

# RESUME EXECUTIF

## MTR BDI1307911 PAISS 5

### Présentation de l'évaluation

Ce rapport concerne l'évaluation à mi-parcours du volet 5 du Programme d'Appui Institutionnel au Secteur de la Santé du Burundi (PAISS). Ce volet porte sur l'appui aux infrastructures, équipements et maintenance dans les deux provinces de la zone d'intervention, Muramvya et Kirundo.

Cette revue à mi-parcours se réalise dans un contexte de crise politique car depuis avril 2015, l'insécurité croissante liée à la période électorale et post-électorale a lourdement affecté le pays. Au vu des événements en 2015, les structures mixtes de concertation locale (SMCL) ont été suspendues jusqu'à nouvel ordre. Cette suspension concerne également l'appui institutionnel, plus spécifiquement le résultat 5 relatif à la construction des bureaux pour le MSPL. Par ailleurs, le Burundi fait face à une pression démographique sans précédent. Son indice de développement humain durable est parmi les plus bas au monde (classé le 184<sup>ième</sup> sur 188 pays en 2015) et les populations continuent à payer un lourd tribut aux maladies transmissibles.

Le but de l'évaluation à mi-parcours (EMP) du volet 5 est i) d'appuyer le pilotage et proposer des recommandations utiles et fondées sur des données ; ii) de contribuer à l'apprentissage et expliquer ce qui fonctionne, ce qui ne fonctionne pas et pourquoi et de tirer ainsi des leçons utiles pour d'autres interventions ou pour l'élaboration de nouvelles politiques, stratégies et programmes ; et iii) d'assurer la redevabilité au MSPLS, au bailleur et aux autres parties prenantes.

Les cibles de l'évaluation sont le comité de pilotage du projet, l'équipe d'intervention, la CTB/ENABEL siège et représentation, et le bailleur de fonds en termes de pilotage, apprentissage et redevabilité. Le rapport est également adressé aux bénéficiaires en termes de redevabilité.

L'évaluation couvre la période à partir de son démarrage en novembre 2014 et la mission sur le terrain en décembre 2017.

La méthodologie d'évaluation a inclus des revues documentaires, des entretiens et des observations. Le chef d'équipe et le consultant national ont visité le Burundi du 06 novembre au 18 novembre 2017. Des entretiens ont eu lieu avec des personnes clés du Ministère de la santé publique et de lutte contre le sida (MSPLS) à tous les niveaux et avec des représentants d'autres structures de l'Etat, du PAISS/CTB, de l'ambassade belge au Burundi, de la communauté, et des PTF.

### Pertinence

Le projet est pertinent. Il répond à un besoin prioritaire de la population et du système de santé et s'aligne aux politiques et stratégies nationales, sectorielles et sous-sectorielles. En effet, l'étude du plan

d'extension de la couverture sanitaire (PECS)<sup>1</sup> montre qu'au niveau national seule une minorité des centres de santé n'ont aucun besoin de réhabilitation (42%), d'équipement biomédical supplémentaire (21%) ou d'équipement général supplémentaire (33%). Seul 33% des centres de santé ont un raccordement au réseau public d'électricité et 5% restent sans approvisionnement en eau. En plus, avec des normes revues à la baisse, une construction de 376 centres de santé entre 2015 et 2025 est prévue, dont 223 immédiatement, pour répondre à la pression démographique.

Le cadre logique est généralement bien conçu. Les activités mèneront aux résultats attendus, qui à leur tour contribueront à l'atteinte des objectifs, Les indicateurs d'objectifs sont cependant affectés par la clôture des volets 1-3. Ainsi, la gouvernance qui est primordiale dans le domaine de la maintenance reste peu appuyée.

La mise en œuvre du projet est cohérente avec les priorités et politiques du bailleur. Ainsi, suite à la conclusion des consultations avec le Burundi au titre de l'article 96 de l'accord de partenariat UE-ACP (accord de Cotonou), l'UE et ses Etats Membres ont suspendu leur soutien financier direct à l'administration burundaise mais maintiennent pleinement leur soutien financier à la population et son aide humanitaire.

