



# RAPPORT NARRATIF FINAL

**24 MAI 2019 – 24 NOVEMBRE 2022**

**« TWITEHO AMAGARA – Karusi, Muyinga,  
Bubanza et santé mentale à Ngozi. »**

Réf. : FED/2019/405-311



**MEDECINSSANSVACANCES**  
ARTSENZONDERVAKANTIE  
MEDICSWITHOUTVACATION  
**LE SAVOIR GUÉRIT**



## **Table des matières**

Table des matières.....	2
<b>Liste des acronymes utilisés dans le rapport .....</b>	<b>3</b>
<b>1. Description.....</b>	<b>5</b>
<b>2. Évaluation de la mise en œuvre des activités de l'action .....</b>	<b>6</b>
2.1 Résumé de l'action .....	6
2.2 Résultats et activités.....	12
A. Résultats .....	12
B. Activités .....	22
C. Contraintes – Difficultés – Défis – Risques .....	61
2.3 Poursuite après fin du projet .....	63
2.4 Matrice-cadre logique et extrants .....	63
2.5 Thématiques transversales .....	75
2.6. Suivi et Evaluation .....	77
2.7. Leçons apprises et bonnes pratiques.....	81
2.8. Documents produits et leur diffusion .....	84
2.9. Marchés de plus de 60.000 € .....	85
<b>3. Bénéficiaires/entités affiliées et autre coopération .....</b>	<b>85</b>
3.1. Relation entre bénéficiaires/entités affiliées .....	86
3.2. Poursuite entre signataires.....	86
3.3. Relations avec les autorités publiques .....	87
3.4. Relation avec toute autre organisation de mise en œuvre .....	88
3.5. Liens et Synergies avec d'autres actions.....	88
3.6 autres subventions de l'UE.....	89
3.7. Relations avec les services de l'administration contractante .....	89
<b>4. Visibilité .....</b>	<b>90</b>
<b>5. Lieu d'archivage des dossiers, documents comptables et pièces justificatives.....</b>	<b>92</b>

## Liste des acronymes utilisés dans le rapport

ABDDM	Association Burundaise de Défense des Droits des Malades
AGR	Activités Génératrices de Revenus
ACNG	Acteurs de la Coopération Non Gouvernementale
AMIU	Aspiration manuelle intra utérine
ARV	Anti-retro viral
ASC	Agent de santé communautaire
ASLO	Associations locales
AT-DUE	Assistance Technique de la Délégation de l'Union européenne
BADEC	Bureau d'Appui pour le Développement et l'Entraide Communautaire
BDD	Bureau Diocésain de Développement
BDS	Bureau du District Sanitaire
BPS	Bureau Provincial de la Santé
BO	Bloc opératoire
CAMEBU	Centrale d'Achats des Médicaments du Burundi
CDFC	Centre de Développement Familial et Communautaire
CDS	Centre de santé
CDSAJ	Centre de santé ami des jeunes
CICR	Comité International de la Croix-Rouge
COUSP	Centre des Opérations d'Urgence en Santé Publique
COPI	Comité de Pilotage
CNPK	Centre Neuro Psychiatrique de Kamenge
CNP	Centre Neuro Psychiatrique (Ngozi, Gitega)
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
COPED	Conseil pour l'Éducation et le Développement
COSA	Comité de Santé
COVID-19	Maladie à coronavirus détectée en 2019
CPN	Consultation Périnatale
CPoN	Consultation Post natale
CPPS	Coordonnateur Provincial de Promotion de la Santé
CPSD	Cadre de Partenariat pour la Santé et le Développement
CRTS	Centre Régional de Transfusion Sanguine
CRIDIS	Centre de recherches Interdisciplinaires
CSU	Couverture Santé Universelle
CSM	Centre de santé mentale
CRBu	Croix Rouge du Burundi
DAO	Dossier d'Appel d'Offres
DGD	Direction Générale Coopération au Développement et Aide Humanitaire (Belgique)
DGOSA	Direction Générale de l'Offre des Soins, de la Médecine moderne et traditionnelle, de l'Alimentation et des Accréditations
DGP	Direction Générale de la Planification (MSPLS)
DGR	Direction Générale des Ressources
DGSS	Direction Générale des Services de Santé
DHIS2	Data Health Information System
DISE	Direction des Infrastructures Sanitaires et Équipements (MSPLS)
DODS	Direction de l'Offre et de la Demande de Soins
DPML	Direction de la Pharmacie, des Médicaments et du Laboratoire
DS	District Sanitaire
DSNIS	Direction du Système National de l'Information Sanitaire
DTCP	Vaccin contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la poliomyélite
DUE	Délégation de l'Union européenne
ECG	Appareil d'électrocardiogramme
ECD	Équipe Cadre de District
EPI	Équipement de protection individuelle
FEMUSCABU	Fédération des Mutuelles de santé des caféiculteurs du Burundi
FIC	Facilitateur interconsortia
FBP	Financement basé sur la performance
FOSA	Formations sanitaires
GASC	Groupement des Agents de Santé Communautaire
GATPA	Gestion Active de la Troisième Phase d'Accouchement
GT	Groupe thématique
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization
HC	Hôpital communal
HD	Hôpital de District
HNTPO	Health Net TPO
IBO	Infirmier du bloc opératoire

iCCM	Integrated community case management
IGR	Initiatives génératrices de revenus
ISTEEBU	Institut de Statistiques et d'Études économiques du Burundi
INSP	Institut National de Santé Publique
JMSM	Journée mondiale de la santé mentale
LC	Louvain Coopération
MCD	Médecin Chef de District
MDPS	Médecin Directeur de la Province Sanitaire
MCS	Mutuelle communautaire de santé
MUSA	Mutuelle de santé
MUNASA	Mutuelle nationale de santé
MG	Médecin Généraliste
MSPLS	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida
MSV	Médecins Sans Vacances
NA	Non applicable
ND	Non déterminé
OCHA	The United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs
ODEDIM	Organisation Diocésaine pour l'Entraide et le Développement Intégral de Muyinga
OIM	Organisation Internationale des Migrations
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONGE	Organisation non gouvernementale étrangère
ONG ERB	ONG Empowerment Response Burundi
PAA	Plan d'action annuel
PAMUSAB	Plateforme des Acteurs des Mutuelles de Santé au Burundi
PAORC	Projet d'appui aux organisations burundaises par le renforcement des compétences des ressources humaines
PASSIII-FBP	ressources humaines
PCA	Projet d'Appui au système de santé et Financement basé sur la performance
PF	Paquet Complémentaire d'activités
PMA	Planification familiale
	Paquet Minimum d'Activités
PNILCMNT	Programme National Intégré de Lutte contre les Maladies Chroniques et Non Transmissibles"
PNILP	Programme National Intégré pour la lutte contre le paludisme
PNSR	Programme National de Santé de la Reproduction
PS	Province sanitaire
RAC	Revue annuelle conjointe
RCR	Référence et contre référence
RDC	République Démocratique du Congo
ROM	Result oriented monitoring (Monitoring axé sur les résultats)
SCEP	Système de Collecte des eaux Pluviales
SM	Santé mentale
SMIR3	Surveillance intégrée des maladies et riposte (3 <sup>e</sup> édition)
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SIS	Système d'Information Sanitaire
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complet
SPT/PECIME	Stratégie Plainte Traitement/Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
SSR	Santé sexuelle et reproductive
SSRAJ	Santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes
TC	Technologie contraceptive
TDR	Termes de référence
TPS	Technicien de Promotion de la Santé
UCODE	Union pour la Coopération et le Développement
UE	Union européenne
ULB	Université Libre de Bruxelles
UNFPA	United Nations Fund Population Action
VBG	Violences Basées sur le Genre
VSBG	Violences Sexuelles et Basées sur le Genre
WV	World Vision

## 1. Description

---

### 1.1. Nom du coordinateur du contrat de subvention

Dr Elies VAN BELLE, Directrice Générale MEMISA Belgique

### 1.2. Nom et fonction de la personne de contact

Dr Elies VAN BELLE, Directrice Générale MEMISA Belgique

[elies.van.belle@MEMISA.be](mailto:elies.van.belle@MEMISA.be)

### 1.3. Nom du/des bénéficiaire(s) et de l'/des entité(s) affiliée(s) de l'action

M. Abou El Mahassine FASSI-FIHRI, : Représentant Résident de ENABEL au Burundi

M. Stefaan BONTE : Directeur Général Médecins Sans Vacances

M. Jean-Michel Pochet : Directeur Général Louvain Coopération

### 1.4. Intitulé de l'action

TWITEHO AMAGARA Karusi, Muyinga, Bubanza et santé mentale à Ngozi.

### 1.5. Numéro et Montant du contrat

Contrat FED/2019/405-311

Montant du contrat : **7 988 927,0 €**, dont une subvention de l'UE de **7 589 480,70 €** et un cofinancement de MEMISA de **399 446,35 €**.

### 1.6. Date de début et date de fin de l'action

Du 25/05/2019 au 24/11/2022

### 1.7. Pays ou région(s) cible(s)

Burundi — Provinces de Karusi, Bubanza, Muyinga et santé mentale à Ngozi.

### 1.8. Bénéficiaires finaux et/ou groupes cibles<sup>1</sup> (si différents) (y compris le nombre de femmes et d'hommes)

Population couverte : 1 890 504 personnes dont <sup>2</sup>:

Enfant de moins de 5 ans	353 524
Femmes en âge de procréer	448 049
Jeunes de 10 à 24 ans	642 771
Vulnérables indigents	283 576
Cas de troubles mentaux	380 614 dont 119 724 pour Ngozi
Naissances attendues	94 525

---

<sup>1</sup> Les « groupes cibles » sont les groupes/entités pour lesquels le projet aura eu un apport direct et positif au niveau de l'objectif du projet, et les « bénéficiaires finaux » sont ceux qui bénéficieront du projet à long terme au niveau de la société ou d'un secteur en général.

<sup>2</sup> Source : données PBF 2019

## 2. Évaluation de la mise en œuvre des activités de l'action

---

### Introduction

Le Consortium MEMISA est composé des organisations suivantes : Enabel, Louvain Coopération, Médecins Sans Vacances et MEMISA, chef de file et assurant la coordination du Consortium.

Le Projet est appelé à accroître l'accessibilité universelle à des services de santé de qualité (en particulier paquet minimum et paquet complémentaire), y inclus la santé sexuelle et reproductive et répondre aux besoins spécifiques en matière de santé des populations en situation de crise. Au travers de ce projet, il est attendu : d'améliorer le pourcentage de la population ayant accès à un système de santé avec une qualité des services et leur satisfaction avec les soins reçus (R1) ; de renforcer l'accès de la population en général, et plus particulièrement des jeunes, des adolescents et des femmes à des programmes de santé sexuelle et reproductive holistiques et de qualité (R2) ; et d'augmenter la capacité du système de santé de fournir une réponse de qualité aux situations humanitaires qui concernent la santé publique et aux urgences sanitaires (R3).

Globalement et depuis son lancement en mai 2019, l'Intervention s'est bien déroulée malgré quelques difficultés et moments d'incertitude. Il s'agit du démarrage « laborieux » marqué par des retards dus à des incompréhensions du Partenaire de mise en œuvre, de la période d'incertitude sur le plan sécuritaire lors de la période des élections présidentielles et de l'apparition de l'épidémie de Covid-19 et ses conséquences. Il s'agit aussi du temps nécessaire qu'il a fallu pour installer la cohésion des organisations composant le Consortium et assurer leur coordination.

### 2.1 Résumé de l'action

**Veillez fournir un aperçu d'ensemble de la mise en œuvre de l'action au cours de la durée entière du projet.**

Il y a eu une phase de démarrage (3 mois) qui a été caractérisée par (1) la mise en place de l'équipe de projet et des mécanismes de coordination, (2) la mise à jour des priorités et données de base avec les partenaires de mise en œuvre et des bénéficiaires. Cette phase a permis de faire une préparation stratégique et opérationnelle de l'action avec une recherche d'une appropriation initiale des acteurs.

La mise en œuvre du projet a été lancée dans un contexte de nécessité de répondre aux urgences sanitaires alors imprévues : (1) menace de la maladie à virus Ebola dans toute la zone couverte, (2) la déclaration de l'épidémie de choléra dans une des provinces couvertes (Bubanza) et (3) l'apparition de la pandémie de la Covid-19 en 2020 et qui a perduré toute la période du projet.

Cette situation a nécessité la réadaptation des moyens et activités pour permettre le système de santé de rester résilient.

Sur les 46 activités contractuelles prévues, le taux de réalisation des activités est de 100 % avec cependant des disparités observées au niveau des sous-activités progressivement définies ou redéfinies au niveau des résultats.

**Tableau 1. Évolution de la mise en œuvre des activités : Juin 2019 — novembre 2022.**

RÉSULTATS	Taux réalisation ANNE E1	Taux réalisation ANNE E2	Taux réalisation ANNE E3	Commentaires
Résultat 1. Le Pourcentage de la population ayant accès à un système de santé avec une qualité des services et leur satisfaction avec les soins reçus est amélioré.				
	71 %	82 %	98 %	Quelques activités non ou partiellement réalisées en années 3
Résultat 2. L'accès de la population en général, et plus particulièrement des jeunes, des adolescents et des femmes à des programmes de santé sexuelle et reproductive holistiques et de qualité est renforcé.				
	67 %	75 %	94 %	Quelques activités non ou partiellement réalisées en années 3
Résultat 3. La capacité du système de santé de fournir une réponse de qualité aux situations humanitaires qui concernent la santé publique et aux urgences sanitaires est augmentée.				
	48 %	89 %	92 %	Quelques activités non ou partiellement réalisées en années 3
<b>Synthèse</b>	<b>62 %</b>	<b>82 %</b>	<b>96 %</b>	

Globalement, 96 % des sous-activités progressivement définies ont été totalement réalisées.

**R1 : Le taux de réalisation de ce résultat est de 98 %.**

Le taux de réalisation est très satisfaisant. La cible principale de ce résultat est la population totale en termes d'accès aux soins et de la qualité des soins. Dans la zone du projet, le taux d'utilisation des services curatifs est en moyenne de 2,0 alors que le taux de référence était de 1,7 et la cible de fin de projet est de 2,0. La cible a été donc atteinte. Le score de la qualité globale (combinaison de la qualité technique et de la qualité perçue) est en moyenne de 74 % alors que le score de référence était de 69 % et la cible de fin de projet est en moyenne de 82 %. Même si la cible n'a pas été atteinte il y a eu une nette progression de ce score et le projet a pu contribuer à l'atteinte de ce niveau (des inputs suffisants ont été mis à contribution) dans la zone.

L'accès aux services de santé mentale a subi des avancées significatives. Alors que seule l'épilepsie était diagnostiquée avant l'intervention, les formations et sensibilisations à tous les niveaux permettent de diagnostiquer d'autres pathologies mentales, la réduction de la stigmatisation des malades mentaux et la disponibilité des médicaments psychotropes.

**R2 : Le taux de réalisation de ce résultat est de 94 %.**

Le taux de réalisation est très satisfaisant. La cible de ce résultat était constituée de femmes en âges de procréer, celles qui accouchent et les adolescents et jeunes. Le taux d'accouchement par un personnel qualifié en milieu de soins est de 88 % alors que le taux de référence est en moyenne de 57 % pour une cible de fin de projet de 73 %. C'est une bonne performance. Pour les consultations prénatales, le suivi porte sur les CPN4, mais ceci passe par la réalisation précoce des premières consultations prénatales. Cet indicateur est fortement influencé par des facteurs culturels burundais (la femme ne consulte que quand sa grossesse est visible, au-delà du premier trimestre ou juste pour

s'assurer de l'issue probable de la grossesse) sur lesquels il est difficile d'agir dans une courte durée de trois ans. Pour une cible de 55 %, le niveau atteint est de 45 % alors que la référence était de 48 %. La cible n'a pas pu être atteinte.

Pour les centres de santé amis des jeunes les services de santé sexuels et reproductifs sont moins fréquentés avant le projet. La recherche-action menée dans 5 CDSAJ sur les 7 CDS ciblés démontre à suffisance que les jeunes fréquentent nombreux les CDSAJ lors des séances d'activités récréatives et accèdent aussi aux informations concernant la SSRAJ. En effet, pour l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive par les jeunes de 10 à 24 ans, il est noté (DHIS2) une augmentation sensible du nombre de jeunes de 10-24 ans qui consultent pour demander des conseils pour la SR/PF (d'une moyenne mensuelle de **10 jeunes en 2020 à 203 jeunes en 2022**) et pour la prévention des IST/VIH (d'une moyenne mensuelle de **11 jeunes en 2020 à 136 jeunes en 2022**). [DHIS2]

### **R3 : Le taux de réalisation de ce résultat est de 92 %.**

Le taux de réalisation est très satisfaisant. La plupart des activités d'urgence dont certaines n'étaient pas prévues (adaptation à la situation épidémiologique [paludisme, choléra, Ebola dans les pays voisins, Covid-19 depuis 2020] ont été planifiées et réalisées. Dans plusieurs situations, il « agissait des sensibilisations à la prévention et la lutte contre les maladies, les équipements de protection ou de prise en charge et également des formations pour une prise en charge des cas et une bonne surveillance épidémiologique par une veille sûre au niveau communautaire, des structures de soins et des structures de régulation/gouvernance. Il s'agissait aussi de l'organisation des références en cas d'urgence sanitaire.

**Veillez expliquer si la logique d'intervention s'est révélée adéquate, notamment eu égard aux modifications possibles et à leur motivation exposée dans les rapports antérieurs et donner votre avis sur la probabilité que le ou les objectifs finaux liés à l'impact soient atteints dans un avenir proche [préciser].**

La logique d'intervention est adéquate et nous estimons qu'elle a permis d'atteindre les principaux résultats attendus du Projet. La chaîne des résultats [produits-effets-impact] est restée cohérente, même après les avenants de prolongation de temps. En effet, les principaux produits identifiés dès la conception ont été maintenus au cours des avenants et du processus de mise en œuvre.

Nous avons suffisamment impliqué les partenaires locaux de mise en œuvre qui sont en même temps bénéficiaires directs des interventions à tous les niveaux chaque fois que de besoins :

- Définition des cadres stratégiques nationaux pour une harmonisation des interventions et appropriation de l'action pour garantir une continuité et durabilité de l'action,
- Une identification des besoins et planifications conjointes des activités de mise en œuvre
- Des cadres de concertation pour un suivi et évaluation,

Le consortium a choisi le "faire faire" en vue d'amener les partenaires locaux et bénéficiaires d'être renforcés en termes d'options et approches basées sur les bonnes pratiques.

**Pour l'objectif spécifique**, le score global de qualité [qui est un composite de la qualité technique des soins et de la qualité perçue=satisfaction] est passé de 69 % à 74 % dans la zone, une augmentation

de 7 %. Le taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié passe de 57 % à 89 % dans la zone, une augmentation de 56 %. Le taux global d'utilisation des services est passé de 163 % à 200 % [norme de 200 %].

Globalement, 80 % des indicateurs ont bien progressé pour le Résultat1, 50 % des indicateurs ont progressé pour le Résultat2 et 100 % des indicateurs ont progressé pour le Résultat3.

**Pour le résultat I** il fallait améliorer l'accès, la qualité et la satisfaction des services offerts à la population.

- L'amélioration de l'accès a consisté en [1] sensibilisation des leaders sociaux et administratifs sur l'assurance-maladie communautaire [mutuelles communautaires de santé], [2] l'appui aux soins de santé offerts aux vulnérables indigents en cofinancement avec DGD dans les provinces de Muyinga et Karusi [près de 54 000 indigents ont eu accès aux soins de santé grâce au projet] et [3] l'identification des vulnérables indigents dans la province de Bubanza et le financement de 92 IGR pour l'accès autonome de 4 600 ménages vulnérables indigents aux soins de santé dans la même province de Bubanza.
- L'intégration de la santé mentale dans le système de soins du système de santé du Burundi dans les provinces de l'intervention a permis à la population d'accéder aux services de soins de santé mentale [formations des relais communautaires et des prestataires, équipement des centres spécialisés en santé mentale]
- L'amélioration de la qualité des soins a consistait aux renforcements des capacités médicotéchniques des structures de soins [formation des prestataires, réhabilitation et l'équipement des infrastructures sanitaires].
- La disponibilité des services et leur accès devraient, de même que la qualité en découlant devaient apporter une satisfaction de la population quant aux soins qui leur sont offerts. Les évaluations faites [évaluation à mi-parcours, l'évaluation ROM et l'évaluation finale] ont toutes révélé un niveau de satisfaction des bénéficiaires. Les bénéficiaires des soins de santé mentale sont satisfaits de l'intégration de ce volet dans le système de soins, dont la disponibilité des médicaments psychotropes qui constituent une nouveauté dans le circuit d'approvisionnement et de distribution du médicament au Burundi.

**Pour le résultat II**, l'objectif était de renforcer l'accès des populations et surtout les jeunes, les adolescents et les jeunes à des soins de SSR holistiques et de qualité. Le projet, non seulement a renforcé les compétences en soins de santé sexuelle et reproductive offerts et adaptés aux jeunes [services conviviaux], mais aussi à renforcer la promotion des CDS Amis des Jeunes afin les adolescents et jeunes puissent accéder à des services de qualité. Le renforcement des compétences des prestataires à la prise en charge des survivants des violences sexuelles et basées sur le genre facilite aujourd'hui l'accès de ces derniers aux services qui leur conviennent.

**Pour le Résultat III**, le but était de renforcer la capacité du système de santé à répondre à des urgences sanitaires [épidémiques et autres situations d'urgence à impact sanitaire] la zone du Projet était concernée plus par le paludisme, le choléra, la maladie du Virus Ebola et la Covid-19. L'accès aux soins

pour les populations vulnérables constitue une urgence potentielle pour leur vie et la subvention des soins de santé offerts aux vulnérables indigents leur a permis d'être soignés et de retrouver la santé. La réinsertion socio-économique des vulnérables à travers les IGR des membres volontaires de la CRBu permet l'accès aux revenus et ainsi, de manière autonome, aux soins de santé. Ceci constitue un nexus entre l'humanitaire [urgence d'accès aux soins] et le développement [accès autonome aux soins].

**De manière général, 77 % des indicateurs du projet [10/13] ont bien progressé dans la zone sur la période du Projet [juin 2019 — novembre 2022].** La non-progression de certains indicateurs étant explicitée dans la matrice du cadre logique.

Quelques domaines phares justifient des modifications et changements :

a) La santé mentale

En prenant le lead de l'intégration de la santé mentale grâce à la longue expérience de LC dans cette matière au niveau communautaire et celle d'ENABEL au niveau institutionnel, de la chirurgie de district dans les soins de santé au Burundi, le Consortium MEMISA a produit les documents nécessaires à la coordination entre les différents acteurs, qu'ils soient financés par la Délégation de l'Union européenne (DUE) ou par d'autres partenaires au développement (Coopération Suisse, Fracarita Belgique à Ngozi, Ministère de la Santé) sur l'ensemble du territoire.

