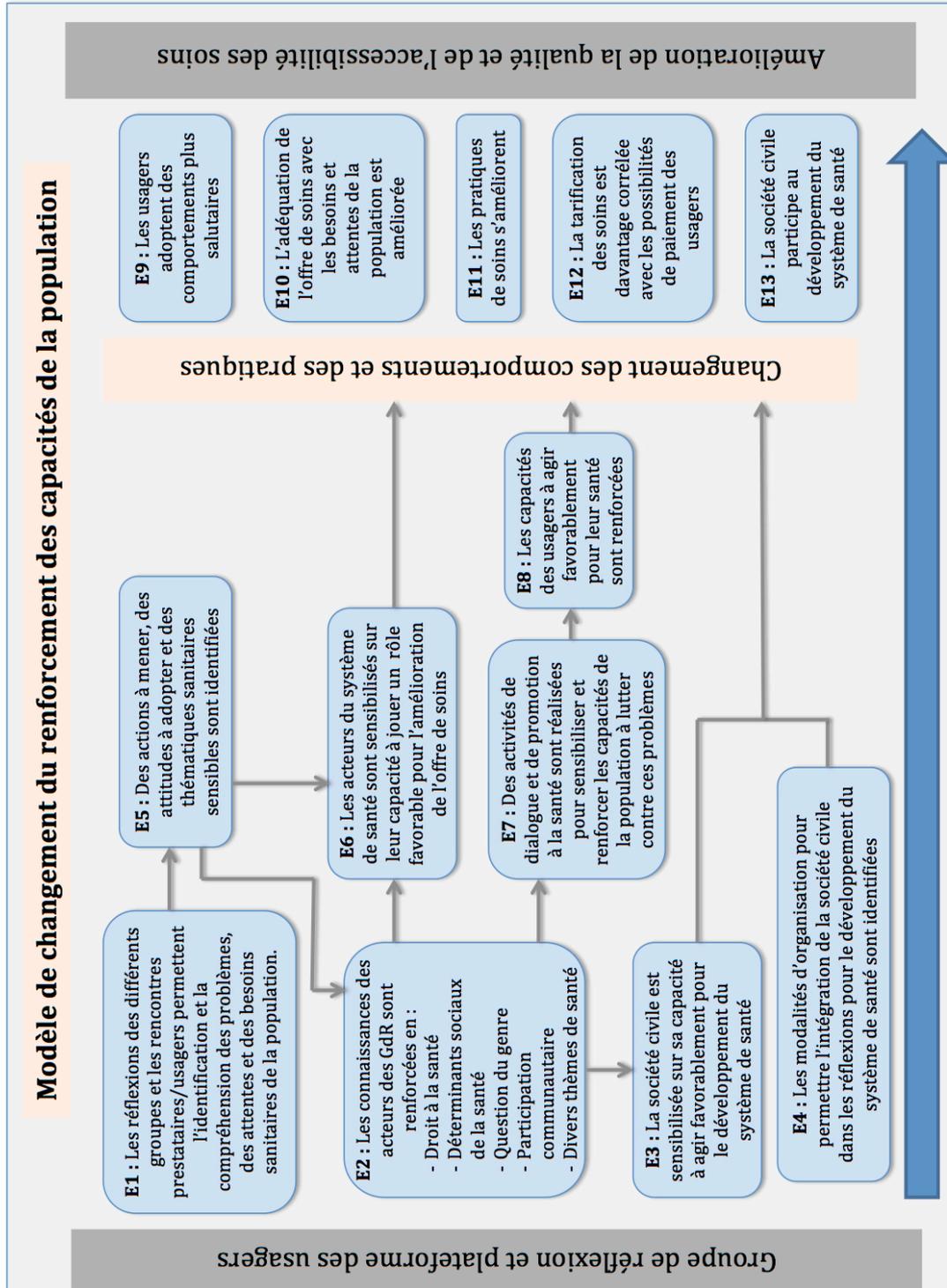


⁶⁰ Modèle inspiré du modèle de Chen 2005 (5), et du modèle de Mayne 2017 (35)

Annexe 7 : Modèle d'action de la population⁶¹



⁶¹ Modèle inspiré du modèle de Chen 2005 (5)



⁶² Modèle inspiré du modèle de Chen 2005 (5), et du modèle de Mayne 2017 (35)

