



Programme Commun MEMISA-MSV

Rapport d'Evaluation Finale

du programme 2017-2021 au Burundi

C-lever.org

en collaboration avec SUCCESS in Africa

Version finale du 28/01/2022

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

Acronymes	4
1. Résumé exécutif	5
1.1 Contexte	5
1.2 Objectif de l'évaluation et sa portée	5
1.3 Synthèse des principaux résultats d'évaluation	5
1.4 Recommandations principales	7
2. Contexte du programme	8
3. Méthodologie de l'évaluation finale	9
3.1 But et objectifs	9
3.2 Portée de l'évaluation	9
3.2.1 Couverture géographique	9
3.2.2 Partenaires inclus	9
3.2.3 Champs thématiques abordés et initiatives visitées	10
3.3 Type d'évaluation	10
3.4 Phase préparatoire	11
3.5 Collecte des données	11
3.6 Analyse des données et assurance qualité	11
3.7 Difficultés rencontrées et limites de l'évaluation	12
4. Résultats de l'évaluation	13
4.1 Retour sur la réponse managériale de l'évaluation intermédiaire	13
4.2 Performance du programme analysée selon les critères CAD	23
4.2.1 Pertinence	23
4.2.2 Cohérence	24
4.2.3 Efficience	36
4.2.4 Impact	37
4.2.5 Durabilité	38
4.3 Analyse des thèmes transversaux	38
4.3.1 Genre	38
4.3.2 Environnement	39

4.3.3	Digitalisation	39
5.	Conclusion générale de l'évaluation	40
6.	Recommandations	41
7.	Annexes	42
7.1	Liste des personnes rencontrées	42
7.2	Calendrier de la mission d'évaluation	44
7.3	Matrice d'évaluation	46

Acronymes

ABDDM	Association Burundaise pour la Défense des Droits de Malades
ABUC	Association Burundaise de Chirurgie
BDS	Bureau du District Sanitaire
BPS	Bureau de la Province Sanitaire
CAD	Comité d'Aide au Développement de l'OCDE
CAM	Carte d'Assistance Maladie
CDS	Centre de Santé
CRBu	Croix Rouge du Burundi
CSC	Cadre Stratégique Commun
DGD	Direction Générale Coopération au Développement et Aide Humanitaire
DS	District Sanitaire
ECD	Equipe Cadre du District
GMAO	Gestion de la Maintenance Assistée par Ordinateur
HD	Hôpital de District
IGR	Initiatives Génératrices de Revenus
MCS	Mutuelle Communautaire de Santé
MSPLS	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida
MSV	Médecins Sans Vacances
MUNASA	Mutuelle Nationale de Santé
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique
ODD	Objectifs de Développement Durable
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONGE	Organisation Non Gouvernementale Etrangère
PAMUSAB	Plateforme des Acteurs des Mutuelles de Santé au Burundi
RAF	Responsable Administratif et Financier
S&E	Suivi et évaluation
SROI	Retour social sur investissement (Social Return on Investment)
ToC	Théorie de Changement (Theory of Change)
TRC	Trajet de Renforcement des Capacités
WASH	Water Sanitation and Hygiène

1. Résumé exécutif

1.1 Contexte

La fin du programme quinquennal 2017-2021 Memisa-MSV au Burundi s'est déroulée dans un contexte difficile, marqué par des restrictions de voyages liées à la crise de Covid-19 ne permettant pas le déploiement d'experts internationaux pour les missions de renforcement des capacités et par une augmentation du taux de pauvreté au Burundi.

A partir de 2019, un autre projet de Memisa et MSV au Burundi a obtenu un financement de l'Union Européenne ; ce qui a renforcé la complémentarité et les économies d'échelle avec le programme DGD et les équipes opérationnelles.

L'évaluation intermédiaire du programme en 2019 avait identifié des bonnes pratiques et des points d'amélioration. Par rapport à l'évaluation intermédiaire, les évaluateurs ont apprécié positivement la réponse managériale donnée aux différentes recommandations dont la majorité était mise en œuvre au moment de l'évaluation finale. Le seul point d'attention concerne les recommandations émises sur le volet santé mentale dont l'appréciation est présentée dans un rapport séparé.

L'évaluation finale du programme dont les conclusions sont présentées dans ce rapport a été réalisée d'octobre à novembre 2021 en couvrant toutes les provinces d'intervention.

1.2 Objectif de l'évaluation et sa portée

Les termes de référence de l'évaluation demandaient une évaluation finale exhaustive qui livre une analyse de l'ensemble du programme au Burundi avec une perspective et des suggestions d'actions futures à entreprendre.

L'évaluation a été conduite avec participation de tous les niveaux, et une assurance qualité par les directeurs de la partie contractante. De nombreux déplacements ont été effectués sur le terrain, ainsi que des entretiens à distance et une revue de la documentation. La même équipe de l'évaluation intermédiaire de 2019 a effectué l'évaluation finale, permettant une appréciation comparative.

1.3 Synthèse des principaux résultats d'évaluation

Les six critères de l'évaluation de l'OCDE (pertinence, cohérence, efficacité, efficience, impact, durabilité) ainsi que la théorie du changement ont constitué l'optique principale de l'analyse.

Le programme a été jugé **pertinent** et **cohérent** avec les besoins des bénéficiaires, le CSC pour le Burundi, les ODD 2030, et le Plan National de Développement Sanitaire 2019-2023 du Burundi.

L'**efficacité** des interventions de MSV a été appréciée à travers les indicateurs du cadre logique. Pour Memisa, l'appréciation, vis-à-vis des indicateurs du cadre logique a été réalisée par rapport aux interventions d'amélioration des compétences des centres de santé appuyés, la fonctionnalité des mutuelles communautaires de santé, et l'appui à la Carte d'Assistance Maladie (CAM). Le programme fut jugé plutôt efficace, avec limites constatées sur l'appui à l'utilisation de la CAM et les Mutuelles Communautaires de Santé (MCS). La réhabilitation des centres de santé et le démarrage des initiatives de « women's empowerment » ont pris du retard à cause de la crise sanitaire liée à la Covid-19 et de la crise relationnelle entre les ONG étrangères et le Gouvernement en 2018. Les évaluateurs ont noté une certaine insuffisance dans la définition d'indicateurs pour la mesure des résultats du programme (santé mentale, empowerment de la femme indigente, réhabilitation, ...).

Le volet WASH a été pris en compte à travers la mise en place d'un système de collecte d'eaux pluviales dans les CDS et hôpitaux appuyés.

La maintenance des équipements hospitaliers a bénéficié d'un appui significatif en renforcement de capacité de maintenance (formations et outil de maintenance).

Du côté **efficience**, les évaluateurs ont apprécié la mise à contribution des bureaux de la Croix Rouge du Burundi, organisation à assise communautaire, dans la gestion des initiatives génératrices de revenus ciblant les vulnérables indigents. Les activités spécifiques comme l'achat des CAM et le circuit d'achat des médicaments ont également servi dans l'appréciation de l'efficience. Dans les provinces sanitaires où le programme est mené, la collaboration directe avec les hôpitaux partenaires réduisait la lourdeur bureaucratique. Une dispersion des ressources et des efforts en appuyant un nombre d'initiatives différentes (CAM, MCS, IGRs, ABDDM, référence-contre référence, médicaments, appui PAMUSAB) a toutefois été constatée.

L'impact le plus immédiat est en lien avec l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des services de soins avec effet sur le nombre de vies sauvées et l'amélioration de la qualité de vie des populations servies. Au-delà de l'impact sur les personnes, un impact sur le système de santé a été significatif avec l'impulsion de la création d'une **formation nationale sur la chirurgie de district pour les hôpitaux**, pilotée par les acteurs nationaux avec la participation de MSV.

La **durabilité** des résultats reste un enjeu majeur du programme quinquennal et ne peut être garantie du fait de la volatilité des conditions et de l'insuffisance des financements de l'Etat. Les partenaires Memisa et MSV ont entrepris des efforts pour maximiser la pérennité par la présence continue dans les provinces à proximité des bénéficiaires, une mise en œuvre adaptée à l'environnement et les cycles continus de l'engagement au cours de programmes quinquennaux.

Parmi les thèmes transversaux, **le genre** est celui qui obtient les meilleurs résultats avec des activités spécifiques ciblant l'autonomisation des femmes vulnérables indigentes, l'appui aux maternités, et le recrutement des femmes dans les équipes sur le terrain.

Le programme Memisa s'appuie sur un concept de la théorie de changement (ToC), mais son application pratique reste ardue. L'évaluation intermédiaire avait recommandé d'actualiser la ToC, mais cela n'avait pas encore été effectué au moment de l'évaluation finale. Nous saluons le programme pour l'inclusion d'un volet **santé mentale** (Fracarita-MSV), une composante qui fait partie des ODD 2030 mais qui reste confrontée à plusieurs défis, notamment l'approvisionnement en médicaments psychotropes et un manque des capacités de gestion sur différents niveaux.

Le programme a su s'adapter à la situation liée à la crise de Covid-19 en faisant recours aux experts locaux dans l'organisation des missions de renforcement des capacités sur les TRC. Un appui à l'hygiène a été renforcé dans le cadre de la prévention de la transmission de la Covid-19 dans les structures de santé appuyées. Avec le changement de la loi sur les marchés publics et l'obligation des achats de médicaments via la Centrale d'Achat des Médicaments du Burundi (CAMEBU), le programme a pu s'aligner sur cette nouvelle orientation, sauf pour les médicaments pour la santé mentale.

Avec le budget global et le contexte complexe de la mise en œuvre, le programme a su maximiser les résultats et l'impact.

Aperçu des scores de performance par critère d'évaluation du Programme Memisa-MSV au Burundi

	<u>Score</u>	A	B	C	D
Pertinence	A	X			
Cohérence	B+	X	X		
Efficienc e	B		X		
Efficacité	B		X		
Impact	B-		X	X	
Durabilité*	B / D		X		X

* Une note B est attribuée aux efforts entrepris par le programme dans sa propre sphère d'influence, en vue de contribuer à la durabilité des résultats. Toutefois en tenant compte du contexte fragile, notamment l'absence d'un cadre favorable au maintien des résultats, il est difficile d'attribuer une appréciation qui dépasse le score D.

1.4 Recommandations principales

Nos principales recommandations sont les suivantes :

- A. Affiner les approches de renforcement des capacités organisationnelles des hôpitaux, dont toutes les cibles et/ou améliorations potentielles n'étaient pas atteintes ;
- B. Définir des indicateurs du cadre logique qui corrént avec le type, la spécificité et les volumes d'activité de chaque domaine de résultat du programme et ainsi s'assurer que le suivi des indicateurs de performance permette de piloter ce qui est réellement essentiel pour assurer le succès du programme ;
- C. Consolider l'accompagnement aux initiatives génératrices de revenus (accord, indicateurs désagrégés par genre, note conceptuelle) ;
- D. Simplifier les Trajets de Renforcement des Capacités (TRC) et/ou les réaliser en étapes, pour faciliter la compréhension par les partenaires sur le terrain ;
- E. Prioriser davantage et concentrer suffisamment les ressources pour atteindre une masse critique de résultats sur des approches complémentaires et bien ciblées (IGR, renforcement des capacités, MCS, ...) ;
- F. Communiquer avec les nouvelles autorités de la DGOSA du MSPLS sur le programme, mais sans s'enfoncer dans une lourdeur bureaucratique qui retarderait la mise en œuvre des activités sur le terrain.

2. Contexte du programme

Le programme commun Memisa-MSV, financé par la Coopération Belge au Développement et objet de la présente évaluation, était formulé sur cinq ans avec un budget de EUR 3,755,441, dont 1.820.414,80 € pour Memisa et 1.324.272,31 € pour MSV. Il a démarré en janvier 2017 et prend fin en décembre 2021.

Le Programme appuie le secteur de la santé et vise à « améliorer la qualité des soins de santé et permettre l'accès au plus grand nombre par le renforcement des acteurs du système de santé avec une attention particulière aux populations vulnérables ». Trois axes stratégiques structurent l'intervention, que sont :

- Promouvoir la bonne gouvernance,
- Améliorer l'offre et
- Appuyer la demande.

Le programme inclue les aspects de la durabilité écologique, de genre et de la digitalisation.

Au cours du cycle de vie du programme, plusieurs événements et facteurs ont joué un rôle sur sa performance ; il s'agit de :

- La suspension de l'enregistrement des ONG étrangères (ONGE) en 2018 par le Gouvernement avec arrêt des activités pendant plusieurs mois et départ de certaines organisations dont les effets synergiques sur le système de santé et les bénéficiaires ont été perdus ;
- La dépréciation de 25% de la monnaie locale (Franc Burundais) sur la période de 2017-2021 a accentué le faible pouvoir d'achat des populations
- La pandémie de la Covid-19 a touché le Burundi au début de 2020. Dès mars 2020 une restriction des voyages internationaux, la fermeture de l'aéroport de Bujumbura pendant 9 mois, l'augmentation des besoins des structures de santé en matière de gestion de l'hygiène et de la prise en charge des cas de Covid-19 (14 décès officiels) ont impacté le fonctionnement des partenaires de mise en œuvre du programme.
- Le Burundi reste classé 2^{ème} plus bas au monde pour la parité de pouvoir d'achat par habitant par la Banque Mondiale (2020), et 4^{ème} pays plus bas en HDI (Index de Développement Humain) par le PNUD (2020). Avec un taux de fertilité de 5.3 enfants par femme, le Burundi reste dans la première dizaine sur la fertilité.

3. Méthodologie de l'évaluation finale

3.1 But et objectifs

Les termes de référence de l'évaluation précisent le but de l'évaluation finale. En effet, « *l'évaluation finale est une évaluation exhaustive qui livre une analyse sur l'ensemble du programme en RDC et au Burundi avec une perspective d'avenir sur l'après-programme et les actions à entreprendre* ».

Il s'agit dans ce rapport de présenter les résultats d'évaluation du programme au Burundi.

Les principaux objectifs de l'évaluation finale sont :

- Apprécier la réalisation des résultats du programme (produits, effets, impact) en rapport avec les critères CAD/OCDE (**efficacité, efficience, pertinence, cohérence, impact, et durabilité**) ;
- Analyser le lien et la cohérence entre les Objectifs de Développement Durable (ODD) et les résultats attendus du programme sur base des indicateurs de mesure des résultats du cadre logique ;
- Présenter des facteurs inhibiteurs et habilitants qui ont joué un rôle dans l'implémentation et la réalisation des résultats
- Proposer des pistes de réflexion dans la perspective d'un prochain programme.