***Rapport ROM, TWITEHO AMAGARA — Karusi, Muyinga, Bubanza et santé mentale à Ngozi, Union européenne, Juin 2022***

L'intégration de la santé mentale dans le système de santé et de soins au Burundi est devenue une réalité dans le système de santé au Burundi. Des directives nationales de l'intégration de la santé mentale dans le système de santé au Burundi ont été élaborées et validées par le MSPLS avec l'appui technique et financier du consortium MEMISA. Des prestataires des soins ont été formés et exercent à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les psychotropes ont été intégrés dans le circuit d'approvisionnement et de distribution des médicaments à travers la CAMEBU. Le consortium qui a assuré le « lead » de la thématique santé mentale dans le Programme Twiteho Amagara.

b) La chirurgie de district.

La formation en chirurgie de district avec un double ancrage institutionnel et pédagogique est réalisée. Le coaching postformation fait dans les hôpitaux de provenance des personnes formées a permis de constater une augmentation et une diversité des cas chirurgicaux pris en charge. Il est noté une amélioration de la qualité et de l'offre de soins dans les HD ;

c) La prise en charge des survivants des VSBG

En plus du centre intégré de prise en charge des VBG de Muyinga qui a été appuyé en mobilier et autres équipements, la formation et la supervision postformation des prestataires et le renforcement des capacités des FOSA ont induit la prise en charge des victimes des VBG dans les centres de santé et dans les HD. Notons que la reprise des activités du centre intégré de Muyinga va influencer la reprise de la fréquentation des centres de santé des provinces voisines dont Muyinga et Karusi, par les survivants.

d) Les urgences sanitaires et la maintenance des équipements et infrastructures.

Le consortium a appuyé les différents plans de contingence ayant permis de faire face aux différentes urgences sanitaires : maladie à virus Ebola, covid-19, flambée de paludisme, etc. ;

La maintenance préventive des équipements biomédicaux est devenue une réalité dans les FOSA de la zone d'intervention du consortium MEMISA et cette approche permet d'assurer la durabilité des équipements et infrastructures sanitaires réhabilitées ;

Le Consortium a largement contribué, avec les autres acteurs du « Groupe Thématique Transfusion Sanguine », à l'amélioration de la disponibilité des produits sanguins dans le pays (la collecte, la conservation sécurisée et la distribution/approvisionnement des produits sanguins au niveau national, intermédiaire et périphérique.

Pour assurer l'atteinte des objectifs dans le futur proche en dépit de la fin prématurée du projet, les membres du consortium MEMISA étant des organisations dont les actions ont déjà un enracinement évident dans le système de santé du Burundi et ayant une expertise requise, elles vont poursuivre des activités de l'intervention dans leurs zones (renforcement et adaptation) avec d'autres projets de la Coopération Belge.

**Veillez indiquer toute modification apportée à la matrice-cadre logique depuis le début de l'action et expliquer brièvement pourquoi**

La matrice du cadre logique a été revue avec la définition d'indicateurs communs au Projet Twiteho Amagara et chaque consortium avait sa latitude de définir aussi des indicateurs spécifiques ainsi que les extrants par résultat. La dernière modification du cadre logique date du 07/07/2021 dans un atelier organisé par l'Assistance Technique de l'UE pour le programme TWITEHO AMAGARA en collaboration avec la Facilitation interconsortia de l'OMS et le Ministère de la Santé Publique et de Lutte contre le SIDA (la DSNIS) à l'intention des consortia.

Tableau 2. Indicateurs ayant subi des modifications durant la mise en œuvre du Projet : Juin 2019 — novembre 2022.

Indicateur initial	Indicateur modifié	Application (commun ou spécifique)	Définition	Commentaires
<b>Objectif spécifique</b> : Contribuer à accroître l'accessibilité universelle à des services de santé de qualité (en particulier paquet minimum et paquet complémentaire d'activités), y inclus la santé sexuelle et reproductive et répondre aux besoins spécifiques en matière de santé des populations affectées par des catastrophes naturelles et les épidémies.				
Taux d'accouchements en milieu de soins	Taux d'accouchement assistés par un personnel qualifié.	Indicateur commun	Nombre d'accouchements assistés par un personnel qualifié (Médecin/infirmier A2 ou A3)/Nombre de naissances attendues pour 100	Souci de qualité de l'accouchement. L'utilisation est incluse dans la qualité depuis 2022.
<b>Résultat 2.</b> L'accès de la population en général, et plus particulièrement des jeunes, des adolescents et des femmes à des programmes de santé sexuelle et reproductive holistiques et de qualité est renforcé.				
Proportion des survivants des VSBG mis sous traitements ARV	Nombre de survivants mis sous ARV dans les 48 heures	Spécifique	Tout survivant des VSBG qui consulte dans les 48 h est mis sous ARV	IL était difficile de prévoir le nombre dénominateur (des violences pouvant survenir.
<b>Résultat 3.</b> La capacité du système de santé de fournir une réponse de qualité aux situations humanitaires qui concernent la santé publique et aux urgences sanitaires est augmentée.				
Proportion des catastrophes ou épidémies dont la riposte a été appuyée	Taux de létalité due aux maladies à potentiel épidémique	Spécifique	Nombre de décès d'une maladie/nombre de cas de la maladie pour 10 000	L'indicateur est devenu commun, mais les maladies concernées sont spécifiques à la zone.

## 2.2 Résultats et activités

### A. Résultats

Comment évaluez-vous les résultats obtenus jusqu'à présent ? Incluez vos observations sur l'exécution et la réalisation des extrants, des résultats et des incidences et indiquez si l'action a eu des résultats positifs ou négatifs inattendus.

En vous référant à la matrice-cadre logique finale mise à jour (voir le point 2.4 ci-dessous), veuillez commenter le degré de réalisation de tous les résultats sur la base de la valeur actuelle des indicateurs correspondants, de même que toutes les activités connexes exécutées pendant la période de référence.

#### **Résultat (R) — « Intitulé du Résultat »**

Commenter le niveau final des indicateurs correspondant au résultat et expliquer tous les changements intervenus, principalement les éventuelles contre-performances ; veuillez vous référer aux indicateurs et aux hypothèses du cadre logique.

*L'appréciation est faite à travers le niveau d'atteinte des indicateurs (OS, R1, R2 et R3) et le niveau de réalisation des activités.* Notons que le niveau atteint des indicateurs correspond au taux moyen des valeurs mensuelles de la période de juin 2019 à novembre 2022 (soit sur 42 mois de mise en œuvre de l'action)

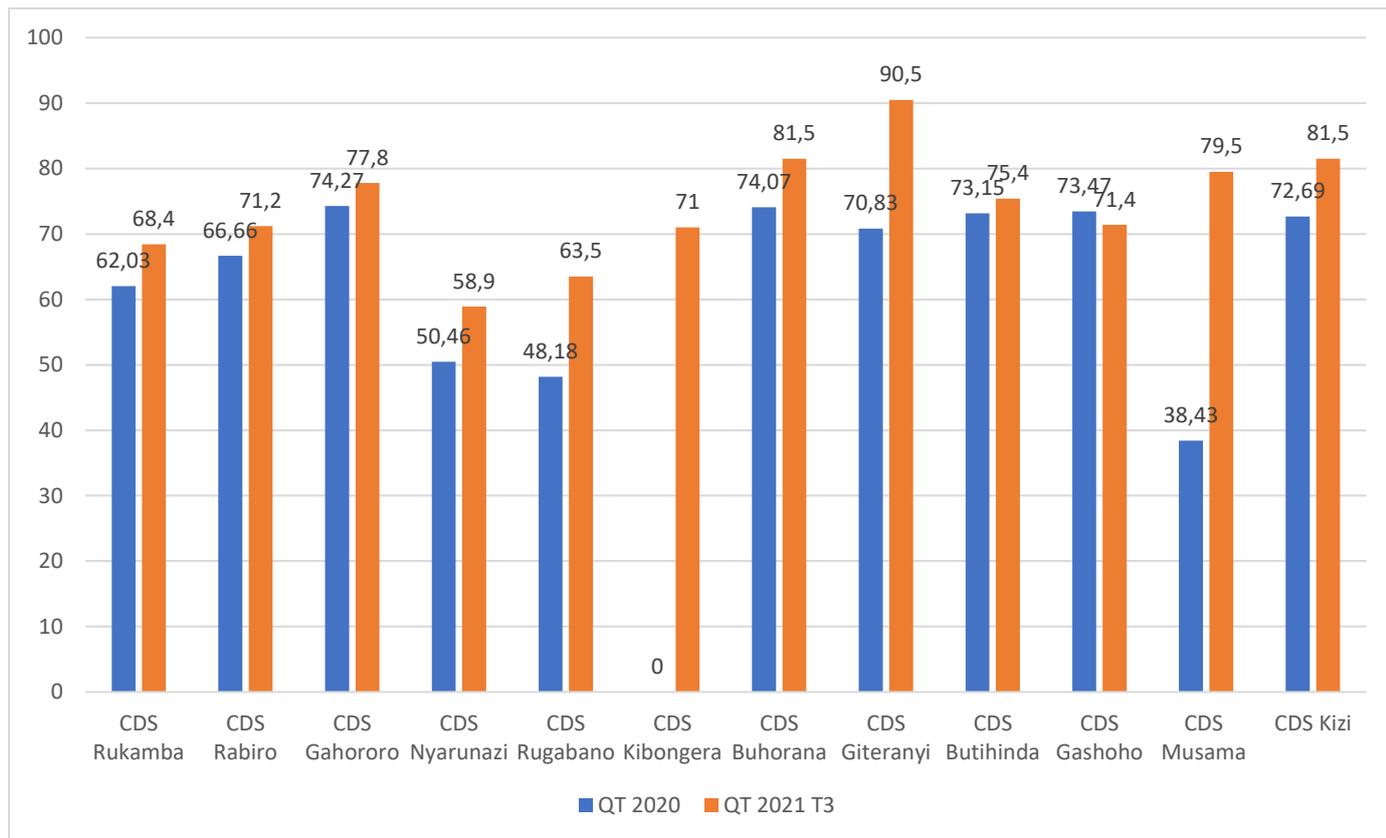
Chaque fois, les indicateurs étaient validés dans des ateliers regroupant les membres du consortium, les partenaires de mise en œuvre et bénéficiaires directs des provinces Muyinga, Karusi et Bubanza ; ainsi que la direction nationale du système d'information sanitaire (DSNIS).

#### **Résultat 1 : Le pourcentage de la population ayant accès à un système de santé avec une qualité des services améliorée augmente ainsi que leur satisfaction avec les soins reçus**

Le premier résultat consiste à améliorer la qualité et la disponibilité des services de soins de santé dans son ensemble pour une satisfaction des utilisateurs des services et surtout la population desservie. Des actions ont été menées dans le sens :

Le renforcement des capacités des prestataires à différents niveaux du système de soins, les réhabilitations des infrastructures, les équipements et autres consommables livrés aux structures de soins de santé. Il est à constater que la qualité des soins de santé s'est améliorée ou maintenue à un niveau acceptable et que s'il n'y avait pas autant d'interventions, le système de santé dans la zone aurait eu des difficultés à se résilier. Un exemple très éloquent est la progression observée de la qualité des soins (plusieurs services sont évalués par le mécanisme de financement basé sur les performances) dans les centres de santé et hôpitaux réhabilités et/ou équipés au courant de

l'année 2021.



**Graphique 1. Amélioration de la qualité des soins de santé avant et après réhabilitation dans la province de Muyinga et Karusi. Exploitation des données fournies par les CDS.**

Quant à la satisfaction des utilisateurs, les indicateurs montrent bien que le taux d'utilisation des services est dans la marge normale de 1 à 2. Nouveaux cas/an/habitant, les enfants de moins de 5 ans plus consultés que les autres catégories de la population du fait de la gratuité des soins pour ce groupe. Toutefois, les chiffres sont à prendre avec pincettes du fait d'effets pervers observés dans le mécanisme FBP couplé à la gratuité.

Le taux de césarienne a été considéré dans ce résultat pour traduire la capacité des HD à faire des interventions chirurgicales essentielles. Ce taux dépend du nombre de naissances attendues dans la zone d'un HD. Il s'avère que ce taux est resté faible dans la province de Karusi du fait que les femmes de Karusi fréquentent plus les hôpitaux de la province de Gitega (Mutaho, Murayi où, pour des raisons du FBP ont mis en place des systèmes d'attraction des femmes enceintes pour accouchement (fournitures de savons, habits pour bébé, pagne pour la femme qui a accouché, etc.).

Le taux de létalité due au paludisme permettait de mesurer la qualité de la prise en charge des maladies (le paludisme étant la maladie la plus fréquente en termes de morbidité et aussi de mortalité. Sur une période de trois ans, la province de Bubanza a été très touchée étant donnée sa situation géographique (plaine de l'Imbo avec fortes pluviosités et humidité chaude). Il n'y a pas eu de distributions de masse de moustiquaires imprégnées d'insecticides jusqu'à la fin du projet (activité organisée par le MSPLS). Pour la prise en charge des cas une formation sur le nouveau protocole de prise en charge du paludisme, qui avait été prévue dans un autre cadre n'a pas pu avoir lieu.

Pour ce qui est de l'intégration de la santé mentale, tenant compte des directives nationales d'intégration de la santé mentale dans le système de santé du Burundi, une formation a été organisée pour les prestataires de soins des CDS et HD, des agents de santé communautaire et autres animateurs sociaux, de même que des sensibilisations contre la stigmatisation des malades mentaux.

Pour la couverture en interventions chirurgicales majeures, elles ont été perturbées par les travaux de réhabilitation des blocs opératoires, mais nous constatons une reprise après les réhabilitations à Musinga et Karusi et surtout après les formations en chirurgie de district en lien avec les équipements de ces blocs opératoires. À Bubanza, les interventions qui étaient faites par une équipe de médecins chinois à l'hôpital de Mpanda ont été suspendues à cause du départ d'un médecin chirurgien. Ce qui a diminué globalement les cas chirurgicaux dans la province et seuls l'hôpital de Mpanda fait désormais des interventions chirurgicales après la formation en chirurgie de district.

***Résultat 2 : L'accès de la population en général, et plus particulièrement des jeunes, des adolescents et des femmes à des programmes de santé sexuelle et reproductive holistiques et de qualité est renforcé***

Le taux d'accouchements en milieu de soins s'est amélioré grâce aux séances de sensibilisation qui ont été appuyées à l'intention des agents de santé communautaire et des leaders sociaux.

Des formations en SONE et SONUB ont été organisées et appuyées par le projet dans les trois provinces de la zone d'intervention. Ce qui a renforcé les compétences des prestataires, surtout ceux des maternités des centres de santé, pour une prise en charge holistique des accouchements et des soins des nouveau-nés. Dans l'ensemble, le taux de mort-né dans les hôpitaux s'est bien amélioré. MSV a également appuyé des formations en SONUC dans les hôpitaux des districts.

Les 4<sup>e</sup> consultations prénatales dépendent en grande partie de la période des consultations antérieures surtout les premières consultations. Si ces dernières sont tardives, il n'est pas évident que la femme enceinte fasse la quatrième consultation. Or dans le contexte burundais (culturel), la femme consulte quand la grossesse est bien visible, donc tardivement. Ce qui explique le faible taux des quatrième consultations prénatales.

Les consultations postnatales dans les 15 jours après l'accouchement ne sont pas dans les habitudes des femmes burundaises, si elles n'ont pas d'autres problèmes de santé. Dans la plupart des cas, les prestataires profitent des séances de vaccination ou de surveillance de la croissance de l'enfant pour faire une consultation postnatale à la maman. D'autres prestataires ont opté pour une consultation à la sortie de la mère. Nous comprenons donc que le taux ait globalement augmenté même s'il reste faible au niveau de Bubanza. Ce taux est au-delà de 100 % à Karusi et Muyinga pour deux raisons hypothétiques : la proximité de Muyinga à la Tanzanie (des femmes viendraient consulter dans les CDS de Muyinga) et la non-maîtrise du dénominateur à Karusi.

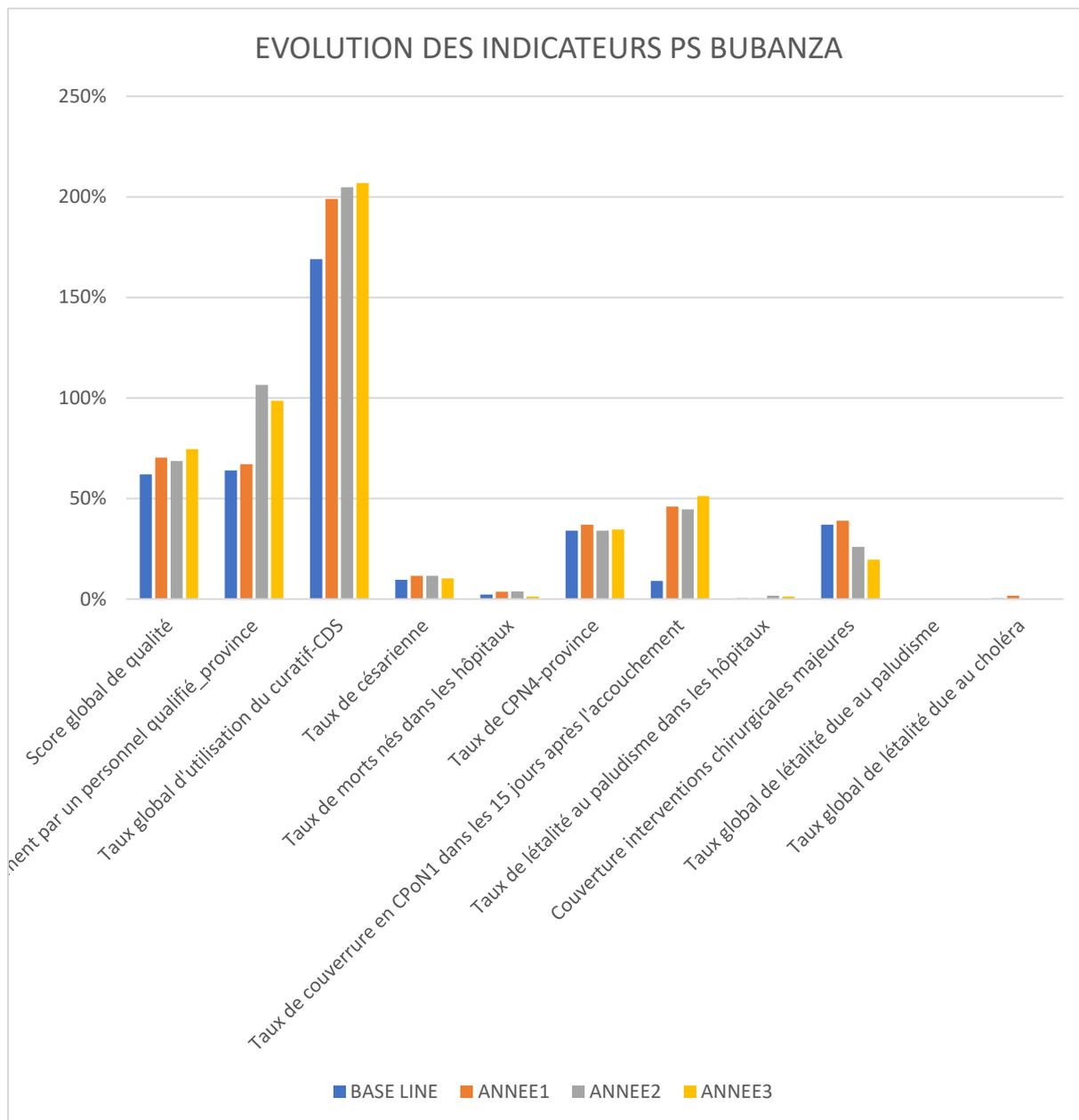
Nous constatons que la fréquentation des structures de soins par les survivants des VSBG est différente durant la période du projet et dans différentes provinces. À Bubanza, il est constaté une augmentation progressive des cas du fait que c'était la première fois que la population soit informée de la capacité des CDS et des HD à prendre en charge les cas après les formations des prestataires sur la prise en charge holistique des survivants des BSBG. À Karusi et Muyinga, la population avait été habituée à la prise en charge des survivants des VSBG au niveau du Centre Intégré de Muyinga mis en place et financé par la Banque Mondiale. Quand le financement de la BM s'est arrêté en 2020, les activités du centre se sont mises au ralenti (pas de visite de terrain et pas de moyen de communication et de transport des survivants bénéficiaires. L'opinion publique croyait qu'aucune prise en charge n'était possible en dehors du centre. Le projet a pu apporter son appui au centre et organiser une connexion entre les formations sanitaires et le centre vers la fin. Les impacts ne pourront être mesurés qu'après.