Annexe 9 : Tableau d'indicateurs proposés pour l'évaluation normative

Indicateurs	Méthode de recueil et source de vérification	Base line	An 5 prévu	An 5 observé	Mode de calcul	Commentaire
a) Le renforcement du secteur hospitalier via les activités de la PH-RDC						
a. Appréciation de la structure :						
i. Le budget investit est-il adéquat ?						
% du volume financier prévu pour les initiatives d'amélioration de la qualité accordé par les pairs (reformulé)	Recherche documentaire Données et rapports de la plateforme	0%	90%		Volume financier des projets d'amélioration de la qualité acceptés par la PH-RDC, rapporté sur le total des fonds prévus par la PH pour le financement de ces projets.	
Evolution du volume financier accordé par la PH-RDC pour la mise en œuvre de projets d'amélioration de la qualité dans les structures (reformulé)	Recherche documentaire Données et rapports de la plateforme	0 €	200.000 €		Somme des montants mobilisés pour la mise en œuvre des projets d'amélioration de la qualité dans les structures	
ii. Les ressources matérielles mises à disposition sont-elles adéquates ?						
iii. Les ressources humaines mises à disposition sont-elles adéquates ?						
b. Appréciation des processus :						
i. Les activités visant l'institutionnalisation de la PH-RDC sont-elles adéquates ?						
Existence d'une personnalité juridique pour la PH-RDC (nouveau)	Recherche documentaire Documents officiels	/	Oui			
Existence d'une Assemblée générale de la PH-RDC (nouveau)	Recherche documentaire Données et rapports de la plateforme	/	Oui			
Existence d'un Comité de Direction de la PH-RDC (nouveau)	Recherche documentaire Données et rapports de la plateforme	/	Oui			
Existence d'un coordonnateur de la PH-RDC (nouveau)	Recherche documentaire, observation	/	Oui			

	Données et rapports de la plateforme, visite terrain					
Nombre d'hôpitaux participant aux activités de la plateforme hospitalière	Recherche documentaire Données et rapports de la plateforme	3	30			Liste nominative des hôpitaux membres
Une politique qualité commune pour les structures membres de la PH-RDC est élaborée et disponible (nouveau)	Recherche documentaire Données et rapports de la plateforme	/	Oui			
Proportion des structures-membres ayant adhéré à la politique qualité commune (nouveau) (vérifier si signature, adhésion ou juste élaboration commune ?)	Recherche documentaire Données et rapports de la plateforme	0%	100%		Nombre de structures-membres ayant adhéré à la politique qualité commune, rapporté sur le nombre total de structures-membres de la PH-RDC	Définir le concept d'adhésion (signature nécessaire ? La participation à l'élaboration suffit ?)
ii. Le nombre, la fréquence, l'organisation des réunions de la PH-RDC sont-elles adéquates ?						
Evolution du taux de participation des membres aux réunions de la PH-RDC (nouveau)	Recherche documentaire Données et rapports de la plateforme	/			Mensuellement : Nombre de membres présents, rapporté sur le nombre total de membres	Réunions organisées mensuellement ? (A confirmer)
Evolution de la participation des autorités sanitaires observatrices aux réunions de la PH-RDC (nouveau)	Recherche documentaire Données et rapports de la plateforme	/			Mensuellement : Vérification de la participation d'au moins un représentant des autorités sanitaires à la réunion organisée	A vérifier : nombre de représentants des autorités de santé sensé être présents aux réunions
iii. Les activités liées à l'organisation de formations sont-elles adéquates ?						
Les besoins en formation pour améliorer la qualité des soins et la gestion des hôpitaux membres de la plateforme sont définies.	Recherche documentaire Données et rapports de la plateforme	/	Existence d'une liste pour l'an 2, 3, 4, et 5		/	Liste des besoins en formation de la PH, mise à jour chaque année
Nombre de modules de formation	Recherche documentaire	/			/	Plus ou moins trois formations par an sont

élaborés et existants (reformulé)	Données et rapports de la plateforme					prévues sur base de thématiques prioritaires exprimées par la PH dans la liste des besoins en formation (les formations sont données par les pairs ou par des experts externes)
Les modules de formation élaborés sont adaptés aux besoins en formation de la PH (reformulé)	Recherche documentaire Données et rapports de la plateforme	/			Nombre de modules élaborés correspondant aux besoins exprimés, rapporté sur le nombre total de modules de formation élaborés	Correspondance entre les thèmes des modules de formation créés et les besoins en formation exprimés par la PH dans la liste des besoins en formation
Des experts ont été mobilisés pour accompagner les formations	Recherche documentaire Données et rapports de la plateforme	/	Pour chaque formation ?			Accompagnement = ?
Nombre de formations organisées pour renforcer les capacités de la PH-RDC et/ou des représentants des structures-membres (nouveau)	Recherche documentaire Données et rapports de la plateforme	/			Nombre total de formations organisées	Plus ou moins trois formations par an.
Taux de participation des membres de la PH-RDC aux formations organisées (nouveau)	Recherche documentaire Données et rapports de la plateforme	/			Pour chaque formation : Nombre de membres participants rapportés sur le nombre total de membres	
Proportion d'hôpitaux membres de la PH ayant reçu la formation en écriture de projet	Recherche documentaire Données et rapports de la plateforme	0%	100%		Nombre de structures-membres ayant reçu la formation, rapporté sur le nombre total de structures-membres	
iv. Les activités liées à la réalisation d'une recherche action sont-elles adéquates ?						
Une recherche action sur l'expérience de la PH est menée	Recherche documentaire Données et rapports	/	Recherche terminée		Oui/Non	Le sujet et le protocole de la recherche sont en cours