## Efficiences

**En général, l'efficacité est jugée mitigée. L'assistance technique est bien utilisée. Les rapports coûts bénéfiques sont raisonnables et le projet atteint un bon niveau de décaissement et d'engagements. Les constructions et réhabilitations sont de bonne qualité et l'approvisionnement en électricité est approprié.**

**Le passage de la cogestion à la régie a fait perdre une année sur certains marchés**, comme pour le système photovoltaïque et l'adduction d'eau à Kiganda. Contrairement au système burundais de marché public, des critères autres que le prix sont maintenant considérés. Ainsi, la capacité financière est exigée et surtout l'absence d'avance de démarrage a réduit la liste des soumissionnaires à des entreprises ou à des consortiums beaucoup plus robustes que dans les marchés en cogestion, ce qui est garant pour une meilleure qualité.

**En ce qui concerne le R2, le programme de maintenance peine à s'établir.** *Le niveau central s'implique peu et l'absence d'une politique et d'un budget de maintenance compromet l'acquisition d'équipements standardisés et l'organisation de la maintenance au niveau du district. Les districts ont pris huit mois de retard pour recruter des techniciens de maintenance de district sur budget du PAISS, et certains bureaux de district sanitaire (BDS) tardent à honorer leurs conventions de subsides avec le PAISS.*

---

<sup>1</sup> Le PECS est un plan à moyen terme (5 à 10 ans) pour lequel la Direction Générale Planification (DGP) du MSPLS a fait, avec l'appui du projet Amagara Meza de l'UE, des études préparatoires en 2014 y inclus la collecte d'une base de données. Ces plans concernent une couverture par les services de santé et non par une assurance ou un mécanisme de protection. Voir : Préparation des plans d'extension de la couverture sanitaire, rapport final. Tome I – les Centres de santé ; et Tome II – les hôpitaux de district. MSPLS, Juillet 2015

Un Logiciel de Gestion de la Maintenance Assisté par Ordinateur (GMAO) en ligne a été développé et déployé depuis quelques mois seulement.

**En ce qui concerne le R3, des équipements appropriés sont fournis.** Des normes d'acquisition et les spécifications techniques des équipements biomédicaux ont été proposées pour les CdS et HD pour intégration dans le PNDS III. Un système de gestion de déchets a été élaboré aux HD de Kiganda et de Muramvya.

Les **besoins de constructions /réhabilitations** des centres de santé ont été revus à la baisse, de 58 à 7 structures suite à l'étude de base et ceci pour des raisons d'efficacité et d'efficacités. En effet, les besoins de constructions/réhabilitations par structure avaient été fortement sous-estimés lors de la formulation du projet. Les constructions du centre de santé (CdS) et du BDS de Kiganda ont été réceptionnés, et la construction de l'Hôpital de Kiganda est en bonne voie. Les travaux de réhabilitations et extension des 6 autres CdS viennent de commencer.

*La fermeture des antennes PAISS à Kirundo et Muramvya, depuis la clôture du volet 2 et de la phase de consolidation du PAISS, a fortement réduit les possibilités d'accompagnement rapproché pour le volet 5.*

## **Efficacité**

**Les majorités des indicateurs des quatre résultats maintenus sont atteints.**

**Les capacités de la DISE dans ces missions sont renforcées (R1).** Il n'est cependant pas encore possible de mesurer sa performance par le FBP central qui n'avait pas encore repris au moment de l'évaluation. L'inventaire du patrimoine dans la zone d'intervention est à jour.

**Il n'y a pas encore de stratégie nationale de gestion et de maintenance (R2).** Par contre, un plan de maintenance et de tracking des interventions existe dans la zone d'intervention. Cependant, ce dernier n'est pas encore utilisé par les responsables techniques et administratifs des formations sanitaires et les services de maintenance restent sous-développés et peu sollicités. Les techniciens de maintenance des hôpitaux ont une basse charge de travail, et ceux des BDS sont également peu productifs et peu sollicités.