***Résultat 3 : La capacité du système de santé de fournir une réponse de qualité aux situations humanitaires qui concernent la santé publique et aux urgences sanitaires est augmentée.***

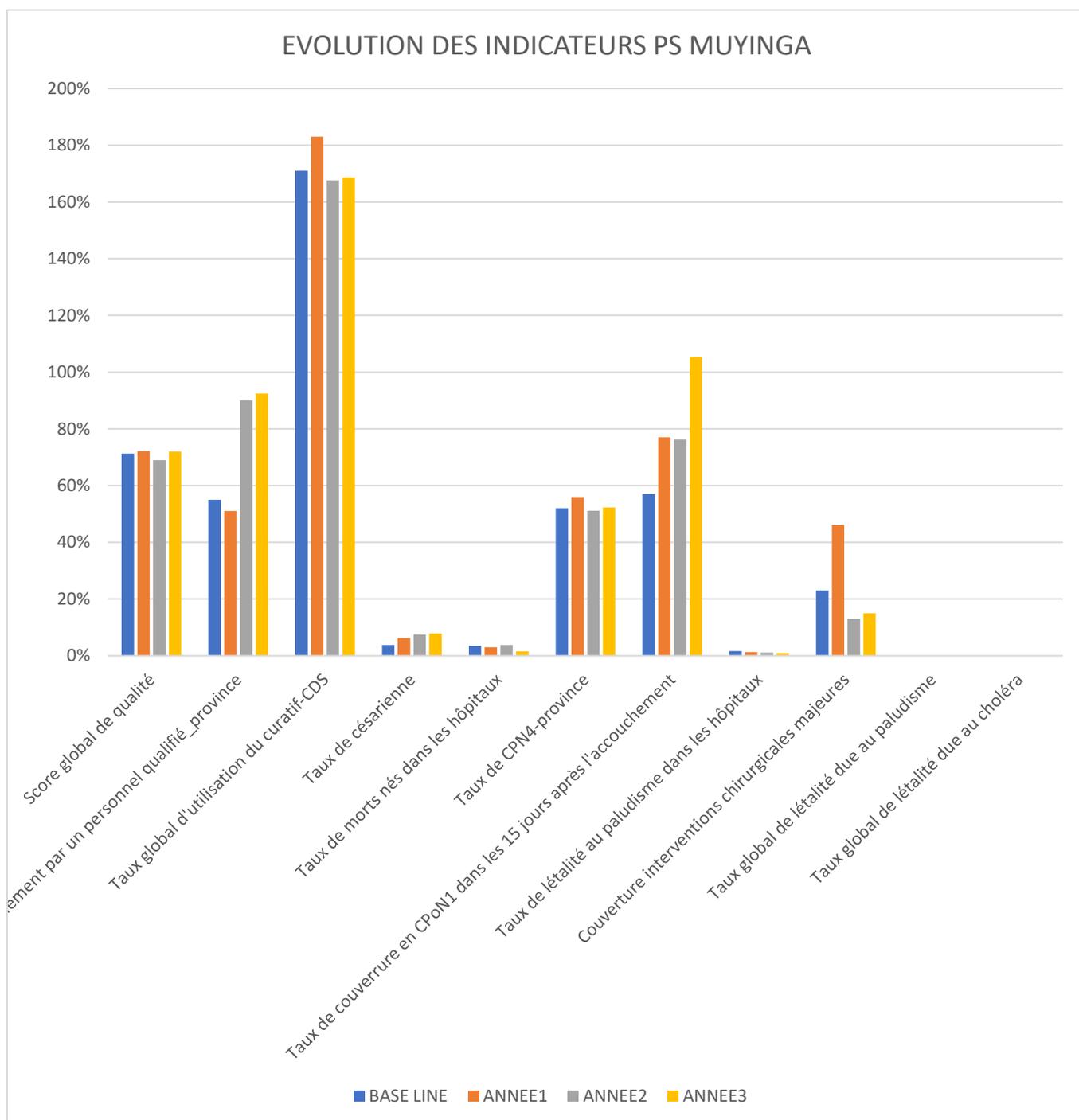
Pour faire face aux situations d'urgence sanitaire éventuelles, il a fallu renforcer les prestataires à la prise en charge des cas de maladies les plus fréquentes et/ou sévissant dans une zone donnée. Il a également été nécessaire d'apporter un appui spontané face à des épidémies menaçantes comme (1) le paludisme [dans les trois provinces] [2] le choléra [dans Bubanza] [3] la maladie à virus Ebola [Bubanza a été sous menace quand un cas était déclaré à Bukavu en RDC] [4] la Covid-19 et aussi

les provinces frontalières avec les pays limitrophes [Bubanza et Muyinga] étaient menacées par la vague de la maladie à virus Ebola qui sévit dans la sous-région en Ouganda). Comme maladies sous surveillance, nous avons retenu le paludisme (fréquent dans les trois provinces) et le choléra (qui a un point endémique à Bubanza). Toutefois, Bubanza a subi une recrudescence élevée en 2020-2021 et la létalité s'est améliorée en année 3 projets. Pour les autres provinces, nous observons une bonne amélioration. À Bubanza, l'épidémie qui avait eu lieu en 2019, au début du projet, n'est plus resurgi grâce à une veille attentive observée après les formations des prestataires et des agents de santé, de même que les sensibilisations menées auprès des leaders sociaux et administratifs.

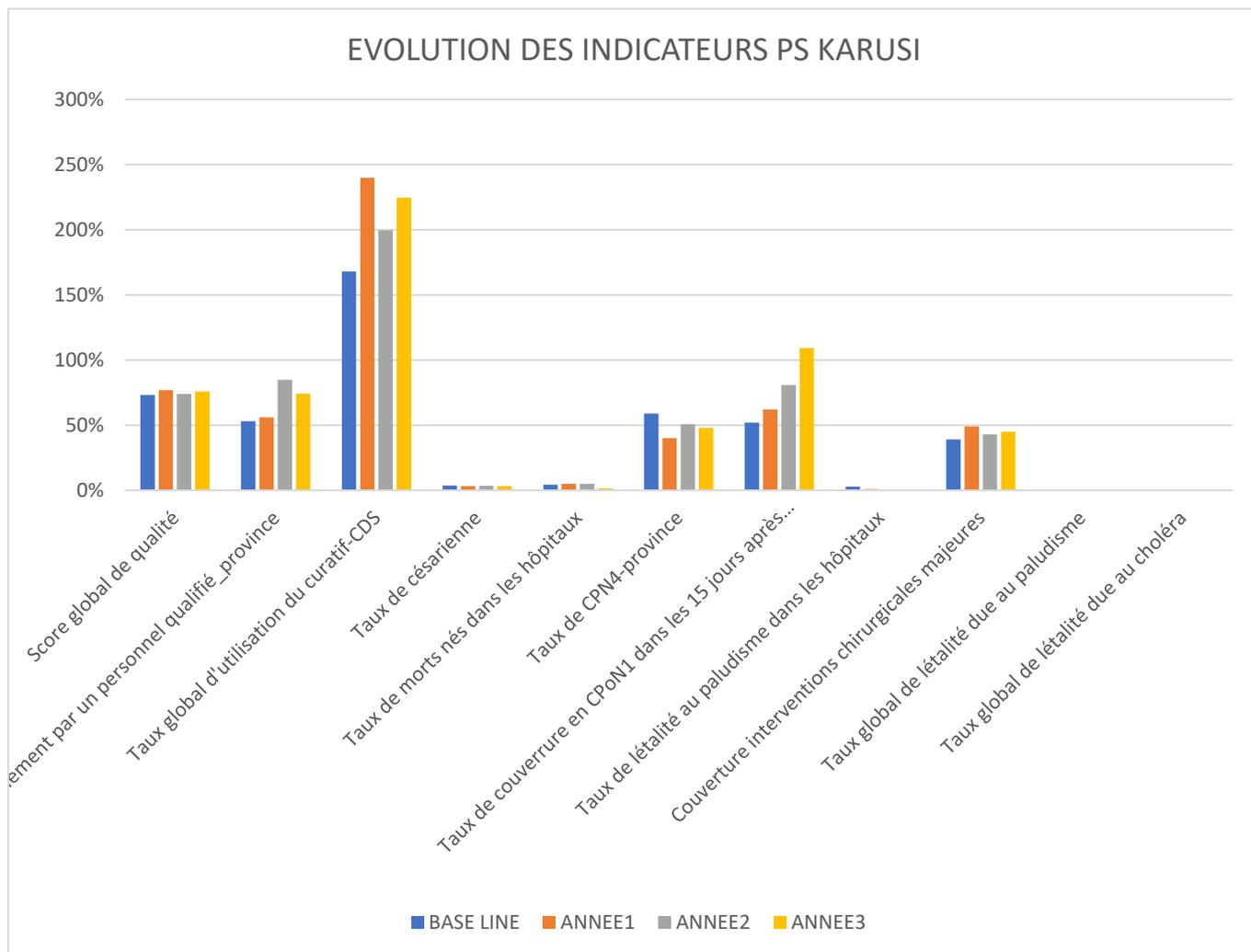
La tendance générale des indicateurs est une progression par rapport à la Baseline sauf au niveau de la couverture en interventions chirurgicales majeures. Toutefois, il est noté une nouvelle diversité de cas chirurgicaux (hernie étranglée, péritonite, hystérectomie, occlusion intestinale, orthopédie, hydrocèle, etc.) pris en charge par les unités formées en chirurgie de district des HD.



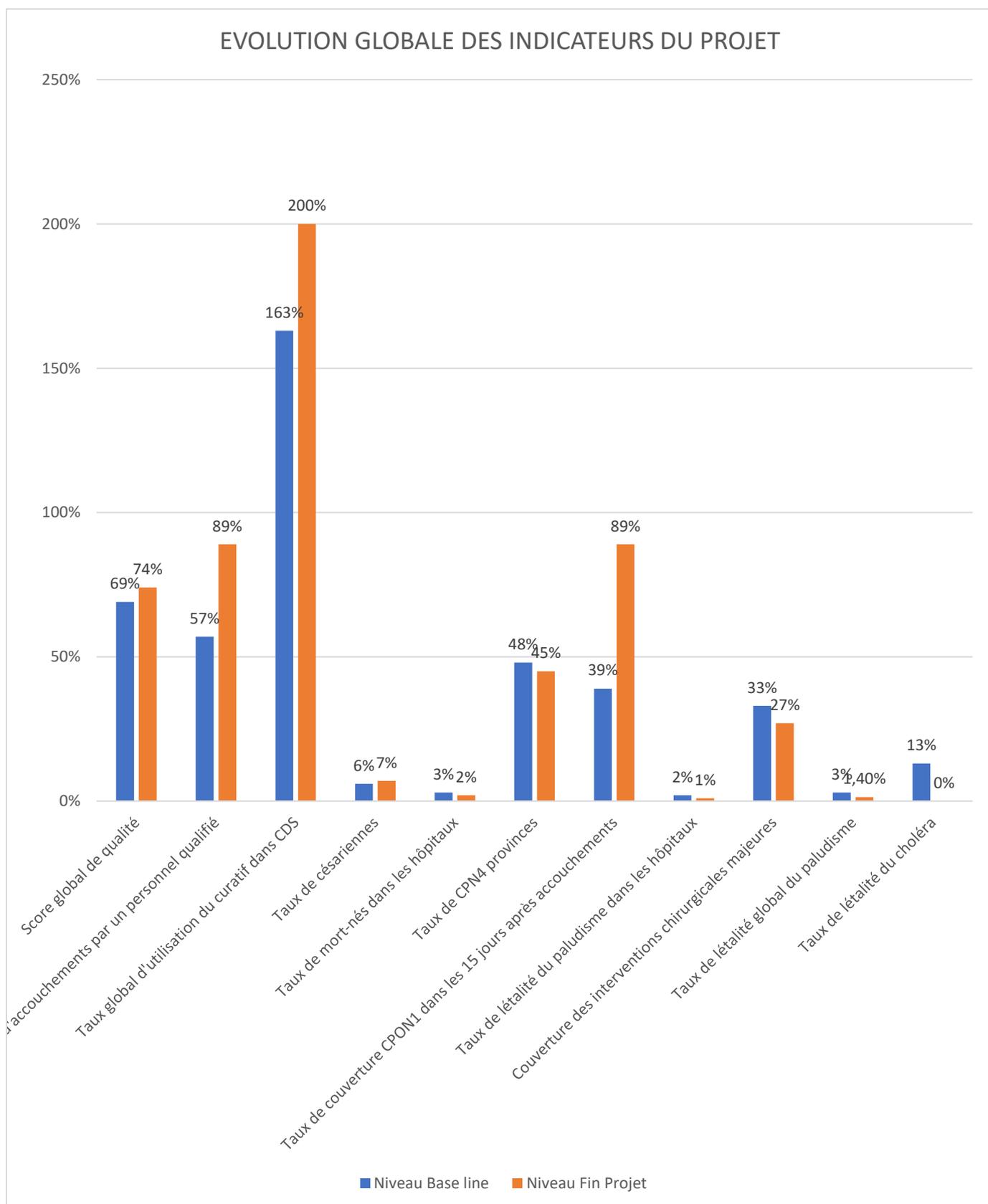
**Graphique 2. Évolution des indicateurs par année et par province 2019-2022 : Province Bubanza.**



**Graphique 3. Évolution des indicateurs par année et par province 2019-2022 : Province Muyinga.**



**Graphique 4. Évolution des indicateurs par année et par province 2019-2022 : Province Karusi.**



**Graphique 5. Évolution globale des indicateurs du Projet 24 mai 2019-24 novembre 2022**

De principaux extrants ont été définis par résultat pour certaines activités (voir tableau 5).

Trois extraits du résultat 1 avaient été identifiés dès le départ. Il s'agit (1) du nombre de Fosa équipées (CDS et HD), (2) du nombre de Fosa réhabilitées (CDS et HD) et (3) des produits de la maintenance : nombre de modules de formation sur la maintenance et du nombre des techniciens de maintenance formés. Les extraits prévus ont été produits.

Quatre extraits étaient définis pour le résultat 2 à savoir : (1) le nombre des prestataires formés en SONE, SONUB et SONUC, (2) le nombre de personnes formées en chirurgie contraceptive, (3) le nombre de CDSAJ équipés et (4) le nombre de prestataires formés à la prise en charge des survivants des VSBG. Pour la formation en SSRAJ toute la cible (352) n'a pas été atteinte (197) suite à une adaptation des cibles par le PNSR. Aussi nous avons mis plus d'attention au niveau des CDSAJ qu'à l'ensemble des CDS.

Pour le résultat 3, 5 extraits étaient aussi définis. Il s'agit de : (1) le nombre de prestataires formés sur la réponse aux urgences sanitaires, (2) le nombre d'ambulances mises à disposition, (3) le nombre de personnes formées en ambulanciers et (4) le nombre de Fosa équipées en matériel Covid-19 (CDS, HD et CS), (5) le nombre de séances de sensibilisation sur la prévention et la lutte contre le paludisme et nombre de personnes y participant.

La santé mentale a été un focus privilégié pour la mise en œuvre du projet du fait de son caractère innovant et de sa complexité. Plusieurs extraits ont été définis et produits dans la période de mise en œuvre du Projet. Nous pouvons citer : (1) le nombre d'ateliers de diffusion des directives nationales d'intégration de la SM, (2) le nombre d'exemplaires du guide de formation des ASC, (3) la disponibilité d'une liste des médicaments psychotropes (4), le nombre de formateurs nationaux, (5) le nombre de prestataires infirmiers des CDS formés, (6) le nombre de membres des ECD/BPS formés, (7) le nombre de médecins généralistes formés, (8) le nombre d'infirmiers des hôpitaux formés, (9) le nombre de TPS formés, (10) le nombre d'ASC formés, (11) le nombre de personnes participants dans les ateliers de sensibilisation sur la santé mentale, (12) le nombre d'ateliers communaux, (13) le nombre de personnes participant dans les ateliers communaux.

**À la suite de l'appréciation des résultats ci-dessus, veuillez préciser toutes les activités/tous les sujets couverts.**

## B. Activités

Nous reprenons toutes les activités et sous-activités de toute la période de mise en œuvre du projet par le Consortium MEMISA, les problèmes potentiels et les approches de solution. De plus, les extraits produits sont indiqués en gras. Le tableau 5 donne plus de détails sur l'évolution de ces extraits (les cibles, etc.).

Activités %	Réalizations	Problèmes	Approches de solutions
<b>A.1.1.</b> Appui aux organisations de participation communautaire (100 %) MEMISA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identification des Associations locales engagées dans la santé dans les provinces de Bubanza, Karusi et Muyinga : 38 ASLO à Bubanza, 52 à Muyinga et à 18 Karusi</li> <li>• Administratifs et responsables des ASLO sensibilisés (815) sur l'AMU et la CSU, dont 49 femmes</li> <li>• Organisation des 3 séances de restitution des résultats des enquêtes communautaires</li> <li>• 6 comités d'hygiène publique dans 6 centres à vocation urbaine dans la province de Karusi</li> <li>• Réunion du comité provincial tripartite de promotion, protection et défense des droits des patients à Muyinga</li> <li>• Concours d'hygiène des CVU de Muyinga</li> <li>• Analyse de l'état des lieux des mutuelles communautaires de santé de Muyinga</li> <li>• Sensibilisation à l'adhésion aux mutuelles communautaires de santé dans 4 communes (Muyinga, Gashoho, Butihinda et Buhinyuza) :</li> <li>• Appui à l'organisation de la semaine nationale de protection sociale et de promotion des mutuelles de santé.</li> <li>• Réunion des GASC et ASLO à Muyinga : 145 participants dont 32 femmes.</li> <li>• Renforcement des capacités des ASLO sur différentes thématiques de santé communautaire à Bubanza avec 50 participants dont 8 femmes.</li> <li>• Évaluations à courts termes postsensibilisations et postformations</li> <li>• Organisation de l'atelier post d'— évaluation postsensibilisation adhésion MCS à Muyinga avec 51participants/61 prévus, dont 12 femmes,</li> <li>• Organisation des ateliers communaux de réflexion sur la promotion des mutuelles communautaires de santé dans le cadre de la semaine nationale de protection sociale : réalisé avec 944 participants/950, dont 189 femmes,</li> </ul>	<p>plusieurs associations locales engagées en santé avec une faiblesse organisationnelle et de gestion, un besoin important de renforcement des capacités au préalable.</p>	<p>Renforcement des capacités des organes sur beaucoup de thématiques, dont la SSR, la prévention et la lutte contre la maladie, ainsi, ces associations/organisation de la société civile sont mises à contribution dans la promotion de la santé au niveau communautaire</p>
<b>A.1.2.</b> Appui à la cogestion du	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation des COSA au leadership communautaire : La formation a concerné les membres des COSA, les infirmiers titulaires et les gestionnaires des CDS. Elle a porté</li> </ul>	<p>L'activité était prévue en</p>	<p>L'activité a été faite après renouvellement des Cosa</p>

Activités %	Réalizations	Problèmes	Approches de solutions
système de santé (100 %) MEMISA	sur les rôles et attributions, le leadership communautaire, l'auto-évaluation de la qualité technique de leurs CDS. Au total, 414 participants/414, dont 177 femmes (43 %)	année 2 et à ce moment les membres des Cosa élus en 2018 n'avaient pas terminé leur mandat qui est plutôt terminé en 2022.	à Karusi. À Muyinga il y a eu formation sans le renouvellement (inopportun) et à Bubanza les Cosa n'ont pas pu être renouvelés, car conflits internes.  La collaboration/synergie avec l'ONG locale COPEED a été d'une grande importance.
<b>A.1.3.</b> Renforcement des compétences des TPS, GASC et COSA (100 %) MEMISA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 54 TPS formées sur le système d'information sanitaire communautaire et la santé sexuelle et reproductive</li> <li>• 218 agents de santé communautaire formés sur le SIS communautaire, la stratégie iCCM de prise en charge communautaire des maladies de l'enfant (paludisme, diarrhées et pneumonie), sur la santé sexuelle et reproductive</li> <li>• 178 agents de santé communautaire formés sur le manuel de formation des ASC</li> <li>• 46 personnels de la PS Bubanza, dont 14 TPS sur l'encadrement et le suivi des activités communautaires (8 femmes et 38 hommes) ; formation des points focaux et des TPS de Karusi sur l'encadrement et le suivi des activités des ASC : 45 participants sur 48 attendus, dont 5 femmes,</li> <li>• Organisation des séances de mobilisation/sensibilisation sur la prévention et la lutte contre le paludisme : 851/828 dont 109 femmes * Muyinga 379/375, dont 41 femmes * Bubanza 266/250, dont 39 femmes * Karusi (DS Nyabikere) : 206/204 dont 29 femmes</li> <li>• Organisation d'une réunion de sensibilisation et de mobilisation de toutes les parties prenantes de Muyinga de l'extraction de l'or sur la prévention et le dépistage de la tuberculose pulmonaire : 52 participants.</li> </ul>	Manque de moyens de déplacement des TPS pour l'encadrement et le suivi des activités des GASC.	Plaidoyer pour que les titulaires des CDS puissent appuyer les déplacements des TPS dans l'encadrement et les suivis des activités des GASC.

Activités %	Réalisations	Problèmes	Approches de solutions
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suivi postsensibilisation/formation des TPS et des GASC dans les PS Muyinga, Bubanza et Karusi.</li> <li>Formation des TPS et des PF/SIS de Karusi sur le DHIS2 : réalisé avec 44 participants, dont 8 femmes</li> </ul>		
<b>A.1.4.</b> Équipement et réhabilitation des CDS (100 %) MEMISA	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Équipement de 16 CDS en matériel médicotechnique de base dont le laboratoire et les salles d'accouchement : Ruce, Murengeza, Kagwema, Rugeyo et Buhurika dans Bubanza ; Kibuye, et Rudaraza dans Karusi ; Kiringanire, Kara, Bugoma Rwamfu, Cagizo, Buzibira, Bonero et Jani dans Muyinga.</b></li> <li><b>Réhabilitation de 17 CDS : Ruce, Murengeza, Bumba, Ngara et Kivyuka dans Bubanza; Bonero et Rukamba dans Karusi ; Rugabano, Nyarunazi, Gahororo, Kibongera, Butihinda, Giteranyi, Buhorana, Musama, Gashoho et Kizi dans Muyinga.</b></li> <li>Organisation de la formation in situ sur la maintenance préventive des équipements de 16 CDS du DS Bubanza, 18 CDS du DS Gashoho, et 20 CDS du DS Nyabikere.</li> <li>Appui au SIS des 7 CDS concernés par l'informatisation : acquisition et dotation de 7 routeurs pour la connexion dans les 7 CDS concernés Mpanda, Musigati, Buhiga, Nyabikere, Kibimba, Rabiro, Nyungu.</li> </ul>	<p>Pas de hangar de stockage propre. Dans la cadre de l'appui à l'informatisation des CDS, l'analyse des offres a été réalisée, mais les offres financières dépassent largement le budget disponible.</p>	<p>Les équipements ont fait l'objet d'un stockage provisoire à la CAMEBU avant la remise aux CDS (paiement de la manutention).</p> <p>Par manque d'autres ressources, l'informatisation digitale des CDS a été abandonnée et les fonds ont été utilisés pour l'achat des outils informatiques pour les mêmes CDS en vue de renforcer la collecte des données dans le DHIS2 (ordinateur et routeur de connexion internet).</p>
<b>A.1.5.</b> Équipement et réhabilitation des HD (100 %) MSV	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Réhabilitation des Blocs opératoires des 5 hôpitaux des districts : Bubanza à Bubanza ; Buhiga à Karusi ; Gashoho, Giteranyi et Muyinga à Muyinga.</b></li> <li><b>Équipement de 6 Hôpitaux de district : Bubanza et Gihanga dans Bubanza ; Buhiga dans Karusi ; Gashoho, Giteranyi et Muyinga dans Muyinga.</b></li> </ul>	<p>Les moyens ne permettaient pas de réhabiliter l'ensemble des bâtiments des hôpitaux,</p>	<p>La priorité a été focalisée sur les blocs opératoires des HD afin de réduire les infections postopératoires, améliorer les conditions</p>