	de la plateforme					d'élaboration
v. Les activités visant la préparation de la PH-RDC à jouer son rôle de « bailleur de fonds » sont-elles adéquates ?						
Les critères et la procédure de sélection des projets d'amélioration de la qualité sont définis et disponibles (nouveau)	Recherche documentaire Données et rapports de la plateforme	/	Oui			
Les documents « draft » de présentation de projet, servant de support aux structures pour élaborer et présenter leurs projets à la PH-RDC sont élaborés et disponibles (nouveau)	Recherche documentaire Données et rapports de la plateforme	/	Oui			
vi. Les appels à projets sont-ils adéquats ? (nombre, thématiques, feedback de cotation reçue, etc.)						
Evolution du nombre d'appel à projets réalisés annuellement par la plateforme (nouveau)	Recherche documentaire Données et rapports de la plateforme	/			Nombre d'appels à projets formulés annuellement	
Proportion de projets d'amélioration de la qualité soumis par les structures-membres à la PH-RDC ayant fait l'objet d'une évaluation feedback dans un but formateur (nouveau)	Recherche documentaire Données et rapports de la plateforme	/	100% ?		Nombre de projets d'amélioration présentés à la PH-RDC ayant fait l'objet d'une évaluation feedback, rapporté sur le nombre total de projets d'amélioration présentés à la PH-RDC.	Chaque projet d'amélioration soumis à la PH-RDC est évalué selon les critères de sélection des projets et reçoit une cotation. Cette évaluation est rendue à la structure dans un but de formation (mise en évidence des points forts et faibles pour amélioration)
vii. La visite des structures lors de la mise en œuvre des projets d'amélioration de la qualité est-elle adéquate ?						
Proportion d'hopitaux bénéficiaires d'un financement pour la mise en œuvre de leur	Recherche documentaire Données et rapports de la plateforme	0%	100%		Nombre de structures bénéficiaires d'un financement pour la mise en œuvre d'un	Une structure est considérée comme ayant reçu une visite si elle a reçu au minimum une visite du

projet d'amélioration de la qualité ayant reçu une visite du coordonnateur de la PH-RDC lors de la mise en œuvre (reformulé)					projet d'amélioration de la qualité ayant reçu une visite, rapporté sur le nombre total de structures bénéficiaires d'un financement	coordonnateur de la PH par projet d'amélioration de la qualité, avec remise d'un rapport de visite
viii. Les activités liées à la recherche d'autres fonds de financements sont-elles adéquates ?						
c. Appréciation des résultats :						
i. Le degré de fonctionnalité atteint par la PH-RDC est-il adéquat?						
Degré de fonctionnalité de la plateforme hospitalière	Recherche documentaire et interview Documents officiels, données et rapports de la plateforme	/	Niveau 5		Attribution d'un score en fonction de l'atteinte des niveaux prédéfinis	Critères de fonctionnalité : <i>Niveau 1</i> : existence d'un statut juridique ; <i>Niveau 2</i> : reconnaissance du statut et fonctionnement des instances (AG, PV, taux de participation, etc) ; <i>Niveau 3</i> : diversité des services rendus aux membres (formation, ...), capacité de plaider ; <i>Niveau 4</i> : ??? ; <i>Niveau 5</i> : capacité à rechercher des fonds et à justifier des fonds, etc.
ii. Le nombre de projets d'amélioration de la qualité présentés à la PH-RDC par chaque structure membre pour l'obtention d'un financement est-il adéquat ?						
Nombre total de projets d'amélioration de la qualité présentés par les structures-membres à la PH-RDC (nouveau)	Recherche documentaire Données et rapports de la plateforme	/				
Nombre de projets d'amélioration de la qualité présentés à la PH-RDC par chaque structure	Recherche documentaire Données et rapports de la plateforme	/				