**La mise à niveau des centres de santé des zones d'intervention est en cours (R3).** Le centre de santé à Kiganda a été construit selon les normes, et les constructions/réhabilitations des six autres centres de santé viennent de commencer. **Toutes les nouvelles sources d'énergie ont été installées comme prévues, et sont appréciées.** Il est cependant peu probable que la capacité installée sera utilisée à moyen terme surtout que le programme élargi de vaccination (PEV) du MSPLS a lancé en 2016 une mise à niveau de la chaîne froide et déploie des frigos solaires sans batteries dans tout le pays

Les constructions et réhabilitations en cours ont le potentiel d'améliorer la qualité et la quantité des soins de services sanitaires et aideront à offrir le paquet minimum d'activités (PMA) selon les normes, si comme indiqué ci-dessous certains préalables sont remplis.

**La construction de l'hôpital de district (R4) progresse bien et les plans sont conformes aux normes.**

Il faut également noter que le marché des constructions des volets 2 et 3 a été conclu dans les délais grâce à l'aide de l'AT du volet 5. En effet, sans cette AT, ces marchés de € 1.3 millions et de € 200.000 sur les volets 2 et 3 auraient probablement été perdus pour le Burundi.

L'adduction d'eau à Kiganda qui n'était pas prévue est appréciée par la population avoisinante.

Les groupes électrogènes sont également très utiles spécialement pour assurer la continuité des services techniques bien que les pénuries intermittentes de carburant réduisent leur utilité en cas de besoins.

## **L'impact potentiel**

Il est prématuré en ce moment de juger l'impact du projet, spécialement pour les infrastructures et les équipements.

L'offre de maintenance n'aura des effets que si elle est soutenue par une demande qui est déterminée par les mécanismes de financement, de régulation et de gouvernance des structures de santé. En ce moment ces mécanismes ne favorisent pas une culture de maintenance.

## **La durabilité**

**La durabilité financière et institutionnelle des constructions, réhabilitations et électrification est généralement bonne, alors que celle du programme de maintenance et des produits « soft » du projet le sont moins.**

**Les nouvelles constructions et réhabilitations contribueront à la génération de ressources propres puisqu'ils permettront d'offrir plus de services, et à améliorer les indicateurs de qualité et de quantité du FBP et donc les ressources FBP, assurant ainsi, leur viabilité financière et économique. Les dispositions techniques et architecturales des ouvrages contribueront également à leur viabilité. La viabilité institutionnelle est également assurée puisque la santé est une fonction régaliennne de l'état et ces nouvelles structures permettront de fournir les paquets d'activités selon les normes du PNDS.**

**La viabilité de l'électrification est relativement bonne. L'énergie solaire augmente le nombre de services que les structures peuvent offrir sans pour autant augmenter leurs frais récurrents. Le coût de remplacement des batteries formera le maillon faible du système solaire. Les groupes électrogènes d'autre part sont très chers en carburant et même en pièces de rechanges, et le pays souffre de pénuries intermittentes de carburant. Leur utilisation est ainsi souvent limitée.**

***La maintenance est peu viable.*** Les hôpitaux ont une autonomie financière relative et sont souvent endettés ; la maintenance n'est pas privilégiée dans ce contexte. *De même les CdS ont théoriquement une certaine autonomie financière, spécialement par le biais des revenus FBP. En pratique, ils ne peuvent pas utiliser leurs réserves financières sans l'autorisation explicite des médecins chefs de district (MCD).* La viabilité institutionnelle de la maintenance n'est également pas garantie. L'absence d'une politique nationale de maintenance et de normes rend la tâche d'élaboration de plans de maintenance difficile, et la culture de maintenance n'est ancrée à aucun niveau. Les gestionnaires des BDS et des CdS se sentent très peu impliqués dans la maintenance qui est plutôt laissée au responsable de l'institution, le MDHH

ou le titulaire des CdS. Aujourd'hui, les CdS et les BDS « n'achètent » pas les services du technicien de maintenance du district. Les indicateurs de maintenance du FBP restent peu développés, et l'équipe d'évaluation du FBP n'est pas formée dans l'évaluation de la maintenance et n'inclut pas des techniciens de maintenance. Finalement, aucune formation en maintenance biomédicale n'existe dans le pays, ce qui handicape fortement la viabilité institutionnelle de la maintenance.