3.2 Portée de l'évaluation

3.2.1 Couverture géographique

Les provinces à couvrir par des visites de terrain, au cours de l'évaluation finale au Burundi, ont été convenues entre l'équipe évaluatrice et les commanditaires de l'évaluation (Memisa et MSV) selon la concentration d'activités des deux acteurs et la possibilité de rencontrer les différentes catégories d'acteurs clés sur le terrain.

Toutes les provinces d'intervention du programme ont été couvertes avec priorisation de certaines communes spécifiques afin de garantir une large couverture, tout en permettant aux évaluateurs d'approfondir l'exploration des réalisations du programme. Ceci a permis de diversifier les informations recueillies, d'apprécier les différentes approches et les diversités de contexte et/ou de mise en œuvre, et de réaliser une analyse comparative selon les cas.

Des communes spécifiques ont été visitées sur le terrain dans les cinq provinces du programme Muramvya, Gitega, Karusi, Bujumbura, et Mairie de Bujumbura. Les communes visitées sont : Muramvya, Gitega, Buhiga, Muyinga, Ijenda, Ntahangwa, et Mukaza. Le reste de l'analyse s'est basé sur l'entièreté de la documentation et des informations recueillies par entretiens auprès de parties prenantes éparpillées sur toute la zone d'intervention au Burundi.

3.2.2 Partenaires inclus

Les évaluateurs ont discuté et revu les résultats du programme et son impact avec les partenaires institutionnels suivants (liste des personnes rencontrées dans chaque institution en annexe):

- Les Bureaux des Provinces Sanitaires de Muramvya, Karusi, et Muyinga ;
- La Plateforme des Acteurs des Mutuelles de Santé au Burundi ;
- L'Association Burundaise pour la Défense des Droits des malades (ABDDM)

- Le Direction Générale de l’Offre de Soins, de Médecine Moderne et Traditionnelle, de l’Alimentation et des Accréditations (DGOSA) du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida (MSPLS) ;
- La Croix Rouge du Burundi ;
- Les structures de santé appuyées par le programme (Hôpitaux de District, Centre Spécialisés – Neuropsychiatriques, Centres de Santé) ;
- Le Centre Akamuri.

3.2.3 Champs thématiques abordés et initiatives visitées

Les thématiques couvertes s’alignent sur les trois axes d’intervention du programme, à savoir la promotion de la bonne **gouvernance**, l’amélioration de la qualité de l’**offre des soins** et le renforcement de la **demande de soins**. La matrice de l’évaluation finale (en annexe) présente les grandes lignes des thématiques abordées. Il s’agit, principalement, de :

- **Au niveau stratégique :**
 - ✓ Structure organisationnelle et coordination du programme ;
 - ✓ Partenariats et synergie ;
 - ✓ Suivi/monitoring du programme.
- **Au niveau opérationnel :**
 - ✓ **Gouvernance** : qualité des planifications opérationnelles, des supervisions, des monitoring, gestion/disponibilité des médicaments, fonctionnement des équipes de gestion (ECZ, Cosa), qualité des données sanitaires, partenariat et synergie ;
 - ✓ **Amélioration de la qualité des soins** : compétences techniques acquises, types et organisation des formations, respects des protocoles / procédures standards (SOP), hygiène hospitalière (et autres composantes des TRC), référence & contre-référence, disponibilité et maintenance des équipements, suivi de la chaîne d’approvisionnement ;
 - ✓ **Renforcement de la demande de soins** : initiative de renforcement de l’accessibilité aux soins de qualité comme l’octroi des cartes d’assistance maladie (CAM), l’appui aux Mutuelles Communautaires de Santé (MCS), et les initiatives communautaires d’autonomisation et de renforcement de la résilience comme les initiatives génératrices de revenus (IGRs).

3.3 Type d’évaluation

Il s’agit d’une évaluation formative basée sur une méthode mixte qualitative et quantitative, et participative.

L’approche retenue pour cette évaluation a été **intégrée & systémique** et a permis de comprendre les forces et dynamiques du contexte évolutif, notamment la pandémie de Covid-19 et la suspension de l’enregistrement des ONG étrangères en 2018, et comment elles ont influencé la mise en œuvre et la performance du programme de 2017 à 2021.

3.4 Phase préparatoire

Une réunion préparatoire / réunion de cadrage entre l'équipe évaluatrice et la Coordination de l'évaluation avant le démarrage de la mission a permis de clarifier les attentes, amender / finaliser la méthodologie (matrice d'évaluation, grille d'analyse SROI), identifier / confirmer les interlocuteurs clés et se convenir sur un calendrier précis / final des différentes étapes de l'évaluation y compris la collecte des données sur le terrain.

Des entretiens préliminaires ont été réalisés avec les équipes de Memisa et MSV et les réponses managériales aux recommandations de l'évaluation intermédiaires ont été passées en revue.

3.5 Collecte des données

Les données ont été collectées à partir des 4 sources ci-dessous :

- a) **Revue documentaire** – une bibliothèque de documents a été créée et contient les différents documents clés pour l'évaluation. Il s'agit notamment du document du programme DGD 2017-2021, les rapports d'activités (rapports de suivi opérationnel / indicateurs programme, rapport de l'évaluation intermédiaire, le cadre stratégique commun de la coopération non-gouvernementale belge au Burundi, etc.
- b) **Entretiens individuels avec les informateurs clés** – Une approche de la boule de neige a été adoptée pour les entretiens en ajoutant des intervenants supplémentaires au fur et à mesure que l'évaluation progressait et que la *saturation théorique de l'information* n'avait pas encore été obtenue.
- c) **Discussions de groupe** (Focus group discussions) avec les bénéficiaires et quelques informateurs clés de la coordination du programme / partenaires.
- d) **Visites sur le terrain** – un membre de l'équipe évaluatrice a effectué des visites sur le terrain pour l'observation et les entretiens avec les informateurs clés locaux.

Enfin pour apprécier l'impact ou les changements générés par le programme au niveau communautaire et des bénéficiaires finaux, une analyse du retour social sur investissement (SROI) a été réalisée en le combinant avec la technique d'analyse des **changements les plus significatifs (Most significant changes)** ; ce qui implique la collecte de témoignages des bénéficiaires sur les succès obtenus (valeur sociale générée par le projet / *success stories*) au cours des entretiens. Une évaluation plus ciblée des effets et de l'impact pour les populations ciblées a été réalisée, en appliquant des approches d'analyse SROI pour la sous-composante d'empowerment de la femme indigente. Les conclusions de l'analyse SROI sont présentées dans un rapport séparé.

La mission de terrain s'est déroulée du 21 octobre au 12 novembre 2021. (Le programme détaillé se trouve en Annexe).

3.6 Analyse des données et assurance qualité

Un **codage thématique** a été effectué et les données ont été analysées par **triangulation et analyse comparative**. Pour garantir la validité, une triangulation et comparaison entre les différentes sources d'information ont été réalisées. Il s'agissait de recouper les apprentissages et informations obtenues à travers les méthodologies qualitatives et quantitatives, les outils de collecte de données (revue de documents, entretiens avec des informateurs clés, données des services de soins et observations sur le terrain), les différents groupes / types de parties prenantes, etc.

Des revues et assurance de qualité entre les pairs ont eu lieu entre les deux experts principalement en charge de l'évaluation. Par ailleurs, le processus d'évaluation a bénéficié d'un accompagnement stratégique et d'une revue finale du rapport par le responsable de C-lever.org

Il s'agit d'un **mécanisme d'assurance** qualité qui a permis d'apporter des perspectives complémentaires, de **minimiser les biais** et d'affiner les conclusions et les recommandations.

3.7 Difficultés rencontrées et limites de l'évaluation

Il n'y a pas eu de difficultés particulières dans le déroulement de l'évaluation du programme au Burundi. Les évaluateurs ont eu la documentation demandée et l'évaluateur qui a effectué la mission de terrain a reçu l'appui nécessaire de la Coordination Memisa et MSV dans l'organisation des rencontres et la gestion de la logistique des déplacements.

Les principales limites de l'évaluation sont résumées ci-après :

- Il n'est pas possible de conclure sur la part du management du programme dans certaines insuffisances constatées. Plusieurs facteurs externes ont joué sur la mise en œuvre, notamment la suspension des ONG étrangères par le Gouvernement en 2018 et la crise de Covid-19 entre 2020 et 2021 ;
- Le représentant de Fracarita Belgique étant non disponible et l'équipe d'évaluation n'a pas pu discuter avec Fracarita sur la question clé du circuit d'approvisionnement des médicaments pour la santé mentale (la personne référente étant le seul staff affecté par Fracarita sur le programme) ;
- L'absence d'information financière sur les dépenses de Memisa pour les IGRs limite les conclusions sur leur efficacité ;
- La courte durée de la mise en œuvre de l'initiative d'empowerment de la femme indigente (démarrage en 2021) et l'absence d'indicateurs spécifiques pour sa mesure a constitué une limite pour apprécier l'impact durable de cette initiative.

4. Résultats de l'évaluation

Les résultats sont présentés en 3 sous-chapitres :

- Retour sur la réponse managériale donnée aux conclusions et recommandations de l'évaluation intermédiaire ;
- Performance du programme analysée selon les résultats attendus et les critères d'évaluation du CAD-OCDE ;
- Analyse des thèmes transversaux genre et environnement.

A la fin de chaque analyse, une synthèse des points forts et des point d'attention / point à améliorer est faite.

4.1 Retour sur la réponse managériale de l'évaluation intermédiaire

En 2019, la même équipe évaluatrice avait réalisé l'évaluation intermédiaire, visant l'accompagnement du programme dans un processus d'apprentissage collectif en vue de l'amélioration de sa mise en œuvre et la réalisation des résultats attendus.

L'évaluation intermédiaire avait relevé des points d'attention qui ont été formulés sous forme de recommandations.

Les recommandations formulées par l'évaluation intermédiaire ont été considérées et reprises dans la réponse managériale élaborée par Memisa & MSV et ont été acceptées à plus de 80%. La plupart des recommandations avaient déjà été mises en œuvre avec statut "terminé" ou en cours au moment de l'évaluation finale. Quelques recommandations n'étaient pas encore mises en œuvre, notamment l'actualisation de la ToC et l'initiation / expérimentation de l'approche TRC dans les centres de santé prévue de démarrer dans les deux derniers mois du programme.

Le tableau suivant fournit un aperçu de la réponse donnée à ces recommandations par Memisa et MSV.

Tableau 1. Appréciation de la réponse managériale donnée aux recommandations de l'évaluation intermédiaire

RECOMMANDATION ET REPONSE MANAGERIALE MEMISA / MSV		Priorité retenue par Memisa / MSV pour l'atteinte des résultats (1 = Très prioritaire; 5 = écartée pour l'instant)	Commentaires à l'évaluation finale (Equipe évaluatrice)
Recommandation 1	Fournir un appui supplémentaire aux centres de réhabilitation/rééducation ainsi qu'une formation des éducateurs dans ce domaine	5	<p><i>Un plan d'exit a été élaboré avec le Centre Akamuri mais ce centre ne disposerait pas de beaucoup d'autres appuis car s'agissant d'un centre considéré comme un centre éducatif et non un centre de soins de santé. Il faudrait un appui orienté pour la durabilité, notamment avec un renforcement des compétences des éducateurs de ce centre. Les évaluateurs proposeraient d'explorer ces possibilités dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'exit.</i></p> <p><i>Nonobstant, les évaluateurs appuient le choix de MSV de cibler ses efforts sur les domaines où MSV peut mettre à profit ses meilleurs atouts et avantages comparatifs.</i></p>
Réponse Managériale	Pas d'accord. Avec les deux centres pour handicapés, Médecins Sans Vacances entamera un processus de désengagement. Vu la présence d'autres acteurs spécialisés et le peu d'expérience et d'expertise que nous avons dans ce domaine, il semble mieux de ne plus retenir ce type de partenariat. Médecins Sans Vacances se concentrera sur le renforcement de la prise en charge des traumatismes ostéo-articulaires au niveau des hôpitaux de district pour prévenir les handicaps causés par une mauvaise prise en charge.		

RECOMMANDATION ET REPONSE MANAGERIALE MEMISA / MSV		Priorité retenue par Memisa / MSV pour l'atteinte des résultats (1 = Très prioritaire; 5 = écartée pour l'instant)	Commentaires à l'évaluation finale (Equipe évaluatrice)
Recommandation 2	Conduire une comparaison de prix de médicaments sur le marché international et des coûts associés (transports) avec une fréquence annuelle/semestrielle pour évaluer l'efficacité de la CAMEBU	4	<i>Les évaluateurs apprécient le fait que l'audit ait été conduit même si les résultats ne sont pas encore connus et que les achats locaux via la CAMEBU sont testés (Sauf pour les médicaments de la santé mentale).</i>
Réponse Managériale	MSV a signé en 2017 la charte DGD "Engagement pour une assurance de la qualité des produits pharmaceutiques". Nous trouvons donc plus pertinent de parler de la qualité de médicaments au lieu de se concentrer uniquement sur les prix. En plus, il est nécessaire que la demande d'un audit vient de la CAMEBU. En synergie avec d'autres acteurs, Médecins Sans Vacances organisera donc d'abord un dialogue avec la CAMEBU sur un éventuel audit QUAMED. Il ne nous semble pas faisable de l'organiser encore dans le programme actuel, donc c'est prévu pour le programme suivant.		
Recommandation 3	Considérer un système de benchmarking entre les hôpitaux	5	<i>Le système FBR est-t-il utilisé pour le benchmarking par MSV ?</i>
Réponse Managériale	Burundi utilise le système FBR et il n'est donc pas opportun de créer un autre système de benchmarking. Nous sommes toutefois d'accord de continuer à organiser des réunions d'échanges entre les hôpitaux appuyés.		