Activités %	Réalizations	Problèmes	Approches de solutions
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réhabilitation du circuit électrique des blocs de laboratoire et de maternité de l'HD Buhiga :</li> <li>Suivi de la fonctionnalité des équipements : Lors de l'achat des équipements, il a été convenu que, le fournisseur pendant la période de garantie devrait réaliser la maintenance curative et préventive sans limitation et sans surcoût pour le propriétaire des équipements. Tous les équipements remis sont fonctionnels.</li> </ul>	<p>Les activités se sont déroulées dans un contexte de transformation de certains CDS en hôpitaux communaux alors que non prévu dans le projet : beaucoup de sollicitations</p>	<p>de travail au bloc opératoire</p> <p>Attendre que le paquet d'activités des HC soit défini pour savoir les besoins répondant aux normes des HC</p>
<p><b>A.1.6.</b> Maintenance préventive des équipements biomédicaux (100 %) MSV</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Formations d'une cohorte de 16 techniciens de maintenance sur plusieurs modules : (1) Module introductif sur les domaines de remise à niveau de connaissances fondamentales en électricité, électronique, plomberie sanitaire et le système de santé du Burundi (2) La gestion des technologies médicales Health Technologies management (HTM), (3) hygiène hospitalière, (4) la maintenance des infrastructures sanitaires, (5) les méthodes de 5 s, (6) les équipements au pied du lit du malade et maternité, (7) les équipements du bloc opératoire, (8) équipement du laboratoire, chaîne froid, (9) imageries médicales, (10) gestion de la technologie médicale, (11) sécurité électrique du patient et du personnel médical et paramédical, (12) Équipement du Laboratoire (13) Imagerie médicale</b> La formation d'une durée totale de 30 mois est achevée en avril 2022 après 8 sessions de formation.</li> <li>4 ordinateurs mis à disposition de la DISE (Direction des Infrastructures, Équipements et Maintenance) et des techniciens biomédicaux des trois structures provinciales.</li> <li>Deux colloques nationaux sur la sensibilisation des acteurs de la santé sur la gestion des équipements biomédicaux : participation de 60 acteurs au niveau national, provincial, districts et hôpitaux pour le premier atelier qui devait analyser l'impact économique et sur la qualité de la maintenance des équipements biomédicaux ; 80 participants pour le deuxième colloque qui a évalué l'état des lieux de l'action.</li> </ul>	<p>RAS</p>	

Activités %	Réalizations	Problèmes	Approches de solutions
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conception d'un dépliant sur la sensibilisation des acteurs de la santé sur la gestion des équipements biomédicaux, intérêt économique et impact sur la qualité de soins.</li> <li>• Formation de 154 dont 53 femmes utilisateurs sur la gestion des technologies médicales</li> <li>• Formation de 98/100 dont 26 femmes utilisateurs des équipements à la maintenance des équipements de laboratoire</li> <li>• Formation de 44 dont 29 femmes utilisateurs des équipements biomédicaux sur la chaîne de froid</li> <li>• Évaluation, pour tous les modules des techniciens de maintenance sur les modules ayant fait l'objet des sessions de formation. Il s'agit d'un coaching postformation qui permet d'apprécier le degré d'assimilation et de pratique des techniciens.</li> <li>• Donation des boîtes à outils aux techniciens de maintenance des hôpitaux de Bubanza, Gihanga, Mpanda, Buhiga, Cinquantenaire, Muyinga, Gashoho, Giteranyi.</li> <li>• Évaluation/Coaching sur la maintenance curative et préventive des équipements du laboratoire : spectrophotomètre et compteur d'hématologie. Dans le cadre du suivi de la mise en application des compétences acquises, une évaluation des comportements professionnels/transfert sur le lieu de travail lors des missions d'évaluation est organisée, l'expert évaluateur est amené à évaluer le transfert en poste de travail des connaissances, habiletés et attitudes apprises lors de la formation pour mieux les aider.</li> <li>• Organisation d'un atelier de révision, coaching sur les équipements d'imagerie médicale : équipements d'imagerie : Le coaching en imagerie médicale a été réalisé.</li> </ul>		
<b>A.1.7.</b> Renforcement des capacités des CDS pour PMA (100 %) MEMISA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 89 microscopistes de Muyinga et de Karusi formés sur la réalisation des examens de laboratoire de base dans les CDS</li> <li>• 51 agents des pharmacies des CDS de Karusi formé sur la gestion des produits pharmaceutiques</li> <li>• 94 prestataires des CDS de Karusi et de Bubanza formés sur la stratégie plainte traitement et la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant</li> </ul>	La formation des gestionnaires des pharmacies sur le logiciel Channel n'a pas été faite	Le BPS a proposé plutôt une formation des titulaires des CDS sur les procédures de gestion financière.

Activités %	Réalizations	Problèmes	Approches de solutions
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formation des infirmiers titulaires des CDS de Karusi sur les procédures de gestion financière : 51 participants sur 51, dont 13 femmes.</li> <li>Formation informative des 60 prestataires, dont 15 femmes prestataires des CDS de Muyinga sur l'AMU et la CSU.</li> </ul>		
<b>A.1.8.</b> Renforcement des capacités des HD pour PCA (100 %) MSV	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formation en cours d'une cohorte de 12 prestataires de Karusi et de 15 de Muyinga en chirurgie essentielle</li> <li>Suivi des recommandations des missions de chirurgie de base dans les hôpitaux de Buhiga (Karusi) et de Muyinga : la plupart des recommandations sont mises en œuvre (50 % à Buhiga, car nouvelles activités et 100 % à Muyinga).</li> <li>Formation de 13 formateurs infirmiers du bloc opératoire pour le mentorat Chirurgie</li> <li>Formation d'une cohorte de 43 prestataires en chirurgie de district : 16 prestataires à l'HD de Muyinga, 15 prestataires à l'HD de Bubanza et 12 prestataires à l'HD de Buhiga [la formation en chirurgie de district regroupe 4 domaines : chirurgie de base, gynéco obstétrique, traumatologie et urologie.</li> <li>Réalisation de 02 missions de supervision en chirurgie de base des prestataires formés : les 3 prestataires supervisés à l'HD Gihanga et 3 autres à Mpanda</li> <li>Suivi/supervisions des partenaires : 8 participants pour 4 hôpitaux ont été suivis par une supervision formative postformation, coaching (Bubanza, Buhiga, Giteranyi, Muyinga)</li> <li>Formation pratique des prestataires en chirurgie de district : 12 prestataires des HD de Muyinga, Giteranyi, Buhiga et Bubanza] : Les mentorés ont reçu leurs certificats le 08/04/2022 dans une cérémonie de remise de certificats organisée dans les locaux de l'INSP.</li> <li>Coaching tutorat : Suivi et supervision postformation des 12 prestataires formés en chirurgie de district : réalisé. Il est constaté une augmentation et une diversité des interventions faites par les prestataires formés.</li> <li>Produire la documentation de la capitalisation pour la chirurgie de district : réalisé et terminée avec l'organisation d'un atelier de capitalisation ayant regroupé tous les</li> </ul>	<p>Le processus de Chirurgie de district a pris du temps pour l'appropriation de l'approche par le MSPLS et un encrage institutionnel et pédagogique de l'intervention. Ce qui a ralenti le rythme initialement prévu</p> <p>Un médecin formé à Muyinga a été recruté plus tard dans une Clinique privée de Bujumbura</p>	<p>MSV s'est investi pour la mise en place d'un cadre stratégique et méthodologique de l'intervention en chirurgie de district.</p> <p>Organiser des formations de rattrapage (remplacement des staffs instables)</p>

Activités %	Réalizations	Problèmes	Approches de solutions
	consortia. Des leçons apprises ont été identifiées ainsi que de bonnes pratiques à prendre en compte dans de prochaines interventions surtout la durabilité.		
<b>A.1.9.</b> Appui aux activités des BPS/BDS (100 %) MEMISA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation de 184 points focaux du système d'information sanitaire des CDS de Muyinga, Bubanza et Karusi sur le DHIS 2</li> <li>• Appui technique et financier aux activités de supervision des provinces et districts sanitaires ciblés par les interventions du Projet : mise à disposition de 40 pneus neufs pour 10 véhicules de supervisions — 3 provinces et 7 districts ;</li> <li>• Appui au transport des médicaments des BDS ;</li> <li>• Appui à la réparation et entretien des véhicules de supervision</li> <li>• Appui à la communication des provinces et districts sanitaires : mise à disposition de 10 routeurs pour la connexion internet dans 3 provinces et 7 districts à Bubanza, Karusi et Muyinga ;</li> <li>• Acquisition de 2 motos pour les activités communautaires à Bubanza et à Karusi</li> <li>• Appui à la planification conjointe des PAA durant toute la durée de mise en œuvre du projet</li> <li>• Appui à la planification trimestrielle des activités appuyées au niveau des 3 BPS et 7 DS.</li> </ul>	Les besoins étaient énormes en termes d'appuis nécessaires	Il a été déterminé les domaines à appuyer afin d'organiser l'amélioration de la qualité des services et soins de santé [carburant pour déplacement de supervision, formative intégrée carburant pour transport des médicaments des DS aux CDS, fourniture de pneus pour véhicules de supervision/approvisionnement.
<b>A.1.10.</b> Renforcement des compétences des autorités en politiques sanitaires (33 %) MEMISA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atelier de réflexion sur les stratégies d'amélioration de l'adhésion de la population de Muyinga à l'assurance-maladie communautaire : 46 participants dont 11 femmes constituées des administratifs et responsables sanitaires ;</li> <li>• Organisation d'un atelier de diffusion documents de politiques sanitaires en lien avec la DGP : 46 participants sur 50 attendus, dont 5 femmes</li> </ul>	Les sessions de Bubanza et de Karusi n'ont pas eu lieu. Les autorités provinciales n'ont pas fait de requête et ont manifesté très peu d'intérêt pour cette activité.	Les fonds ont été utilisés pour appuyer d'autres activités [appui à la planification et élaboration des PAA]

Activités %	Réalisations	Problèmes	Approches de solutions
<b>A.1.11.</b> Renforcement des comités de coordination intersectorielle [100 %] MEMISA	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'organisation des réunions trimestrielles du cadre provincial de concertation pour la santé et le développement [CPSD] au niveau des trois provinces : 38 sessions de CPSD tenues sur 48 prévues]</li> <li>Appui de 6 réunions des 6 revues provinciales conjointes de 2020 et 2021.</li> <li>Une session spéciale du CPSD à Muyinga sur les urgences et épidémies : Covid-19, rougeole, plaies ulcéreuses, paludisme en collaboration avec le projet Kura Kibondo. Cible : intervenants en santé.</li> <li>Appui à la tenue de la réunion d'analyse trimestrielle des données du SIS au niveau de la province de Bubanza : 64 participants 21 femmes. Cible : responsables sanitaires (BPS, BDS, CDS)</li> <li>Tenue de la réunion de coordination des intervenants santé dans les DS : 51 participants sur 62 prévus dont 15 femmes dans le DS de Bubanza, 50 participants sur 52 attendus dont 14 femmes dans le DS Muyinga, 43 participants, dont 7 femmes dans le DS de Giteranyi, et 49 participants sur 52 attendus dans le DS de Gashoho.</li> </ul>	Les réunions des CPSD ne entraînent pas uniquement les actions/activités du projet, mais regroupent d'autres intervenants en santé. Ce qui ne permet pas de se concentrer de manière efficace sur la mise en œuvre effective du Projet	D'autres réunions de coordination du projet ont été organisées à la fin de l'année 2 et 3 pour bien analyser le niveau de réalisation des activités du projet. Ces réunions des parties prenantes dans le projet a permis d'assurer une redevabilité envers les bénéficiaires directs et se mettre d'accord sur le niveau des indicateurs.
<b>A.1.12.</b> Intégration de la santé mentale dans les CDS (100 %) LC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le document des Directives Nationales d'Intégration de la santé mentale dans le système de santé du Burundi. Un document de référence pour toute intervention en santé mentale.</li> <li><b>Réalisation de 5 ateliers provinciaux de diffusion des directives nationales pour l'intégration de la santé mentale et de sensibilisation sur la problématique de la santé mentale auprès des autorités sanitaires provinciales à Muyinga, Karusi, Bubanza et Ngozi ; ainsi que Rumonge en collaboration avec le consortium Enabel.</b></li> <li><b>Formation des techniciens de promotion de la santé (TPS) en santé mentale : 3 sessions pour les provinces de Bubanza, Karusi, Muyinga et Ngozi. 68 TPS, 4 CPPS, 14 superviseurs et 2 cadres du PNILMCNT ont été formés sur le volet communautaire d'intégration de la santé mentale.</b></li> <li><b>Formation des prestataires de soins des CDS en santé mentale : avec une participation de 509 Infirmiers des CDS</b></li> </ul>	La courte durée du projet n'a pas permis de compléter le processus par des stages des prestataires formés et des supervisions formatives.  Les médecins-chefs des districts sanitaires et les médecins provinciaux n'ont pas pu être	Projection de compléter ces activités dans les autres programmes financés par d'autres bailleurs ou par le même bailleur.  Poursuite du plaidoyer pour l'intégration des indicateurs de santé mentale dans le FBP à travers PASSIII qui appuie le FBP.  Il a été nécessaire d'organiser des sessions de formation en cascades

Activités %	Réalizations	Problèmes	Approches de solutions
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les données de santé sont intégrées dans le SNIS et les indicateurs générés par le DHIS2. Les indicateurs ont été désagrégés par sexe, groupe d'âge et par diagnostic</li> <li>• plusieurs contacts de négociation auprès de la Cellule Technique — FBP en vue de l'intégration des indicateurs de santé mentale dans la stratégie FBP</li> <li>• Le chronogramme de la première phase des 6 sessions de formation des prestataires de soins des CDS en santé mentale.</li> <li>• 2 missions de Supervision conjointe de 4 FOSA de Ngozi (2 CDS Kiremba et Gatsinda, Hôpitaux de Kiremba et Buye).</li> <li>• Appui à l'organisation d'un atelier de coordination des acteurs en Santé mentale : réalisée en synergie avec le consortium MEMISA et le consortium HNTPO</li> <li>• dix prêtres, 11 assistants sociaux, un psychologue, une infirmière et deux infirmiers médiateurs de santé ; tous des partenaires de mise en œuvre (dont 1 femme) ont été formés.</li> <li>• Appui aux ateliers trimestriels de coordination des acteurs en santé mentale au Burundi (MSPLS/PNILMCNT) : 5 ateliers appuyés.</li> <li>• Appui aux ateliers de coordination des acteurs en santé mentale au niveau des districts sanitaires dans Karusi et Muyinga.</li> <li>• Organisation des missions de supervision/accompagnement des CDS en santé mentale : Missions conjointes LC-BPS-BADEC-BDS à Ngozi et Karusi, Bubanza = 39 CDS ont été supervisés à Karusi, 39 à Ngozi et 16 à Bubanza.</li> </ul>	<p>formés avec manifestation de peu d'intérêts à l'action.</p> <p>L'intégration des indicateurs de Santé mentale dans le FBP n'a pas encore eu lieu.</p> <p>Le démarrage des sessions de formation des prestataires (infirmier et médecins a eu un retard suite au conflit d'agenda avec les cadres du MSPLS.</p> <p>MEMISA a été sollicité par le Consortium Enabel pour une session de diffusion des directives à Rumonge</p>	<p>pour rattraper le retard observé.</p> <p>Tenant compte que Enabel fait partie du Consortium MEMISA, une complémentarité a été effective à Rumonge pour la diffusion des directives à Rumonge. D'où 5 ateliers sur 4 qui étaient prévus.</p>
<p><b>A.1.13.</b> Compétences communautaires en santé mentale [100 %] LC</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sensibilisation des autorités administratives, sanitaires et religieuses sur la problématique de la santé mentale et sur les méfaits liés à l'utilisation des drogues et autres stupéfiants : réalisée à travers l'animation de 4 ateliers provinciaux et 28 ateliers communaux : au niveau provincial avec</b></li> </ul>	<p>. le renforcement des capacités des relais communautaires sur la santé mentale a</p>	<p>Accélération de la formation des prestataires des formations sanitaires sur la santé mentale [formations en cascades,</p>

Activités %	Réalizations	Problèmes	Approches de solutions
	<p><b>166 participants sur 123 prévus, dont 44 femmes ; au niveau des communes avec 1413 participants sur 1400 prévus dont 267 femmes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>onze personnes affectées au projet chez les prestataires et d'un assistant technique de Louvain Coopération, 68 techniciens de promotion de la santé [TPS], 923 agents de santé communautaire [ASC], 31 agents du Centre de Développement Familial et Communautaire [CDFC] ont été formés sur l'intégration de la santé mentale au niveau communautaire. 4 CPPS, 14 superviseurs et 2 cadres du PNILMCNT ont été formés sur le volet communautaire d'intégration de la santé mentale.</b></li> <li>• 672 ASC ont reçu un kit de matériel de travail dont 228 ASC de Musinga, 146 ASC de Karusi et 298 ASC de Ngozi ont été suivies [Counseling, visite à domicile, sensibilisation, prise en charge psychosociale, accompagnement et référence des malades, suivi de la prise des médicaments, animation de groupes de parole,] par le TPS. De façon globale, les résultats suivants sont notés : <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) Sensibilisation de masse via les concours de chansons culturelles [32 concours] et le théâtre interactif communautaire [15 jeux théâtraux]</li> <li>(ii) Visites à domicile par les ASC : 46 448 visites à domicile</li> <li>(iii) Organisation des émissions radio : 6 émissions animées</li> <li>(iv) Nombre de cas détectés au sein des communautés : Troubles mentaux : 6 008 cas, épilepsie : 10 489 cas, Détresse psychologique : 2 562 cas</li> <li>(v) Séances de counseling : 30 643</li> <li>(vi) Groupes de parole : 48</li> <li>(vii) Séances de psychoéducation : 175</li> </ul> </li> <li>• Organiser des réunions trimestrielles d'évaluation des activités communautaires en santé mentale : contribuer à la célébration de la journée internationale de la santé mentale : réalisé avec un appui technique et financier au PNILMCNT lors des JMSM en octobre 2019 en cofinancement avec DGD, octobre 2021, octobre 2022 en cofinancement avec DGD.</li> </ul>	<p>précédé le renforcement des compétences des prestataires. Il y a eu déphasage entre les sensibilisations des communautés [référencement] et les capacités de prise en charge dans les structures de soins</p>	<p>plusieurs sessions à la fois]</p>

Activités %	Réalizations	Problèmes	Approches de solutions
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tenir des réunions trimestrielles d'évaluation des activités communautaires de santé mentale</li> <li>• Appui technique au consortium HNTPO tout au long du processus d'élaboration, de validation et de finalisation du guide de santé mentale des ASC</li> </ul>		
<b>A.1.14.</b> Approvisionnement en médicaments en santé mentale [100 %] LC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Intégration des médicaments de santé mentale [psychotropes] dans la liste des médicaments essentiels du Burundi [LNME].</b></li> <li>• Le MSPLS a autorisé la prescription des médicaments de santé mentale [psychotropes] au niveau des centres de santé [liste des médicaments par niveau de soins et notes instructives y relatives].</li> <li>• Les médicaments de santé mentale ont été achetés à travers la CAMEBU [marché avec procédures flexibles autorisées par l'UE]</li> <li>• Remise des médicaments au MSPLS et cession des stocks</li> <li>• Organisation d'un système national d'approvisionnement et de distribution des psychotropes au Burundi [note ministérielle] à travers le circuit de la CAMEBU.</li> </ul>	Le processus d'acquisition des psychotropes à la CAMEBU a nécessité l'autorisation préalable de la DUE.	Plaidoyer pour la subvention [partielle ou totale] des médicaments de santé mentale et pour la mobilisation, par le gouvernement du Burundi, des fonds pour le renouvellement des stocks de médicaments.
<b>A.1.15.</b> Réhabilitation de personnes souffrant de troubles mentaux [92,85 %] LC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formations des leaders de 11 associations des malades mentaux de Ngozi en gestion d'AGR ;</li> <li>• Appui en AGR aux 11 associations des malades mentaux de Ngozi</li> <li>• Une recherche-action de capitalisation des interventions communautaires en santé mentale a été réalisée en collaboration avec la Faculté de la Psychologie et des Sciences de l'Éducation de l'Université du Burundi [convention signée avec LC] ; au niveau de la province de Ngozi</li> <li>• Restitution des résultats de la recherche-action en présence des différents intervenants en santé mentale</li> </ul>	La réhabilitation des patients ne concerne que les patients regroupés. L'appui en AGR ne résout pas l'accessibilité financière au traitement. Assurer la formation spécifique des	Plaidoyer pour la subvention des médicaments et le renouvellement des stocks mis à disposition à la CAMEBU

Activités %	Réalizations	Problèmes	Approches de solutions
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réhabilitation des personnes souffrant de maladies mentales stabilisées ; (1) mises en place avec la formation de 52 personnes, dont 4, par association [président, adjoint, secrétaire et le trésorier] en gestion d'Activités Génératrices de Revenus [AGR]. (2) six associations ont été appuyées sur 8 prévues, soit 75 % ; (3) sensibilisation de 7 associations de Ngozi sur le choix et le processus d'octroi des AGR. (4) séances d'échanges au niveau de 2 groupes de paroles à Ngozi ; (5) Réalisation d'une évaluation de la qualité et l'autonomie minimum de 50/50 patients en usant du questionnaire de la qualité de vie [QQV] pour chaque patient et en évaluant la pertinence [6]</li> <li>• Des ateliers des évaluations MARP et enquêtes ménages : 10 ménages 10 à Ngozi ont été réalisés</li> <li>• Identification des patients et les familles affectées par colline a été réalisée i) A Bubanza : 173 cas avec 68 cas de troubles mentaux (H : 40 et F : 28) et 105 cas d'Épilepsie (H : 51 et F : 54) ii) Muyinga : 952 malades mentaux dont 516 hommes et 436 femmes ainsi que 1257 ayant de l'épilepsie dont 785 hommes et 572 femmes iii) Karusi : 2768 cas dont 870 cas de troubles mentaux (H : 451, F : 419), 574cas de détresse psychologique (H : 299, F : 277), 1322 cas d'épilepsie (H : 763, F : 559), iv) Ngozi: 3431 cas, dont 1928 hommes et 1503 femmes. Parmi eux, ceux qui souffrent des troubles mentaux sont au nombre de 1068 (H : 597 et F : 471) ceux qui souffrent de la détresse psychologique sont au nombre de 565 (H : 276, F : 289) 1906 cas d'épilepsie (H : 1163, F : 743).</li> <li>• Des séances de psychoéducation ont été réalisées à Bubanza avec participation de 15 personnes, dont 5 femmes</li> <li>• Des descentes sur terrain pour sensibilisation des patients de se regrouper en associations ont été organisées et 24 associations sont reconnues au niveau administratif dans la province de Ngozi et 20 Associations dans la province de Karusi</li> <li>• L'identification des patients et leurs ménages au niveau communautaire nous donne les résultats suivants : 5 910 cas de troubles mentaux, 10 719 cas d'épilepsies et 2 519 cas de détresse psychologique. Des séances de sensibilisation des patients et leurs familles affectées, ASC et chefs de collines ont été organisées</li> </ul>	<p>membres associations par type d'AGR (formation technique et gestion) l'appui aux associations a suivi un processus de renforcement de l'appropriation par les bénéficiaires ce qui a abouti à un octroi tardif des appuis en AGR impactant aussi la formation par type d'AGR. La non-réalisation de cette activité est due aussi au fait que les associations ont choisi des activités différentes compliquant ainsi l'organisation de l'activité.</p>	

