



## **Programme Commun MEMISA-MSV**

# **Rapport de l'Evaluation Intermédiaire du programme 2017-2021 en RDC et Burundi**

## **Rapport Global**

*en collaboration avec SUCCESS in Africa*

5 Mars 2020

**C-lever.org**

**Adresse :**

**m-Village, Rue des Palais 44 (boîte 66)  
1030 Brussel – Bruxelles ; BELGIQUE**

**Téléphone :**

**0032 (0)2 290 28 19**

**E-mail :**

**info@c-lever.org**

**N° tva – N° Entreprise :**

**0671900192**

## Table des Matières

1	Résumé exécutif.....	2
2	<b>Revue de la ToC</b> .....	6
3	<b>Qualité des Indicateurs du cadre logique</b> .....	10
3.1	Indicateurs RDC.....	10
3.2	Indicateurs Burundi.....	13
4	<b>Aperçu des différents rapports de l’Evaluation Intermédiaire</b> .....	15

### 1 Résumé exécutif

Ce rapport présente les résultats et conclusions de l’Evaluation Intermédiaire (EI) du Programme Commun 2017-2021 de MEMISA et MSV. A cet effet, ce rapport intègre les apprentissages des missions d’évaluation réalisées dans les provinces de Kinshasa, Kwango, Kwilu, Sud-Ubangui et de l’Ituri en République Démocratique du Congo (RDC) et dans les provinces de Muramvya, Karusi, Muyinga, Bujumbura et Bujumbura Mairie au Burundi.

Ce programme commun constitue une expérience intéressante de collaboration stratégique, programmatique et opérationnelle entre ces deux ACNG belges, concrétisé à travers un cadre commun d’appui au secteur de la santé, mis en œuvre dans plusieurs pays. La qualité du partenariat *Memisa-MSV* est bonne ; en dépit du peu d’interfaces programmatiques entre le projets Memisa et MSV le partenariat a permis de construire des synergies opérationnelles et complémentarités encourageantes.

Structurée par les critères CAD, l’EI a abouti aux conclusions suivantes :

#### **Pertinence : Score A-**

Les acteurs apprécient la *pertinence* du programme commun Memisa-MSV, tant sur le plan stratégique qu’opérationnel. Le programme est équilibré, comprend des éléments innovants et s’est aligné sur les priorités des Plans Nationaux de Développement Sanitaire (PNDS) respectifs de la RDC et du Burundi : accessibilité financière, amélioration de la qualité de l’offre de soins et le renforcement de la demande de soins.

Toutefois, une certaine dispersion des activités, pour Memisa, réduit un peu cette pertinence.

#### **Efficience : Score B +**

L’efficacité opérationnelle du programme est bonne, de même que le rapport coût par output, l’EI estime que globalement le coût d’implémentation du programme est inférieur à celui d’autres ONG internationales.

L’efficience du programme se matérialise entre autres à travers :

- Une utilisation intensive des expertises internes pour réaliser des prestations techniquement qualifiées, qui auraient été autrement coûteuses financièrement et en temps ;

- L'exécution dans les délais raisonnables des actions clés, conformément aux plannings opérationnels ; ce qui a permis l'atteinte des outputs attendus (formations, acquisitions des équipements et médicaments, missions extérieures de soutien, etc.).
- Des solutions alternatives ont été trouvées aux contraintes majeures, telles que celles liées à la situation politique au Burundi.

Toutefois, la couverture suboptimale des cadres sur le terrain ne permettait pas d'effectuer une surveillance adéquate de la mise en œuvre, limitant ainsi tant l'efficacité que l'efficacités du programme. Au Burundi, cette situation a été atténuée avec de nouvelles embauches réalisées grâce au financement de l'UE.

### **Efficacité : Score B**

Les indicateurs, définis dans le document de programme RDC, ne permettent pas vraiment d'apprécier la réalisation des ambitions du programme. Pour Memisa, la plupart des indicateurs proviennent du système d'information sanitaire et ne mesurent pas les outputs du programme après 2,5 ans. Pour MSV, l'indicateur sur l'équipement dans le cadre logique a été atteint dans les deux pays ; cependant, le TRC est un processus à long terme. Au Burundi, les indicateurs du cadre logique sont plus opérationnels qu'en RDC.

Toutefois, les résultats et les bonnes pratiques relatifs aux TRC ou les initiatives communautaires témoignent de l'efficacité du programme en RDC ; l'EI remarque donc que le programme devrait disposer d'indicateurs qui captent mieux ces réalisations.

Au Burundi, un retard a été constaté dans la réalisation des objectifs, notamment en raison des facteurs externes (telle qu'une nouvelle loi restrictive sur les ONGs).

### **Durabilité C**

L'ancrage communautaire de certaines initiatives contribue à leur durabilité sociale et technique ; la référence avec les moto-ambulances et la diversification de l'offre de soins dans les HGR en sont quelques exemples.

Pourtant, dans les conditions actuelles au Burundi et en RDC, peu de composantes programmatiques peuvent être considérées comme durables, en raison:

- a. du manque presque complet de financement public (durabilité financière) ;
- b. du manque d'approche orientée patients/ bénéficiaires dans le système de la santé publique de deux pays ;
- c. du manque de mécanismes de responsabilisation, transparence et redevabilité des formations sanitaires (unités de prestation de soins de santé) ;
- d. du manque de (capacité) d'appropriation réelle du programme par les structures nationales;
- e. de la situation politique et sécuritaire instable.