(nouveau)						
iii. Le nombre de conventions de collaboration passées entre les structures membres et la PH-RDC pour la mise en œuvre d'un projet d'amélioration de la qualité est-il adéquat ?						
Nombre total de structures (CS et hôpitaux) ayant passé une convention de collaboration avec la plateforme hospitalière pour la mise en œuvre d'un projet d'amélioration de la qualité (reformulé)	Recherche documentaire Données et rapports de la plateforme	/				Nombre total de conventions de collaboration signées par la PH-RDC pour la mise en œuvre de projets d'amélioration de la qualité (financement et appui technique)
Nombre de centres de santé ayant passé une convention de collaboration avec la plateforme hospitalière pour la mise en œuvre d'un projet d'amélioration de la qualité (reformulé)	Recherche documentaire Données et rapports de la plateforme	/				Nombre total de conventions de collaboration, signées entre la PH-RDC et les CS, pour la mise en œuvre de projets d'amélioration de la qualité (financement et appui technique)
Nombre de structures hospitalières ayant passé une convention de collaboration avec la plateforme hospitalière pour la mise en œuvre d'un projet d'amélioration de la qualité (reformulé)	Recherche documentaire Données et rapports de la plateforme	/				Nombre total de conventions de collaboration, signées entre la PH-RDC et les structures hospitalières, pour la mise en œuvre de projets d'amélioration de la qualité (financement et appui technique)
iv. Le nombre de sources de financements extérieures obtenues sont-elles adéquates ?						
b) Le renforcement du secteur hospitalier via le renforcement de l'HGR Kintambo						
a. Appréciation de la structure :						
i. Le budget investit est-il adéquat, c'est à dire, correspond-il au budget prévu ?						
ii. Les ressources matérielles mises à disposition sont-elles adéquates ?						
iii. Les ressources humaines mises à disposition sont-elles adéquates ?						
b. Appréciation des processus :						
i. Les activités liées à la construction et à l'équipement du pavillon U/SI-R sont-elles adéquates ?						

Nombre de locaux réhabilités et équipés	Recherche documentaire et/ou visite terrain si nécessaire Données et rapports de l'HGR pour la mise en œuvre du projet	0	9			
ii. Les activités liées à l'organisation de la formation du personnel du pavillon U/SI-R sont-elles adéquates ?						
Nombre de médecins formés sur les urgences et réanimation	Recherche documentaire Données et rapports de l'HGR pour la mise en œuvre du projet, des formations	0	4			
Proportion des médecins travaillant dans les services d'urgences, soins intensifs et réanimation formés sur les urgences et la réanimation (nouveau)	Recherche documentaire Données et rapports de l'HGR pour la mise en œuvre du projet, des formations					
Nombre d'infirmier formés dans le domaine du nursing aux urgences, soins intensifs et réanimation	Recherche documentaire Données et rapports de l'HGR pour la mise en œuvre du projet, des formations					
Proportion des infirmiers travaillant dans les services d'urgences, soins intensifs et réanimation formés sur les urgences et la réanimation (nouveau)	Recherche documentaire Données et rapports de l'HGR pour la mise en œuvre du projet, des formations					
ii. Les activités liées à l'élaboration et la mise à disposition des outils de soutien au pavillon U/SI-R et à la structure sont-elles adéquates ?						
Les protocoles de prise en charge des patients sont élaborés et disponibles (reformulé)	Recherche documentaire et visite terrain Données et rapports de l'HGR, observations au sein de la structure	/				Indicateur à retravailler : types et nombre de protocoles prévus, disponibles dans chaque salle de prise en charge, etc.

Les outils de gestion clinique et administrative sont élaborés et disponibles	Recherche documentaire et visite terrain Données et rapports de l'HGR, observations au sein de la structure					Indicateur à retravailler : types et nombre d'outils prévus, disponibles dans quels services, etc.
Les profils et les tâches des prestataires sont élaborés et disponibles	Recherche documentaire Données et rapports de l'HGR					
Les prestataires sont affectés selon les profils						A préciser
iv. Les activités liées à la restitution dans la structure des formations reçues au sein de la PH-RDC est-elle adéquate ?						
Taux de participation de chef de services à la restitution de la formation initiale	Recherche documentaire Rapport de l'atelier	/	Minimum 50%			Nombre de chefs de service participants, rapportés sur le nombre total de chefs de services
v. Les activités liées à la mise en place de la tarification forfaitaire au sein du pavillon U/SI-R sont-elles adéquates ?						
Le costing pour la fixation de la tarification forfaitaire est réalisé et disponible (reformulé)	Recherche documentaire, visite terrain, interviews Données et rapports de l'HGR, observations et interviews au sein de la structure					
vi. L'appui pour l'élaboration et la mise en œuvre de projets d'amélioration de la qualité est-elle adéquate ?						
Evolution du nombre de projets présentés par l'HGR Kintambo à la PH-RDC pour chaque lancement d'appel à projet de la PH-RDC (reformulé)	Recherche documentaire Données et rapports de la plateforme	/	1 par appel à projet			L'objectif est que l'HGR puisse présenter un projet d'amélioration à chaque appel à projet de la PH-RDC
Evolution du nombre annuel de projets présentés par l'HGR Kintambo à d'autres bailleurs (nouveau)	Recherche documentaire Données et rapports de l'HGR					
vii. L'appui pour le développement de la démarche qualité dans la structure est-elle adéquate ?						