Activités %	Réalizations	Problèmes	Approches de solutions
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La mise en place et la structuration des associations des malades ont été réalisées avec 40 associations à Karusi, 64 associations à Ngozi, 61 associations à Bubanza et 56 associations à Muyinga.</li> <li>• Organiser une formation spécifique sur le leadership communautaire aux futurs encadreurs des associations : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bubanza : 39 personnes formées, dont H=27/F=12</li> <li>○ Karusi : 37 participants</li> <li>○ Ngozi: 23 Techniciens de Promotion de la Santé ; 59 personnes, dont 34 hommes et 25 femmes</li> <li>○ Muyinga : 49 personnes ont été formées dont 10 femmes et 39 hommes</li> </ul> </li> <li>• Appuyer les activités propres à l'association</li> <li>• Former les leaders des groupements sur la gestion technique et financière des AGR</li> <li>• Former les leaders des associations des malades en leadership et en gestion des AGR : 384 leaders, dont 161 femmes</li> <li>• Assurer le suivi et accompagnement (technique et gestion) des associations : Réalisée au total 187 associations ont été suivies pour la rédaction des plans d'affaires et leur financement</li> <li>• Réhabilitation des malades mentaux stabilisés : réalisé avec appui en AGRS aux patients regroupés en 187 associations</li> <li>• Appuyer certains ménages plus vulnérables en les affiliant aux MUSA : réalisé aux mutuelles de santé (Mutuelles appuyées par MEMISA, MUNASA, FEMUSCABU, UCODE AMR). Au total, 2400 ménages vulnérables abritant les patients atteints d'un trouble mental ou épilepsie ont reçu leurs cartes et sont affiliés aux mutuelles de santé</li> <li>• Assurer le suivi des ménages affiliés aux MUSA (accès aux soins de santé, participation à la vie associative, etc.)</li> </ul>		

Activités %	Réalizations	Problèmes	Approches de solutions
<p><b>A.1.16.</b> Implémentation d'un cadre stratégique de santé mentale (100 %) ENABEL</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Multiplication de 500 exemplaires du document pour diffusion auprès des autorités administratives et sanitaires des provinces couvertes par le projet.</b></li> <li>• Suivi du dossier sur l'intégration des médicaments psychotropes essentiels dans la liste nationale des médicaments essentiels. Cette activité est réalisée en collaboration avec LC et la Coordination du Consortium « lead » de la thématique santé mentale du programme.</li> <li>• Le document des directives nationales pour l'intégration des soins de santé mentale dans le système de santé au Burundi a été multiplié et diffusé. La production de ce document a été un élément enclencher la mise en œuvre des activités suivantes (élaboration des modules, sensibilisations dans la communauté, formation des prestataires et des relais communautaires)</li> <li>• La contribution d'ENABEL dans le Consortium MEMISA a facilité l'élaboration d'une liste de médicaments psychotropes essentiels en vue de constituer un dossier pour une discussion avec l'UE &amp; Élaboration de la quantification et estimation des coûts des psychotropes à commander par LC membre du Consortium.</li> <li>• Le consortium a également participé à la « Commission Psychotropes » mise en place par le Cabinet du MSPLS, et à la rédaction des documents à signer par le MSPLS sur « les modalités de distribution des médicaments » et « prescription des médicaments par niveaux de soins ». Ces deux lettres ont été transmises à la Direction du PNILMCNT et signées respectivement en juin et en juillet 2022.</li> <li>• Organisation des supervisions des FOSA : et d'un atelier de restitution des résultats des supervisions a eu lieu. L'atelier visait à rendre compte des résultats des supervisions menées dans les HD de Provinces de Muyinga, Karusi, Bubanza et Ngozi ainsi que de formuler des recommandations visant la généralisation de ces supervisions</li> <li>• Tenue des réunions du Groupe Thématique de Santé Mentale du Programme TWITEHO Amagara avec présentation de l'état d'avancement de la formation des prestataires.</li> </ul>		

Activités %	Réalizations	Problèmes	Approches de solutions
<p><b>A.1.17.</b> Renforcement des capacités des prestataires en santé mentale (92 %) ENABEL</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Formation des formateurs nationaux en santé mentale sur la supervision en santé mentale : 25 participants</b></li> <li>• <b>Validation et impression du manuel de santé mentale des ASC : activité réalisée avec HNTPO et LC (finalisation du manuel et impression en 2000 exemplaires). Le manuel a été validé par une commission du MSPLS et un groupe de travail composé par MSPLS/PNILMCNT-HealthNet TPO, LC et Enabel a finalisé le texte en vue de son impression : Le Guide finalisé a été signé par le ministre de la Santé. Les exemplaires imprimés sont remis au MSPLS en janvier 2021. Distribution du manuel : MSPLS/PNILMCNT &amp; LC : réalisé : édition de 3000 exemplaires (1000 pour PNILCMNT et 950 LC)</b></li> <li>• Élaboration du manuel de santé mentale à l'intention des ASC : appui à l'élaboration du manuel</li> <li>• Impression du document à 3000 exemplaires et distribution à toutes les FOSA</li> <li>• Formation d'un nouveau lot des formateurs en santé mentale : 13/13 personnes formées</li> <li>• Finalisation des outils de formation des prestataires Médecins Généralistes à la lumière des conclusions de la formation des formateurs</li> <li>• Briefing du pool des formateurs nationaux : réalisé avec 10 formateurs sur 2 jours en ligne à Bujumbura □ Formation d'un groupe de 2 sessions de 22 médecins généralistes : réalisé à Gitega avec i) Session1 : 22 médecins généralistes, dont 8 des provinces Bujumbura Rural &amp; Mairie du consortium Enabel ii) Session 2 : 22 médecins généralistes, dont 8 des provinces Bujumbura Rural &amp; Mairie du consortium Enabel. Cette activité inclut l'appui technique et méthodologique, l'impression du manuel et outils de formation et la distribution d'une clé USB aux participants comprenant l'ensemble des présentations. Par ailleurs, il est à signaler que les Consortia Cordaid et HealthNet TPO ont organisé une formation conjointe qui a regroupé 25 MG où les outils produits par le Consortium MEMISA et les formateurs formés par le consortium MEMISA ont été utilisés.</li> </ul>	<p>L'organisation des stages des prestataires formés n'a pas pu avoir un consensus entre le projet et les responsables sanitaires du niveau central (PNIMCNT).</p>	<p>Plaidoyer auprès du comité de pilotage</p>

Activités %	Réalizations	Problèmes	Approches de solutions
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le manuel de formation des prestataires a été élaboré, validé et utilisé lors des formations (adaptation du MhGAP de l'OMS au Burundi.</li> <li>• Formation des infirmiers des HD en santé mentale : 66 participants</li> <li>• Formation des Médecins généralistes des HD et des HC : 74 participants sur 74 attendus des HD et 19 des HC</li> <li>• Formation des infirmiers des services de santé de la Police Nationale : 71 participants</li> <li>• Appui à la recherche-action organisée par LC sur les interventions communautaires en santé mentale.</li> <li>• Recherche-Action organisée par le projet sur la capitalisation en santé mentale avec contribution aux discussions, Briefing des experts de l'ULB, contribution au groupe en charge de recruter les chercheurs et participation à l'analyse lors de l'atelier de capitalisation du 11 novembre 2022</li> <li>• Appui à l'atelier national sur les perspectives d'intervention sur la prise en charge de la consommation des drogues et de toxicomanie dans le système de santé.</li> <li>• Appui du service de santé mentale/PNIMCNT par l'achat d'équipement informatique : 4 laptops, 3 imprimantes et 1 vidéo projecteur</li> <li>• Contribuer à la célébration de la journée internationale de la santé mentale : appui technique et financier au PNILMCNT lors des JMSM en octobre 2021, octobre 2022</li> <li>• Participation à l'organisation de l'atelier de Haut niveau sur la santé mentale le 25/10/22 à l'occasion de la célébration de la journée mondiale de santé mentale 2022 sous le haut patronage de la Première Dame à Gitega</li> </ul>		
<b>A.1.18.</b> Renforcement des compétences des centres spécialisés en santé mentale (100 %) MSV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 24 prestataires formés en neurologie et 16 prestataires formés en urgence psychiatrique.</li> <li>• 02 missions de suivi postformation ont été organisées et réalisées.</li> <li>• Formation de 57/57 prestataires (Médecins, Infirmiers), Mise à niveau de 6 nouveaux prestataires en neurologie : réalisé</li> </ul>	RAS	

Activités %	Réalizations	Problèmes	Approches de solutions
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcement de capacité en urgence psychiatrique/audit de 16 médecins, 7 psychologues et 55 infirmiers.</li> <li>• Supervision postformation des prestataires : Les prestataires des antennes de CNPK ont été formés sur les urgences psychiatriques. Il était prévu une autre formation qui a été associée à une supervision pour des raisons de disponibilité des formateurs</li> <li>• Renforcement des compétences en neurologie au CNPK à l'intention de 2 prestataires par antenne (CNP Gitega et Ngozi). 20 prestataires sur 18 attendus.</li> <li>• Une supervision postformation en neurologie au CNPK</li> </ul> <p>Maintenant, dans les trois centres Neuropsychiatriques du pays, il existe un service des urgences psychiatriques. Les patients sont gardés en observation pendant 48 – 72 heures avant de décider sur leur hospitalisation ou décharge. 20 % des malades admis au service d'urgences retournent dans leur propre milieu et ne nécessitent pas de prolongation d'hospitalisation. Cela a un impact économique non seulement pour le malade lui-même, mais aussi pour la famille et la société.</p>		
<b>A.1.19.</b> Accompagnement et supervision réalisés par les centres spécialisés en santé mentale (100 %) MSV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un outil harmonisé sur la supervision formative a été élaboré, validé et mis en œuvre</li> <li>• Une mission d'experts internationaux pour le renforcement des capacités : formation de 10 prestataires et de 14 experts locaux en supervision formative en vue de l'amélioration des soins de santé mentale délivrés au niveau des centres spécialisés : centres neuropsychiatriques Kamenge, Ngozi et Gitega</li> <li>• Une réunion de coordination avec les centres spécialisés a été tenue</li> <li>• Une mission de supervision des prestataires au niveau des antennes du CNPK a été réalisée avec 4 prestataires supervisés en neurologie</li> <li>• 2 prestataires sur 4 prévus ont été supervisés au niveau des antennes du CNPK de Ngozi et Gitega. Remise de 2 véhicules de supervision pour les CNP Gitega et Ngozi</li> <li>• 2 prestataires des CNP sur 4 attendus ont été supervisés en après leur formation en neurologie.</li> <li>• Organisation des activités de supervision aux CNP Gitega et Ngozi :</li> </ul>	RAS	

Activités %	Réalisations	Problèmes	Approches de solutions
	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 6 supervisions ont été réalisées pour chaque domaine (Neurologie) 4 prestataires étaient concernés</li> <li>➤ 3 supervisions en urgences psychiatriques ont été effectuées au CNP Ngozi et au CSM Gitega et 8 prestataires étaient concernés.</li> </ul>		
<b>A.1.20.</b> Équipements centres spécialisés en santé mentale (100 %) MSV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identification des besoins en équipements des centres spécialisés</li> <li>• Lancement du DAO pour équipements</li> <li>• Analyse des dossiers</li> <li>• Commande des matériels et équipements pour les centres spécialisés</li> <li>• Réception des matériels et équipements</li> <li>• Remise de 03 appareils EEG au niveau du CNPK, Ngozi et Gitega avec formation des utilisateurs</li> </ul>	La situation Covid-19 n'a pas facilité le transport international	Patience
<b>A.1.21.</b> Appui scientifique pour publications et stratégies (100 %) MEMISA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui scientifique tandem ULB-INSP : suivi de la non-objection de la DUE sur le dossier de travailler l'ULB en appui scientifique. : L'accord a été obtenu par courrier en date du 2 mars 2022</li> <li>• Un MOU entre le consortium MEMISA et l'ULB.</li> <li>• 2 protocoles de Recherches-Action et leurs outils ont été élaborés et validés avec l'ULB et les consultants-chercheurs. Demande et obtention de l'avis du comité d'éthique.</li> <li>• Réalisation des recherches-actions : <b>réalisée sur</b> « <i>L'utilisation des services de SSRAJ dans les CDS appuyés par le consortium MEMISA</i> » <b>et</b> « <i>Effectivité de l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires au Burundi, cas de la zone appuyée par le consortium MEMISA</i> » à travers plusieurs phases : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Lancement d'un appel d'offres pour le recrutement des consultants chercheurs</li> <li>➤ Recrutement et formation des enquêteurs</li> <li>➤ Collecte des données sur les différents sites retenus</li> </ul> </li> </ul>	Les recherches-actions ont considéré une courte période de mise en œuvre, car le dispositif des thématiques abordées était mis en place 8 à 10 mois avant la fin du projet.	L'analyse a porté sur les données déjà disponibles au moment des enquêtes et les données de base sont recherchées à postériori.

Activités %	Réalizations	Problèmes	Approches de solutions
	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Analyse des données</li> <li>➤ Présentation des résultats lors de l'atelier de capitalisation du 11 novembre 2022</li> <li>➤ Transmission des rapports scientifiques sur les 2 recherches-actions le 21 novembre 2022.</li> </ul> <p><u>SSRAJ/CDSAJ :</u></p> <p>L'utilisation des services par les adolescents et jeunes est en nette augmentation depuis le renforcement des CDSAJ avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'engouement des adolescents et jeunes pour les équipements attractifs et outils de communication</li> <li>- L'organisation des séances de sensibilisation communautaire dans les CDSAJ, dans les écoles et au niveau des collines par les comités de réseautage</li> <li>- L'amélioration des connaissances en SSRAJ des AJ</li> <li>- La paire éducation comme approche dans la promotion de la SSRAJ</li> </ul> <p>Cependant des défis existent en termes de meilleure organisation des séances éducatives au sein des CDSAJ si possible par tranche d'âge, l'implication des districts sanitaires dans la pérennisation de l'intervention.</p> <p><u>Santé mentale :</u></p> <p>L'intégration de la santé mentale dans le système de soins est effective avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La détection des cas au sein des communautés et leur référence vers les CDS</li> <li>- La réduction de la stigmatisation des patients atteints de troubles mentaux</li> <li>- La prise en charge des patients atteints de maladies et troubles mentaux dans les CDS et HD avec une référence des cas compliqués aux centres spécialisés</li> <li>- La disponibilité des psychotropes dans les FOSA</li> <li>- La réintégration sociale et économique des patients regroupés au sein des associations</li> </ul> <p>Toutefois, la contre référence des centres spécialisés vers les FOSA n'est pas toujours assurée. L'accessibilité aux psychotropes pose des problèmes à cause du coût élevé des</p>		

Activités %	Réalizations	Problèmes	Approches de solutions
	médicaments pour des patients atteints de maladies et troubles qui sont en fait de la catégorie des personnes à faible revenu.		
<b>A.1.22</b> . Dialogue, gestion et renforcement du consortium (100 %) MEMISA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 14 séances dont 5 séances extraordinaires [évaluation externe à mi-parcours, évaluation externe finale, préparation de réponses dans le cadre de « étude de formulation du programme résilience 2,0. ; évaluation ROM] et 9 sessions ordinaires (juin et août 2021, 24/02/2022, 03/05, 06/06, 05/07, 15/07, 20/09, 25/11)</li> <li>• Organisation d'un atelier de validation du rapport narratif annuel en année 2 : et transmission du rapport narratif, financier et d'audit le 28 juillet 2021</li> <li>• Organisation d'un atelier de validation des indicateurs du projet TA MEMISA : dans le cadre du rapportage année 2 : réalisé le 2 juillet 2021 (avec participation des MDPS/MCD, D/HD et responsables SIS BDS/BPS/HD)</li> <li>• Participation à l'atelier de validation des indicateurs du projet TA par la DSNIS et l'AT-DUE au niveau des 5 consortia : réalisé le 23 juillet 2021</li> <li>• Organisation d'un atelier d'évaluation du niveau de mise en œuvre au terme du trimestre juin-sept 2021 et ré planification : réalisé le 10 novembre 2021 avec participation de tous les membres (programme et finances) et du FIC</li> <li>• Organisation d'un atelier d'évaluation du niveau de mise en œuvre des activités en février 2022 : réalisé le 25/02 avec la participation des MDPS/MCD ou représentants des PS Bubanza, Karusi, Muyinga et Ngozi</li> <li>• Organisation d'un atelier d'évaluation du niveau de mise en œuvre période juin 2019-juin 2022 : réalisé le 29/07 avec la participation des MDPS, MCD, DHD des provinces Bubanza, Muyinga, Karusi et Ngozi</li> <li>• Organisation d'un atelier de validation des indicateurs dans le cadre du rapport narratif final avec les MDPS, MCD, DH et leurs responsables SIS : réalisé le 09/12/2022 avec la participation effective des différents acteurs</li> <li>• Élaboration des différents rapports trimestriels : réalisé et transmis à chaque fois à l'AT-DUE</li> </ul>	RAS	

Activités %	Réalizations	Problèmes	Approches de solutions
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organisation d'un atelier de validation du rapport final par les membres du consortium : réalisé le 14/12/2022 avec participation de tous les membres</li> </ul>		
<b>A.2.1.</b> Sensibilisation SSR à travers les organisations locales (100 %) MEMISA	<ul style="list-style-type: none"> <li>40 membres des ASLO de Bubanza ont été formés sur la santé sexuelle et reproductive y compris les VBG</li> <li>152 leaders communautaires, administratifs et élus locaux des PS de Muyinga et de Karusi et Bubanza ont été mobilisés et sensibilisés sur la maîtrise de la croissance démographique.</li> <li>49 leaders communautaires, administratifs et élus locaux de Karusi ont été mobilisés et sensibilisés sur l'importance de l'accouchement en milieu de soins</li> <li>Des séances de sensibilisation des leaders communautaires, administratifs et élus locaux de Karusi sur la dissipation des rumeurs en PF ont été organisées à Karusi et Bubanza : 48 personnes sensibilisées, dont 14 femmes à Karusi et 51 à Bubanza.</li> <li>Organisation des ateliers de sensibilisation sur différentes thématiques : <ul style="list-style-type: none"> <li>Dissipation des rumeurs de la PF et prévention de la Covid-19 : Karusi 58 participants sur 60 attendus, dont 17 femmes ; Muyinga 60 participants sur 69 attendus, dont 17 femmes,</li> <li>Importance de l'accouchement en milieu de soins, CPN précoce et CPoN : Karusi avec 41 participants sur 42 attendus, dont 10 femmes ; Bubanza 53 participants sur 55 attendus, dont 12 femmes, Muyinga 58 participants sur 65 attendus, dont 12 femmes,</li> <li>Importance de la maîtrise de la croissance démographique : réalisé à Karusi avec 41 participants sur 45 attendus dont 10 femmes</li> </ul> </li> <li>Formation des ASLO de Muyinga en SSR/VBG : réalisé en 2 sessions à Muyinga avec 99 participants sur 100 attendus dont 36 femmes et dans Karusi : DS Buhiga avec tous les 38 participants, dont 13 femmes ; DS Nyabikere tous les 42 participants, dont 19 femmes,</li> </ul>	RAS	

Activités %	Réalisations	Problèmes	Approches de solutions
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organisation des séances de sensibilisation des ASLO en SSR/VBG dans les PS Bubanza, Karusi et Muyinga : réalisé avec tous les 181 participants, dont 72 femmes (Bubanza 78 dont 29 femmes, Karusi 54 dont 27 femmes, Muyinga 49 dont 16 femmes)</li> </ul>		
<b>A.2.2.</b> Renforcement des compétences des CDS en VBG (100 %) LC	<ul style="list-style-type: none"> <li>341 prestataires de soins des CDS des provinces de Bubanza, Karusi et Muyinga sur la prise en charge intégrée des survivants des violences basées sur le genre. Les sessions de formation ont été réalisées en collaboration avec le PNSR du MSPLS.</li> <li>Organisation des réunions techniques avec le PNSR : Une réunion a été tenue pour analyser le plan de la deuxième phase de formation des prestataires</li> <li>Appui technique et financier à l'actualisation du module psychosocial en prise en charge des victimes des VBG : réalisé en même temps que l'harmonisation du protocole National de prise en charge des survivants des VBG</li> <li>Supervisions réalisé dans les provinces sanitaires de Bubanza, Muyinga et Karusi. Au total, 48 FOSA en raison de 8 FOSA par DS ont été supervisées. Un atelier de restitution des constats sur terrain et des recommandations a été tenu à l'intention des responsables des FOSA et de l'ECD/BPS</li> <li>S'assurer de la prise en charge des victimes des VBG dans les CDS : réalisé à travers une descente de supervision conjointe dans 9 CDS de la province sanitaire de KARUSI l'équipe de supervision était composé du staff du projet, du staff BPS et du staff BDS, et d'autres visites ont été effectuées en dehors de la supervision conjointe</li> <li>assurer la complémentarité avec Enabel des activités de lutte contre les VBG : Réalisée au cours des ateliers provinciaux d'états des lieux des VBG lors dans le cadre de la campagne des 16 jours d'activisme contre les violences faites aux femmes et aux filles.</li> </ul>	RAS	
<b>A.2.3.</b> Renforcement des CDS Amis des Jeunes (100 %) MEMISA	<ul style="list-style-type: none"> <li>47 prestataires des CDS de Karusi et 49 prestataires de Bubanza ont été formés sur les services conviviaux aux adolescents et jeunes</li> <li>19 formateurs en SSRAJ : 19 participants, dont 7 femmes, au niveau des BPS/BDS (points focaux BPS/BDS et un prestataire qualifié par DS)</li> <li><b>7 CDS identifiés par les autorités sanitaires ont été renforcés pour devenir Amis des Jeunes :</b></li> </ul>	La liste des équipements attractifs du MSPLS ne semble pas adaptée aux besoins des jeunes sur	D'autres équipements pour les jeunes ont été fournis : Des maillons et ballons de football pour organiser des tournois de matchs de football qui deviennent des occasions de sensibilisation à la