RECOMMANDATION ET REPONSE MANAGERIALE MEMISA / MSV		Priorité retenue par Memisa / MSV pour l'atteinte des résultats (1 = Très prioritaire; 5 = écartée pour l'instant)	Commentaires à l'évaluation finale (Equipe évaluatrice)
Recommandation 4	Considérer l'utilisation des stagiaires universitaires pour certaines tâches leur permettant ainsi d'acquérir tôt des compétences spécifiques et d'appuyer efficacement les structures de santé comme des ressources humaines productives.	3	<i>Cette recommandation a été partiellement mise en œuvre mais nécessite d'être reconduite sur le prochain programme.</i>
Réponse Managériale	D'accord		
Recommandation 5	Améliorer la promotion du genre et la participation féminine au programme	1	<i>La recommandation a été mise en œuvre par les deux acteurs MSV et Memisa. Même si la réponse managériale n'a été donnée que par MSV sur le genre, Memisa a initié des activités spécifiques en lien avec l'empowerment de la femme indigente à Muyinga et Muramvya à travers des IGRs (300 femmes), la formation des acteurs des CDS dans les 4 provinces sur l'intégration du genre dans la gestion et le fonctionnement des CDS. Les évaluateurs recommandent de poursuivre cette intégration.</i>
Réponse Managériale	Médecins Sans Vacances est d'accord que le programme n'intègre pas assez l'aspect du genre. Le défi d'une participation limitée du personnel médical féminin aux activités, déjà soulevé par une évaluation externe antérieure, reste d'actualité. Néanmoins, MSV a initié un processus important afin de combler le fossé : <ul style="list-style-type: none"> - une formation sur le genre a été organisée pour le personnel de Médecins Sans Vacances pendant la concertation annuelle en 2019; - la décision a été prise d'octroyer un budget spécifique pour l'intégration du genre dans notre fonctionnement et dans nos programmes à partir de 2020; - un groupe de travail interne sur le genre a été mis en place fin 2019 et un budget a été octroyé pour financer l'accompagnement du groupe par une consultante externe. Au cours du premier semestre de 2020 le groupe analysera l'état actuel de l'intégration de l'aspect genre dans la vision/mission, dans la structure 		

RECOMMANDATION ET REPONSE MANAGERIALE MEMISA / MSV		Priorité retenue par Memisa / MSV pour l'atteinte des résultats (1 = Très prioritaire; 5 = écartée pour l'instant)	Commentaires à l'évaluation finale (Equipe évaluatrice)
	et culture organisationnelle, dans la communication et dans les activités de terrain. Ensuite le groupe élaborera un plan d'action concret afin de mieux intégrer l'aspect genre dans ces différents domaines. Les différentes recommandations de l'évaluation intermédiaire seront intégrées dans ce plan d'action.		
Recommandation 6	Améliorer la protection de l'environnement dans le cadre du programme	3	<i>Des actions concrètes d'intégration du calcul de l'empreinte carbone ont été décidées ainsi que l'élaboration d'une stratégie d'utilisation des énergies renouvelables mais le statut de la mise en œuvre n'est pas précisé.</i> <i>Les évaluateurs reconduisent cette recommandation au vue de la priorité accordée à la question du changement climatique. Le niveau de priorité devrait augmenter à 2.</i>
Réponse Managériale	D'accord, certaines recommandations sont déjà opérationnelles comme celle de faire toujours appel à l'expertise locale là où elle est disponible. D'autres méritent d'être développées davantage.		

RECOMMANDATION ET REPONSE MANAGERIALE MEMISA / MSV		Priorité retenue par Memisa / MSV pour l'atteinte des résultats (1 = Très prioritaire; 5 = écartée pour l'instant)	Commentaires à l'évaluation finale (Equipe évaluatrice)
Recommandation 7	Considérer des méthodologies complémentaires pour renforcer le potentiel et la probabilité d'impact	1	<i>Recommandation en cours de mise en œuvre. Il faudrait poursuivre cette activité de diversification et d'appréciation des différents types d'intervention en vue d'une possible capitalisation.</i>
Réponse Managériale	Médecins Sans Vacances utilise déjà plusieurs types d'activités de renforcement des capacités (e.a. missions des experts, ateliers thématiques, stages, financement de formations/consultances externes) pour réaliser les différentes composantes du TRC. Toutefois aujourd'hui, les missions des experts forment toujours l'activité principale de renforcement de capacités. Il reste donc primordial dans la planification d'identifier les activités qui contribuent le plus aux résultats et de reconnaître la complémentarité de différents types d'activités.		
Recommandation 8	Renforcer le plaidoyer et la coopération entre hôpitaux et entre hôpitaux et sociétés savantes (ABUC) au niveau national dans plusieurs domaines des compétences (chirurgie, soins obstétricaux, maintenance, prestation de services aux personnes handicapées, etc.)	1	<i>La recommandation a été acceptée et est en cours de mise en œuvre. Un des fruits de la mise en œuvre de cette recommandation est l'aboutissement à la réalisation des TRC / Mission de formation MSV comme repère dans l'élaboration du programme de formation à la chirurgie de District (programme auquel MSV participe en partenariat avec l'Institut National de Santé Publique)</i>
Réponse Managériale	Il est important que Médecins Sans Vacances collabore non seulement davantage avec des sociétés savantes mais également avec d'autres acteurs (e.a. cadres de formations, structures intermédiaires, autorités sanitaires, ONG locales). Ces acteurs ne jouent pas seulement un rôle important dans la pérennisation et l'ancrage local mais aussi dans la diversification des activités de renforcement des capacités du TRC (cfr. Recommandation 7). Actuellement Médecins Sans		

RECOMMANDATION ET REPONSE MANAGERIALE MEMISA / MSV		Priorité retenue par Memisa / MSV pour l'atteinte des résultats (1 = Très prioritaire; 5 = écartée pour l'instant)	Commentaires à l'évaluation finale (Equipe évaluatrice)
	Vacances est en train de réviser sa stratégie des partenariats dans ce sens.		
Recommandation 9	Améliorer le suivi des compétences entre les missions dans le cadre des TRC	1	<i>Recommandation suivie et son application a permis de minimiser les effets de l'impossibilité de déployer les experts internationaux pour les formations pendant la période de la crise de Covid-19 qui a démarré au début de l'année 2020. Il faudrait donc continuer de renforcer ce suivi par les experts locaux entre les missions d'experts internationaux, voir réaliser des missions mixtes expert international + expert local puis suivi par l'expert national entre les missions.</i>
Réponse Managériale	Depuis le deuxième semestre de 2019 et grâce au projet européen « Mesure d'Appui à la résilience des populations du Burundi », Médecins Sans Vacances a pu engager plusieurs personnes avec des compétences complémentaires au sein du Bureau Régional. La présence d'une équipe d'employés propres de Médecins Sans Vacances au Burundi permet de mieux faire le suivi des trajets de renforcement de capacités. Par conséquent actuellement le suivi entre les activités se fait de manière systématique. En plus dans le cadre de ce projet européen, les supervisions formatives par des experts locaux se font également systématiquement entre les différents activités dans les hôpitaux de la zone d'intervention du projet (provinces de Muyinga et de Bumbaza et au CNPK).		
Recommandation 10	Actualiser la ToC	1	<i>Recommandation acceptée mais à la fin du programme la ToC n'a pas été révisée. Recommandation reconduite pour avoir une ToC actualisée / revue pour le prochain</i>
Réponse Managériale	Recommandation pertinente pour tous les pays dans le cadre de la formulation d'un nouveau programme. Une réflexion conjointe sur la TOC doit être menée. La TOC est un instrument stratégique et doit être revu au niveau		

RECOMMANDATION ET REPONSE MANAGERIALE MEMISA / MSV		Priorité retenue par Memisa / MSV pour l'atteinte des résultats (1 = Très prioritaire; 5 = écartée pour l'instant)	Commentaires à l'évaluation finale (Equipe évaluatrice)
	de chaque organisation, avec une TOC par organisation parce que les organisations n'ont pas la même stratégie.		<i>programme. Les conclusions et recommandations du présent rapport peuvent être mises à profit pour affiner la ToC du nouveau programme déjà dans sa phase initiale de mise en oeuvre.</i>
Recommandation 11	Effectuer le suivi régulier de la mise en œuvre du programme et renseigner les indicateurs chiffrés de la progression dans l'outil de suivi	2	<i>La recommandation a été acceptée et suivie (nette amélioration) mais elle est reconduite car certains aspects de rapportage sur les indicateurs restent à améliorer (certaines données manquantes ou des indicateurs spécifiques non définis, notamment pour l'appréciation de l'empowerment de la femme indigente)</i>
Réponse Managériale	Recommandation pertinente. Les activités ont connu une intensification importante avec la mobilisation de deux nouveaux financements pour Memisa, dont un est en commun avec MSV. Tout comme les activités, les synergies et complémentarités se trouvent renforcées entre les deux OSC. La taille de l'intervention a également permis de renforcer l'équipe aussi bien de gestion que de monitoring et de nouveaux outils commencent à se mettre en place depuis mi-2019.		
Recommandation 12	Revoir les indicateurs	3	

RECOMMANDATION ET REPONSE MANAGERIALE MEMISA / MSV		Priorité retenue par Memisa / MSV pour l'atteinte des résultats (1 = Très prioritaire; 5 = écartée pour l'instant)	Commentaires à l'évaluation finale (Equipe évaluatrice)
Réponse Managériale	Recommandation pertinente. Il ne semble pas opportun de revoir tous les indicateurs selon les recommandations des évaluateurs pour ce qui reste du programme (moins de deux ans). Dans le cadre d'un prochain programme commun éventuel au Burundi, cette recommandation sera reprise lors de la conception du cadre logique et de la théorie du changement.		<i>Les évaluateurs sont d'accord qu'il était difficile de revoir tous les indicateurs. Recommandation reconduite pour le prochain programme. Déjà lors de la phase initiale du nouveau programme il faut s'assurer que les indicateurs soient renseignés et qu'ils fournissent des informations pertinentes pour le pilotage de la mise en œuvre. La première année du nouveau programme doit aussi être considérée comme un test du mécanisme de S&E. Le cas échéant les indicateurs doivent être rapidement adaptés pour s'assurer qu'ils mesurent effectivement ce qui est important pour apprécier et piloter la performance du programme.</i>

RECOMMANDATION ET REPONSE MANAGERIALE MEMISA / MSV		Priorité retenue par Memisa / MSV pour l'atteinte des résultats (1 = Très prioritaire; 5 = écartée pour l'instant)	Commentaires à l'évaluation finale (Equipe évaluatrice)
Recommandation 13	Intégrer les aspects de TRC dans le travail de Memisa	5	<i>Les évaluateurs ont compris qu'une réflexion a été entamée sur comment intégrer l'approche TRC dans les centres de santé appuyés par Memisa. Les évaluateurs pensent que la collaboration entre Memisa et MSV est une opportunité pour un renforcement mutuel des deux OSC et que les approches développées par l'une peuvent être reprises et utilisées par l'autre.</i>
Réponse Managériale	Recommandation non comprise. Le TRC est un outil de monitoring de l'intervention d'une OSC (MSV) au niveau des HD. Memisa appui le système de santé local, au niveau périphérique, sur base des plans de développement locaux. Dans les régions de convergence, les deux OSC veillent à la complémentarité de leur intervention au niveau de l'HD à travers le TRC de MSV dans lequel Memisa essaie dans la mesure du possible, d'inscrire son intervention.		

4.2 Performance du programme analysée selon les critères CAD

4.2.1 Pertinence

4.2.1.1 Analyse des besoins

Le programme a mené une intervention dont la conception était basée sur l'analyse des besoins avec des points suivants à noter :

- Réunions d'échanges et évaluation des besoins faites avec les partenaires dans le cadre d'élaboration des TRC (Hôpitaux avec MSV) et dans l'identification des vulnérables indigents (Critères d'inclusion et de sortie définis par Memisa en collaboration avec la Croix Rouge du Burundi qui est reconnue pour sa forte assise à base communautaire) ;
- Priorités des partenaires nationaux respectées (le choix des domaines d'intervention a été participatif en laissant le choix aux structures de santé partenaires).

4.2.1.2 Réponses aux besoins

Que la conception du programme cible des réponses aux besoins de la population a été constaté à plusieurs niveaux. Cette pertinence s'est aussi conformée en comparant le programme aux cibles du cadre stratégique commun de la coopération Belge au Burundi et aux Objectifs de Développement Durable.

- **Réponse aux besoins de la population et du système de santé à plusieurs niveaux:**
 - ✓ Soins de santé avec l'appui de MSV aux hôpitaux de district et l'appui de Memisa aux CDS;
 - ✓ Aide à la réduction de la pauvreté par l'appui aux IGRs et mutuelles de santé (Memisa);
 - ✓ Appui à la gouvernance à travers l'accompagnement des provinces et districts sanitaires dans le suivi des structures de santé et l'organisation de la référence et contre – référence.
- **Contribution aux CSC – cible 4 : Assurer/Améliorer la qualité, la disponibilité et l'accessibilité aux soins de santé pour tous (Préventifs, Curatifs, Ré-adaptatifs et de promotion de la santé) – Plusieurs sous cibles touchés par le programme (qualité de l'offre de soins dans les hôpitaux et CDS, renforcement de l'accès aux soins par la promotion des mutuelles de santé, appui aux femmes & personnes âgées vulnérables par les IGRs, etc.).**
- **Contribution aux ODD :**
 - ✓ ODD3 (Bonne santé) : *Donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être à tous les âges. Le programme a renforcé l'offre de soins dans les structures de santé par la formation, la dotation d'équipements & médicaments, quelques rénovations.*
 - ✓ ODD10 (réduire les inégalités) : *Le programme cherche à augmenter les revenus des personnes les plus pauvres par l'appui à l'accès aux soins, leur autonomisation (IGRs – projet empowerment de la femme indigente / intégration sociale, économique, appui aux personnes âgées).*

4.2.1.3 Adaptation à l'évolution du contexte & synergies avec les autres interventions

Au cours de la mise en œuvre du programme, plusieurs facteurs ou événements sont intervenus et ont influencé le cycle de vie du programme et/ou la stratégie de mise en œuvre.

Les principaux événements et les adaptations réalisées sont :

- **Adaptation à la crise de Covid-19:** adoptions de stratégies alternatives (experts locaux, focalisée sur l'appui à l'hygiène dans les structures de santé);
- **Réorganisation du système de santé avec un nouveau niveau entre le centre de santé et l'hôpital de district :** Dès l'année 2020, le Gouvernement burundais a décidé de créer des hôpitaux communaux dont le niveau dans le système de santé serait désormais la première référence. Le programme en cours ne pouvait travailler dans de nouvelles structures et sa mise en œuvre est restée au niveau des structures partenaires existantes. Il faudrait néanmoins garder une attention sur cette réorganisation qui pourrait affecter la mise en œuvre du prochain programme DGD (prévoir une possible intervention sur les hôpitaux communaux).
- **Synergie avec d'autres acteurs :** Fracarita pour les achats de médicaments psychotropes, achats locaux via la CAMEBU (MSV), Consortium avec d'autres acteurs comme Louvain Coopération et Enabel sur les volets comme la santé mentale.