c. Appréciation des résultats :						
i. Le nombre annuel d'admission au sein des différents services du pavillon U/SI-R est-il adéquat ?						
La prise en charge de patients est démarrée						
Nombre d'admission annuel du service des urgences (nouveau)	Recherche documentaire Données de l'HGR					
Nombres d'admission annuel du service de soins intensifs-réanimation (nouveau)	Recherche documentaire Données de l'HGR					
Nombre annuel de consultations externes (nouveau)	Recherche documentaire Données de l'HGR					
ii. Le nombre de projets d'amélioration de la qualité présentés à la PH-RDC par l'HGR Kintambo est-il adéquat ?						
Nombre de projets présentés par l'HGR à la plateforme	Recherche documentaire Données et rapports de la plateforme	0	12		Nombre total de projets présentés par l'HGR Kintambo à la PH-RDC	
iii. Le nombre de projets d'amélioration de la qualité présentés par l'HGR Kintambo à d'autres bailleurs de fonds est-il adéquat ?						
Nombre de projets présentés à d'autres bailleurs de fonds que la PH-RDC (reformulé)	Recherche documentaire Données et rapports de l'HGR Kintambo (et de la PH-RDC ?)	0	3 au total			Objectif = un par an à partir de l'an 3
iv. Le nombre de projets d'amélioration de la qualité mis en œuvre par l'HGR Kintambo est-il adéquat ?						
% des projets présentés acceptés par la plateforme (reformulé)	Recherche documentaire Données et rapports de la plateforme	0%	100%		Nombre de projets acceptés par la PH-RDC, rapportés sur le nombre total de projets présentés par l'HGR Kintambo à la PH-RDC	
Nombre annuel de projets d'amélioration de la qualité mis en œuvre par l'HGR	Recherche documentaire Données et rapports de la plateforme et de l'HGR Kintambo					

Kintambo (nouveau)						
% de projets achevés / total de projets présentés	Recherche documentaire Données et rapports de la plateforme	0%	100%			Nombre de projets totalement réalisés, rapportés sur le nombre total de projets acceptés et financés par la PH-RDC
v. L'application de la tarification forfaitaire des soins au sein du pavillon U/SI-R est-elle adéquate ?						
Un audit sur l'organisation et l'accessibilité financière du service des urgences et de soins intensifs est effectué	Recherche documentaire Rapport de l'audit	/				
c) Appréciation normative de l'axe de renforcement du 1^{er} échelon de soins						
a. Appréciation de la structure :						
i. Le budget investit est-il adéquat, c'est à dire, correspond-il au budget prévu ?						
ii. Les ressources matérielles mises à disposition sont-elles adéquates ?						
iii. Les ressources humaines mises à disposition sont-elles adéquates ?						
b. Appréciation des processus :						
i. Les activités liées à la création du GdR du 1 ^{er} échelon sont-elles adéquates ?						
Une étude sur la typologie des structures a été réalisé	Recherche documentaire Rapport de l'étude					But = connaissance du paysage sanitaire de la ZS et identification des parties prenantes potentielles
Existence d'une base de données des structures du premier échelon de la ZS Kintambo	Recherche documentaire Rapport de l'étude, données d'UCO					Une mise à jour annuelle de cette base de données est prévue
Les parties prenantes du groupe de réflexion du premier échelon sont identifiées	Recherche documentaire Rapport et données d'UCO					Liste nominative des structures prenantes partie au groupe de réflexion premier échelon
Les TDR pour l'organisation et le fonctionnement du groupe de réflexion sont rédigés et disponibles (reformulé)	Recherche documentaire, observation terrain, interview Données et rapports d'activités du coordonnateur d'UCO, observation/intervie	/				

	w pour l'objectivation de la disponibilité pour tous					
ii. Les activités liées à l'organisation des réunions du GdR du 1 ^{er} échelon sont-elles adéquates ?						
Nombre de réunions du groupe de premier échelon sur la thématique « modalités d'organisation » (reformulé)	Recherche documentaire Données et rapports du coordonnateur d'UCO					
Nombre de réunions du groupe de premier échelon sur la thématique « échanges de bonnes pratiques » (reformulé)	Recherche documentaire Données et rapports du coordonnateur d'UCO					
Evolution du taux de participation des membres du GdR aux réunions (reformulé)	Recherche documentaire Données et rapports du coordonnateur d'UCO, comptes rendus des réunions				Pour chaque réunion : Nombre de membres présents à la réunion, rapporté sur le nombre total de membres	
iii. Les activités liées à l'organisation des formations sont-elles adéquates ?						
Une étude clinique selon « l'approche verticale » pour compléter les activités du premier échelon dans l'optique de sa médicalisation est réalisée	Recherche documentaire Données et rapports d'UCO, rapport de l'étude					
Une mission court terme d'appui pour le renforcement des capacités de l'AT ULB C° et des prestataires dans le domaine de l'analyse verticale des maladies chroniques est réalisée						
Une étude clinique sur une	Recherche documentaire					A clarifier