Activités %	Réalizations	Problèmes	Approches de solutions
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Acquisition des équipements pour les 7 CDS de Bubanza (Ruce, Bumba), Karusi (Nyakabugu, Mugogo) et Muyinga (Kara, Tura, Jani) : le matériel (poste TV et lecteur DVD), les jeux ludiques, le matériel informatique (pour cybercafé) et les équipements médicotecniques matériels SSR.</li> <li>○ Remise officielle des matériels aux 7 CDS amis des jeunes : en présence des représentants du cabinet MSPLS, DUE, membres de consortium et des MDPS/MCD. Les équipements ont été déployés dans les CDS 7 concernés (PS Bubanza : Ruce, Bumba, PS Karusi : Nyakabugu, Mugogo, PS Muyinga : Kara, Tura, Jani)., suivie du montage du matériel.</li> <li>○ Un atelier de réflexion et de partage sur le fonctionnement et la gestion des CDS amis des jeunes, en collaboration avec le PNSR : 54 participants sur 59 attendus, dont 17 femmes et remise de 6 routeurs aux CDSAJ concernés,</li> <li>○ Appui au réseautage des CDS amis des jeunes concernés dans les PS Bubanza, Karusi et Muyinga</li> <li>○ Formation in situ de tout le personnel (prestataire et personnel d'appui) de 7 CDSAJ : 87 participants sur dont Bubanza 23/23 Karusi 33/33 et Muyinga 31/31</li> <li>○ Atelier de mise en place des comités de réseautage dans les 7 CDSAJ : mise en place des comités, élection des membres du bureau et élaboration et validation des plans d'actions pour les 7 CDSAJ. Il s'agit d'un comité multisectoriel composé des représentants des jeunes scolarisés, jeunes non scolarisés, des leaders religieux et communautaires, de l'administration locale, des enseignants, des prestataires du CDS.</li> <li>○ Visite de suivi des équipements octroyés aux CDSAJ : Il est noté une insuffisance ou manque d'énergie électrique pour rendre fonctionnel d'autres équipements</li> <li>○ Installation solaire du CDS Tura et renforcement de l'installation solaire du CDS Ruce</li> <li>○ Formation des membres des comités de réseautage sur leurs rôles et attributions : Karusi : 31/32 dont 8 femmes ; Bubanza : 31/31 dont</li> </ul>	<p>terrain en termes de jeux attractifs.</p> <p>Les CDS n'avaient pas assez d'espaces pour contenir les équipements malgré les promesses qui avaient été données pour l'aménagement des espaces</p> <p>La mise en place des systèmes d'éclairage solaire au niveau des CDSAJ n'a pas été faite, car la plupart des de ces CDS se retrouvent dans un autre programme » Nyakiriza » de la Banque Mondiale pour électrification à travers le MSPLS et le Ministère en charge de l'énergie.</p>	<p>SSRAJ et des pagnes pour groupes de danseurs dont les champs développent le thème de SSRAJ comme message envers la population en général et de la population en général,</p> <p>L'électrification de ces CDSAJ a concerné les CDS de Tura et Mirwa, les autres étant laissés aux soins de l'autre projet de la BM.</p>

Activités %	Réalizations	Problèmes	Approches de solutions
	<p>7 femmes ; Muyinga : 41/42 dont 17 femmes. Une feuille de route est élaborée par comité de réseautage</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Appui à la tenue des différentes réunions mensuelles des comités de réseautage et aux séances de sensibilisation communautaire dans les aires de santé des 7 CDSAJ. 15.491 adolescents et jeunes (7440 filles soit 48 %) ont déjà été sensibilisés sur les thématiques SSRAJ. Les principaux thèmes abordés sont : Présentation des activités du CDSAJ, son importance et les services offerts au CDSAJ ; Droits en SSR des adolescents et jeunes ; Prévention des grossesses non désirées ; IST/VIH : mode de transmission et prévention ; gestion de la menstruation et hygiène menstruelle ; méthodes contraceptives ; Prévention des comportements à risque chez les Jeunes et adolescents ; Conséquence de la consommation des substances psychoactives et leur prévention ; prévention des violences basées sur le genre ; dialogue parent-enfant en matière de SSR.</li> <li>○ Dotation de blouses pour le personnel des CDSAJ : réalisé pour le personnel soignant (41 blouses blanches) et personnel d'appui (46 blouses bleues). Il s'agit de blouses avec logo du consortium et du bailleur et inscription du nom du CDSAJ.</li> <li>○ Dotation d'imperméables et de T-shirt aux membres du comité de réseautage : réalisé avec 96 imperméables et 96 T-shirts avec logo du consortium à raison d'une moyenne de 13 par comité de réseautage dans chaque CDSAJ.</li> <li>○ Ces outils contribuent à la visibilité des interventions du projet TA dans les 7 CDSAJ et au sein des communautés. En effet, les séances de sensibilisation communautaire se font par les membres du comité de réseautage avec l'appui des prestataires.</li> <li>○ Appui en ballons, jeux de ballons et tenue uniforme pour les groupes de danseuses pour créer d'autres opportunités de rassemblement des jeunes pour transmettre des informations liées à la SSRAJ. Il s'agit de rendre dynamiques les équipes de football au niveau des collines en vue de l'organisation des compétitions intercollinaires. 25 collines autour des</li> </ul>	<p>Il s'agit des CDSAJ de Mugogo et Nyakabugu (Karusi), Kara (à Muyinga)</p>	

Activités %	Réalizations	Problèmes	Approches de solutions
	<p>7 CDSAJ ont été impactées. Au total, 50 ballons (2 par colline), 25 jeux de 12 maillots ont été offerts.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Par ailleurs, un groupe de 12 danseuses est mis en place autour de chaque CDSAJ. Des séances de sensibilisation par les chants, danses et sketch seront organisées. Des tenues uniformes ont été confectionnées et remises à chaque groupe de danse.</li> </ul>		
<p><b>A.2.4.</b> Renforcement des CDS en équipements spécialisés en SSR (100 %) MEMISA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identification de 35 CDS à renforcer en matériels SSR en collaboration avec les autorités sanitaires : 17 CDS à Bubanza, 9 CDS à Muyinga et 9 CDS à Karusi avec acquisition du matériel et équipements SSR des 35 CDS</li> </ul>	RAS	
<p><b>A.2.5.</b> Renforcement des capacités des CDS en SSR (100 %) MEMISA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>90 prestataires (30 prestataires/province) dont 30 femmes de Bubanza, Karusi et Muyinga ont été formés en SONUB. 60 prestataires (30 prestataires par province) dont 24 femmes de Karusi et Muyinga ont été formés en SONE.</b></li> <li>• 108 prestataires de Karusi et de Muyinga ont été formés sur la gestion active de la troisième phase d'accouchement (GATPA) et sur le remplissage du partogramme</li> <li>• 17 prestataires des CDS de la province de Bubanza ont été formés sur la référence et contre référence sur les urgences gynécologiques — obstétricales et néonatales : activité conjointe MSV-MEMISA</li> <li>• Des descentes de suivi postformation des prestataires formés en SONE et en SONUB avec l'appui du PNSR ont été organisées dans les provinces et dans 15 CDS.</li> </ul> <p>Le renforcement des capacités des CDS en SSR a eu lieu avec l'appui technique du PNSR/MSPLS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation des prestataires de Muyinga et de Karusi sur la surveillance des décès maternels, périnataux et riposte : réalisé avec Muyinga : tous les 39 participants cibles dont 11 femmes, Karusi : 20 participants sur 27 attendus dont 5 femmes, Bubanza : tous les 41 participants cibles dont 16 femmes</li> </ul>	<p>Dans les provinces concernées, du matériel didactique spécifique à la formation n'existe pas.</p>	<p>Les sessions se sont déroulées à l'École Paramédicale de Gitega (SONE) et à l'École Paramédicale de Ngozi (SONUB), car disposant du matériel didactique requis. En termes de centres de formation</p>

Activités %	Réalizations	Problèmes	Approches de solutions
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation des prestataires sur la CPN recentrée : réalisé à Karusi en 2 sessions avec tous les 86 participants cibles dont 43 femmes ; Muyinga avec 70 participants sur 72 attendus dont 22 femmes</li> <li>• Formation des prestataires de Muyinga, Bubanza et Karusi en technologie contraceptive moderne : réalisé avec tous les 75 participants cibles dont 23 femmes (Bubanza 25/25 dont 7 femmes ; Karusi 25/25 dont 9 femmes ; Muyinga 25/25 dont 7 femmes)</li> <li>• Formation des prestataires et EC/BPS/BDS de Bubanza, Karusi et Muyinga sur l'autopsie verbale des décès maternels au sein des communautés : 218 participants sur 213 attendus, dont 57 femmes</li> </ul>		
<p><b>A.2.6.</b> Organisation de stages pour le personnel des CDS et des HD en SSR (100 %) MEMISA</p>	<p>Suite aux échanges avec le PNSR, il a été plus pertinent de faire la supervision des prestataires formés à raison de 5 prestataires par semaine avec l'appui de 2 superviseurs en lieu et place des stages en SSR.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisation des activités de supervision des prestataires formés : réalisé pour les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de bases (SONUB) et en technologie contraceptive (TC)</li> </ul> <p>Supervision post formation SONUB: réalisée dans les PS Bubanza, Karusi, Muyinga au niveau de 45 prestataires dans 45 CDS (à raison de 15 par province)</p> <p>Les principaux constats ressortis lors de la supervision sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Prestataires présents et dynamiques lors de la supervision</li> <li>➤ Bonne communication des niveaux intermédiaire et périphérique</li> <li>➤ Maîtrise des compétences pratiques en SONUB</li> <li>➤ Tous les CDS ont des locaux et infrastructures satisfaisants.</li> <li>➤ Les Ocytociques sont disponibles dans tous les CDS pour la GATPA</li> </ul> <p>Cependant, des insuffisances sont relevées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Non-disponibilité des médicaments qui sauvent : Sulfate de Magnésium et de Gluconate de calcium, les antibiotiques</li> </ul>	<p>Un conflit d'encrage de l'activité est né entre le PNSR et l'INSP. Le PNSR dispose des services dans les CDS et hôpitaux où les apprenants font les stages.</p>	<p>La forme des stages a été adaptée en collaboration avec le PNSR</p>

Activités %	Réalizations	Problèmes	Approches de solutions
	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La plupart des centres de santé ne peuvent pas gérer les avortements incomplets (évacuation de débris intra-utérins) par manque de kit AMIU</li> <li>➤ Le partogramme n'est pas correctement rempli.</li> </ul> <p>Supervision postformation sur la technologie contraceptive : réalisé dans 15 CDS (15 prestataires) de la PS Bubanza</p> <p>Les principaux constats sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Manuel de référence et fiche de consultation rapide disponible</li> <li>➤ Présence de deux prestataires formés en TC dans chaque FOSA supervisée des BDS Mpanda et de Bubanza</li> <li>➤ Les méthodes contraceptives sont disponibles et bien gérées</li> <li>➤ Chaque femme a une fiche</li> <li>➤ Le matériel nécessaire est disponible pour l'offre des services de PF au CDS Remesha, de Buringa du BDS Mpanda.</li> </ul> <p>Les points à améliorer se résument en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Faible taux d'adhésion sur les méthodes de longue durée d'action</li> <li>➤ Faible intégration de PF dans les autres services</li> <li>➤ Les consommations mensuelles moyennes des Intrants PF sur les fiches de stock ne sont pas actualisées.</li> <li>➤ La prévention des infections est mal pratiquée</li> <li>➤ La prise en charge des effets secondaires n'est pas bien faite.</li> <li>➤ Absence de registre de rupture de stock des intrants de PF</li> <li>➤ Non-respect de certaines étapes pour la pause de DIU</li> <li>➤ Rupture de certains intrants PF comme le Femidom</li> </ul>		
<b>A.2.7.</b> Renforcement des capacités	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>12 prestataires des hôpitaux en chirurgie contraceptive</b></li> <li>• <b>Vingt-sept formateurs (20 prestataires du BPS/HD et 7 du PNSR) ont été formés sur la prise en charge des VBG.</b></li> </ul>	RAS	

Activités %	Réalizations	Problèmes	Approches de solutions
des HD en SSR (100 %) MSV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 médecins et de 8 infirmiers des hôpitaux ont été formés sur la prise en charge intégrée des violences basées sur le genre,</li> <li>• Une cohorte de 12 prestataires de l'Hôpital de Buhiga 12 prestataires de l'hôpital de Bubanza et 12 prestataires des hôpitaux de Muyinga, ont été formés en urgences obstétricales et néonatale</li> <li>• Une Supervision formative a été organisée et faite dans la province de Muyinga (Giteranyi et Gashoho) : urgences gynécologiques — obstétricales et néonatales,</li> <li>• Une mission de suivi postformation (application des recommandations) sur les urgences obstétricales et néonatales à Bubanza, Muyinga et Karusi a été faite.</li> <li>• Deux missions de supervision en urgences obstétricales ont été organisées et 6 prestataires supervisés à Mpanda et Gihanga (3 prestataires par hôpital)</li> <li>• Une mission de suivi en chirurgie contraceptive et 6 prestataires ont été supervisés à Muyinga</li> <li>• Formation de 16/16 prestataires des HD en prise en charge intégrée des victimes des VSBG</li> <li>• Suivi postformation VSBG : réalisé au niveau de 4 prestataires de l'HD Muyinga</li> <li>• Équipement du CIPECVBG de l'hôpital de Muyinga en collaboration avec ENABEL ([matériel, consommables et mobilier] nts)</li> </ul>		
<b>A.2.8.</b> Renforcement des capacités sur le dépistage et prise en charge des fistules MSV	NA	Le MSPLS [PNSR] a instruit l'acteur de mise en œuvre que cette activité est supportée par l'UNFPA seule autorisée à appuyer ce volet	Les fonds ont été utilisés pour la mise en œuvre du plan Covid-19.
<b>A.2.9.</b> Équipement des HD en matériels de SSR [100 %]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identification des besoins en équipements des 7 HD</li> </ul>	RASdu fait du conflit d'agenda.	

Activités %	Réalizations	Problèmes	Approches de solutions
MSV	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lancement de l'appel d'offres pour l'acquisition des équipements médicotechniques de 7 hôpitaux de district</li> <li>Commande des matériels SSR et équipements pour les HD : réalisé avec signature des contrats, attribution du marché et suivi de la commande é</li> <li>Remise des équipements SSR aux HD : réalisé 6/6 HD Bubanza, Gihanga, Buhiga, Muyinga, Gashoho, Giteranyi</li> <li>Acquisition et remise des équipements aux HD : lampe scialytique [HD Muyinga], autoclave [Gihanga] et appareil d'anesthésie [Gashoho] :</li> </ul>		
<b>A.2.10.</b> Renforcement des capacités pour la référence et la contre-référence en SMI [100 %] MSV	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quinze prestataires des Hôpitaux de la province de Bubanza ont été formés sur la référence et contre référence sur les urgences gynécologiques — obstétricales et néonatales : activité conjointe MSV-MEMISA [15 prestataires à Bubanza, 22 prestataires dont 54 femmes à Karusi et 38 prestataires dont 10 femmes à Muyinga].</li> <li>Suivi formation RCR dans les PS Bubanza, Karusi et Muyinga : C'est une activité réalisée en complémentarité entre MSV et MEMISA : réalisé dans les FOSA dans 3 DS de la PS de Muyinga,)</li> </ul>	Relations tendues entre MEMISA-Administration à Karusi  L'activité de suivi n'a pas été réalisée dans les provinces de Bubanza et Karusi suite à un conflit d'agenda avec une autre activité de la DSNIS	Délocalisation de la formation de Karusi à Muyinga  Reportée après sur les financements des autres projets.
<b>A.2.11.</b> Appui à l'accès aux produits sanguins et aux banques de sang (100 %) ENABEL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Étude réalisée dans 8 provinces du consortium MEMISA et consortium Enabel. Cette étude a été partagée avec les membres du groupe thématique transfusion sanguine et a servi dans une large mesure dans l'identification des besoins et l'appui au CNTS</li> </ul>		.

Activités %	Réalizations	Problèmes	Approches de solutions
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discussion des problématiques de la transfusion sanguine et organisation de l'appui au CNTS</li> <li>• Achat de 7 réfrigérateurs en appui aux banques de sang et accessibilité aux produits sanguins dans 7 HD pour la conservation sécurisée des produits sanguins. : Acquisition et remise aux structures bénéficiaires : réalisé HD Bubanza, Gihanga, Mpanda, Buhiga, Gashoho, Giteranyi, Muyinga</li> <li>• Appui à l'organisation de la journée mondiale du don de sang : réalisé avec des sensibilisations des leaders communautaires lors de la journée mondiale du don de sang (en 2021 et en 2022)</li> <li>• Acquisition de réactifs et de consommables pour le CNTS : réalisé avec remise au CNTS</li> </ul> <p>Liste des intrants fournis : Albumine bovine, sérum test ant A, sérum test anti B, sérum test anti AB, serum test anti D, test Coombs</p> <p>Ces appuis au CNTS et aux HD permettent d'une part d'assurer la disponibilité des produits sanguins (collecte, contrôle du sang collecté) et d'autre part, la conservation dans des conditions optimales des produits sanguins.</p>		
<b>A.2.12.</b> Appui à la participation des femmes dans les instances décisionnelles (...) MEMISA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NA</li> </ul>	Il s'agit d'une activité qui devrait se faire dans le cadre du renouvellement des COSA. Or les COSA ont été renouvelés par COPED dans le cadre d'un autre projet financé par l'UE.	Les fonds sont utilisés pour d'autres activités du résultat et surtout les sensibilisations sur l'intégration de l'approche genre dans les activités quotidiennes des Cosa. à Karusi. e.

Activités %	Réalizations	Problèmes	Approches de solutions
<b>A.2.13.</b> Activités de plaidoyer pour l'accès à la SSR dans les provinces (100 %) MEMISA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcement des compétences des associations locales engagées en santé sur les thématiques SSR, : réalisé aussi lors de la formation des membres des comités de réseautage des CDSAJ</li> </ul>	Les sensibilisations qui étaient prévues en année 2 avaient coïncidé avec une période électorale 2020	Report des séances après les élections de mai à août 2020.
<b>A.2.14.</b> Campagnes nationales de communication sur la SSR, en particulier sur les VBG (75 %) ENABEL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Appui des BPS de Muyinga, Karusi et Bubanza ainsi que le PNSR pour les campagnes de sensibilisation nationales : réalisé avec l'organisation de 6 ateliers provinciaux d'état des lieux des VBG dans le cadre de la campagne des 16 jours d'activisme contre les violences faites aux femmes et aux filles : au total 153/178 dont 51 femmes Muyinga : 63/68 dont 23 femmes ; Karusi : 45/50 dont 15 femmes ; Bubanza : 45/60 dont 13 femmes.</li> <li>Il a été procédé à l'évaluation de l'état des besoins dans la prise en charge des survivants des VBG :</li> <li>Multiplication outils communication sur SSR/VBG : des boîtes à images, des documentaires sur clés USB,</li> </ul>	Budget insuffisant	Mutualisation des moyens avec l'OMS (Consortium Enabel) en partenariat avec le PNSR
<b>A.2.15.</b> Matériels et équipements pour la prise en charge des VBG (100 %) ENABEL	<ul style="list-style-type: none"> <li>10 motos ont été achetées et remises aux bénéficiaires le 27 juillet 2021 en présence du cabinet MSPLS, PNSR, DUE, MDPS/MCD, FIC et membres du consortium. Il s'agit des BPS et des BDS des 3 provinces d'intervention pour le suivi des cas VBG, mais aussi la gestion de la Covid-19 au niveau communautaire.</li> <li>Appui au centre intégré de prise en charge des VSBG : Il s'agit de répondre durablement aux besoins en équipements pour l'appui au centre intégré de PEC des VBG de Muyinga et dans les HD Bubanza, Mpanda, Gihanga, Buhiga, Gashoho, Giteranyi. Les équipements ont été remis aux hôpitaux concernés.</li> </ul> <p>Liste du matériel octroyé : lits métalliques, matelas 0,90 m, table d'examen, lampe gynécologique, kit spéculum, tensiomètre, chaise, armoires.</p>	RAS	

Activités %	Réalizations	Problèmes	Approches de solutions
<b>A.2.16.</b> Intégration de la prise en charge en santé mentale dans le cadre de la SSR (75 %) ENABEL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organisation d'un atelier sur un « état des lieux sur la prise en charge psychologique des VBG » :</li> </ul>	L'impression du module n'a pas pu être faite du fait de la non-implication du partenaire (PNSR)	Le PNSR n'a pris aucune autre alternative et le module n'a pas été imprimé jusqu'à la fin du projet.
<b>A.3.1.</b> Appui aux fonds d'équité et protection financière de la population en cas d'urgences (80 %) MEMISA	Paiement d'un montant de 21 004,91 € 54 833 épisodes de maladies (48 144 malades indigents)  2 séances de sensibilisation sur l'assurance-maladie communautaire dans le cadre de la CSU à l'intention des prestataires et des leaders administratifs des provinces de Muyinga et Muramvya.	. Il n'y a pas eu de circonstances occasionnant l'utilisation de ce fonds pendant les 2 premières années.  À la fin de 2019, le MSPLS exige le paiement de la totalité des coûts alors que les CAM étaient utilisées	Pour l'année 3, le reste des fonds sont transférés sur la ligne 6.3.2 pour l'appui aux IGR des vulnérables indigents dans la province de Bubanza, Muyinga et Karusi  L'utilisation des CAM est stoppée et l'assistance aux vulnérables indigents stoppés, car la CAM permettait l'implication du gouvernement dans cette assistance.
<b>A.3.2.</b> Activités d'autonomisation des vulnérables indigents (100 %) MEMISA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Évaluation de la réinsertion socio-économique des vulnérables indigents à Muyinga : Renforcement des IGRs de Muyinga pour « WOMEN EMPOWERMENT » des vulnérables indigents de Muyinga : 39 % de vulnérables devenus autonomes entre 2015 et 2019 (Réalisé en cofinancement avec Programme DGD 2017-2021)</li> <li>Sensibilisation des leaders au niveau des communes de Bubanza sur le processus d'autonomisation des vulnérables indigents : réalisé au niveau de chacune des 5 communes de Bubanza 301/300 dont 97 femmes,</li> <li>Validation des critères d'indigence au niveau de la PS Bubanza : le choix a porté sur les critères déjà utilisés par le ministère ayant la solidarité nationale dans ses</li> </ul>	Comme l'intervention était nouvelle dans la province, il a été onéreux d'arriver à une appropriation initiale de l'activité (administration et aussi les responsables de	Beaucoup de réunions et séances de concertation au niveau collinaires.  Comme MEMISA Belgique poursuit ses interventions au Burundi, il sera possible de faire un suivi passif à Bubanza et