Les principaux défis furent liés aux changements politiques et économiques comme la décision gouvernementale de suspension de l'enregistrement des ONGE en 2018 et la crise économique consécutive à la pandémie de Covid-19.

Conclusion sur la pertinence : Le programme était pertinent au regard du contexte local, des besoins de la population dont la majorité vit dans une situation de précarité, surtout dans les zones rurales. Le programme était également pertinent pour contribuer aux cibles du CSC, des ODD, et du Plan National de Développement Sanitaire. Les principales forces du programme au niveau de la pertinence furent au niveau de l'analyse des besoins d'une manière participative et dans la réponse leur apportée qui était adaptée.

Une note **A** est attribuée à la pertinence.

4.2.2 Cohérence

4.2.2.1 Structure organisationnelle du programme

- **Complémentarité des volets de l'offre et de la demande des soins & gouvernance.** L'analyse de cette complémentarité a permis de dégager les points forts suivants :
 - ✓ Memisa au niveau communautaire et des centres de santé (offre de soins) et MSV au niveau des hôpitaux de district et des centres spécialisés comme les centres neuropsychiatriques et le centre Akamuri (réhabilitation des enfants avec handicap mental / autistes);
 - ✓ Appui à l'accès aux soins via les mutuelles de santé / CAM /revenu augmenté par IGRs par Memisa;

Intervention dans les mêmes provinces / zones avec accompagnement du volet gouvernance au niveau des provinces sanitaires et des districts sanitaires.

- **Coopération avec le Ministère de la santé:**

- ✓ Bonne collaboration avec le Ministère de la santé, notamment aux niveau intermédiaires & opérationnels (provinces et districts sanitaires, mais moins au niveau stratégique (niveau central). Néanmoins, un changement a commencé à être observé avec l'association du Ministère dans l'élaboration / validation de la charte sur les droits des patients et du code de déontologie des professionnels de la santé; Il faudrait que Memisa et MSV intègrent le partage des leçons apprises et les succès obtenus dans les réunions de concertations avec le Ministère de la santé.
- ✓ Point d'attention : Le Programme National de la Santé de la Reproduction introduisit un programme de mentorat en urgences gynéco-obstétricale avec impact sur l'annulation des missions de MSV sur ce volet (le programme de mentorat fut financé en partie par MSV lui-même). Il faudrait renforcer la communication avec le niveau central du MSPLS pour éviter de telles situations.

4.2.2.2 Cohérence avec les priorités du système de santé

Le programme a contribué à la mise en œuvre du plan national de développement sanitaire 2019-2023 notamment en ce qui concerne les orientations prioritaires suivantes :

- Amélioration de l'offre de soins et des services de santé maternelle, du nouveau-né, de l'enfant, etc. (contribution à travers les TRC);
- Amélioration de la production et de la gestion du personnel de santé (contribution à travers les formations / missions d'experts);
- Amélioration de la disponibilité et de la qualité des infrastructures et des équipements sanitaires (rénovation / construction des maternités dans les FOSA – Hôpitaux et CDS, dotations d'équipements, appui formation à la maintenance, etc.) ;
- Renforcement des interventions au niveau communautaire: Mutuelles communautaires de santé, appui à l'acquisition des cartes CAM, appui aux vulnérables indigents.

Point d'attention :

Dans le cadre du prochain programme, il faudrait faire attention que les activités ne deviennent pas trop dispersées – Appui à l'association des Patients vs. Appui à une quantité très limitée des micro-mutuelles vs construction des 2 centres de santé vs. IGRs vs. fonds pour l'achat des médicaments (cohérence avec PBF ?).

Conclusion sur la cohérence : Le programme était cohérent dans sa propre stratégie avec des activités touchant aussi bien le volet de l'offre de soins, la demande de soins, et la gouvernance des services de santé. Le programme était également cohérent avec l'organisation du système de santé burundais.

Une note **B+** est attribuée à la cohérence.

Efficacité

4.2.2.3 Résultats et cadre logique

L'**efficacité**, pour les volets du programme mis en œuvre par Memisa a été mesurée sur base d'indicateurs de résultats et ne s'est pas concentrée sur des indicateurs d'activités. En effet, le bailleur DGD recommande un nombre limité d'indicateurs par résultat. Ainsi, plus d'une activité peut concourir à la réalisation d'un indicateur. Pourtant, le lien entre certains indicateurs du cadre logique et les activités n'est pas facile à établir.

Suite aux facteurs externes (suspension des activités des ONG étrangères en 2018, crise sanitaire liée à la Covid19 depuis 2020, l'insuffisance des devises pour les importations), les activités ne se sont pas déroulées selon le programme initial.

Renforcement des capacités par TRC

MSV est intervenu dans 6 hôpitaux (Dont le CNPK) + le centre Akamuri en renforçant:

- les compétences médicotéchniques ;
- la maintenance des équipements ;
- les compétences organisationnelles.

Memisa est intervenu sur plusieurs volet :

- Centres de santé de Cumba et Musama réhabilités avec extensions des blocs de maternité ayant entraîné une augmentation de la capacité d'accueil et de l'utilisation des services; En dehors des 2 CDS réhabilités et équipés Cumba et Musama, 6 autres CDS ont été équipés Kirama (Muramvya), Muyange et Nyabitanga (Gitega), Kibuye et Tambikabande (Karusi) et Gatongati 1 (Muyinga).
- Appui à la plateforme nationale (logiciel) des mutuelles de santé (couverture nationale à travers les mutuelles communales membres de la PAMUSAB);
- Appui aux initiatives génératrices de revenus dans les provinces de Muramvya, Gitega, Karusi et Muyinga à travers l'accompagnement en termes de formation et d'octroi de financements aux activités génératrices de revenus choisies.

4.2.2.4 Réalisation des TRC

Hôpital	Période du TRC	Domaines prioritaires	Statut du TRC	Commentaire
HD MURAMVYA	2015 - 2017 (TRC 1)	<ul style="list-style-type: none">• SONU• Chirurgie générale	Achevé	
	2018 - 2019 (TRC 1.2)	<ul style="list-style-type: none">• SONU• Chirurgie générale	Achevé	TRC 1 prolongé
HR DE GITEGA	2018 - 2020 (TRC 1)	<ul style="list-style-type: none">• Maintenance biomédicale	Achevé	

Hôpital	Période du TRC	Domaines prioritaires	Statut du TRC	Commentaire
	2020 - 2022 (TRC 2)	<ul style="list-style-type: none"> Chirurgie générale 	En cours	
HD DE MUYINGA	2017 - 2019 (TRC 1)	<ul style="list-style-type: none"> SONU Chirurgie générale 	Achevé	
HD DE BUHIGA	2019 - 2023 (TRC 1)	<ul style="list-style-type: none"> SONU 	Achevé	
	2019 - 2023 (TRC 2)	<ul style="list-style-type: none"> Chirurgie générale 	En cours	
CNPK	2019 - 2023 (TRC 1)	<ul style="list-style-type: none"> Urgences psychiatriques 	Achevé	
	2019 - 2023 (TRC 2)	<ul style="list-style-type: none"> Neurologie 	En cours	

Le Centre de Soins Mentaux de Gitega n'a pas de TRC spécifique malgré son statut d'autonomie par rapport au CNPK. Le Centre de Ngozi serait implicitement inclus dans le TRC du CNPK.

L'Hôpital d'Ijenda était déjà en exit en 2019 et son appui réside actuellement dans son accompagnement dans l'organisation des formations d'autres structures. Il faut néanmoins noter que l'Hôpital d'Ijenda manque de compétences en chirurgie traumatologique alors que le besoin est là (Hôpital situé à proximité d'une route nationale avec un nombre important d'accidents).

Trois principaux indicateurs permettent de mesurer l'efficacité et l'impact des TRC. Il s'agit de :

- Indicateur: % des hôpitaux partenaires qui rapportent un progrès par rapport à l'application des compétences médicotéchniques ;
- Indicateur : % des hôpitaux partenaires locaux qui rapportent un progrès par rapport à la maintenance préventive ;
- Indicateur: % des hôpitaux partenaires qui rapportent un progrès par rapport à l'application des compétences médicotéchniques.

Le tableau suivant présente l'évolution de ces indicateurs tout au long du programme.

2017	Total accumulé	Valeur cible
Progrès sur les compétences médicotéchniques	14%	N/A
Progrès sur les compétences en maintenance	14%	N/A
Progrès sur les compétences organisationnelle	13%	N/A

2018	Total accumulé	Valeur cible
Progrès sur les compétences médicotéchniques	21%	N/A
Progrès sur les compétences en maintenance	14%	N/A

Progrès sur les compétences organisationnelle	20%	N/A
---	-----	-----

2019	Total accumulé	Valeur cible
Progrès sur les compétences médicotéchniques	50%	60%
Progrès sur les compétences en maintenance	43%	50%
Progrès sur les compétences organisationnelle	47%	65%

2020	Total accumulé	Valeur cible
Progrès sur les compétences médicotéchniques	86%	N/A
Progrès sur les compétences en maintenance	86%	N/A
Progrès sur les compétences organisationnelle	67%	N/A

2021	Total accumulé	Valeur cible
Progrès sur les compétences médicotéchniques	86%	75%
Progrès sur les compétences en maintenance	86%	80%
Progrès sur les compétences organisationnelle	67%	80%

A l'évaluation, les dernières cibles fixées pour les compétences médicotéchniques et en maintenance ont été atteintes (dépassées) mais le cible des compétences organisationnelles n'a pas été atteinte renforçant la nécessité de travailler sur la gouvernance et l'organisation des services avec le Ministère de la santé dans les prochains TRC.

4.2.2.5 Type, qualité, et stabilisation des compétences acquises

Les formations / initiatives de renforcement des compétences réalisées par le programme ont utilisé et combiné plusieurs approches pédagogiques (formation en salle, étude de cas, exercices pratiques, coaching in-situ). Le format de ces formations et les différents outils pédagogiques ont été appréciés positivement.

Les points d'attention concernant les formations / initiatives de renforcement des compétences sont :

- **La durée des formations** jugée courte notamment celles organisées dans le cadre des missions d'experts qui durent en moyenne 2 semaines ne permettant pas ainsi aux apprenant d'intégrer toute la matière (2 missions par an). Cette critique a conduit dans le cadre d'un autre projet national appuyé par MSV (formation à la chirurgie de district) de réajuster le programme pour avoir des formations de 6 mois dont 1 mois de cours théoriques et 5 mois de stage professionnel pour la pratique au sein d'hôpitaux ciblés comme centre de formation. Dans les prochains programmes il devrait y avoir harmonisation et il faudra tirer leçon de cette expérience.
- La valorisation des compétences acquises par les formations est une question revenant souvent et posant plusieurs aspects comme le paiement des primes de motivation pour les compétences appliquées après la formation. La solution viendrait du Ministère de la santé et **le nouveau code de travail prévoit de primer les certifications obtenues.**
- **Les prochains programmes ne pourront pas inclure les domaines de chirurgie de base et d'urgences de chirurgie gynéco-obstétricale** qui désormais seront dans le projet de chirurgie de district géré conjointement par l'Institut National de Santé Publique (institution de

formation avec certification) et la DGOSA/MSPLS (institution d’ancrage). Les efforts pourraient se concentrer alors sur le renforcement des compétences organisationnelles qui n’ont pas atteint la cible fixée dans le programme 2017-2021 ou autres compétences médicotéchniques. L’expérience acquise par les hôpitaux appuyés par le programme en chirurgie de base incluant la chirurgie dans le cadre des urgences gynéco-obstétricales a été la base dans le choix des hôpitaux de formation pour la chirurgie de district.

- La stabilisation des compétences acquises dans les structures de santé reste un défi majeur pour la pérennité / la durabilité. Plusieurs médecins formés dans le cadre des TRC étaient mutés, ou promus à d’autres postes de management ailleurs que dans leurs hôpitaux d’origine). La plupart de ces médecins, à l’exception de ceux mutés à l’Hôpital Prince Régent Charles, ne continuent pas d’appliquer les compétences acquises. Le taux de rotation du personnel ne fut pas pris en compte dans la ToC pour anticiper les conséquences de cette mobilité. La problématique d’incitations pour la stabilisation du personnel n’avait pas été prise en compte au début du programme mais l’expérience du programme a servi de leçon dans le montage du programme de formation à la chirurgie de district où des mesures spécifiques comme la signature d’un engagement de stabilité de 3 ans minimum et l’octroi d’une prime ont été prévus
- L’effet pervers de paiement de per diem aux participants à la formation et le faible engagement / motivation dans la formation pour les participants locaux (de la structure accueillant la formation) qui jugent injuste de ne pas recevoir de per diem ou de collation pendant les formations contrairement à ceux de l’extérieur. Il est recommandé de remplacer les incitations à la participation aux formations (via des dédommagement forfaitaires) par des incitations à la mise à profit des compétences acquises.

4.2.2.6 Gestion des médicaments

Au niveau de la gestion des approvisionnements et des stocks (GAS) des médicaments, **les points forts** essentiels suivants ont été notés :

- Approvisionnement en médicaments via la CAMEBU sauf les médicaments pour la santé mentale (moins de ruptures);
- Achat des médicaments de la santé mentale en Belgique via Fracarita Belgique, ce qui a permis de pallier au retard d’approvisionnement des médicaments de la santé mentale avec rupture allant à 1 an pour certains produits ;
- Un meilleur suivi grâce aux audits sur la chaîne d’approvisionnement et l’utilisation des médicaments par la QUAMED (Université d’Anvers) et la CAMEBU sous financement MSV ;

Remarque : L’expérience de MSV dans les achats locaux sur le programme pourrait inspirer les achats locaux des **psychotropes** (améliorer la collaboration avec la CAMEBU sur ce volet). L’expérience de Memisa dans le cadre d’un consortium pour l’achat des psychotropes via la CAMEBU dans le cadre de l’intégration de la santé mentale dans le système de santé au Burundi avec le financement de l’UE pourrait servir de base d’approche.