maladie chronique identifiée par le groupe de réflexion du premier échelon est réalisé avec la participation d'un groupe multidisciplinaire	Données et rapports d'UCO, rapport de l'étude					
Les stratégies de prise en charge de la maladie chronique analysée au cours de l'étude sont intégrées au sein des structures du premier échelon de la ZS de Kintambo	Recherche documentaire, observation de terrain et interview Données et rapports d'UCO, rapport de l'étude (protocole de PEC), observation des structures et interview des prestataires					
La formation des structures membres en PEC de la drépanocytose est réalisée (reformulé)	Recherche documentaire Données et rapport d'UCO et coordonnateur					A préciser
Taux de participation des prestataires des CS à la formation en PEC de la drépanocytose (nouveau)	Recherche documentaire Données et rapport d'UCO et coordonnateur					
iv. L'appui apporté aux structures de 1 ^{er} échelon pour l'élaboration et la mise en œuvre des projets d'amélioration est-il adéquat ?						
Une formation en écriture et gestion de projet est réalisée	Recherche documentaire Données et rapport d'UCO et coordonnateur					
Taux de participation des membres du GdR 1 ^{er} échelon à la formation en écriture et gestion de projet (nouveau)	Recherche documentaire Données et rapport d'UCO et coordonnateur					
v. L'appui apporté aux structures de 1 ^{er} échelon pour l'élaboration et la mise en place d'un plan budgétaire pour la gestion du centre est-il adéquat ?						
Un état de lieux sur les modalités de financement des structures de	Recherche documentaire Données et rapport	0	1			

premier échelon est réalisé	d'UCO, rapport de l'état des lieux					
Un module de formation sur l'élaboration d'un business plan est élaboré et disponible	Recherche documentaire Données et rapport d'UCO et coordonnateur	0	1			Le module comprend 4 fiches techniques
Une formation en business en plan est réalisée	Recherche documentaire Données et rapport d'UCO et coordonnateur	0	1			
Taux de participation des représentants des CS à la formation (nouveau)	Recherche documentaire Données et rapport d'UCO et coordonnateur					
Proportion des structures membres du GdR 1 ^{er} échelon accompagnées pour l'élaboration et la mise en place d'un business plan (nouveau) OU : Evolution du taux de participation des membres du GdR 1 ^{er} échelon aux activités liées à l'élaboration et la mise en place d'un business plan pour leur structure (nouveau)	Recherche documentaire Données et rapport d'UCO et coordonnateur				Nombre de structures membres accompagnées, rapporté sur le nombre total de structures membre.	Une structure est considérée accompagnée si elle a reçu au moins une visite d'appui pour l'élaboration ou la mise en œuvre d'un nouveau business plan (A vérifier) A affiner.
vi. Les activités liées à l'intégration des structures privées dans le système de santé public sont-elles adéquates ?						
La stratégie et les outils pour intégrer les structures privées à but non lucratif, à la mission de service public, sont élaborés et disponibles (nouveau)	Recherche documentaire Données et rapport d'UCO					
Nombre d'ateliers d'échanges, et	Recherche documentaire				Comptabilisation du nombre d'ateliers	

de séminaires réalisés avec les structures membres afin qu'elles adoptent la mission de service public (nouveau)	Données et rapports d'UCO				réalisés	
Evolution du taux de participation des membres du GdR 1 ^{er} échelon aux activités liées à l'intégration des structures dans les système de santé public (nouveau)	Recherche documentaire Données et rapports d'UCO					
c. Appréciation des résultats :						
i. Le nombre de projets d'amélioration élaborés et mis en œuvre par les structures est-il adéquat ?						
Proportion de structures membres du GdR du 1 ^{er} échelon ayant élaboré un nouveau plan budgétaire pour leur centre de santé au cours du programme (nouveau)	Recherche documentaire Données des structures membres du GdR				Nombre de structures membres ayant élaboré et mis en place un nouveau business plan au cours du programme, rapporté sur le nombre total de structures membre	
Proportion de structures membres du GdR du 1 ^{er} échelon ayant mis en place le nouveau plan budgétaire élaboré au cours du programme dans leur centre de santé (nouveau)	Recherche documentaire Données des structures membres du GdR				Nombre de structures membres ayant mis en place le nouveau business plan élaboré au cours du programme, rapporté sur le nombre total de structures membre	
ii. Le nombre de structures ayant mis en place un nouveau plan budgétaire est-il adéquat ?						
Proportion de structures membres du GdR du 1 ^{er} échelon ayant mis en place un nouveau plan budgétaire (nouveau)	Recherche documentaire Données des structures membres du GdR				Nombre de structures ayant mis en place un nouveau plan budgétaire, rapporté sur le nombre de structures pour lesquelles la	