Toutefois, cette EI considère aussi qu'une véritable durabilité du programme ne peut pas être attendue dans les conditions actuelles de fragilité en RDC et au Burundi.

Au lieu de se focaliser sur la durabilité, il peut être plus opportun d'apprécier le retour social de l'investissement. En d'autres mots il importe donc davantage de s'assurer que le retour sociétal déjà généré pendant la durée du programme (notamment une offre de soins de santé de base pour une quantité significative de personnes) justifie déjà les ressources utilisées.

### **L'impact : Score B-**

Tant la durée que l'intensité des efforts de deux ACNGs contribuent à l'impact du programme. En outre, l'accès à la carte CAM, pour les indigents au Burundi, même si de courte durée, a eu de même un impact sur environ 100 000 épisodes de morbidité. À Bukavu et au Burundi, l'amélioration de la maintenance préventive a été systémique dans tous les hôpitaux concernés.

Toutefois deux facteurs majeurs, hors sphère d'influence du programme, réduisent tant l'impact que sa durabilité :

- a) une rotation élevée du personnel des soins de santé des structures appuyées, à cause des faibles salaires et de la politique des ressources humaines ;
- b) le prix des services de santé, à payer par les bénéficiaires, qui reste un obstacle à l'accès des populations, même si la tarification forfaitaire et les initiatives mutualistes contribuent à le réduire pour une petite partie de bénéficiaires dans les zones géographiques servies.

Dans les zones de démonstration visitées, à l'image de celle de Budjala au Sud-Ubangui, l'EI n'a pas pu observer de véritable impact pour le moment. Pour la zone de démonstration Litaka en Ituri, le contexte difficile en raison du conflit armé constitue un obstacle majeur.

## Conclusions

Pour **MSV**, l'évaluation confirme que la mise en œuvre opérationnelle est assez équilibrée.

Cependant, un suivi plus étroit entre les missions est recommandé afin de ne pas perdre le bénéfice de l'apprentissage. De plus, il est recommandé de renforcer l'inclusion du personnel des centres de santé aux formations afin d'atteindre ce niveau de base de la pyramide sanitaire et d'améliorer les références aux hôpitaux. MSV devrait tirer parti au niveau national / provincial de son savoir-faire approfondi en matière de capacité chirurgicale et de maintenance préventive.

Nous suggérons le même rôle robuste de plaidoyer pour **Memisa** auprès des partenaires gouvernementaux, pour les provinces/zones où ils disposent d'une forte présence programmatique (Burundi, Ituri et Kongo Central avec un financement combiné DGD et UE)

Les indicateurs du cadre logique, en particulier en RDC, méritent d'être revus afin de mieux prendre en compte et documenter les progrès effectivement enregistrés (voir chapitre y dédié).

Le grand nombre de sous-projets de Memisa génère une dispersion des efforts et met à l'épreuve le temps de gestion nécessaire pour organiser, assurer la qualité et modifier les activités quand nécessaire.

Puisque l'outcome final attendu du programme est « une population en bonne santé », les évaluateurs proposent de renforcer la composante de la prévention dans le travail de Memisa.

Les évaluateurs saluent les bons efforts dans le domaine de la préservation de l'environnement. Pour les deux organisations, des mesures plus concrètes pour améliorer l'approche genre dans les deux pays devraient être introduites, y compris l'accès renforcé à la planification familiale.

---

Note : L'équipe d'EI a utilisé l'échelle recommandée dans les TDR décrite comme suit :