**La viabilité institutionnelle des produits « soft » du projet n'est pas toujours assurée.** Ainsi, des programmes types ont été réalisés avec la DISE pour les CDS et les HD qui devraient alimenter les normes du prochain PNDS. La situation politique actuelle, avec la suspension de tout appui institutionnel pourrait cependant retarder ou même entraver l'adoption de ces normes. Leur application nécessitera en tout cas une forte DISE qui doit donner son aval pour toute construction de formations sanitaires publiques.

Il en est de même pour la proposition de normes d'acquisition et de spécifications techniques des équipements biomédicaux pour CDS et HD et les plans opérationnels de maintenance dans les provinces appuyées.

Les utilisateurs ne maîtrisent pas encore le système de Gestion de Maintenance Assisté par Ordinateur (GMAO). Il n'est pas mis à jour en dehors des deux provinces appuyées, alors que la DISE estime que la GMAO doit avoir une couverture nationale pour être viable.

## **Thèmes transversaux et aspects horizontaux**

Les besoins sexo-spécifiques en termes de qualité des soins, spécialement pour les accouchements, d'intimité, d'hygiène, et de sécurité ont été pris en compte lors de la planification et du développement des programmes types, des constructions, et de l'électrification des DS et HD.

L'application des programmes types de construction et le programme de maintenance peuvent contribuer au renforcement des capacités de la DISE en termes de genre. Par ailleurs, le PAISS a assuré que 30% de la main d'œuvre soit féminine dans son programme de construction et de réhabilitation.

**L'environnement bénéficie** du système photovoltaïque, de l'assainissement et de l'hygiène, et des constructions respectueuses de l'environnement, comme pour la collecte des eaux de pluies et la climatisation naturelle.

**Plusieurs instruments de pilotage et de concertation sont peu opérationnels.** La structure mixte de concertation locale (SMCL) a été suspendue au dernier trimestre 2015 par décision Ministérielle. Elle a été remplacée par un comité de concertation technique qui n'a aucun pouvoir décisionnel.

La dernière revue annuelle conjointe (RAC) entre le MSPL et les PTF a eu lieu en 2014 faute de financement et suite à un désintérêt croissant de part et d'autre. La représentativité des partenaires clés n'était pas assurée et les recommandations peu suivies, limitant ainsi son efficacité. Le Cadre de concertation des partenaires pour la santé et le développement (CPSD) n'assume pas pleinement son rôle de concertation stratégique entre le Gouvernement Burundais et les PTF y inclus le PAISS. Les Groupes Thématiques alimentent peu le processus de concertation et de pilotage axé sur les résultats. Par

contre, les missions de backstopping par l'équipe de conseillers médicaux du siège de la CTB sont appréciées. Finalement, le FBP permet de piloter l'offre des soins de santé.

**En général, le suivi du PAISS s'est déroulé correctement.** Le cadre des résultats est greffé sur le cadre de suivi évaluation du PNDS qui a été développé par l'ensemble des parties prenantes, le MSPLS et les PTF.

## **Contribution aux effets et impact du programme**

L'outcome du projet qui est l'augmentation en quantité et qualité des prestations de santé ne se manifeste pas. Au contraire, **il semble avoir une nette réduction de la quantité des services.** Ainsi, l'utilisation des services de santé semble se détériorer comme illustrée par la chute depuis fin 2016 du nombre de nouvelles consultations (malgré l'épidémie de malaria), des vaccinations, des hébergements pour observation, et des accouchements assistés dans les centres de santé. Ces chiffres sont encore provisoires et doivent être confirmés. Ce glissement, s'il s'avère correct, pourrait s'expliquer par la crise socio-politique qui a probablement réduit l'accessibilité financière, l'offre comme la disponibilité des médicaments, et la gouvernance des services de santé. Les prestations ne remontent pas nécessairement dans les 29 CdS qui ont été pourvus d'énergie solaire depuis quatre mois, en juillet 2017, bien qu'il faut rester prudent quant aux conclusions puisque les statistiques n'ont pas encore toutes été validées.