Activités %	Réalizations	Problèmes	Approches de solutions
	<p>attributions dans un autre programme d'assistance médicale aux vulnérables indigents. Identification des vulnérables indigents dans la liste de la province de Bubanza à intégrer dans les IGR de la CRBu : réalisé avec formation des membres de la CRBu sur la gestion des fonds</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identification et validation des IGR à appuyer/renforcer : réalisé en collaboration/partenariat avec l'appui avec de la CRBu</li> <li>• Formation sur l'identification et la gestion des IGRs rentables des groupements de la CRBu de Bubanza : réalisé avec les 49participants/49 dont 16 femmes</li> <li>• Financement des IGR : signature d'une convention avec la CRBu et déblocage des fonds :</li> <li>• Intégration de vulnérables indigents dans les IGR financées : avec la subvention des IGR dans 5 groupements des communes. 4600 ménages d'indigents à raison de 50 par unité collinaire et 92 IGR au total dans les 5 communes</li> <li>• Suivi des IGR des vulnérables indigents dans la PS de Bubanza : Les achats sont déjà effectués. Les IGR ont démarré avec l'élevage de porcs et d'ovins. Une visite conjointe MEMISA-CRBu branche de Bubanza pour le suivi a eu lieu en juillet avec les équipes de terrain et il est constaté que 378 vulnérables indigents ont déjà fait l'objet de réinsertion socio-économique</li> <li>• Activités de suivi des IGRs à Muyinga et Karusi : descentes de terrain pour constater l'évolution organisation et de gestion des IGR vers l'autonomisation du vulnérable (2 descentes à Karusi et 1 descente à Muyinga).</li> <li>• Le niveau d'autonomisation à Muyinga est de 52 % sur une durée de 5 ans et de 25 % à Karusi sur 3 ans.</li> </ul>	<p>la CRB à Bubanza : (identification/critères)</p> <p>Il n'a pas été possible de mesurer le niveau d'autonomisation avant la fin du projet</p>	<p>un suivi passif à Muyinga et Karusi.</p>
<p><b>A.3.3.</b> Appui en équipement à la réponse à l'urgence (100 %) MEMISA, MSV</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>4 ambulances achetées et octroyées aux DS de Mpanda et Bubanza (Bubanza) et aux DS de Buhiga et Nyabikere (Karusi)</b></li> <li>• Appui au fonctionnement des ambulances : souscription assurance tous risques, renouvellement de l'assurance en mai 2022, entretien des ambulances réalisé et continu pour les DS Mpanda et Nyabikere</li> </ul>	<p>Les ambulances qui étaient prévues pour Muyinga n'ont pas été achetées, car la</p>	<p>Fonds utilisés pour l'achat conjoint (MEMISA et MSV) d'un appareil de radiographie pour l'hôpital de l'HD de Muyinga, en</p>

Activités %	Réalizations	Problèmes	Approches de solutions
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Équipement de l'hôpital de Muyinga : dotation en appareil de radiologie (activité conjointe MSV/MEMISA) ;, montage et installation de l'appareil, formation des utilisateurs sur l'appareil (activité conjointe MSV/MEMISA)</li> <li>• Appui aux activités de prise en charge des urgences : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dotation en pneus des 10 véhicules de supervision des BDS et BPS. pour permettre aux BPS/BDS à faire un suivi des situations épidémiques du paludisme et de la Covid-19.</li> <li>○ Dotation en carburant pour le transport des intrants et les activités de supervision de la gestion des urgences</li> <li>○ Appui à l'entretien et à la réparation des véhicules de supervision dans le cadre des urgences sanitaires</li> </ul> </li> </ul>	<p>BM avait fourni d'autres.</p>	<p>accord avec les responsables sanitaires.</p>
<p><b>A.3.4.</b> Renforcement des compétences pour la réponse à l'urgence (75 %) MSV</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Formation des infirmiers ambulanciers : 18 infirmiers ambulanciers des HD de Muyinga, Gashoho, Buhiga, Bubanza, Mpanda et Giteranyi sont formés sur l'évacuation médicalisée des patients par ambulance.</b></li> <li>• Formation de 15 prestataires sur les soins obstétricaux d'urgence complets (SONUC) : réalisé 15/15 avec 7 prestataires de Bubanza et 8 de Karusi</li> <li>• Organisation d'un atelier technique avec le CNPK en vue de mise en œuvre des mesures visant la prise en charge des troubles mentaux dans le contexte de la Covid-19 : L'atelier organisé et une série de mesures ont été pris pour la suite : achat et mise à disposition des gants, des masques et blouses.</li> <li>• 26 prestataires des HD formés sur la prévention et la protection contre la Covid-19</li> <li>• Suivi postformation des infirmiers formés en ambulanciers. Activités préparatoires pour la formation des infirmiers ambulanciers : élaboration des directives en matière de gestion médico – technique et utilisation des ambulances (en collaboration avec la DGOSA/MSPLS) : réalisé et disponibilité du document</li> </ul>	<p>L'activité d'harmonisation des approches de gestion medicotechniques des ambulances a retardé la complétude de la formation des ambulanciers dans la zone</p> <p>Les directives pour la gestion des ambulances au Burundi n'ont pas été validées à temps</p>	<p>L'activité de validation des directives et la poursuite des formations des ambulanciers seront complétées avec les autres financements des autres projets des acteurs (MSV, MEMISA, LC et ENABEL) bénéficient des financements de la Coopération Belge</p>

Activités %	Réalizations	Problèmes	Approches de solutions
<b>A.3.5.</b> Équipement des HD pour la réponse à l'urgence (100 %) MSV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui au fonctionnement des ambulances : souscription assurance tous risques, renouvellement de l'assurance en mai 2022, entretien des ambulances réalisé et continu pour les DS de Bubanza et Buhiga</li> <li>• Équipement de l'hôpital de Musinga : dotation en appareil de radiologie (activité conjointe MSV/MEMISA) : réalisé avec montage, installation de l'appareil, formation des utilisateurs sur l'appareil (activité conjointe MSV/MEMISA)</li> <li>• Acquisition de 10 appareils ECG pour 7 HD et 3 centres spécialisés : réalisé pour les HD Bubanza, Mpanda, Gihanga, Buhiga, Musinga, Gashoho, Giteranyi et les centres neuropsychiatriques Kamenge, Gitega et Ngozi</li> <li>• Dotation de bonbonnes d'oxygène dans les 4 ambulances :</li> <li>• Acquisition de ventouses pour 3 HC</li> </ul>	<p>À Musinga, les ambulances sont fournies par la BM</p> <p>La formation des utilisateurs des ECG se fera en décembre sur programme DGD 2022-2026</p>	<p>Le projet fournit un appareil de radiographie à l'HD de Musinga</p>
<b>A.3.6.</b> Activités d'appui d'urgence (100 %) MEMISA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>acquisition d'intrants pour la prévention de la pandémie à la COVID-19 : Achat de masques et de gants (EPI) pour 165 CDS en vue de la protection des prestataires</b></li> <li>• <b>Formation des ASC en SMIR3 dans les PS Bubanza, Musinga et Karusi : réalisé avec 467/467 participants, dont 211 femmes (à raison de 1 ASC par colline)</b></li> <li>• <b>Distribution du matériel Covid-19 dans les CDS : Il est octroyé 100 masques/CDS et 200 gants/CDS publics, agréés et associatifs (Musinga 70 CDS, Karusi 37 CDS, Bubanza 55 CDS)</b></li> <li>• 60 dispositifs de lavage des mains et 60 thermoflashes octroyés à la province de Bubanza (cas d'Ebola à Bukavu en RDC) et qui ont servi aussi à la prévention et la lutte contre Covid-19.</li> </ul>		

Activités %	Réalizations	Problèmes	Approches de solutions
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transport d'une citerne plastique pour eau offert par la CRBu = de Bujumbura à Bubanza (appui à la mise en place d'un centre de traitement du choléra à Buyyuko)</li> <li>• Mobilisation/sensibilisation de 276 leaders communautaires et administratifs sur la prévention de la maladie à Virus Ebola et le choléra dans la province de Bubanza</li> <li>• Formation de 148 prestataires et des membres des ECD de la province de Bubanza sur les nouvelles directives de prise en charge du paludisme au Burundi.</li> <li>• Mobilisation/sensibilisation de 286 leaders communautaires et administratifs de Bubanza, Karusi et Muyinga sur la prévention contre Covid-19.</li> <li>• Formation de 25/30 membres EIR des DS de Muyinga, Gashoho et Giteranyi dans la PS Muyinga sur le riposte à la prévention, la notification et la prise en charge des cas de Covid-19.</li> <li>• Formation de 209/210 prestataires des CDS dont 67 femmes des 10 DS dans les PS Bubanza, Karusi et Muyinga sur la riposte aux urgences.</li> <li>• Formation de 44/44 TPS, dont 8 femmes des PS Bubanza, Muyinga, Karusi sur la prévention, la prise en charge, la surveillance, le suivi et la notification des cas de Covid 19.</li> <li>• Participation aux différentes réunions de la sous-commission surveillance épidémiologique et intégration des activités Covid dans le plan de contingence consolidé OCHA.</li> <li>• Appui à la tenue de la réunion de la plateforme provinciale de gestion des risques et catastrophes à Karusi</li> <li>• Appui à la supervision de la mise en œuvre des mesures de prévention et de lutte contre la Covid-19 à Karusi</li> </ul>		

Activités %	Réalizations	Problèmes	Approches de solutions
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participation à la revue intra-action Covid-19 et à l'élaboration et validation du nouveau plan d'action Covid-19 avril sept 2021</li> </ul> <p>Réponses aux éventuelles urgences :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dotation des CDS de Karusi et de Muyinga en 92 thermoflashs, Bubanza en avait reçu dans le cadre de la prévention Covid-19</li> <li>Par suite de la notification du seuil épidémique et de la sollicitation du MDPS de Karusi, des séances de sensibilisation sur la prévention et la lutte contre le paludisme dans les 7 communes de la PS Karusi : 356/360 participants dont 53 femmes</li> <li>Formation des EC/BDS/BPS, CPPS, CPVV, Responsables SIS des HD sur l'analyse des données DHIS2 et Excel avancé : réalisé avec 50/50 participants, dont 11 femmes</li> </ul>		
<b>A.3.7.</b> Renforcement des compétences sur la prise de décision et la capacité de réaction en cas de crise (100 %) MEMISA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mobilisation de 670 leaders communautaires et administratifs de Bubanza et Karusi sur la prévention du paludisme</li> <li>Mobilisation/sensibilisation de 276 leaders communautaires et administratifs de Bubanza sur la prévention de la MVE</li> <li>Atelier de supervision des BPS/BDS/FOSA pour la correction et la qualité des données du SIS avec la DSNIS dans la PS Muyinga : réalisé de façon trimestrielle dans les DS des 3 provinces d'intervention : DS Muyinga 40/44 dont 10 femmes, DS Giteranyi 28/28 dont 3 femmes ; DS Gashoho 25/25 dont 10 femmes ; DS Bubanza 36/36 dont 6 femmes, DS Mpanda 44/44 dont 12 femmes ; DS Nyabikere 28/28 dont 4 femmes, DS Buhiga 28/28 dont 6 femmes</li> </ul>	Des activités retenues en juillet 2021 suite à l'atelier de validation des indicateurs organisé par la DSNIS et l'AT-DUE ont été financées sur cette ligne après réallocation budgétaire.	
<b>A.3.8.</b> Formation des équipes médicales d'intervention d'urgence en	<ul style="list-style-type: none"> <li>Appui à la Formation des gestionnaires des pharmacies sur la gestion des médicaments psychotropes et en cas d'urgence psychiatriques : réalisé avec 24/24 et a concerné les gestions des dépôts des DS et des pharmacies des HD.</li> </ul>	<i>La formation des équipes provinciales d'intervention rapide a été</i>	. attente disponibilité des cadres du COUSP

Activités %	Réalizations	Problèmes	Approches de solutions
santé mentale (50 %) ENABEL		<i>retardée par la préparation du service des urgences du MSPLS à la préparation à la riposte COVID- 19.</i>	

### C. Contraintes – Difficultés – Défis – Risques

La mise en œuvre des activités au cours de la période de juin 2019 à novembre 2022 demeure confrontée à certaines difficultés, contraintes et un environnement comportant quelques risques.

Les voici exposé(e)s de manière générale :

- **Contraintes/Difficultés :**

- Chirurgie de district :

\*Nécessité d'élaborer au préalable un cadre stratégique national permettant une harmonisation et standardisation de l'intervention pour le pays. Ce qui a occasionné un retard de démarrage effectif de l'opération.

\*Deux médecins formés pendant la phase théorique ont été affectés ailleurs par le MSPLS qui a désigné 2 autres prestataires pour la phase pratique. En outre, le médecin formé pour le compte de l'HD Muyinga est parti dans une clinique privée ;

- L'absence de groupe thématique SSRAJ n'a pas permis une harmonisation des approches entre les différents consortia dans le cadre du renforcement des CDS amis des jeunes ;

- Santé mentale :

\*Nécessité d'élaborer au préalable un cadre stratégique nationale permettant une harmonisation et standardisation de l'intervention pour le pays. Ce qui a occasionné un retard de démarrage effectif de l'opération.

\*L'organisation des stages cliniques en santé mentale des prestataires des hôpitaux n'a pas été effective à cause des interférences au niveau du CNPK, les discussions n'ayant pas abouti ; l'appui aux districts sanitaires pour la supervision des FOSA est fait partiellement suite à l'interférence des autres activités du MSPLS impliquant les superviseurs du niveau central ;

- Persistance du contexte de pandémie Covid-19 et la survenue des urgences interférant dans la mise en œuvre des activités telles que les flambées de paludisme, la fièvre de la vallée du Rift chez les animaux d'élevage et le risque actuel de la maladie à virus Ebola qui sévit sans la sous-région (Ouganda).
- Nombreux conflits d'agendas et insuffisance de coordination sur terrain : report d'activités et reprogrammation

#### ***Défis et approches de solutions***

- Covid-19 : Transport international perturbé engendrant un retard dans l'acquisition du matériel et équipement et autres activités. Ceci nous a amené à la demande de prolongation pour la complétude des activités. Par ailleurs l'épidémie de Covid-19 a également causé un retard de

l'exécution des activités nécessitant des rassemblements de personnes comme les formations, ateliers, séminaires, etc.

- Le Consortium MEMISA a appuyé sur le plan technique et méthodologique la mise en place de cadres stratégiques nationaux qui ont nécessité un temps long pour le plaidoyer, la concertation des acteurs et aussi pour leur validation et adoption par les autorités concernées. C'est le cas par exemple en santé mentale, en chirurgie de district, en gestion des ambulances qui ont nécessité l'organisation de plusieurs séances et ateliers pour l'harmonisation et l'élaboration des différents documents Cette approche permet une appropriation initiale des processus innovants par les responsables.
- Disponibilité des devises à la Banque centrale avec une perturbation de l'exécution des marchés d'importation. Des négociations avec la Banque de la République du Burundi pour paiement à l'étranger ont été bénéfiques pour faciliter l'importation.
- Différence des procédures administratives et financières entre les membres du consortium. Il a été utile de mener des concertations entre les responsables administratifs et financiers pour faire des arrangements financiers pour mutualiser les moyens en synergie et complémentarité.
- Inaccessibilité financière de certains ménages à certaines nouvelles molécules de psychotropes, ce qui nécessite toujours un plaidoyer pour l'intégration des indicateurs de santé mentale dans le FBP communautaire ou dans le cadre du processus de la Couverture sanitaire universelle. Un plaidoyer et un lobbying forts sont nécessaires auprès des bailleurs du FBP au Burundi dont l'Union européenne. et le Gouvernement.

**2.3 Indiquez si l'action va se poursuivre après la fin de l'aide de l'Union européenne. Y a-t-il un suivi des activités envisagé ? Qu'est-ce qui va assurer la durabilité de l'action ?**

### **2.3 Poursuite après fin du projet**

Il est indéniable que l'action va se poursuivre après la fin du financement de l'Union européenne. En effet, les membres du consortium sont actifs dans le domaine de la santé au Burundi depuis plus d'une décennie. D'autres projets sont mis en œuvre. À titre d'exemples :

- Chirurgie de district : poursuite de la formation et du coaching post formation avec Enabel (PAORC) et MSV (programme DGD 2022-2026)
- Santé mentale : poursuite des activités de renforcement des compétences des prestataires, du volet communautaire et d'appui à la disponibilité des médicaments avec LC, MSV, MEMISA (programme DGD 2022-2026) dans les provinces de Karusi, Muyinga et Ngozi. ENABEL appuie le volet santé mentale dans le cadre du PASSIII-FBP.
- SSRAJ : poursuite des actions visant la promotion de la santé sexuelle et reproductive y compris la prise en charge des survivants de VSBG avec MEMISA/MSV (programme DGD 2022-2026) dans les provinces de Karusi, Muyinga et Muramvya
- Maintenance des équipements et des infrastructures : formation d'une autre cohorte et suivi post formation des techniciens avec MSV dans le cadre du programme DGD 2022-2026 en collaboration avec ENABEL et la Banque Mondiale. (Par ailleurs, les techniciens formés par MSV (projet Twiteho Amagara) ont appuyé la formation in situ des utilisateurs des équipements dans tous les CDS des provinces d'intervention, ce qui contribue à une appropriation et durabilité technique et sociale.
- Référence et contre référence avec la dotation des ambulances : il est mis en place dans les services provinciaux de santé des stratégies visant la pérennisation du système de référence et contre référence par des actions suivantes :
  - Redynamisation des comités de gestion du fonctionnement des ambulances
  - Existence d'un fonds de maintenance de l'ambulance mise en place par les BPS/BDS et alimenté par 5 % du total des fonds générés par le FBP de tous les FOSA par mois et la cotisation annuelle des ménages de 2000 BIF ;

Les acquis du projet TA servent d'éléments à prendre en compte pour les interventions futures et pour la durabilité des actions menées par les différents acteurs. Une autre phase du programme avec un budget supplémentaire conséquent peut permettre le renforcement des acquis dans la zone et un correctif des actions de capitalisation.

### **2.4 Matrice-cadre logique et extrants**

**Présentez une matrice-cadre logique à jour, faisant apparaître les changements. Lorsque la planification comprenait des points de référence (valeurs cibles intermédiaires), la matrice-cadre logique à jour devrait permettre de comparer les progrès accomplis à la date du rapport avec les valeurs correspondantes figurant dans les rapports antérieurs (s'il y a lieu), ainsi qu'avec les points de référence correspondants et la cible fine.**

Tableau 4. Évaluation du cadre logique du Projet : 2019-2023.

Logique d'intervention	Indicateurs	Point de référence (et année de référence) 2018	Valeur actuelle Date de référence			Cibles (et année de référence)			Sources et moyens de vérification	Hypothèses	Commentaires : explication des écarts des chutes ou des aberrations
			Juin 2019 — mai 2020	Juin 2020 — mai 2021	Juin 2021 — Nov 2022	Juin 2019 — mai 2020	Juin 2020 — mai 2021	Juin 2021 — Nov 2022			
Objectif général : <b>incidences</b>										Mesure de la résilience	
Objectif(s) spécifique(s) : <b>Résultat(s)</b>	Score de qualité globale	Bubanza : 62 % Karusi : 73 % Muyinga : 71 %	70 %	69 %	75 %	85 %	75 %	80 %	FBP	Les activités d'amélioration de la qualité ont permis la résilience du système de santé, car dans les CDS et hôpitaux ciblés, le score de qualité s'est amélioré.	Cible non atteinte, mais une bonne progression de l'indicateur
	Taux d'accouchements par un personnel qualifié par province	Bubanza : 64 % Karusi : 53 % Muyinga : 55 %	67 %	108 %	99 %	67 %	70 %	75 %	DHIS2	Les sensibilisations jouent une grande importance. L'amélioration des	RAS
			56 %	84,8 %	74,3 %	55 %	60 %	70 %			
			51 %	90 %	92,4 %	60 %	50 %	75 %			

Logique d'intervention	Indicateurs	Point de référence (et année de référence) 2018	Valeur actuelle Date de référence			Cibles (et année de référence)			Sources et moyens de vérification	Hypothèses	Commentaires : explication des écarts des chutes ou des aberrations
			Juin 2019 — mai 2020	Juin 2020 — mai 2021	Juin 2021 — Nov 2022	Juin 2019 — mai 2020	Juin 2020 — mai 2021	Juin 2021 — Nov 2022			
										conditions d'accouchement (réhabilitations, formation et équipements)	
R1	Taux global d'utilisation des services	Bubanza : 159 % Karusi : 158 % Muyinga : 171 %	199 % 240 % 183 %	204 % 199 % 167 %	207 % 224 % 169 %	180 % 180 % 180 %	200 % 200 % 200 %	200 % 200 % 200 %	DHIS2	Conditions d'accueil (formations, réhabilitations, équipements)	Bonne progression de l'indicateur, mais dépassement de la cible à Muyinga et Bubanza : recrudescence des cas de paludisme
	Taux de césarienne	Bubanza : 9,5 % Karusi : 3,7 % Muyinga : 3,8 %	11,6 % 3,2 % 6,2 %	11,6 %  3,4 % 7,5 %	10,3 %  3,2 % 7,8 %	10 % 6 % 7 %	15 % 6 % 10 %	12 % 5 % 12 %	DHIS2	Les formations et le fonctionnement continu	Le faible taux de césarienne à Karusi est dû au fait que les femmes fréquentent plus les hôpitaux des provinces voisines de Gitega et Ngozi pendant les

Logique d'intervention	Indicateurs	Point de référence (et année de référence) 2018	Valeur actuelle Date de référence			Cibles (et année de référence)			Sources et moyens de vérification	Hypothèses	Commentaires : explication des écarts des chutes ou des aberrations
			Juin 2019 — mai 2020	Juin 2020 — mai 2021	Juin 2021 — Nov 2022	Juin 2019 — mai 2020	Juin 2020 — mai 2021	Juin 2021 — Nov 2022			
											réhabilitations de l'hôpital de Buhiga (bloc opératoire)
	Taux de létalité dû au paludisme dans les hôpitaux	Bubanza : 0,45 % Karusi : 2,7 % Muyinga : 1,68 %	0,42 % 0,98 % 1,34 %	1,7 % 0,57 % 1,15 %	1,2 % 0,5 % 0,90 %	0,40 % 2,0 % 1,50 %	0,40 % 0,5 % 1 %	0,4 % 0,5 % 0,5 %	DHIS2	Réduction de la mortalité et bonne prise en charge	Recrudescence des cas à Bubanza, le partenaire qui devait assurer les compétences des prestataires n'a pas réalisé l'on appui.
	Couverture en intervention chirurgicale majeure	Bubanza : 37 % Karusi : 39 % Muyinga : 23 %	39 % 49 % 48 %	25 % 43 % 13 %	20 % 45 % 15 %	40 % 45 % 25 %	50 % 60 % 55 %	70 % 70 % 70 %	FBP	Formation et fonctionnement continus	Régression de l'indicateur à Bubanza, car l'HR de Mpanda n'a pas opéré en année3 suite au départ du chirurgien chinois non remplacé. Les chiffres de la deuxième et troisième année concernent