**A** : Très Bon, Peu ou pas d'adaptations/corrections nécessaires

**B** : Bon/ Raisonnable, corrections ou adaptations conseillées

**C** : A améliorer, corrections ou adaptations significatives sont à prévoir

**D** : Critique, remise en question de l'action, corrections ou adaptations importantes.

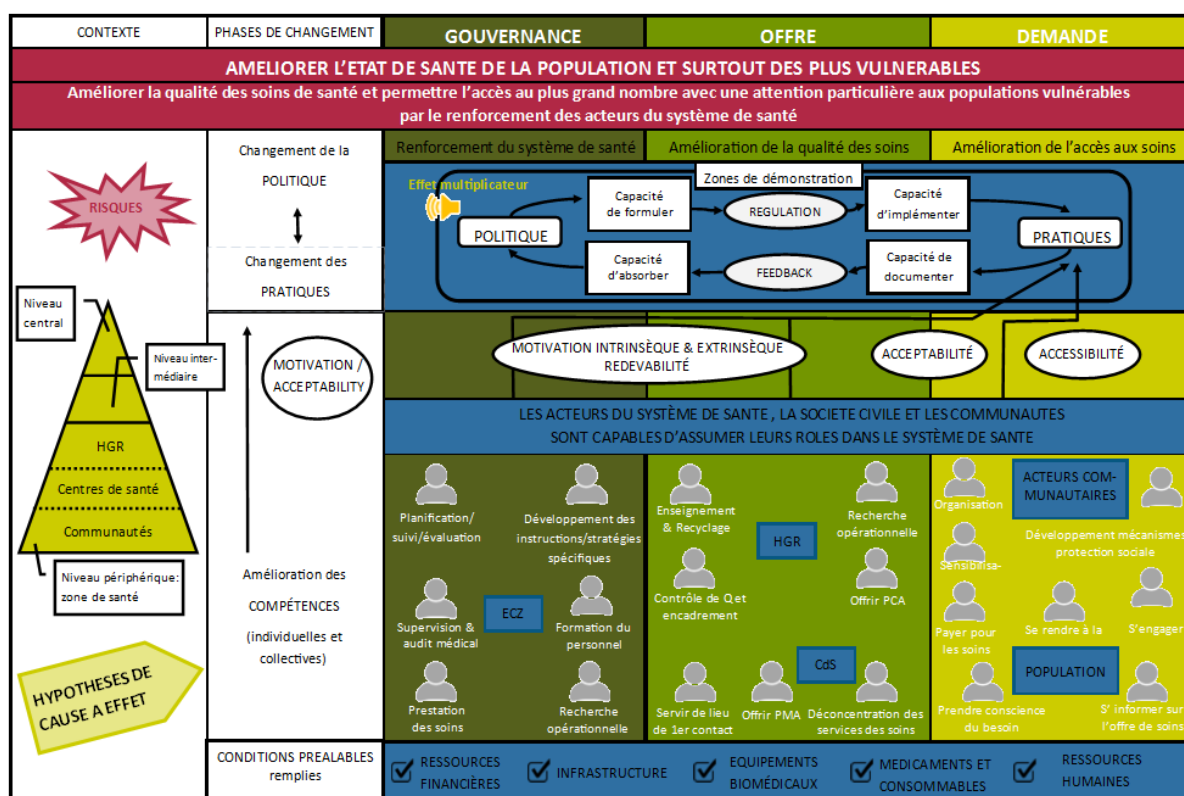
## 2 Revue de la ToC

L'évaluation intermédiaire a pris en compte les éléments de la théorie de changements (ToC) y compris 'les chemins de changements' conformément aux descriptions contenues dans le document du programme quinquennal Memisa-MSV.

En analysant l'implémentation du programme en rapport à la ToC, l'évaluation concourt en particulier à :

- s'assurer que les changements projetés et les 'chemins de changements' identifiés sont toujours pertinents pour conduire à leur réalisation ;
- s'assurer que la stratégie de la ToC a bien été traduite dans les plans opérationnels avec les partenaires ;
- apprécier le degré auquel les changements attendus sont en voie de se produire à mi-parcours de l'intervention (EI) ;
- identifier les aspects de la ToC ou de son contexte qui favorisent ou entravent son implémentation.

En évaluant les résultats de l'implémentation de la ToC, les évaluateurs se sont servis du modèle TOC de Memisa-MSV ci-dessous :



Les constatations de terrain, en perspective de la ToC, se présentent comme suit :

- ◆ **Conditions préalables** : Comme point fort, les deux organisations se sont engagées sur la majorité des conditions préalables de la pyramide de l'offre de soins de santé, mentionnée dans la ToC, pour qu'elles soient remplies ; il s'agit notamment des ressources humaines (qualité), des infrastructures, des équipements et des médicaments. Les points d'attention concernent les contraintes structurelles relevées par le rapport au sujet des différents éléments :

- les ressources humaines, insuffisamment qualifiées et faiblement motivées ;
- les infrastructures ne répondant pas souvent aux exigences minimales ;
- l'insuffisance du plateau technique des HGR et des CDS
- la rupture fréquente des médicaments dans un contexte où le fonctionnement des CDR (en RDC) est fortement mis à l'épreuve ;
- l'absence d'un ensemble systémique de gouvernance, de capacité technique et organisationnel stimulant le meilleur rapport possible entre soins offerts et moyens disponibles ;
- etc.

En dépit des contraintes évoquées qui doivent continuer d'être l'objet d'une attention particulière, l'Equipe d'EI estime que le minimum de conditions préalables sont réunies pour favoriser la mise en œuvre du programme dans les deux pays.

#### ◆ **Analyse du Contexte (en RDC)**

L'équipe de l'EI a analysé les éléments contextuels que sont : les hypothèses et les risques.

##### **a. Hypothèses de cause à effet :**

Les hypothèses de la ToC qui sous-tendent les changements prévus ont été évaluées résultats par résultats dans le rapport de l'EI. Hormis les hypothèses relatives aux déterminants socio-politiques (eau, éducation, pauvreté, sécurité, épidémie) qui n'ont pas pu être évalués de façon objective faute de données probantes, toutes les autres hypothèses ont pu être appréciées. Les résultats de cette évaluation indiquent que la plupart des hypothèses, de l'objectif spécifique et des résultats intermédiaires, sont réalisées.

Cependant, l'équipe d'EI attire l'attention sur les hypothèses pour lesquelles des points d'attention subsistent :

- L'encadrement des Zones de Santé (ZS) attendu des DPS est insuffisant, notamment du fait des effectifs techniques limités en personnel. En conséquence, les ZS ont de nombreux besoins non satisfaits par rapport à plusieurs fonctions clés qui concourent aux changements prévus.
- Les contraintes de fonctionnement des CDR réduisent la disponibilité permanente de médicaments dans les formations sanitaires et l'accessibilité des populations aux soins de qualité des soins.