4.2.2.7 Acquisition et maintenance des équipements

La maintenance des équipements est une compétence clé du programme. Des dotations d'équipements ont été faites aux structures de santé comprenant du matériel du bloc opératoire (colonne d'anesthésie), des stérilisateur, etc. Plusieurs points essentiels ont été notés par les évaluateurs :

- Formation des techniciens sur la maintenance préventive et curative des équipements avec des équipes (en cours au moment de l'évaluation car il s'agit de sessions alternées avec une cohorte de techniciens sur une période longue avec des phases de suivi et supervision post formation);
- Utilisation du GMAO pour le suivi des équipements, ce qui a permis d'avoir la situation des équipements d'une manière continue ;
- Achat d'équipements neufs, adaptés au contexte local ;
- Formation d'une personne dans chaque hôpital ciblé pour la première cohorte;
- Les hôpitaux non ciblés continuent de rencontrer des difficultés pour la maintenance des équipements (CNP Gitega) ;
- Absence des bases en électronique pour certains techniciens formés ce qui limite leur compréhension du fonctionnement des équipements. En effet, on ne peut pas faire la maintenance d'un équipement dont on ne comprend pas les bases physiques de son fonctionnement (risque de tâtonnement et d'endommager l'appareil). Il faudrait prendre en compte cette problématique et inclure cette partie de formation dans le prochain programme

4.2.2.8 Carte d'assurance maladie – CAM

Le volet CAM pour les indigents a facilité des milliers des traitements en réponse aux besoins pendant des épisodes de maladies. Mais, il a été confronté à difficultés pour sa mise en œuvre. L'analyse des évaluateurs a généré les observations suivantes :

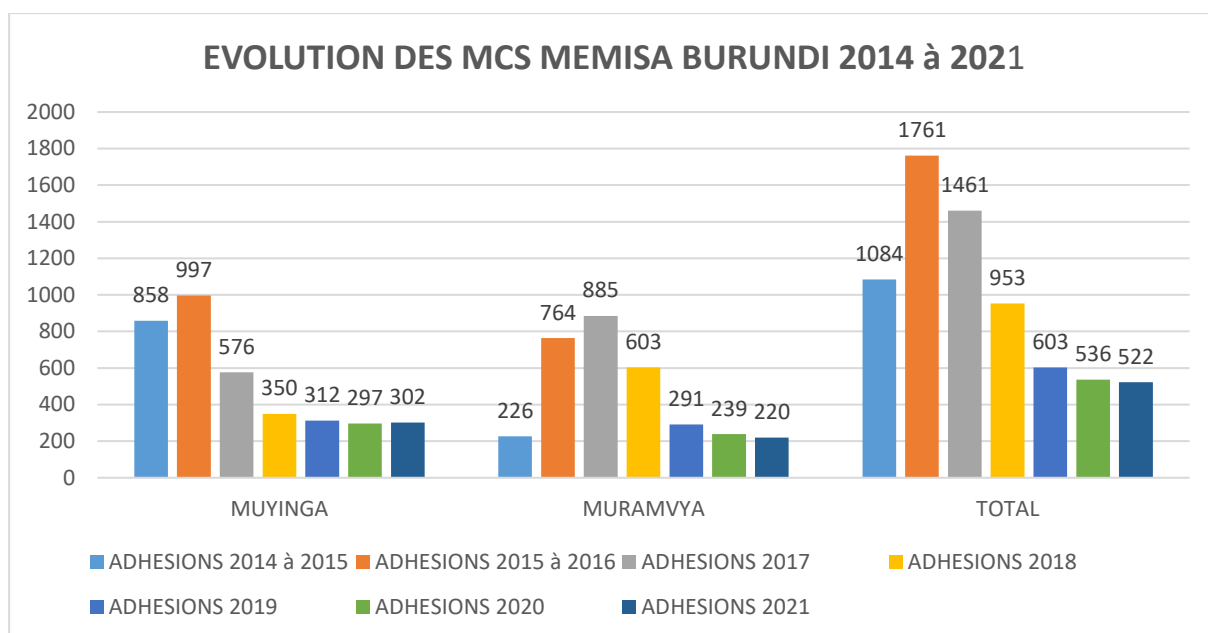
- Le programme a acheté des CAM aux bénéficiaires des indigents pour leur permettre d'être assurés.
- Le paiement du ticket modérateur pour les indigents a été également réalisé par Memisa.
- La participation de la Croix Rouge du Burundi au paiement de 5% du ticket modérateur n'a pas fonctionné.
- Contrainte de paiement des 80% de la part du Gouvernement avec plusieurs formations sanitaires avec des retards de remboursements allant à des dizaines de milliards BIF sur plusieurs années sur l'ensemble des structures de soins du pays. (~~ex: Muramvya~~).
- Avec l'impossibilité du Gouvernement à rembourser à temps les arriérés sur la CAM, Memisa était sollicité pour compléter les 80% restants pour les indigents (donc prendre en charge les soins des utilisateurs de la CAM à 100%) ce qui a conduit à l'abandon de l'appui CAM par Memisa en 2019. MEMISA ne pouvait pas se substituer aux responsabilités de l'Etat qui légalement doit rembourser les 80% conformément aux procédures de gestion de la CAM et le budget n'allait pas le permettre.

- Globalement la CAM fut achetée même par des personnes non indigentes sur tout le territoire national rendant difficile sa gestion et engendrant des surconsommations et surcoûts.
- La CAM fait payer un forfait au patient sans limitation du paquet de services offerts, s'ils sont disponibles dans la structure de santé d'où une grande attractivité pour la population par rapport aux mutuelles communautaires de santé pour un même paquet.
- Effet négatif de la CAM sur le développement des autres mutuelles de santé qui font payer un ticket modérateur en % du montant de la facture des soins (autre raison expliquant pourquoi la population préfère alors la CAM).
- Il n'y a pas eu renouvellement des CAM par le programme / Memisa au moment de l'arrêt de l'approche, ne permettant pas aux bénéficiaires avec les cartes expirées de continuer à recevoir les soins.
- Réallocation du budget restant de la ligne CAM vers les IGRs qui sont aussi orientées vers les vulnérables indigents ; ce que les évaluateurs apprécient comme un point positif d'adaptation / flexibilité du programme en cas de difficulté.

4.2.2.9 Mutuelles communautaires de santé

Les mutuelles communautaires de santé sont une alternative à la CAM dans l'hypothèse où elles adaptent leurs stratégies. Ces mutuelles ont connu **un démarrage et une implantation difficile**. Les observations suivantes ont été faites sur ces mutuelles :

- Appui à plusieurs mutuelles (8 mutuelles communautaires de santé dont 4 à Muyinga et 4 à Muramvya et la plateforme nationale des mutuelles de santé) ;
- 6.920 adhésions entre 2014 et 2021 (4.075 entre 2017 et 2021);
- Accompagnement à la structuration et au fonctionnement des mutuelles avec une amélioration de la transparence financière (les cotisations et les dépenses sont affichées aux bureaux des MCS) mais sans autonomisation.
- Différence avec la CAM: prix de la CAM à 3000 BIF par an vs 25000 BIF - Existence d'un plafond remboursé par la mutuelle (100.000 BIF) alors que la CAM pas de plafond à rembourser par l'Etat.
- Un travail d'harmonisation des montants des cotisations au sein des différentes MCS a été réalisé et un système d'inter-mutualité a été mis en place par la PAMUSAB avec l'appui de Memisa.



Commentaires / explication des données du graphique :

- La sensibilisation pour l'adhésion aux MCS de 2016 en eu un effet d'augmentation des adhérents de 2016 à 2017 ;
- En 2018, il y eu harmonisation des approches, des outils et des cotisations (augmentation) pour toutes les mutuelles de santé ;
- Les achats des cartes furent stimulés à un moment par la campagne de distribution des moustiquaires qui a permis à certains indigents d'y accéder car mobilisé dans un service rémunéré. Cette approche n'était pas durable car après ces indigents devraient continuer à payer les abonnements annuels ce qui peut expliquer **le faible taux de fidélisation resté autour de 60%** ;
- Le taux d'adhésion est passée de 2% en 2017 à 1% depuis 2019 (baisse continue depuis 2018 dans les deux provinces) remettant en question les stratégies déployées ;
- La couverture des mutuelles reste faible dans les zones d'action des mutuelles de santé au niveau national ;
- Néanmoins, pour les adhérents l'effet d'utilisation est appréciable et la contribution peut être calculée. Il faut aussi noter l'approche d'inter-mutualité avec possibilité de se faire soigner avec n'importe quelle mutuelle membre de la plateforme PAMUSAB (système de compensation entre les mutuelles).

Tableau 2. Prise en charge des adhérents à la MCS Amagara Yacu de Muyinga

	2015-2016	2016-2017	2018	2019	2020	2021
Nombre de bénéficiaires pour toutes les FOSA	485	1056	694	699	354	165
Montant total payés aux FOSA (70-80%)	1357477 BIF	3132320 BIF	2818694 BIF	4731125 BIF	2170127 BIF	974343 BIF (432 EUR)
Moyenne du montant remboursé par la MCS par patient / épisode de maladie	2799 BIF	2966 BIF	4062 BIF	6768 BIF	6130 BIF	5905 BIF

La moyenne du remboursement par la mutuelle pour un patient reste entre 2700 et 6000 BIF qui représente entre 70 et 80% du total de la facture. Le patient aura payé moins de 1500 BIF pour ses soins ce qui pourrait fortement augmenter le recours aux soins si l'adhésion augmente.

Les défis pour la sous-composantes des mutuelles communautaires de santé sont :

- Le manque de culture de prévoyance chez les burundais en général, malgré l'esprit de solidarité et d'entraide mutuelles ;
- Les CDS et les administratifs qui doivent faire la promotion de la carte d'assistance médicale (CAM), malgré les dysfonctionnements constatés et l'incapacité de remboursement des structures de santé;
- Manque d'harmonisation des montants des cotisations entre la CAM et les MCS (il faudrait départager les cibles entre la CAM et les MCS pour pallier au problème des montants des cotisations);
- La petite taille actuelle des MCS les maladies chroniques ne sont pas prises en charge par les MCS jusqu'à maintenant
- Faibles chances de durabilité si les mutuelles n'envisagent pas de réaliser des épargnes (elles restent fortement dépendantes de l'enveloppe Memisa d'appui au fonctionnement – elles devraient évoluer vers l'autonomie lors du prochain programme).

Les éléments récapitulés ci-dessus indiquent que les efforts relatifs aux CAM et au MCS n'étaient pas efficaces et que l'approche était dispersée.

4.2.2.10 Initiatives Génératrices de Revenus – IGRs

Les IGRs sont un volet qui n'avait pas encore démarré en 2019 (à Karusi et Gitega) avec les fonds du programme DGD 2017-2021 lors de l'évaluation intermédiaire du programme. Mais, dans les provinces de Muramvya et de Muyinga, les IGRs mises en place dans le précédent programme (2014-2016),

L'appréciation approfondie des résultats relatifs aux IGRs sera présentée dans un rapport séparé de l'analyse du retour social sur investissement SROI de l'initiative spécifique d'empowerment de la femme indigente. Toutefois, ci-après, les points essentiels de l'évaluation des IGRs sont déjà présentés d'une manière générale.

Les points forts sont :

- Initiatives génératrices de revenus appuient les vulnérables indigentes.
- Identification des vulnérables selon des critères précis en collaboration avec le partenaire Croix rouge du Burundi qui a une bonne assise communautaire; cette procédure a été reprise au niveau national et les critères définis avec l'approche CRBu/Memisa validés au niveau national
- Création d'unités collinaires rassemblant des indigents / vulnérables puis des groupements collinaires ou par commune (approches différents selon les provinces).
- Formation des indigents aux activités génératrices de revenus et à leur gestion
- Choix d'activité libre pour et par les bénéficiaires (élevage, petit commerce, champs pour écoles paysannes, ateliers de couture, système de collecte d'eau pluviale pour vente d'eau de pluies.
- Initiative spécifique ciblant les femmes à Muyinga et Muramvya / empowerment de la femme indigente (crédits / montage d'IGRs communes au groupement).
- Chaque IGR a reçu un montant en appui pour son montage (ex : 33 IGRs ont reçu un appui de 53 200 000 BIF (23, 700 EUR) du programme avec un montant entre 800 000 BIF et 2 400 000 BIF par IGR pour la province de Gitega).
- Les IGRs constituent une alternative à l'achat des CAM / Carte de MCS pour les indigents qui pourront se les acheter avec l'amélioration de leur situation économique.
- Initiative spécifique ciblant les femmes à Muyinga et Muramvya / empowerment de la femme indigente (crédits / montage d'IGR commune au groupement).
- Bénéficiaires : 295 femmes intégrées (295 femmes dont 195 à Muyinga et 100 à Muramvya pour le sous-volet empowerment de la femme indigente.
- Objectif : Créer une capacité d'autonomie à subvenir aux besoins de base dont la santé.

Les défis et les points faibles des IGRs sont:

- Initiative IGR empowerment naissante nécessitant un accompagnement bien défini sur la durée pour faire acquérir le savoir-faire aux indigentes. Pour le moment, les initiatives IGR empowerment se limitent aux 300 femmes impliquées.
- Aucune note conceptuelle créée avant le démarrage des activités
- Absence d'indicateurs spécifiques de mesure de l'empowerment des femmes
- Les nouvelles adhérentes ressentent moins d'engouement que les anciennes (nécessité de renforcer la sensibilisation – l'empowerment est un processus).

- Difficile d'apprécier l'impact du reversement des fonds de la ligne CAM dans les IGR « Women Empowerment » car tout au début.

L'initiative d'empowerment de la femme indigente sera développée en détail dans le rapport d'analyse SROI.

4.2.2.11 *Plaidoyer et appui à l'ABDDM*

- Réalisations significatives – point forts :
 - ✓ Formation sur les techniques de communication et sur le plaidoyer (recommandation de l'EI) ;
 - ✓ Appui à l'élaboration du plan de communication de l'ABDDM (recommandation de l'EI) ;
 - ✓ Accompagnement dans l'élaboration de la charte sur les droits des patients ;
 - ✓ Accompagnement dans le plaidoyer ayant abouti à l'élaboration conjointe et la validation du code de déontologie des professionnels de santé avec le MSPLS.
- Points d'attentions ou défis à relever:
 - ✓ Faire le suivi pour l'adoption en Conseil des Ministres le code de déontologie des soignants. Il reste un défi.