**La population desservie par les travaux d'infrastructures** est estimée sur base de l'extrapolation du dénombrement fait en 2014 pour l'étude de préparation des plans d'extension de la couverture sanitaire (PECS). Sur une population totale de 1.176.848 pour les deux provinces en 2018, 40% (473.526 habitants) sera desservie par les 29 CdS munis d'énergie photovoltaïque et 12% (141.946 habitants) par les 7 CdS réhabilités/construits. Il faut noter que 6 des 7 CdS réhabilités/construits sont aussi dotés d'énergie solaire.

*Une étude de cas du CdS de Bugarama* présentée dans le corps du rapport d'évaluation illustre que les infrastructures et équipements peuvent améliorer l'offre des soins de qualité à condition que les conditions préalables soient remplies comme la disponibilité d'un personnel qualifié en nombre suffisant et une bonne gouvernance au sein des structures et par les responsables hiérarchiques. La disponibilité de médicaments qui n'a pas été examinée dans cette étude de cas est également primordiale.

## **Adéquation et pertinence dans le contexte actuel**

Le volet 5 reste probablement pertinent, même si l'impact immédiat et la durabilité ne sont pas garantis. En effet, les bénéfices des investissements en infrastructures se répercutent sur le long terme et on peut espérer qu'à moyen terme la situation s'améliorera.

Par ailleurs, le projet répond au grand besoin d'investissements en infrastructures comme l'étude PECS et l'étude de l'état du patrimoine du volet 5 l'ont clairement démontré.

## **Stratégie développée en matière de maintenance**

L'opérationnalisation de la stratégie de maintenance a effectivement commencé en avril 2017. Cette stratégie n'est pas suffisamment ancrée dans le système de gestion des structures appuyées. Par ailleurs, le niveau d'éducation des gestionnaires ne correspond souvent pas aux normes. Le manque d'une politique ou stratégie de maintenance dans le secteur santé est un handicap réel. Le plan opérationnel de maintenance mérite d'être retravaillé et reste peu ou pas connu aux niveaux intermédiaire et périphérique.

L'action recherche n'a pas décollé suite à la crise politique et sécuritaire. Un budget a été prévu pour la capitalisation des effets de la maintenance vers la fin du projet en mai 2020. Cette capitalisation perd cependant de sa pertinence si des indicateurs de progrès n'ont pas été prévus dès le début des interventions pour pouvoir juger la valeur des leçons ou pratiques émergentes tout au long de la vie du projet.

## **Conclusions et recommandations.**

On peut conclure que le projet reste pertinent, mais que son efficience et efficacité ont été fortement affectés par la crise politique et sécuritaire. La pérennité des produits « soft » comme la GMAO, ou les programmes types de construction n'est pas garantie. Le programme de maintenance au niveau opérationnel a peine à s'établir, d'autant plus qu'une stratégie nationale de maintenance n'a pas encore été adoptée. Finalement, le programme n'assure pas un accès universel à l'eau potable dans les formations sanitaires.

Les principales recommandations concernent la maintenance : la stratégie nationale de maintenance (DISE), les compétences des techniciens de maintenance (DISE et PAISS) ; et la demande et le financement des services de maintenance (BDS, DISE et PAISS).

En outre des recommandations ont été formulées pour la DISE et le PAISS : y inclus l'approvisionnement universel en eau potable dans les formations sanitaires, le cycle d'approvisionnement et de gestion des équipements et des infrastructures. Ainsi que pour la DISE, PAISS et BDS : le respect des programmes types de construction, la gestion des déchets médicaux, la recherche action ; et pour le PAISS : la stratégie de sortie du PAISS.