Certains points ne figurent pas dans la ToC mais sont apparus importants à l'EI et ils méritent d'être considérés comme hypothèses ou plutôt conditions de succès pour la suite du programme:

1. Acceptabilité du programme par les bénéficiaires directs
2. Coordination stratégique effective des interventions au niveau des DPS

##### **b. Analyse et actualisation des risques**

L'annexe 1, page 59 présente l'analyse des risques identifiés dans le document du programme. On note que la majorité de ces risques demeurent encore pertinents pour la suite du programme. Certains risques ne le sont plus et peuvent être sortis de la matrice. Il s'agit notamment des risques suivants :

- L'effectivité de la réforme du système dans un contexte de décentralisation.

- Les partenaires pertinents de la société civile ne sont pas identifiés et des relations de confiance durables pas construites.
- Les autorités politico-administratives ne collaborent pas

Un nouveau risque a été identifié comme important à prendre en compte pour la suite. Il s'agit des « *circuits parallèles de vente de médicaments dans les formations sanitaires* », conséquence des ruptures fréquentes qui s'observent du fait du fonctionnement insuffisant des CDR et de l'inefficacité de la chaîne de distribution officielle et de la carence d'une réponse transparente.

- ◆ **Facteurs externes** : les facteurs externes restent difficiles dans les deux pays et sont même devenus plus complexes qu'au début de la période du programme (situation politique et économique au Burundi, sécurité à Ituri, difficulté financière des bénéficiaires constituant une contrainte pour acheter et accéder aux services de l'Etat, qui n'arrive pas à fournir des services de santé d'une qualité raisonnable).
- ◆ **Connaissance de l'approche Toc** : Certains partenaires comme les ECZ et BDOM ne connaissaient pas la ToC du Programme. Il faudrait donc envisager un mécanisme de partage afin de les éclairer en vue d'une bonne appropriation par toutes les parties prenantes dans la deuxième partie du programme.

A cet effet, il faudrait aussi envisager à pouvoir décortiquer la ToC complète et à présenter des sous-ensembles de la ToC, plus simples et qui ciblent surtout les aspects qui se situent dans la sphère de contrôle et la sphère d'influence (directe et indirect) des acteurs impliqués.

- ◆ **Changements**

- Changements systémiques : En RDC, le programme quinquennal est géographiquement plus concentré que le programme de la période précédente. Tout de même, il reste difficile pour le programme d'avoir la masse critique pour atteindre les changements systémiques attendus, étant donné l'importance des interdépendances entre tous les sous-domaines des résultats.

Le programme de MSV est un programme de niche spécialisé, ou les changements sont implémentés sur le niveau organisationnel des hôpitaux et les hôpitaux restent les principaux responsables des changements. Cette approche est bien implémentée par MSV. Le spillover sur le niveau CS en termes de référence des patients et inclusion du personnel aux formations a commencé à porter fruits récemment.

- Volet de la demande : des initiatives locales réussies d'activités génératrices de revenu et appui aux communautés ont été établies. Cependant, les aspects de la sensibilisation, de dialogue avec l'offre, pour que l'offre disponible prenne en compte les attentes des populations, ainsi que la composante de la prévention des maladies méritent d'être renforcés.
- Motivation/ redevabilité – pendant que Memisa et MSV travaillent sur le niveau de motivation à travers le renforcement des capacités techniques et organisationnelles et des conditions préalables, étant donné qu'il n'y a pas (plus) de complément salarial, on note une démotivation financière, ce qui se traduit par une fuite importante du personnel. Les deux organisations pourraient réfléchir comment appuyer la stabilité de ressources humaines
- Recherche opérationnelle ou la recherche-action – l'information sanitaire de qualité est cruciale pour établir un système local de santé répondant à la demande. Il importe de savoir si Memisa et MSV ont assez de ressources pour appuyer la recherche opérationnelle. En effet, les capacités d'implémenter et de documenter les expériences des acteurs stratégique sont encore faibles et méritent d'être renforcées. Cependant, dans la deuxième partie du



programme, l'analyse des informations disponibles et interactions avec d'autres parties prenantes, pourraient être renforcées. En droite ligne de la ToC, la problématique du suivi des coûts des services et soins par rapport à la capacité de payer des populations serait également importante.

- Gouvernance – la faible gouvernance reste le problème principal de système de la santé publique dans les deux pays, qui n'est pas facile à aborder par une organisation extérieure. Ceci inclut l'allocation des ressources financières, le contrôle et la supervision des infrastructures. Même si l'approche de MSV agit directement au point d'accès aux soins hospitaliers, les résultats sont également influencés par la qualité de la gouvernance.
- Zones de santé de démonstration (ZSD) et le travail des ECZ – en dépit du travail intense des équipes de Memisa et BDOM au profit des ECZ, l'impact de l'appui à mi-parcours du programme n'était pas consistant comme il l'est pour les HGR. Il est important de maintenir cette approche et de l'intensifier à la deuxième phase du programme, en considérant un appui spécifique au renforcement des capacités des ECZ. Cependant, pour que l'effet multiplicateur soit optimal et nourrisse les politiques sectorielles, il faudra que les acteurs du niveau intermédiaire (DPS) soient capables de documenter les expériences, de les partager et de les remonter au niveau stratégique. Actuellement, ce n'est pas encore le cas. Il y reste également la question de prix/effet pour le outcome final de l'accès aux services de qualité. Une révision de l'approche et une inclusion éventuelle, bien réfléchie et ciblée, de certains éléments de financement basé sur les résultats, est recommandée.