4.2.2.12 *WASH & PCI*

- Réalisations atteintes:
 - ✓ Comités d'hygiène mis en place à Muramvya, Karusi, Muyinga, et Gitega dans les centres à vocation urbaine ;
 - ✓ Organisation des concours sur l'hygiène permettant de maintenir un niveau des connaissances sur les pratiques d'hygiène au sein des communautés appuyées ;
 - ✓ Dotation d'équipement de protection individuels, d'intrants pour l'hygiène (masques, gels hydro alcooliques), et construction des points de lavage des mains dans certaines FOSA.
 - ✓ L'évaluation faite en septembre-octobre 2021 montre une amélioration de la qualité d'hygiène dans les centres à vocation urbaine. Dans les 25 CVU évalués dans trois provinces de Muyinga (8 CVU), Muramvya (7 CVU) et Gitega (10 CVU) où la note de départ est inférieur à 20%, la note une moyenne montait à 55%.
- Points d'attention :
 - ✓ Faible capacité d'approvisionnement et de stockage d'eau au Centre de santé de Cumba et à l'hôpital de Muramvya malgré les interventions du programme (problème externe détaillé plus haut dans ce rapport);
 - ✓ Problème de la gestion de l'eau au niveau de l'administration locale qui ne priorise pas les structures de santé dans l'approvisionnement en eau (confier le rôle de plaidoyer à l'ABDDM car les soins de qualité impliquent l'hygiène et l'eau est essentielle pour l'hygiène).

Conclusion sur l'efficacité : Le programme était efficace sur une bonne partie de ses interventions. Le programme a su continuer après un temps difficile, quand plusieurs ONGs internationales ont décidé

de quitter le pays. Le programme a pu mettre en œuvre la plupart des activités nonobstant ces contraintes. Memisa et MSV ont fait preuve d'adaptabilité lorsque les activités précédemment planifiées n'étaient pas réalisables en raison de facteurs externes énumérés dans ce chapitre, les remplaçant par des activités similaires. Certains retards de mise en œuvre dus à des facteurs externes (crise sanitaire, loi des ONG 2018, conflit d'agenda chez les partenaires de mise en œuvre sollicités par plusieurs acteurs)) n'ont pas pu être rattrapés (TRC de Cumba, réhabilitation de 2 CDS au lieu de 3).).

Une note **B** est attribuée à l'efficacité

4.2.3 Efficience

4.2.3.1 Ressources affectées / utilisées par le programme

Les points importants suivants ont été relevés et analysés pour établir le critère de l'efficience:

- MSV comme Memisa dispose de ressources suffisantes pour suivre les activités sur le terrain tout comme au niveau management (la situation s'est fortement améliorée après l'évaluation intermédiaire avec recrutement d'un assistant technique national pour Memisa et des chefs d'antennes provinciales pour Memisa).
- L'appui à l'achat des CAM n'était pas efficient, puisqu'aucune garantie n'était obtenue pour le remboursement des 80% par l'Etat et le paiement des 20% du ticket modérateur par Memisa n'était pas une solution pérenne ; d'où la décision de Memisa d'arrêter l'intervention.
- La gestion déléguée des IGRs par la Croix Rouge du Burundi est efficiente car le programme ne pouvait pas disposer de ressources pour être sur toute la zone d'intervention pour accompagner toutes les unités collinaires; **mais un avenant d'accord doit encore être établi avec CRBU pour gérer les détails d'intervention.**
- Sur le même budget du programme, il a été possible d'appuyer les activités de lutte contre la pandémie de Covid-19 à travers l'appui au volet prévention et contrôle des infections (dotation d'équipement de protection individuelle, construction des points de lavage des mains, dotation des savons, poubelles, etc.) ce qui montre une utilisation rationnelle des ressources tout en adaptant les décisions financières à l'évolution du contexte.
- Dispersion des ressources en appuyant un nombre d'initiatives

Conclusion sur l'efficience: L'efficience a été un critère difficile à apprécier sur le volet des IGRs empowerment, car les activités ont trainé à démarrer et que les outputs ne seront clairement identifiés / mesurés. Le coût opérationnel des IGR n'est pas connu pour le moment. Le coût d'accompagnement des micro mutuelles est haut par rapport aux résultats. Il faut noter une efficience dans le partage des bureaux par Memisa et MSV, et l'utilisation d'experts locaux en complément de l'intervention d'experts internationaux. Les lacunes concernaient la dispersion des efforts et des ressources sur les CAM, les MCS, et les IGRs ainsi que le circuit d'approvisionnement en médicaments pour la santé mentale.

Une note **B** est attribuée à l'efficience.

4.2.4 Impact

Le programme a eu des effets attendus et inattendus, positifs et négatifs, tels que récapitulé ci-après:

- Disponibilité des médecins généralistes avec des compétences chirurgicales dans les hôpitaux partenaires, les infirmiers du bloc opératoire, des sages-femmes et les techniciens anesthésistes pour assurer le paquet complet de l'offre de soins de chirurgie;
- Renforcement institutionnel des structures et des équipes
- Augmentation des plateaux techniques des hôpitaux et des centres de santé appuyés sur le côté équipements pour les soins et disponibilité des tests diagnostiques;
- Les références des hôpitaux de districts appuyés vers les hôpitaux régionaux et nationaux ont fortement baissé et quand la référence est faite, elle suit les protocoles;
- Le modèle TRC sur la chirurgie et les missions ont inspiré l'élaboration du grand programme de chirurgie de district en cours au Burundi qui va former les unités en chirurgie de base et gynéco-obstétrique sur une période de 6 mois (bon exemple de l'appropriation de l'approche : la formation théorique d'un mois est achevée en octobre 2021 et la phase pratique de 5 mois a démarré) ;
- Trois hôpitaux (Ijenda, Muyinga, et Muramvya) sont devenus des hôpitaux formant les prestataires d'autres hôpitaux (Muramvya et Muyinga dans le cadre du programme national de formation en chirurgie de District et Ijenda comme hôpital autonome formant les prestataires d'autres hôpitaux – non intégré dans le programme de la formation en chirurgie de district);
- Augmentation du taux d'utilisation des services de soins remarquable à Cumba (le CDS a dû recruter une unité supplémentaire sous-contrat local pour répondre à l'augmentation de la demande); cela signifie plus d'appui PBF par l'unité
- Même si les cartes CAM étaient discontinuées, à peu près 140,000 épisodes de maladie ont pu être soignées avec les cartes, ce qui constitue un impact immédiat et donc une valeur sociale considérée, même si la continuité de cet effet ne se produit pas.
- Peu d'impact avec les mutuelles
- L'impact à plus long terme des IGRs empowerment, ayant débuté en 2021 seulement et pour le moment sans note conceptuelle et des indicateurs, peut être difficilement apprécié

Conclusion sur l'impact: L'impact du programme a été apprécié à plusieurs niveaux, surtout sur le volet de l'offre de soins et de la gouvernance. La mesure de l'impact sur le volet communautaire et de la demande de soins nécessite un temps pour que les actions entreprises au niveau communautaires aient produit des effets mesurables (IGR, WASH). Le même est avec l'appui à l'Association de Patients et appui à la CAMEBU. Le renforcement des capacités par TRC de MSV, la réhabilitation des infrastructures et les soins fournis à travers la carte CAM ont démontré un impact positif. Les micro-mutuelles, néanmoins l'accompagnement diligent par Memisa, ont eu peu d'impact.

Une note **B-** est attribuée à l'impact.

4.2.5 Durabilité

Les éléments suivants sont pris en compte pour apprécier la durabilité du programme :

- Un plan d'exit a été prévu au niveau de MSV pour les hôpitaux appuyés dont le Centre Akamuri.
- Un nouveau programme est introduit avec les mêmes partenaires ce qui permet une continuité du programme (les compétences acquises sur un programme précédent continuent d'être appliquées sur le programme suivant - chirurgie).
- La forte mobilité du personnel est un enjeu majeur de la durabilité des activités dans les FOSA.
- Possible durabilité de l'intervention sur les mutuelles moyennant une forte adhésion (sensibilisation & plaidoyer pour une assurance maladie obligatoire en cours via la PAMUSAB). Néanmoins, la hausse du montant des cotisations prévue (passage de 25 000 BIF / an à 30 000-13,20 EUR) - pour des mutuelles dont les nouvelles adhésions n'ont fait que chuter entre 2018 et 2021 - risque encore d'aggraver la situation.
- Durabilité des IGRs et de l'empowerment des vulnérables est possible moyennant un meilleur appui (formation et suivi pour minimiser les risques sur les projets / activités).
- L'appui systémique de MSV peut être reconnu comme une activité durable pour la durée que les personnes clé restent sur leur poste.
- La dispersion des activités limite les chances de la durabilité.

Conclusion sur la durabilité: Des actions spécifiques permettant la durabilité d'accès aux soins de bonne quantité ont été initiées sur le programme. Il s'agit notamment de l'élaboration et de la mise en œuvre des plans d'exit pour les hôpitaux de MSV et la conversion du paiement des CAM en IGRs de Memisa, qui devrait permettre aux indigents de prendre en charge leurs soins de santé. Des facteurs externes exercent une influence importante sur les chances de durabilité, comme la forte mobilité du personnel soignant, le personnel de maintenance, etc., ainsi que le manque de financement d'Etat pour les cartes CAM. Il faut noter positivement la décision de la discontinuation des activités du programme relatives à la carte CAM, pour son manque de durabilité ; toutefois cela démontre à niveau la fragilité du contexte qui handicape la durabilité.

Note B/D : Une note **B** est attribuée aux efforts entrepris par le programme dans sa propre sphère d'influence, en vue de contribuer à la durabilité des résultats. Toutefois en tenant compte du contexte fragile, notamment l'absence d'un cadre favorable au maintien des résultats, il est difficile d'attribuer une appréciation qui dépasse le score **D**.

4.3 Analyse des thèmes transversaux

Les thèmes transversaux analysés sont le genre, l'environnement et la digitalisation qui sont des thèmes auxquels la DGD accorde une attention particulière.

4.3.1 Genre

L'engagement pour l'inclusion des aspects de genre a été clairement inscrit au programme quinquennal Memisa / MSV.

Les évaluateurs ont estimé que depuis l'évaluation intermédiaire, l'inclusion du genre dans le programme s'est améliorée au fur et à mesure de la progression du programme. Les points suivants ont été notés :

- Rénovation des maternités dans les centres de santé ;
- Recrutement des femmes dans les antennes de Memisa (situation améliorée par rapport aux constats de l'évaluation intermédiaire mais les progrès restent à réaliser) ;
- TRC suggère explicitement la participation des chefs féminins des services ;
- Démarrage d'une initiative d'empowerment de la femme indigente à travers les IGR dans des domaines variés, notamment de l'agri-élevage, le petit commerce, et couvrant 295 femmes dont 195 à Muyinga et 100 à Muramvya.

4.3.2 Environnement

La protection de l'environnement est une question non prioritaire dans le programme mais des actions concrètes prouvant la prise en compte de cette thématique ont été entreprises. Il s'agit notamment de :

- L'utilisation des panneaux solaires (sources d'énergie renouvelable) dans le bureau des antennes provinciales de Memisa (Muyinga et Muramvya);
- L'utilisation de meubles du bureau en bois produits localement ;
- Utilisation d'experts locaux dans les missions par MSV réduisant ainsi l'empreinte carbone.
- Une étude a été faite pour apprécier la prise en compte de l'effet environnemental des interventions de Memisa dans les CDS (pour le prochain programme).

Certains points faibles ont néanmoins été notés au niveau de la protection de l'environnement :

- Le co-voiturage constaté à l'évaluation intermédiaire a diminué ;
- Les actions concrètes de protection de l'environnement n'ont pas été clairement définies dans le programme actuel.

4.3.3 Digitalisation

Memisa a accompagné la Direction du Système National d'Information Sanitaire dans l'organisation des formations des agents chargés de la gestion des données au niveau périphérique (formations sur le DHIS2 pour les cadres des districts sanitaires et les prestataires points focaux du SIS et les TPS/ASC pour le SISCOS). A travers la PAMUSAB, Memisa a également appuyé l'acquisition d'un logiciel de gestion des mutuelles communautaires de santé qui est en cours d'implémentation au sein des mutuelles. Néanmoins, il faudrait que ce logiciel soit rapidement vulgarisé et qu'il soit en ligne pour faciliter le suivi et l'utilisation voire l'interaction entre les utilisateurs, ce qui pourrait être une cible pour le prochain programme.

5. Conclusion générale de l'évaluation

L'évaluation finale du programme DGD 2017-2021 de Memisa et MSV a été une évaluation exhaustive et sommative de la mise en œuvre du programme sur toute la durée du cycle de la vie.

L'évaluation des critères CAD et des thèmes transversaux a permis de conclure qu'en général le programme était pertinent et cohérent par rapport aux besoins de la population, aux cibles du CSC pour le Burundi, aux ODD 2030 et au Plan National de Développement Sanitaire du Burundi 2019-2023.

L'efficacité du programme a souffert à cause de facteurs externes et le programme n'a pas pu toujours produire les résultats attendus ou à temps prévu. Il s'agit notamment de l'appui à l'achat des CAM, de l'appui aux micro-mutuelles de santé et du démarrage des IGRs. La majorité des TRC a pu être achevée ainsi que la construction de deux Centres de Santé (CDS), la dotation en équipements de 7 CDS et la réhabilitation des trois autres.

L'efficacité du programme a été appréciée au regard des ressources utilisées et des produits du programme dans un contexte difficile marqué par la suspension des ONGs puis la survenue de la pandémie de Covid19. Le programme a tout de même été efficace grâce à la coopération entre Memisa et MSV, Memisa et CRBU et les synergies entre le programme DGD et celui de l'UE. Le programme a montré adaptabilité au changement de contexte et aux difficultés lors de sa mise en œuvre.

Le programme a eu un impact positif sur les vies humaines mais également sur le système de santé d'une manière générale notamment en **inspirant la création du programme de formation à la chirurgie de district au Burundi**, et facilitant des milliers de visites médicales grâce à l'appui des micro mutuelles et les cartes CAM.