					mise en place d'un nouveau plan budgétaire aurait été souhaitable	
iii. Le nombre de structures privées intégrées au système de santé public est-il adéquat ?						
Evolution de la proportion des structures membres du GdR 1 ^{er} échelon, non reconnues par les autorités de santé au départ du projet, qui ont été reconnues par celles-ci au cours du programme (nouveau)	Recherche documentaire Données des autorités de la ZS				Evolution annuelle : Nombre de structures membres du GdR 1 ^{er} échelon reconnues par les autorités de santé, rapporté sur le nombre total de structures membres du GdR 1 ^{er} échelon.	
Evolution de la proportion de structures privées membres du GdR 1 ^{er} échelon ayant signé une convention avec les autorités de santé.	Recherche documentaire Données des autorités de la ZS, données des structures membres				Evolution annuelle : Nombre de structures membres du GdR 1 ^{er} échelon ayant signé une convention avec les autorités de santé, rapporté sur le nombre total de structures membres du GdR 1 ^{er} échelon.	
d) Appréciation normative de l'axe de renforcement de la population						
a. Appréciation de la structure :						
i. Le budget investit est-il adéquat, c'est à dire, correspond-il au budget prévu ?						
ii. Les ressources matérielles mises à disposition sont-elles adéquates ?						
iii. Les ressources humaines mises à disposition sont-elles adéquates ?						
b. Appréciation des processus :						
i. Les activités liées à la création des GdR de la société civile et de la plateforme des usagers sont-elles adéquates ?						
Nombre de GdR de la société civile créés (nouveau)	Recherche documentaire Données et rapports d'UCO et de EDS	3 (EDS)				
Nombre de membres faisant partie de la plateforme des usagers (nouveau)	Recherche documentaire Données et rapports d'UCO et de EDS					2 membres (hors personnels de santé) sont issus de chaque GdR de la société civile pour

						former la PH-RDC
Proportion des AS de la ZS Kintambo (ZSK) couvertes par un GdR (nouveau)	Recherche documentaire Données et rapports d'UCO et de EDS	?/8	8/8		Nombre d'AS couverte par minimum un GdR, rapporté sur le nombre total d'AS de la ZS de Kintambo	
Proportion des AS de la ZS de Kintambo représentées dans la plateforme des usagers (nouveau)	Recherche documentaire Données et rapports d'UCO et de EDS	/	8/8		Nombre d'AS représentées dans la plateforme des usagers, rapporté sur le nombre total d'AS de la ZSK	Une AS est considérée représentée dans la plateforme des usagers lorsque 2 membres (hors personnels de santé) provenant de GdR de cette AS en font partie
Evolution de la proportion de personnes parmi le personnel de santé (ECZS/HGR/CS) engagés dans la mise en œuvre d'actions de dialogue et de promotion pour la population (reformulé)	Recherche documentaire Enquête externe, rapport d'enquête	5%	15%		Nombre de membres personnels de soins participants aux actions de dialogues et de promotion pour la population, rapporté sur le nombre total de membres participant à ces actions.	A préciser (connait-on le nombre total de personnels de santé de la ZS ?) Pourquoi pas plutôt la proportion des RHS dans les groupes ?
Proportion d'acteurs du système de santé membres des GdR (nouveau)	Recherche documentaire Données et rapports d'UCO et de EDS				Pour chaque GdR : Nombre d'acteurs de santé membres du groupe, rapporté sur le nombre total de membres dans le groupe	Si le groupe est évolutif (nombre de membres, etc.), voir si une mesure de l'évolution de la proportion d'acteurs de santé dans le groupe n'est pas préférable.
ii. Les activités liées avec l'organisation des réunions sont-elles adéquates ?						
Nombres d'activités multi-acteurs réalisées par aire de santé pour analyser les questions de dialogues entre acteurs de santé et usagers (nouveau)	Recherche documentaire Données et rapports d'UCO et de EDS				Par aire de santé, nombre d'activités réalisées	A vérifier
Evolution du nombre annuel de réunions réalisées	Recherche documentaire Données et rapports					