Dans son ensemble, pour le outcome « Assurer des synergies entre les capacités renforcées au niveau individuel, organisationnel et institutionnel et de les mettre à profit en vue d'obtenir des améliorations durables dans la gouvernance, l'offre et/ou la structuration de la demande des soins de santé », les résultats dans la partie inférieure de la pyramide ToC sont assez bien accomplis, pendant que la partie supérieure relative à la dimension institutionnelle, telle que la redevabilité, les politiques et la régulation restent un défi.

### **Indicateurs**

Une analyse de la matrice des indicateurs a été établie dans un chapitre séparé. Quoique le cadre de suivi actuel est adapté à mesurer certains changements attendus, la difficulté à collecter les données requises indique la nécessité de le réviser et de retenir des indicateurs et marqueurs de progrès plus simple et facile à renseigner.

### **Conclusions**

La théorie de changements demeure pertinente dans son ensemble. Les changements projetés le sont également. Il importe cependant de procéder à des adaptations et actualisations des hypothèses, des risques et du cadre de suivi évaluation.

Toutefois, il importe aussi de reconnaître que la TOC actuelle est plutôt un outil global de compréhension du secteur. Mais il ne fournit pas un bon image des limites des leviers de changement sur lequel le programme Memisa-MSV peu intervenir en synergie avec d'autres partenaires. Les parcours de changement plus concrets et maitrisables par le programme n'apparaissent pas vraiment. La problématique de la dispersion des efforts et le ciblage plus réaliste de résultats atteignable devrait être discutée.

Tout en aillant vers une ToC plus complète, qui permettrait de bien structurer la synergie des efforts avec d'autres acteurs, Memisa-MSV pourrait (surtout en vue du programme suivant) développer des ToC et parcours de changements plus détaillés pour des sous-ensembles de l'intervention. Un tel exercice implique un meilleur ciblage des efforts et une identification réaliste des résultats possibles,

tenant compte de la fragilité du contexte et des possibilités et limites en vue de générer la masse critique nécessaire pour obtenir les changements envisagés.

Par ailleurs, étant donné la fragilité et l'état d'urgence dans certaines zones d'intervention, il pourrait tout-à-fait être acceptable de bien préciser que certaines composantes du programme visent surtout une meilleure qualité des soins et une meilleure accessibilité à ces soins pour des groupes cibles, pendant la période d'intervention, sans pour autant prétendre à ce que cela génère beaucoup d'effets et d'impact qui perdurent dans le temps. Mais alors il importe toujours de chercher à optimiser le retour social des ressources investies et d'en assurer le suivi, le pilotage et l'évaluation.

### 3 Qualité des Indicateurs du cadre logique

Les évaluateurs ont examiné les changements en fonction de la ToC, selon les progrès opérationnels et partiellement selon les cibles du cadre logique. Ils ont examiné le niveau de réalisation des indicateurs dans la mesure où les données étaient disponibles.

Les cadres logiques des deux pays, RDC et Burundi, utilisent le même ensemble de résultats. Les indicateurs sont définis différemment. Nous avons effectué une analyse des indicateurs par rapport à leur capacité

- à refléter les résultats du programme
- à mesurer le changement durable et certains critères CAD
- à mesurer la qualité du travail Memisa-MSV en général

La revue à mi-parcours représente une bonne opportunité pour l'équipe Memisa-MSV d'ajuster les indicateurs pour la seconde moitié du programme.

La définition d'un indicateur devrait être SMART (spécifique-mesurable-réalisable / attribuable-traçable / limité dans le temps). Dans le cas des indicateurs du cadre logique, nous nous sommes rendu compte que le problème avec certains indicateurs réside principalement dans leur facilité/faisabilité à être renseignés et mesurés. La fiabilité des données contenues dans les rapports compilés, comme ceux du SNIS, reste également un problème quoiqu'il est préférable que les données soient déjà produites ou facilement accessibles plutôt que de devoir les produire spécifiquement aux seules fins des indicateurs du programme.

L'analyse de l'adéquation des indicateurs a été faite comme suit :

#### 3.1 Indicateurs RDC

**Indicateur 1:** Taux d'Utilisation Consultation Curative (# NC / habitant / an). Le taux d'utilisation est un bon indicateur pour comparer l'évolution dans le temps et pour comparer entre les ZS. Ce taux est un proxy pour la disponibilité et la qualité des soins et l'accessibilité aux soins (accessibilité géographique, financière, acceptabilité). Pourtant, l'effet éventuel mesuré par cet indicateur ne peut difficilement être attribué à un seul projet et il est influencé par un certain nombre de variables confondantes. Par exemple, pendant certaines épidémies (paludisme, choléra, maladies diarrhéiques), la fréquentation va augmenter, pendant les temps de morbidité limitée, elle va diminuer. Il serait intéressant dans le cadre de l'évolution du « Taux d'Utilisation de la Consultation Curative » de conduire une recherche-action sur l'impact du type de tarification (éclaté ou forfaitaire)

dans les différentes formations sanitaires. Cette approche est largement utilisée en santé publique en général et est actuellement en cours dans certaines formations sanitaires en RDC.