La question de la durabilité reste un défi pour le programme en raison de plusieurs facteurs dont la plupart sont externes au programme -la forte mobilité du personnel et leur paiement limité, les retards de remboursement des structures de santé pour les prestations sur la CAM.

Les thèmes transversaux de genre, environnement et digitalisation ont été inclus dans le programme où le genre est la thématique qui a bénéficié d'une attention particulière

6. Recommandations

- Prévoir des indicateurs de niveau inférieur au cadre logique (Memisa), qui reflètent mieux les résultats du travail de Memisa et peuvent être facilement mesurés. De manière générale, améliorer le choix et la définition des indicateurs de performance du programme.
- Considérer le renforcement des compétences organisationnelles des hôpitaux dont les cibles n'étaient pas atteintes ;
- Définir des indicateurs spécifiques pour les initiatives communautaires comme WASH, l'empowerment de la femme indigente (Proposition : coût initial d'investissement par femme indigente, proportion entre investissement direct/coût de gestion (overheads), existence et utilisation de outils des IGR un an après l'appui par le programme, amélioration de la nutrition des enfants 1 an après le début des IGRs, de leur scolarisation, inclusion sociale de la femme dans le domaines de la vie de sa colline)
- Simplifier les Trajets de Renforcement des Capacités (TRC) et/ou les réaliser en étapes, pour faciliter une meilleure compréhension par des partenaires sur le terrain;
- Reconsidérer l'appui aux mutuelles communautaires de santé et trouver des partenaires pour créer des synergies ;
- Etablir un avenant à l'accord avec CRBU, avec un cadre de performance concret
- Prioriser davantage (possiblement par approche SROI) et concentrer les ressources pour atteindre une masse critique de résultats sur des approches efficaces (IGR, Construction de CDS / maternités)
- Consolider l'accompagnement aux initiatives génératrices de revenus des vulnérables indigents ;
- Améliorer les actions de protection de l'environnement et inclure dans les prochains programmes des engagements clairs en ce sens et un système de suivi-évaluation du respect de ces engagements (sources d'eau pour les structures de santé, toilettes dans les villages des comités hygiènes, systèmes solaires);
- Renforcer l'approche d'organisation des missions mixtes (experts internationaux + experts locaux) ;
- Considérer une concentration des appuis afin de pouvoir générer une masse critique d'effets et d'impacts dans au moins une région ;
- Accompagner toute composante du projet (IGR, WASH, construction, etc.) par une note conceptuelle courte et cohérente pour établir le concept, la chronologie et effectuer une analyse de fond sur laquelle la composante et ses activités se basent
- Adapter la durée des formations dans le cadre des TRC du prochain programme pour prendre en compte les différentes observations faites à ce niveau ; Renforcer les formations en ligne
- Introduire des activités spécifiques de capitalisation d'expérience de la mise en œuvre des programmes conjoints par Memisa et MSV et particulièrement la capitalisation de l'approche et de la méthodologie des TRC.
- Renforcer la communication avec les nouvelles autorités de la DGOSA du MSPLS sur le programme sans s'enfoncer dans une lourdeur bureaucratique qui retarderait la mise en œuvre des activités sur le terrain.

7. Annexes

7.1 Liste des personnes rencontrées

N°	NOM ET PRENOM	INSTITUTION / STRUCTURE	FONCTION
1	Pierre NINDEREYE	ABDDM	Chargé des Programmes
2	Jean David NDUWAYO	ABDDM	Vice-Président
3	Edouard NKURUNZIZA	Memisa	Assistant Technique National
4	Yves SOSSOU	Memisa	Assistant Technique International
5	Kash Marcellin KARUBARA	MSV	Médecin Conseiller
6	Yves MANIRAGABA	MSV	Assistant Technique Santé
7	Sœur Hiti Vesna	Centre Akamuri	Directrice du Centre
8	Espérance KANEZA	PAMUSAB	Secrétaire Exécutive
9	Robert SAYUMWE	PAMUSAB	Chargé de la communication & plaidoyer
10	Béatrice NIYONZIMA	PAMUSAB	Chargée de la thématique genre
11	Polycarpe NDAYIKEZA	BPS Muramvya	Médecin Directeur
12	Oscar NTIHABOSE	DGOSA / MSPLS	Directeur Général
13	Pie BITABABAJE	Hôpital de District Muramvya	RAF
14	Petit Arnaud NIKIZA	Hôpital de District Muramvya	Médecin Directeur
15	Léonidas NZISABIRA	BPS Karusi	Médecin Directeur
16	Divin NINGANZA	Croix Rouge du Burundi (Gitega)	Chef de projet résilience communautaire
17	Jean-Marie Vianney NDIKUMANA	Technicien de maintenance	Hôpital Régional de Gitega
18	Vincent NIYONKURU	Technicien de maintenance	Hôpital Régional de Gitega
19	Emmanuel NIYONGABO	Technicien de maintenance	Hôpital Régional de Gitega
20	Didier NSHEMEZIMANA	Directeur Adjoint chargé des soins	Hôpital de District de Buhiga
21	Dieudonné NDUWAYEZU	Directeur Adjoint chargé des soins	Hôpital de District de Muyinga
22	Daniel NIJIMBERE	Mutuelle AMAGARA YACU	Président du Comité Exécutif
23	Appolonie KANYONGA	Mutuelle AMAGARA YACU	Secrétaire Comptable
24	Dieudonné NZEYIMANA	Croix Rouge du Burundi (Muyinga)	Secrétaire Provincial
25	Jérémie HABARUGIRA	Croix Rouge du Burundi (Muyinga)	Chargé de la mobilisation communautaire
26	Elsie TUYIHAYE	Croix Rouge du Burundi (Muyinga)	Comptable

N°	NOM ET PRENOM	INSTITUTION / STRUCTURE	FONCTION
27	Bosco UWIHOREYE	Centre de Santé Cumba	Infirmier Titulaire
28	Denise NDARUHEKERE	Cabinet du Gouverneur Muyinga	Directrice de Cabinet
29	Adelin BAMPENDUBWENGE	Centre des Soins Mentaux Gitaga	Directeur
30	Konas IKIZAKUBUNTU	Centre des Soins Mentaux Gitaga	Technicien de promotion de la santé
31	Pasteur NTUNZWENIMANA	Croix Rouge du Burundi (Muramvya)	Secrétaire Provincial
32	Ladislav HATUNGIMANA	Croix Rouge du Burundi (Muramvya)	Secrétaire Communal Muramvya
33	Juvénal HAVYARIMANA	Hôpital d'Ijenda	Directeur Adjoint chargé des soins
34	Claudette NDAYININAHAZE	Hôpital d'Ijenda	Chef Nursing
35	Herménégilde NDUWIMANA	CNPK	Directeur Général
36	Médiatrice NSENGIYUMVA	CNPK	Chef Nursing
37	Delphine NDUWAMAHO	CNPK	Chef Nursing Adjoint
38	Denis BATUNGWANAYO	CNPK	Adjoint du Coach
39	Donatien NIBASUMBA	CNPK	Technicien EEG

7.2 Calendrier de la mission d'évaluation

DATE		PROGRAMME DE LA MISSION D'ÉVALUATION SUR LE TERRAIN	
Mercredi	20/10/2021	AM 8h30	Réunion de briefing avec la Coordination Memisa/MSV
		AM 11h30	Revue des différents documents du programme avec la Coordination Memisa et MSV
Vendredi	22/10/2021	AM 8h30	Entretien avec la PAMUSAB
		AM 11h30	Entretien avec l'association burundaise de défense des droits des malades (ABDDM)
Lundi	25/10/2021	AM 10H00	Entretiens avec le MDPS Muramvya
		AM 11h00	Visite de l'hôpital de district de Muramvya
		PM 16H00	Entretien avec la Croix-Rouge de Gitega
Mardi	26/10/2021	AM 08h00	Visite de l'atelier de maintenance de l'Hôpital de Gitega
		AM 10h00	Entretiens avec le MDPS Karusi
		AM 11h30	Visite de l'hôpital de district de Buhiga
		PM 15h30	Visite DPS de Muyinga
		PM 16h00	Visite de l'hôpital de district de Muyinga
Mercredi	27/10/2021	AM 8h00	Visite du Cabinet du Gouverneur de Muyinga
		AM 9h00	Visites de la mutuelle communautaire de santé Amagara Yacu

DATE		PROGRAMME DE LA MISSION D’EVALUATION SUR LE TERRAIN	
		AM 11h00	Visite du CDS Cumba
		AM 14h00	Entretien avec la Croix Rouge Muyinga+Visite d’une IGR (Empowerment de la femme indigente)
Jeudi	28/10/2021	AM 10h00	Visite du CSMG
		AM 13h30	Visite de la Croix-Rouge Muramvya et une IGR (Empowerment de la femme indigente)
Vendredi	29/10/2021	AM 10h00	Visite de l’Hôpital Ijenda
Mardi	02/11/2021	AM9H00	Visite centre AKAMURI de Bujumbura
Mercredi	03/11/2021	AM 9h00	Visite du CNPK
Jeudi	04/11/2021	AM 9h00	Visite du CNPK
Lundi	08/11/2021	AM 16h00	Visite au MSPLS : DGOSA
Mercredi	10/11/2021	AM 8h00	Synthèse et première analyse des données
Lundi	22/11/2021	AM 10h00	Session de débriefing à chaud avec Memisa/MSV à Bujumbura et en ligne

7.3 Matrice d'évaluation

<u>Critères et questions d'évaluation</u>	<u>Domaines d'évaluation</u>	<u>Sous-questions</u>	<u>Moyens de vérification</u>	<u>Sources de données</u>
<p>Pertinence : Dans quelle mesure le programme correspond aux besoins et priorités des groupes cibles, aux priorités nationales des pays d'intervention en matière de santé publique, et à celles de la Belgique en matière d'aide au développement ?</p>	<p>I. <u>Contexte des pays et du programme</u></p> <p>II. <u>Analyse des besoins en santé des populations</u></p>	<p>1.1 Le programme (objectifs et activités développées) a-t-il été conçu pour répondre aux problèmes et besoins identifiés auprès des bénéficiaires ?</p> <p>1.2 Le programme était-il pertinent au regard des priorités nationales en matière de santé publique et de la Belgique en matière d'aide au développement ?</p> <p>1.3 Le programme est-il resté pertinent vis-à-vis de l'évolution des besoins des bénéficiaires et du contexte dans les pays d'intervention ?</p>	<p>A. Besoins exprimés lors de l'évaluations initiale des besoins des bénéficiaires du programme ;</p> <p>B. Perceptions des parties prenantes sur l'adéquation entre les besoins des bénéficiaires, des priorités nationales en santé publique, et la nécessité du type d'intervention déployé par le programme ;</p> <p>C. Perceptions des parties prenantes sur les adaptations ou les modifications apportées au programme en réponse à l'évolution des besoins et du contexte ou aux changements des priorités nationales et internationales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revue documentaire • Entretiens semi-structurés avec les informateurs clés (EIIIC) • Visites d'observation

<u>Critères et questions d'évaluation</u>	<u>Domaines d'évaluation</u>	<u>Sous-questions</u>	<u>Moyens de vérification</u>	<u>Sources de données</u>
Cohérence : La stratégie d'intervention du programme s'accorde-t-elle avec les autres interventions menées ?	III. <u>Gouvernance du programme</u> : <u>Partenariat Memisa-MSV</u>	2.1 Comment se fait le pilotage conjoint du programme ? 2.2 Le programme est-il coordonné de manière à répondre aux besoins des bénéficiaires plus efficacement ? 2.3 Le montage du partenariat Memisa – MSV permet-il de s'aligner avec les priorités de chacun des deux acteurs ? 2.4 La gestion du programme offre-t-elle à chacun des deux acteurs la facilité de réaliser ses activités ? 2.5 Quelles sont les difficultés et les leçons tirées du partenariat Memisa – MSV sur ce programme ? 2.6 Quelles recommandations pour un futur programme ?	D. Opinions des parties prenantes sur la qualité du partenariat ; E. Fréquence des réunions et niveaux de prise de décisions.	<ul style="list-style-type: none"> Revue documentaire (MoU Memisa – MSV, rapports de réunions de pilotage du programme, etc.) Entretiens avec les informateurs clés (EIIC) aux niveaux stratégique (HQ), local RDC & Burundi (Représentation locale), et opérationnel (R/BAT, PF MSV)
	IV. <u>Structure organisationnelle du Programme Commun</u>	2.7 Les synergies et les interdépendances entre les volets de l'offre et de la demande de soins permettent-	F. Besoins couverts par le programmes dans les différentes zones d'intervention ;	<ul style="list-style-type: none"> Revue documentaire (MoU Memisa – MSV, rapports

<u>Critères et questions d'évaluation</u>	<u>Domaines d'évaluation</u>	<u>Sous-questions</u>	<u>Moyens de vérification</u>	<u>Sources de données</u>
		<p>elles de répondre à l'ensemble des besoins identifiés ?</p> <p>2.8 A quel degré existe un équilibre entre les deux volets du programme gérés par Memisa et MSV (Volume d'activités, répartition financière vis-à-vis des activités à mener, etc.)?</p>	<p>G. Comblement des besoins des bénéficiaires sur les volets de l'offre et de la demande des soins ;</p> <p>H. Volumes d'activités réalisées par chaque intervenant dans une zone d'intervention commune et budget alloué à chaque volet du programme.</p>	<p>de réunions de pilotage du programme, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> Entretiens avec les informateurs clés (EIIC) aux niveaux stratégique (HQ), local RDC & Burundi (Représentation locale), et opérationnel (R/BAT, PF MSV)
	V. <u>Coordination entre ACNG Belges HUB Santé</u>	<p>2.9 Quelle est la qualité de la coordination entre les différents acteurs du Hub santé intervenants sur les mêmes thématiques dans le pays ?</p> <p>2.10 Quelle est la place de Memisa et MSV dans les cluster santé des pays d'intervention (Lead, membre) ?</p>	<p>I. Mécanisme de coordination (formel et structuré ?) avec fonctionnement établi ;</p> <p>J. Cartographie des acteurs sur les différentes sous-thématiques traitées par le programme</p>	<ul style="list-style-type: none"> Revue documentaire Entretiens semi-structurés avec les informateurs clés (EIIC)