(nouveau)	d'UCO et de EDS, comptes rendus des réunions					
Evolution du taux de participation des membres des GdR aux réunions (nouveau)	Recherche documentaire Données et rapports d'UCO et de EDS, comptes rendus des réunions					
Evolution du taux de participation des membres de la plateforme des usagers aux réunions (nouveau)	Recherche documentaire Données et rapports d'UCO et de EDS, comptes rendus des réunions					
iii. Les activités liées à l'élaboration des modalités d'organisation de la société civile pour lui permettre de participer au développement du système de santé de la ZS sont-elles adéquates ?						
Evolution du taux de participation des membres des GdR aux activités liées à l'élaboration des modalités d'organisation de la société civile pour lui permettre de participer au développement du système de santé de la ZS (nouveau)	Recherche documentaire Données et rapports d'UCO et de EDS					
Evolution du taux de participation des autorités sanitaires aux activités liées à l'élaboration des modalités d'organisation de la société civile pour lui permettre de participer au développement du système de santé de la ZS (nouveau)						
iv. Les activités liées avec l'organisation des formations sont-elles adéquates ?						
Nombre de formations réalisées (nouveau)	Recherche documentaire Données et rapports d'UCO et de EDS				Nombre total de formations réalisées	

Nombre de formations réalisées par thème (nouveau)	Recherche documentaire Données et rapports d'UCO et de EDS				Nombre de formations réalisées selon les thèmes	
Evolution des taux de participation aux formations (nouveau)	Recherche documentaire Données et rapports d'UCO et de EDS				Nombres de participants, rapporté au nombre de participants visés pour chaque formation.	
Evolution des taux de participation aux formations par thème (nouveau)	Recherche documentaire Données et rapports d'UCO et de EDS				Par thème de formation : Nombres de participants, rapporté au nombre de participants visés.	
Evolution des taux de participation pour chaque thème de formation (nouveau)	Recherche documentaire Données et rapports d'UCO et de EDS				Pour chaque thème de formation : Nombres de participants à la formation, rapporté au nombre total de participants visés.	
Parmi les membres, et pour chaque thème de formation, proportion d'acteurs du système de santé (ECZS/HGR/CS) ayant reçu la formation (nouveau)	Recherche documentaire Données et rapports d'UCO et de EDS				Par thème de formation : Nombre d'acteurs du système de santé membres des GdR ayant participé, rapporté sur le nombre total d'acteurs de santé membres des GdR	
v. Les activités liées avec l'organisation des activités de dialogue et de promotion à la santé pour la population sont-elles adéquates ?						
Les actions de dialogue et de promotion à mener sont définies de manière consensuelle, validées par les partenaires	Recherche documentaire, interview Données et rapports d'UCO et de EDS, comptes rendus des réunions					
Nombre d'activités de dialogue et de promotion réalisées	Recherche documentaire Données et rapports d'UCO et de EDS				Nombre total d'activités de dialogue et de promotion réalisées	

(nouveau)						
Nombre d'activités réalisées par thème (nouveau)	Recherche documentaire Données et rapports d'UCO et de EDS				Nombre d'activités de dialogue et de promotion réalisées par thème	
Nombre d'activités réalisées par aire de santé (nouveau)	Recherche documentaire Données et rapports d'UCO et de EDS				Nombre d'activités de dialogue et de promotion réalisées par AS	
Nombre d'activités réalisées par thème dans chaque AS (nouveau)	Recherche documentaire Données et rapports d'UCO et de EDS				Nombre d'activités de dialogue et de promotion réalisées par thème, dans chaque AS	
Evolution de la proportion des femmes participant aux activités de dialogue (modifié)	Recherche documentaire Données et rapports d'UCO et de EDS				Nombre de femmes ayant participé aux activités de dialogue, rapporté sur le nombre total de participants	A préciser : faisabilité, et définition de la périodicité d'analyse (mensuel, annuel) selon la fréquences des activités.
Evolution de la proportion de jeunes de 15-35 ans participant aux activités de dialogue (modifié)	Recherche documentaire Données et rapports d'UCO et de EDS				Nombre de jeunes 15-35 ans ayant participé aux activités de dialogue, rapporté sur le nombre total de participants	A préciser : faisabilité, et définition de la périodicité d'analyse (mensuel, annuel) selon la fréquences des activités.
c. Appréciation des résultats :						
iv. La participation des GdR au développement du système de santé est-elle adéquate ?						
Les modalités d'organisation de la société civile en vue de son implication dans le processus de développement du système de santé, sont élaborées et disponibles (nouveau)	Recherche documentaire Données et rapports d'UCO et de EDS					
Evolution du taux de participation des membres aux réunions des autorités sanitaires (ECZ) (nouveau)	Recherche documentaire Données et rapports d'UCO et de EDS	/			Mensuellement : Nombre de membres présents, rapporté sur le nombre total de membres	Réunions organisées mensuellement ? (A confirmer)

Evolution de la participation des autorités sanitaires (ECZ) aux réunions des GdR (nouveau)	Recherche documentaire Données et rapports d'UCO et de EDS	/			Mensuellement : Vérification de la participation d'au moins un représentant des autorités sanitaires à la réunion organisée	A vérifier : nombre de représentants des autorités de santé sensé être présents aux réunions
---	---	---	--	--	---	--