**Indicateur 2:** Taux d'Accouchements Professionnellement Assistés - est un bon indicateur direct de l'accès aux soins de santé qui ne change pas avec la morbidité et devrait être gardé. L'indicateur montre également le progrès dans la promotion de la santé. Cet indicateur repose sur le principe que tout accouchement doit être réalisé par un agent de santé qualifié (professionnel). L'indicateur permet donc de s'assurer de la qualité des soins obstétricaux et néo-natals dont les femmes ont bénéficié. C'est un indicateur important qui est lié également aux morbidité et mortalité maternelles. C'est donc un indicateur pertinent, surtout dans un contexte où la mortalité maternelle est élevée.

**Indicateur 3** Taux de satisfaction - La satisfaction communautaire n'est pas facile à mesurer, en raison de l'hésitation culturelle à exprimer des opinions négatives. Les enquêtes doivent être organisées et supervisées, nécessitant un temps de gestion supplémentaire. Il faut une méthodologie appropriée, qui demande des ressources, aussi pour conduire l'enquête avec une fréquence annuelle par un personnel formé à cet effet. Sinon, le score PBF est une alternative, parce que le score PBF est aussi pondéré (weighted) par la qualité, et dans certains cas il y a une enquête communautaire. Il importe aussi de continuer à explorer les synergies avec des efforts pour structurer la demande et/ou des solutions innovantes digitales, sms, etc. qui émergent. Observons aussi que là où la demande est structurée, elle réalise des enquêtes périodiques, même en l'absence du PBF.

**Indicateur 4:** Proportion des Comités de santé fonctionnels (selon critères établis)

Bon indicateur, qui mesure aussi la qualité du travail des ECZ dans les zones. Pourtant, sur le terrain, il n'est pas renseigné et les ECZ ont un conflit d'intérêt de le surestimer. C'est un important indicateur de résultat direct de l'appui ; mais l'impact du bon fonctionnement des comités de santé sur les conditions de santé des populations est difficile à mesurer.

Cet indicateur pourrait également intégrer des critères de performance qui indiquent la capacité des comités à résoudre les problèmes identifiés tant dans l'organisation des services/soins au sein des FOSA qu'au sein des communautés. Ainsi cet indicateur permettrait de mesurer des aspects importants de l'outcome du programme.

**Indicateur 5:** Proportion de ZS avec ECZ fonctionnels (selon critères de fonctionnalité)

Indicateur clair, mais un peu détaché de l'outcome (accès des populations). Cet indicateur mesure le rôle régulateur de l'ECZ tant dans l'organisation des services que des soins. La mesure est faite par la DPS lors des évaluations périodiques.

Il reste la question, qui est responsable pour juger la fonctionnalité (opinion indépendante ?) Et quelle est la corrélation entre la fonctionnalité d'ECZ et la qualité des services des infrastructures ? Les critères sont-ils fonctionnels quantitatifs ou qualitatifs?

La disponibilité des médicaments ou le pourcentage de FOSA avec compétences médicotéchniques sont des indicateurs plus directement liés à l'accès des populations.

Ce n'est pas l'IOV qui est tellement en cause que la régularité de la mesure et le dispositif de S/E en place dans la province sanitaire.

L'indicateur « proportion de ZS avec ECZ fonctionnelles » est pertinent mais composite vu les éléments qu'il est sensé mesurer et le rôle central qu'il doit jouer. Une approche de recherche-action sur le tas aiderait à mieux documenter le fonctionnement des ECZ et les leçons qui en découlent pour la régulation des services et les prestations des soins de santé.

**Indicateur 6:** Nombre d'expériences pertinentes documentées et partagées de façon efficace

La coopération entre les différents secteurs et parties prenantes est importante, peut être hautement synergique ; mais en même temps ceci est difficile à mesurer. Comme souligné dans le résumé, l'EI a déterminé que Memisa et MSV devraient faire un meilleur usage de l'effet de levier de leur savoir-faire et de leurs atouts programmatiques.

Il nous semble que sur le terrain, l'indicateur n'est pas renseigné.

Il est compréhensible qu'il s'agisse d'un indicateur axé sur output, mais il devrait couvrir aussi la participation active aux forums. Il doit être clair que l'indicateur concerne à la fois les niveaux central et provincial.

**Indicateur 7:** Proportion de ZS avec moins de 20% de médicaments traceurs en rupture dans la pharmacie de la ZS à la fin du mois, basée sur un système de gestion de stock électronique (si possible)

Nous étions informés que l'indicateur était modifié par Memisa mais il n'y a pas eu de traçabilité. Il s'agit d'un indicateur important, qui montre la disponibilité et l'accessibilité aux soins de qualité et également la performance des ECZ. L'indicateur peut être trompeur quand il y a des bailleurs de fonds comme Fonds Mondial qui achète une partie substantielle de médicaments ou quand certains médicaments demandés (planification familiale) ne sont pas renseignés.