<u>Critères et questions d'évaluation</u>	<u>Domaines d'évaluation</u>	<u>Sous-questions</u>	<u>Moyens de vérification</u>	<u>Sources de données</u>
				<ul style="list-style-type: none"> • Visites d'observation
	VI. <u>Coopération avec le Ministère de la santé (DPS / BDOM, ZS / Districts sanitaires)</u>	<p>2.11 Quelle est la qualité de la coopération et du partenariat avec le Ministère de la santé ?</p> <p>2.12 Comment le programme s'intègre dans la politique nationale de santé et contribue à l'exécution du plan national de développement sanitaire ?</p>	<p>K. Existence et qualité du cadre de concertation avec le Ministère de la santé dans le pilotage du programme ;</p> <p>L. De par sa conception, alignement du programme aux priorités nationales en matière de santé publique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revue documentaire • Entretiens semi-structurés avec les informateurs clés (EIIC)
	VII. <u>Pandémie de la COVID : quelle influence sur la mise en œuvre du programme ?</u>	<p>2.13 Quel a été l'influence de la pandémie de Covid19 sur la mise en œuvre du programme ?</p> <p>2.14 Le programme a-t-il intégré des activités spécifiques de lutte contre la Covid19 ?</p> <p>2.15 Quels mécanismes d'adaptation ont été adoptés par le programme et comment ont-ils influencé les résultats obtenus ?</p>	<p>M. Modifications / adaptations effectuées sur le programme suite à la pandémie de Covid19 ;</p> <p>N. Obstacles ou freins à la réalisation des résultats, en lien avec la pandémie de Covid19 ;</p> <p>O. Contribution du programme au contrôle de la Covid19.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revue documentaire • Entretiens semi-structurés avec les informateurs clés (EIIC) • Visites de terrain

<u>Critères et questions d'évaluation</u>	<u>Domaines d'évaluation</u>	<u>Sous-questions</u>	<u>Moyens de vérification</u>	<u>Sources de données</u>
Efficacité: le programme a-t-il atteint ses objectifs ?	VIII. <u>Atteinte des objectifs et réalisation des résultats</u>	3.1 Quels sont les résultats obtenus (outputs) ? 3.2 Dans quelle mesure ces résultats sont-ils cohérents à ceux qui étaient attendus ? 3.3 Quelles étaient les raisons expliquant les résultats obtenus ? 3.4 Qu'est-ce qui aurait pu rendre le programme plus efficace ?	P. Niveau d'exécution du programme : opérationnel et financier Q. Changements clés obtenus (sur base de l'évolution des indicateurs et marqueurs de programme pour Outcome et Résultats Intermédiaires) R. Qualité des processus et dynamiques ayant contribué aux résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Revue documentaire • EIIC • Visites terrain
	IX. <u>Stratégies TRC</u>	3.5 Ont-elles été développées comme attendues et prévues initialement (Fidélité de la mise en œuvre) 3.6 Si non, quelles sont les raisons ? 3.7 S'il y a eu des modifications, des variations, que sont-elles ?	S. Contenu des TRC y compris le processus de leur élaboration ; T. Contribution des TRC à l'amélioration de la qualité ; U. Modifications ou adaptations / contenu des révisions des TRC.	

<u>Critères et questions d'évaluation</u>	<u>Domaines d'évaluation</u>	<u>Sous-questions</u>	<u>Moyens de vérification</u>	<u>Sources de données</u>
		3.8 Quelles leçons ? Quelles recommandations sur les TCR pour un futur programme ?		
	X. <u>Approche 'Hôpital pour hôpital'</u>	3.9 Comment a été développée cette approche ? 3.10 Quelle a été la plus-value de cette approche dans le programme et dans la réalisation des résultats obtenus ?	V. Variation des capacités des hôpitaux appuyés (amélioration du plateau technique) et des services offerts	<ul style="list-style-type: none"> • Revue documentaire • EIIC • Visites terrain
	XI. <u>Type et qualité des formations</u>	3.11 Quelle est la contribution du volet formation du programme dans l'augmentation des ressources humaines? 3.12 Quel est le type et la qualité des formations effectuées ?	W. Nombre de personnes formés dans le cadre du programme X. Filières ou domaines de formations auxquelles le programme a contribué à développer des compétences (gaps en RH comblés par le programme) Y. Niveau de professionnalisation (appréciation / reconnaissance des compétences développées)	<ul style="list-style-type: none"> • Revue documentaire • EIIC • Visites terrain
	XII. <u>Gestion des approvisionnements et des stocks</u>	3.13 Comment la GAS était organisée sur le programme (achats locaux vs internationaux) ?	Z. Qualité de la GAS (outils et utilisation)	<ul style="list-style-type: none"> • Revue documentaire • EIIC • Visites terrain

<u>Critères et questions d'évaluation</u>	<u>Domaines d'évaluation</u>	<u>Sous-questions</u>	<u>Moyens de vérification</u>	<u>Sources de données</u>
		<p>3.14 Le mécanisme GAS mis en place était-il adapté pour permettre au programme d'être efficace (éviter les ruptures, qualité des intrants, etc.) ?</p> <p>3.15 La gestion des équipements était-elle efficace pour répondre aux besoins identifiés, notamment en termes de maintenance ?</p>	<p>AA. Disponibilité des intrants et équipements</p> <p>BB. Opérationnalité des équipements (y compris maintenance)</p>	
	XIII. <u>Système de suivi-évaluation</u>	<p>3.16 Existe-t-il un cadre de suivi, revue périodique (trimestrielle/semestrielle), d'analyse et de prise de décision basées sur les évidences ?</p> <p>3.17 Comment se fait le suivi des indicateurs du projet et le rapportage ?</p> <p>3.18 Le programme a-t-il défini sa stratégie de communication et des activités de capitalisation ?</p>	<p>CC. Fonctionnement du suivi interne (programmatique, financier, suivi local et suivi par le siège, etc.)</p> <p>DD. Activités de suivi externe (évaluations externes)</p> <p>EE. Système d'archivage des données / informations du programme</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revue documentaire • EIIC • Visites terrain
Efficienc e: les ressources sont-elles utilisées de	XIV. <u>Corrélation des résultats obtenus aux moyens ou ressources investis</u>	4.1 Quelles ressources (humaines, logistiques, financières, plaidoyer, etc.) ont été allouées pour atteindre les résultats obtenus par le programme ?	FF. Mesures des résultats (qualitatifs et quantitatifs) obtenus par rapport aux moyens mis en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • Revue de documents pour évaluer les ressources (humaines,

<u>Critères et questions d'évaluation</u>	<u>Domaines d'évaluation</u>	<u>Sous-questions</u>	<u>Moyens de vérification</u>	<u>Sources de données</u>
manière optimale ?		4.2 Les ressources auraient-elles pu être utilisées plus efficacement ?	<p>GG. Taux d'exécution par année, par composante/partenaire, exécution par volets (opérationnel et administratif/soutien)</p> <p>HH. Opinions des parties prenantes sur l'utilisation efficace des ressources pendant la durée de vie du projet.</p> <p>II. Approches alternatives qui auraient consommé moins de ressources sans pour autant réduire la qualité et la quantité des résultats</p>	<p>logistiques, financières, plaidoyer, etc.) allouées et les tendances au fil du temps.</p> <ul style="list-style-type: none"> • EIIC
Impact: Quelle différence le programme a-t-il fait ?	<p>XV. <u>Disponibilité des services de santé dans les zones d'intervention du programme</u></p> <p>XVI. <u>Utilisation des services de santé par la population (Mutuelles)</u></p>	<p>5.1 Quels sont les effets du projet tels qu'ils sont perçus par les bénéficiaires et les autres acteurs ?</p> <p>5.2 Dans quelle mesure les changements obtenus sont-ils identifiables et mesurables, et attribuables à l'intervention ?</p> <p>5.3 Le projet a-t-il eu des conséquences ou effets inattendus ?</p>	<p>JJ. Perceptions des parties prenantes de l'impact du projet et de tout effet inattendu (positif/négatif).</p> <p>KK. Présence ou non d'actions similaires auxquels une partie des résultats observés pourrait être attribuée</p> <p>LL. Effets inattendus identifiés</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revue documentaire • EIIC • Visites terrain

<u>Critères et questions d'évaluation</u>	<u>Domaines d'évaluation</u>	<u>Sous-questions</u>	<u>Moyens de vérification</u>	<u>Sources de données</u>
	XVII. <u>Participation du programme à l'allègement du fardeau financier lié aux coûts de la maladies sur les familles</u>		MM. Cas de maladies ou épisodes de maladies pris en charge dans les structures appuyées (split entre les payants cash et ceux couverts par les mutuelles de santé initiées par le programme ou les CAM achetées dans le cadre du programme)	
Pérennité / Durabilité: les bénéficiaires du programme seront-ils durables ?	XVIII. <u>Préparation de la stratégie de sortie</u> XIX. <u>Organisation du transfert des compétences et de la responsabilité sur une partie ou la totalité du programme aux partenaires nationaux</u>	6.1 Y-a-t-il des actions qui supposent une continuité immédiate après clôture du programme ? 6.2 Le cas échéant, les parties prenantes intéressées ont-elles été suffisamment sensibilisées à cet effet et ont-elles pris les mesures correspondantes adéquates pour la reprise des activités du programme? 6.3 Quelles sont les actions concrètes de désengagement du programme qui permettent une appropriation locale de la stratégie et des activités du programme?	NN. Perception des parties prenantes de la stratégie de sortie ; OO. Perception par les parties prenantes sur la capacité des partenaires locaux à s'approprier les acquis du programmes, y compris les obstacles et les facteurs facilitateurs.	<ul style="list-style-type: none"> • Revue documentaire • EIC • Visites terrain
	XX. <u>ToC</u>	6.4 Dans quelle mesure la ToC et la logique d'intervention élaborées	PP. Application de la ToC aux TRC, au suivi, et au rapportage	<ul style="list-style-type: none"> • Revue documentaire

<u>Critères et questions d'évaluation</u>	<u>Domaines d'évaluation</u>	<u>Sous-questions</u>	<u>Moyens de vérification</u>	<u>Sources de données</u>
Thèmes transversaux		<p>correspondent à la réalité de la mise-en-œuvre ? Est-ce qu'elle demeure pertinente ?</p> <p>6.5 Comment le programme mesure la ToC ?</p>		<ul style="list-style-type: none"> EIIC
	XXI. <u>Genre</u>	<p>6.6 Existe-il une stratégie genre du programme ? Une attention suffisante a-t-elle été accordée à la dimension du genre lors de la planification du programme ?</p> <p>6.7 Existe-il des directives opérationnelles claires pour l'intégration de genre dans les planifications et la mise en œuvre du Programme ? Par exemple : comment la conception et l'opérationnalisation des TRC prennent compte le genre : choix des cibles bénéficiaires ? Prise en compte de la dimension genre dans le renforcement des compétences organisationnelles ? Dans quelle mesure le monitoring</p>	<p>QQ. Niveau de mise en œuvre des recommandations du MTR en rapport avec le genre</p> <p>RR. Pratiques en matière de genre et inclusion</p>	<ul style="list-style-type: none"> Revue documentaire EIIC Visites terrain

<u>Critères et questions d'évaluation</u>	<u>Domaines d'évaluation</u>	<u>Sous-questions</u>	<u>Moyens de vérification</u>	<u>Sources de données</u>
		<p>opérationnel du programme permet une analyse sexo-spécifique des données et influence-t-il la prise de décision en faveur du genre et l'inclusion des personnes vulnérables ? Comment le choix des initiatives communautaires tient compte des dimensions genre et inclusion ?</p> <p>6.8 Les capacités du personnel opérationnel ont-elles été renforcées pour l'intégration du genre dans la mise en œuvre du programme (fiches techniques, plans opérationnel genre sensible) ? au sein de la structure de l'intervention et parmi les parties prenantes ont-elles été renforcées afin d'assurer la durabilité des réalisations en matière de genre à la fin de l'intervention ?</p>		
	XXII. <u>Environnement</u>	6.9 Quelles mesures spécifiques le programme a-t-il implémenté	SS. Niveau de mise en œuvre des recommandations du MTR en	<ul style="list-style-type: none"> • Revue documentaire • EIIC

<u>Critères et questions d'évaluation</u>	<u>Domaines d'évaluation</u>	<u>Sous-questions</u>	<u>Moyens de vérification</u>	<u>Sources de données</u>
		<p>pour une meilleure préservation de l'environnement ?</p> <p>6.10 Quelles sont les bonnes pratiques environnementales développées par le Programme ?</p> <p>6.11 La mise en œuvre du Programme est-elle susceptible de causer des dommages à l'environnement ? Quelles mesures d'atténuation de l'impact environnemental ont-elles été prises (par exemple lors de l'acquisition de nouveaux équipements médico-techniques, quelle attention à la consommation d'énergie ? Quelle mesure pour une utilisation durable - maintenance?)</p> <p>6.12 La réalisation des résultats de l'intervention est-elle susceptible d'accroître la pression sur les</p>	<p>rapport avec l'environnement ? Quelles évidences ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Visites terrain

<u>Critères et questions d'évaluation</u>	<u>Domaines d'évaluation</u>	<u>Sous-questions</u>	<u>Moyens de vérification</u>	<u>Sources de données</u>
		<p>écosystèmes fragiles et les rares ressources naturelles ?</p> <p>6.13 Le Programme a-t-il favorisé l'utilisation de moyens plus écologiques (par exemple énergie renouvelable plutôt que de de sources d'énergie fossile ?)</p> <p>6.14 Comment le Programme a-t-il permis de préserver l'environnement hospitalier ? Gestion des déchets bio-médicaux ? Utilisation des équipements/matériels plus respectueux de l'environnement ?</p>		
	XXIII. <u>Digitalisation</u>	<p>6.15 Quelles initiatives ont été promues par le programme en matière de digitalisation?</p> <p>6.16 Quelles sont / ont été les contributions de la digitalisation à l'atteintes des résultats du programme?</p>	<p>Expériences des usagers de la digitalisation sur le programme?</p> <p>Perception des différents acteurs sur la l'apport de la digitalisation dans le programme</p>	

<u>Critères et questions d'évaluation</u>	<u>Domaines d'évaluation</u>	<u>Sous-questions</u>	<u>Moyens de vérification</u>	<u>Sources de données</u>
		<p>6.17 Quelles perspectives en digitalisation pour un futur programme ?</p> <p>6.18 Quelles sont les initiatives en digitalisation créées par les autres membres du Hub Santé ?</p>		