Il pourrait être important de connaître également le taux moyen de rupture, car l'indicateur actuel est binaire et donc il fait une trop grande différence entre une rupture de 19% et une rupture de 21%.

**Indicateur 8:** % du matériel biomédical acheté en utilisation (milieu spécifique - gestion durable)

Indicateur clair. L'indicateur permet surtout de mesurer l'efficacité du système de maintenance. Mais sur le terrain il n'est pas renseigné de manière routinière, sauf par MSV. Il s'agit d'un indicateur qualifié sur le terrain de « indicateur de MSV ». Donc, dans les zones où Memisa seul intervient, il n'est pas renseigné alors que le programme fournit des équipements et appuie la maintenance. Dans le cas où les revues sont conjointes entre les 2 ANGC, alors cet indicateur sera renseigné régulièrement.

**Indicateur 9:** % des hôpitaux partenaires locaux qui rapportent un progrès par rapport à la maintenance préventive

Indicateur clair. Même commentaires comme ci-dessus.

**Indicateur 10:** % de personnes formées / prévues issues des ZS du programme (genre spécifique)

Indicateur clair, mais orienté sur l'output et éloigné du outcome (il faudrait s'assurer que formé signifie connaître et appliquer la connaissance).

**Indicateur 11:** taux de mortalité hospitalière > 48h

Indicateur clair et pertinent qui mesure non seulement la capacité de réactivité des FOSA aux cas graves mais aussi, souvent les proportions de « délais de demande de services de soins ». Comme on le voit souvent, les demandes de soins peuvent être tardives pour des raisons très diverses.

**Indicateur 12:** % des hôpitaux partenaires qui rapportent un progrès (d'une min. De 50% des MDP) par rapport à l'organisation

Indicateur clair, mais il ne devrait pas être mesuré juste par auto-évaluation. Il est possible de le faire également lors des revues conjointes.

**Indicateur 13:** % des hôpitaux partenaires qui rapportent un progrès (un minimum de 50% des MDP) par rapport aux capacités médicotechnique

Indicateur clair, mais ne devrait pas être mesuré juste par auto-évaluation

**Indicateur 14:** % cas hospitalisés référés

Indicateur clair.

Cet indicateur aide à mesurer entre autres la fonctionnalité de la Zone de Santé notamment dans la continuité des soins entre les deux niveaux, c'est-à-dire le réseau de centres de santé (premier niveau de soins) et l'hôpital de ZS (hôpital général de référence – HGR en RDC) qui est le premier niveau de référence. Cet indicateur aide aussi à mesurer le rôle d'appui et de supervision que joue le premier niveau de référence (HGR) par rapport aux centres de santé.

**Indicateur 15:** proportion de ZS où le Taux d'Utilisation > 0,5 (sur 26)

Voir indicateur 1

**Indicateur 16:** Proportion d'Accouchements Professionnellement Assistés avec 4 CPN (continuité) -. Bon indicateur, mais il faut voir si information sur CPN4 est fiable. Il faut surtout voir la différence entre la CPN1 et la CPN4 ! Cette différence est très importante en ce sens qu'elle permet de voir la capacité d'attraction de la FOSA ou de la ZS (CPN1) et leur niveau de fonctionnement. Plus la différence entre les deux CPN (taux de déperdition) est grande, moins fonctionnelle est la structure, d'où les actions qui doivent en découler.

**Indicateur 17:** Proportion de ménages avec des dépenses de santé catastrophiques (genre spécifique)

L'indicateur est difficile à mesurer et les données doivent être produites par enquête communautaire spécifiquement. En outre, Memisa seul peut ne pas avoir suffisamment d'influence sur cet indicateur. Suggestion de retirer cet indicateur ou de le combiner avec d'autres enquêtes pour couvrir d'autres besoins : satisfaction des usagers.

## 3.2 Indicateurs Burundi

**Indicateur 1.1:** % des FOSA dont le score de qualité globale a augmenté.

Cet indicateur est logique à utiliser pour les établissements de santé, où Memisa-MSV fournit un soutien important - comme la reconstruction des infrastructures ou la fourniture de Centre de Maternité CRT. Il est directement lié au travail de Memisa-MSV et les données sont créées indépendamment par la Banque Mondiale. Mais il faut continuer à s'assurer quels les éléments qui rentrent dans le calcul de score de qualité sont les plus appropriés possibles et que les calculs sont faits adéquatement.

**Indicateur 1.2:** Augmentation du taux d'utilisation des services (curatif, CPN2, AMS, PF) - ce sont des indicateurs très pertinents, le choix du CPN2 est également excellent. Dans la plupart de zones, MSV et Memisa offrent un package d'appui assez complet pour la zone (i.e. pas seulement la formation, mais aussi l'amélioration de la disponibilité des médicaments sur la zone entière et / ou des équipements). Un certain nombre de facteurs confondent ces indicateurs - promotion de la santé et de PF, qualité des infrastructures, nombre de personnel, situation financière des patients. D'ailleurs la définition et la valeur de référence et les cibles du PF semblent très élevées.

**Indicateur 1.3:** Augmentation du taux de pénétration des huit MCS

C'est un bon indicateur, qui peut être bien mesuré. Pour des raisons externes au programme, cet objectif n'a pas pu être atteint.

**Indicateur 2. 1:** Augmentation du score de satisfaction communautaire

La satisfaction communautaire n'est pas facile à mesurer, en raison des pesanteurs culturelles à exprimer des opinions négatives. En outre, les enquêtes doivent être organisées, nécessitant du temps de gestion supplémentaire. Nous suggérons de remplacer par les scores PBF.(voir plus haut, RDC)

**Indicateur 2.2:** Base de données des vulnérabilités créées et annuellement mise à jour.

Un bon indicateur, pourtant, nous ne sommes pas sûrs combien de valeur ajoutée ou de coût / bénéficière ait une rénovation de base de données à **chaque année**, tous les deux ans semble suffisante pour les besoins de la base de données. Un autre bailleur de fonds (Banque Mondiale) semble travailler sur une méthodologie modifiée.

**Indicateur 2.3:** Nombre de fonds d'équité locaux fonctionnels

L'indicateur devrait-il plutôt indiquer le nombre de bénéficiaires / ménages? Vu la fragmentation des activités de Memisa, la question est également de savoir s'il faut commencer cette activité qui n'a pas encore été lancée au moment de l'EI.

**Indicateur 3.1:** Nombre de Fosa qui appliquent les compétences médicotecniques introduites / Fosa prévues

Indicateur clair. Il faut définir les 100% de la cible pour 2020-2021 et les compétences appuyées. Utiliser cet indicateur également pour la RDC ?

**Indicateur 3.2:** Nombre de Fosa qui appliquent les compétences organisationnelles introduites / Fosa prévues

Indicateur clair. Il faut définir les 100% de la cible pour 2020-2021 et les compétences appuyées

Utiliser cet indicateur également pour la RDC ?

**Indicateur 3. 3:** % des prestataires des CDS / ECD / HD formés sur la référence et contre-référence.

Indicateur clair, mais sur output. Recyclage prévu? Cibles quantitatives? On devrait mieux suivre le taux de référence. Il est plus pertinent de voir si la formation a amélioré le taux de référence

**Indicateur 3.4.** % du personnel formé en soins de secours en cas de catastrophe.

Indicateur clair. Cible quantitatif. Recyclage prévu?

**Indicateur 4,1:** % du matériel biomédical acheté en utilisation (milieu spécifique - gestion durable)

Indicateur clair, direct, peut être relativement bien supervisé

**Indicateur 4.2** augmentation du % des hôpitaux partenaires locaux et centres de santé ciblés qui rapportent un progrès à la maintenance préventive des équipements médicaux

Indicateur clair, direct, peut être bien supervisé

**Indicateur 4.3:** Nombre de structures réhabilitées / prévues en respectant les normes environnementales

Peut être facilement supervisé

**Indicateur 5.1:** Augmentation du taux d'utilisation des services par la population (avec proportionnalité des groupes spécifiques: indigents, mutualistes, femmes, enfants)

Bon indicateur pour l'application de la carte CAM pour les indigents, augmentation de taux d'utilisation après rénovation d'un centre, pour variables confondantes, voir ci-dessus

**Indicateur 5.2:** Niveau de fonctionnalité et rayonnement des MCS

Comme la période de 2017-2019 l'a démontré, l'indicateur de rayonnement dépend d'un nombre de facteurs extérieurs. La bonne fonctionnalité de MCS grâce à l'appui de Memisa n'a pas attiré un plus grand nombre de membres. Un seul indicateur sur MCS paraîtrait suffisant (taux de pénétration)

### **Remarque globale**

De manière générale, l'EI observe que les indicateurs ne sont pas suffisamment connectés aux modes d'intervention et aux chaînes de résultats du programme Memisa-MSV.

Cet ensemble d'indicateurs semble insuffisamment conçu et/ou adapté pour permettre l'appréciation, le pilotage et l'évaluation de la performance et de l'efficacité des différents appuis fournis par le programme. Le mécanisme de suivi-évaluation pourrait être développé davantage dans ce sens, distinguant entre : (a) un suivi de gestion avec les éléments de la sphère de contrôle et d'influence directe (ressources, activités, outputs, effets directs) des acteurs du programme ; et (b) un suivi stratégique les éléments de la sphère d'influence indirecte et de la sphère d'intérêt du programme.

## **4 Aperçu des différents rapports de l'Évaluation Intermédiaire**

Outre ce rapport global, l'Évaluation Intermédiaire (EI) abouti à des rapports détaillés : un rapport pour le programme Memisa-MSV au Burundi, ainsi que les rapports détaillés des 3 missions réalisées avec en total 4 régions de la RDC visitées. Il s'agit : (a) du rapport d'EI pour le programme en RDC central et Sud-Ubangi ; (b) du rapport sur les activités de MSV dans la région de Kivu Sud et (c) du rapport sur les activités avec le partenaires BDOM en Ituri.

Les deux documents de réponses aux commentaires sur la première version de l'EI constituent des composantes intégrantes de présent rapport.