Logique d'intervention	Indicateurs	Point de référence (et année de référence) 2018	Valeur actuelle Date de référence			Cibles (et année de référence)			Sources et moyens de vérification	Hypothèses	Commentaires : explication des écarts des chutes ou des aberrations
			Juin 2019 — mai 2020	Juin 2020 — mai 2021	Juin 2021 — Nov 2022	Juin 2019 — mai 2020	Juin 2020 — mai 2021	Juin 2021 — Nov 2022			
											uniquement les deux HD de Gihanga et Bubanza. Les travaux de réhabilitation du bloc opératoire ont également ralenti le rythme des interventions chirurgicales.
	Pourcentage des Fosa ayant un personnel formé à la prise en charge des troubles mentaux	Bubanza : 0 % Karusi : 0 % Muyinga : 5 %	0 % 0 % 5 %	100 % 100 % 100 %	100 % 100 % 100 %	0 % 0 % 5 %	100 % 100 % 100 %	100 % 100 % 100 %	Rapport d'activités	Nécessité des formations de rattrapage à tous les niveaux	RAS
R2	Taux de mortalités dans les hôpitaux	Bubanza : 2,2 % Karusi : 4,4 % Muyinga : 3,5 %	3,6 % 5 % 3 %	3,83 % 5,11 % 3,8 %	1,20 % 1,5 % 1,8 %	2 % 4 % 3 %	2 % 4 % 3 %	1 % 3 % 2 %	DHIS2	Amélioration des conditions d'accouchement (formations, réhabilitation et équipement)	Bonne évolution de l'indicateur

Logique d'intervention	Indicateurs	Point de référence (et année de référence) 2018	Valeur actuelle Date de référence			Cibles (et année de référence)			Sources et moyens de vérification	Hypothèses	Commentaires : explication des écarts des chutes ou des aberrations
			Juin 2019 — mai 2020	Juin 2020 — mai 2021	Juin 2021 — Nov 2022	Juin 2019 — mai 2020	Juin 2020 — mai 2021	Juin 2021 — Nov 2022			
	Taux de CPN4 par province	Bubanza : 34 % Karusi : 59 % Muyinga : 52 %	37 % 40 % 56 %	34 % 50,8 % 51,1 %	34 % 47,8 % 52,3 %	40 % 65 % 55 %	40 % 60 % 60 %	42 % 62 % 62 %	DHIS2	Les femmes consultent précocement en CPN1	D'une générale et pour des raisons culturelles, les CPN1 se font tardivement et ainsi la femme n'a pas le temps de faire 4 CPN avant l'accouchement.
	Taux de couverture en CPoN1 dans les 15 jours après l'accouchement	Bubanza : 9 % Karusi : 52 % Muyinga : 57 %	46 % 62 % 77 %	44,6 % 80,7 % 76,2 %	51,2 % 109,2 % 105,3 %	15 % 50 % 55 %	50 % 75 % 80 %	55 % 80 % 85 %	DHIS2	Les prestataires profitent des séances de suivi de la vaccination.	Même si la cible n'est pas atteinte, il y a une nette progression de l'indicateur.
	Nombre de cas de violence sexuelle sous traitement ARV dans les 48 heures	Bubanza : 52 Karusi : 62 Muyinga : 1013	19 55 208	21 51 167	115 34 152	NA NA NA	NA NA NA	NA NA NA	DHIS2	Les prestataires de soins sont formés à la prise en charge	À Bubanza : formation des prestataires était une innovation. À Karusi et Muyinga, l'arrêt des activités du

Logique d'intervention	Indicateurs	Point de référence (et année de référence) 2018	Valeur actuelle Date de référence			Cibles (et année de référence)			Sources et moyens de vérification	Hypothèses	Commentaires : explication des écarts des chutes ou des aberrations
			Juin 2019 — mai 2020	Juin 2020 — mai 2021	Juin 2021 — Nov 2022	Juin 2019 — mai 2020	Juin 2020 — mai 2021	Juin 2021 — Nov 2022			
											CIPECSVBG a freiné les activités d'avant dans les Fosa.
R3	Taux de létalité par le paludisme	Bubanza : 3,1/10 000 Karusi : 3,2/10 000 Muyinga : 3,9/10 000	3,2/ 10 000	5,5/ 10 000	2,4/ 10 000	1,5/ 10 000	1,0/ 10 000	0/ 10 000	DHIS2	Réduction de la morbidité et bonne prise en charge	Le DS de Bubanza est resté au-dessus du seuil épidémique pendant deux ans. La formation sur la prise en charge n'a pas suivi.
	Taux de létalité choléra :	Bubanza : 38/10000 Karusi : 0/10 000 Muyinga : 0/10 000	161/ 10 000	0/10 000 0/10 000 0/10 000	0/10 000 0/10 000 0/10 000	0/10 000 0/10 000 0/10 000	0/10 000 0/10 000 0/10 000	0/10 000 0/10 000 0/10 000	DHIS2	Réduction de la morbidité et bonne prise en charge	Après l'épidémie de 2019, Bubanza n'a connu aucun autre cas de choléra et Muyinga et Karusi ne connaissent pas le choléra.

**Tableau 5. Tableau de l'évolution des extrants**

	Chaîne de résultats	Données de base (2018)	Cible 2019-2020	Résultats 2019-2020 (moyenne période)	Cible 2020-2021	Résultats 2020-2021 (moyenne période)	Cible 2021-2022	Résultats 2021-2022 (moyenne période juillet 2021 — novembre 2022)	PROJET
<b>Extrant du Résultat 1</b>									
<b>1,1</b>	<b>Équipement des Fosa</b>								
	1.1.1 Nombre de CDS équipés	DND	16	0	16	16	NA	NA	<b>16/16</b>
	1.1.2 Nombre d'hôpitaux équipés	DND	6	0	6	6	NA	NA	<b>6/6</b>
<b>1,2</b>	<b>Réhabilitation des Fosa</b>								
	1.2.1. Nombre de CDS réhabilités	DND	17	0	17	17	NA	NA	<b>17/17</b>
	1.2.2 Nombre d'hôpitaux réhabilités	DND	3	0	5	5	NA	NA	<b>5/5</b>
<b>1,3</b>	<b>Maintenance des équipements</b>								
	1.3.1 Nombre de sessions avec 13 modules dispensés	DND	2	2	2	3	3	3	<b>8/8</b>
	1.3.1 Nombre de techniciens en formation (cohorte)	DND	16	16	16	16	16	16	<b>16/16</b>
<b>Extrants du Résultat 2</b>									
<b>2.1.</b>	<b>Formation des prestataires en SONE, SONUB et SONUC</b>								
	2.1.1 Nombre de prestataires formés en SONE	DND	60	0	60	60	NA	NA	<b>60/60</b>
	2.1.2. Nombre de prestataires formés en SONUB	DND	90	0	90	90	NA	NA	<b>90/90</b>
	2.1.3 Nombre de prestataires formés en SONUC (cohorte)	DND	15	15	15	15	15	15	<b>15/15</b>
<b>2.2.</b>	<b>Formation des prestataires en chirurgie contraceptive</b>								
	2.2.1 Nombre de prestataires hospitaliers formés en chirurgie contraceptive (cohorte)	DND	12	12	12	0	NA	6	<b>18/24</b>

<b>2.3.</b>	<b>Équipement des CDS Amis des Jeunes</b>								
	2.3.1 Nombre de CDS Amis des Jeunes équipés	DND	NA	NA	7	0	7	7	<b>7/7</b>
	2.3.2 Nombre de prestataires de soins formés en SSRAJ	DND	165	47	118	49	69	101	<b>197/352</b>
<b>2.4.</b>	<b>Formation des prestataires sur la PEC des survivants des VSBG</b>								
	2.4.1 Nombre de prestataires formés à la PEC des survivants des VSBG	0	119	71	167	87	80	111	<b>269/366</b>
	2.4.2 Nombre des membres des ECD/BPS formés à la PEC des survivants des VSBG	0	NA	NA	17	20	NA	NA	<b>20/17</b>
<b>Extrants du Résultat 3</b>									
<b>3.1.</b>	<b>Formation des prestataires face aux situations d'urgence</b>								
	3.1.1 Nombre de personnes formées (cohorte)	DND	316	148	316	304	NA	NA	<b>304/316</b>
	3.1.2 Nombre d'ASC formés en SMIR	DND	0	0	0	0	467	467	<b>467/467</b>
<b>3.2.</b>	<b>Acquisition des ambulances</b>								
	3.2.1 Nombre d'ambulances fournies	DND	4	0	4	4	NA	NA	<b>4/4</b>
	3.2.2 Formation des Ambulanciers		21	0	21	10	11	8	<b>18/21</b>
<b>3.3.</b>	<b>Acquisition des équipements COVID-19</b>								
	3.3.1 Nombre de CDS équipés Covid-19	DND	162	0	162	162	NA	162	<b>162/162</b>
	3.3.2 Nombre d'hôpitaux équipés Covid-19	DND	3	0	3	3	NA	NA	<b>3/3</b>
	3.3.3 Nombre de CS équipés Covid-19		1	0	2	2	NA	NA	<b>2/2</b>
<b>3.4.</b>	<b>Sensibilisation sur la prévention et la lutte contre le paludisme</b>								
	3.4.1 Nombre de personnes participant aux séances de sensibilisations	DND	950	1053	750	851	750	356	<b>2260/2450</b>
	3.4.2 Nombre de séances de sensibilisations	DND	19	19	15	17	15	7	<b>43/49</b>
<b>Intégration Santé mentale (spécifique et transversal sur tous les résultats)</b>									

<b>SM.1.</b>	<b>Ateliers de diffusion des directives SM</b>								
	SM.1.1 Nombre d'ateliers de diffusion	0	NA	NA	5	5	NA	NA	<b>5/5</b>
<b>SM.2.</b>	<b>Finalisation du guide de formation des ASC</b>								
	SM. 2 1 Nombre d'exemplaires du guide produits	0	NA	NA	1000	3000	NA	NA	<b>3000/1000</b>
<b>SM.3.</b>	<b>Actualisation de la LNME avec les psychotropes</b>								
	SM 3.1 Disponibilité de la LNME avec psychotropes	0	NA	NA	1	1	NA	NA	<b>1/1</b>
<b>SM.4.</b>	<b>Formation des prestataires à tous les niveaux et selon les directives</b>								
	SM 4.1 Nombre de formateurs nationaux formés	0	NA	NA	25	25	NA	NA	<b>25/25</b>
	SM 4.2 Nombre de prestataires IT des CDS formés	0	NA	NA	252	0	NA	509	<b>509/252</b>
	SM 4.3 Nombre des membres des ECD/BPS formés	0	NA	NA	30	0	NA	24	<b>24/30</b>
	SM.4.4 Nombre des médecins généralistes formés : 2 MG par HD	0	NA	NA	28	93	NA	93	<b>93/28</b>
	SM.4.5 Nombre d'infirmiers des hôpitaux formés : 2 IG par HD	0	NA	NA	28	0	NA	137	<b>137/28</b>
	SM.4.6 Nombre de TPS formés	0	NA	NA	68	68	NA	NA	<b>68/68</b>
	SM.4.7 Nombre d'ASC formés	74	NA	NA	765	923	NA	NA	<b>923/765</b>
<b>SM.5.</b>	<b>Ateliers provinciaux de sensibilisation sur l'intégration de SM</b>								

	SM.5.1 Nombre de personnes participants aux ateliers	0	NA	NA	123	166	NA	NA	<b>166/123</b>
	SM.5.2 Nombre ateliers provinciaux	0	NA	NA	4	4	NA	NA	<b>4/4</b>
<b>SM.6.</b>	<b>Ateliers communaux de sensibilisation sur la SM</b>								
	SM.6.1 Nombre de personnes participants aux ateliers	0	NA	NA	1410	1413	NA	NA	<b>1413/1410</b>
	SM.6.2 Nombre ateliers communaux	0	NA	NA	28	28	NA	NA	<b>28/28</b>

Il est constaté que certains extrants ont dépassé les prévisions et d'autres n'ont pas atteint les cibles.

Extrant 2.3.2. 18 prestataires sur 24 prévus ont été formés (75 %). En effet, à la deuxième année de mise en œuvre du projet les formateurs n'étaient pas disponibles pour dispenser la formation. Et à l'année 3, seuls 6 prestataires ont pu être formés.

Extrant 2.4.1. Nombre de prestataires formés à la PEC des survivants des VSBG, le rythme des formations n'a pas pu suivre les besoins dans les délais. Seuls 269 sur 366 prestataires prévus ont pu être formés (73 %)

Extrant 2.4.2. Nombre des membres des ECD/BPS formés à la PEC des survivants des VSBG, il y a eu une sollicitation d'ajouter une unité par province. Sur 17 personnes attendues, 20 ont pu être formés (118 %).

Extrant 3.1.1. Nombre de personnes formées (cohorte=calculs cumulés) : Seuls 304 sur 316 attendus ont été formés. À la deuxième année sur 168 attendus, il n'est venu que 156. Le taux de participation est tout de même de 96 %.

Extrant 3.2.2. Formation des Ambulanciers : Sur 21 prévus, 18 ont été formés, l'hôpital de Mpanda n'ayant pas envoyé son personnel à former (non informé à temps). Un taux de participation de 86 %.

Extrant 3.4.1. Nombre de personnes participant aux séances de sensibilisations sur la prévention et la lutte contre le paludisme : 2260/2450 (92 %). Il s'agit des absences momentanées.

Extrant 3.4.2. Nombre de séances de sensibilisations : les séances de sensibilisation qui étaient prévues à Muyinga ont été couvertes par un autre intervenant (43/49 représente 88 % des séances prévues).

Extrant SM.1.2. Nombre d'exemplaires du guide de formation des ASC produits, il d'abord été produits 1000 exemplaires et après les demandes ont augmentés chez d'autres consortia et le consortium en produits 2000 autres exemplaires.

Extrant SM4.2. Nombre de prestataires IT des CDS formés : 509/252 (202 %) : La formation a couvert d'autres provinces (MEMISA étant lead a appuyé d'autres consortia comme ENABEL qui en ont fait la sollicitation pour plus de synergies/complémentarité dans un esprit de leadership) comme Bujumbura et la Mairie.

Extrant SM4.3. Nombre des membres des ECD/BPS formés. Il était prévu 30, mais il en été formé 24 (80 %). Les médecins provinciaux et les médecins-chefs des districts sanitaires n'ont pas été formés.

Extrant SM4.4. Nombre des médecins généralistes formés : 2 MG par HD 93 médecins sur 28 prévus ont été formés (332 %) : les provinces de Bujumbura et la Mairie ont également été couvertes (Consortium ENABEL), sans oublier les médecins qui venaient d'être affectés dans les hôpitaux communaux.

Extrant SM4.5. Nombre d'infirmiers des hôpitaux formés : 2 IG par HD. 137 infirmiers des HD ont été formés sur 28 attendus (204 %). Les provinces de Bujumbura et la Mairie ont également été couvertes (Consortium ENABEL), sans oublier les 71 infirmiers des services de santé de la Police Nationale du Burundi.

Extrant SM4.7. Nombre d'ASC formés. Il a été formé plus d'ASC que prévus car il fallait maximiser l'information au niveau communautaire pour lutter contre la stigmatisation. Une participation de 121 % (923/765).

Extrant SM5.1. Nombre de personnes participants aux ateliers. Il fallait maximiser la sensibilisation au niveau communautaire pour lutte contre la stigmatisation qui fait que la participation ne soit que de 135 % (166/123).

**Le taux global de production des extraits est de 116 % allant de 73 % à 332 % sur 37 extraits. Une bonne performance.**

## 2.5 Thématiques transversales

Expliquez comment l'action a pris en compte les questions transversales telles que la promotion des droits de l'homme, de l'égalité des sexes, de la démocratie, de la bonne gouvernance, des droits des enfants, des droits des populations indigènes, de la préservation de l'environnement à long terme et de la lutte contre le VIH/sida (s'il y a une forte prévalence dans le pays ou la région cible).

### 2.5.1 Genre : Égalité des sexes

La contribution de l'intervention pour assurer l'égalité des sexes est particulièrement forte puisqu'elle vise la santé sexuelle et reproductive, y compris la planification familiale, la prise en charge holistique des survivantes de VBG, Le but étant que les hommes et les femmes accèdent aux soins de santé répondant à leurs besoins quel que soit l'âge, le milieu et la situation socio-économique. L'égalité des sexes est adéquatement incluse dans la mise en œuvre, notamment dans la composition des COSA avec des résultats concrets : 50 % de femmes dans les COSA, critère obligatoire à l'élection.

Le projet a contribué à travers ses interventions à répondre aux besoins pratiques des femmes (équipement et réhabilitation des services de santé de la reproduction) et des jeunes filles (CDSAJ). La formation des prestataires en soins obstétricaux et néonataux essentiels, soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base et complets, la prise en charge des survivantes de VSBG et la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes à travers les Centres de Santé Amis des Jeunes permet l'amélioration des soins de santé pour répondre avec qualité aux maladies et situation sexospécifiques.

Au niveau opérationnel, la prise en compte de la dimension du genre est perceptible à différents niveaux : Le ciblage des ASC a privilégié l'implication des hommes, des femmes et des jeunes lors des différentes formations et les différentes séances de sensibilisation communautaire.

En termes d'activités, le projet Twiteho Amagara a renforcé les capacités des détenteurs d'obligations (prestataires) pour une meilleure offre de service aux détenteurs de droits (les communautés). La promotion des associations locales engagées dans la santé (ASLO) a été faite dans les différentes provinces d'intervention à travers une identification, une validation des ASLO lors d'ateliers provinciaux et le renforcement de leurs compétences sur la SSR y compris les VBG. De manière spécifique, les jeunes ont été renforcés dans leurs droits dans le domaine de la SSR à travers les centres de santé amis des jeunes et bénéficient des services conviviaux adaptés. En effet, une formation in situ a été organisée dans chaque CDS ami des jeunes à l'intention du personnel soignant et d'appui sur l'organisation et le fonctionnement d'un CDSAJ. Des réunions mensuelles sont organisées par les comités de réseautage dont font partie les jeunes scolarisés, non scolarisés, les leaders communautaires et l'administration locale. Des sensibilisations communautaires sont organisées au niveau des collines et dans les écoles de formation.

Des affiches sur les droits des jeunes en santé sexuelle et reproductive ont été multipliées et diffusées dans tous les CDS Amis des jeunes.

Dans les pratiques des causeries éducatives sur les questions de santé sexuelle et reproductive, il ressort que la prise en compte du genre dans la sensibilisation à la sexualité des jeunes porte principalement sur les risques sur la santé des filles (mariage précoces, grossesses non désirées, hygiène et gestion des menstruations, viols, méthodes contraceptives, droits en SSR, dialogue parent-enfant...) qui alimentent les normes sociales qui maintiennent les jeunes femmes et les filles en situation de vulnérabilité notamment face à la coercition sexuelle qui les empêche de faire des choix libres et éclairés. Il est à signaler que la proportion de filles et femmes lors de ces séances en communauté est de 48 %<sup>3</sup>

### **2.5.2 L'Approche Basée sur les Droits des patient (ABDP) et la promotion des droits de l'homme**

Le droit à la santé est un des aspects fondamentaux des droits humains. Il consiste en ce que chaque individu peut accéder aux soins de santé dont il a besoin en toute dignité et de façon efficace et efficiente. Ces soins devant être de bonne qualité. Le projet TWITEHO AMAGARA intègre l'accès de la population à des soins de santé de bonne qualité avec une satisfaction. Ceci s'est traduit à travers :

- Les activités d'amélioration de la qualité des soins auxquels la population a droit d'accéder (renforcement des compétences, équipement en matériel biomédical, les réhabilitations des infrastructures)
- Les activités d'amélioration de l'accès aux soins de santé (subvention des soins de santé offerts aux vulnérables indigents, sensibilisation à l'adhésion aux mutuelles communautaires de santé existantes. Ceci permet aux personnes qui n'avaient pas le droit d'accéder aux soins d'y accéder et d'en jouir de manière juste et équitable.
- Amélioration de la disponibilité des services de santé sexuelle et de la reproduction pour répondre aux besoins de santé des femmes, des adolescents et des jeunes, des survivants des VBG [formations, équipements, réhabilitation des services de la SSR et SSRAJ],

La mise à disposition des services de soins de santé mentale afin que les malades mentaux aient accès aux soins mentaux, dont la disponibilité des médicaments psychotropes et la déclinaison de la prescription de ces derniers, jusqu'au centre de santé [soins devenus à proximité, réduction de la stigmatisation/discrimination des malades] contribuent fortement au respect des droits humains et un changement de comportement des personnes vis-à-vis de la maladie mentale.

L'équipe d'évaluation a noté une plus grande acceptabilité des malades mentaux par leur communauté d'origine et par la société. (P. 28)

Grâce au Projet TWITEHO Amagara, on note une plus grande acceptabilité des malades mentaux par leurs communautés d'origine et la société en général ; mais aussi le développement d'une nouvelle mentalité au sein de la société qui, progressivement, rend possible la réinsertion socio-économique de ces malades mentaux (exemple : le fait d'associer les Associations villageoises d'épargne et de crédit « AVEC » dans l'accompagnement de ces malades mentaux). (P. 39)

***Évaluation mi-parcours de la composante santé « Twiteho Amagara », Rapport final, Union européenne, juin 2022***

<sup>3</sup> Rapport programme sur les activités des réseaux des CDSAJ

### 2.5.3 La sauvegarde de l'environnement

Ici il s'agit de veiller à ce que des activités du projet ne contribuent pas à la détérioration de l'environnement (même si ce n'était pas un objectif du projet en soi). Ceci se traduit par :

- L'utilisation des matériaux locaux dans les travaux de réhabilitation des infrastructures et la reconstitution/renouvellement du couvert végétal et des espaces verts au niveau des sites réhabilités ;
- Les installations des systèmes de collecte des eaux pluviales pour l'utilisation rationnelle des eaux et la protection des ressources naturelles ;
- Les installations solaires pour l'éclairage des services de soins de santé dont les maternités permettent l'utilisation de l'Énergie renouvelable et la présentation contre le réchauffement climatique.
- La maintenance régulière des équipements biomédicaux réduit la production des déchets dans le temps (plus de durabilité) et des gaz à effets de serre qui provoqueraient le réchauffement climatique
- Le covoiturage raisonné réduit la mise en marche de plusieurs véhicules à la fois, avec réduction de la pollution de l'environnement surtout au gaz carbonique.
- La réduction des impressions en utilisant plus des versions de documents électroniques et s'il le faut en réduisant les polices d'impression (moins d'encre, moins de chauffage d'imprimantes et scans).

### 2.5.4. La démocratie :

La démocratie a été induite par : (1) la participation de la population à la cogestion des centres de santé à travers les Cosa, (2) le travail des ASC en groupements et l'existence des comités de pilotage des districts sanitaire pour une participation communautaire dans la prise des décisions pour l'organisation, la gestion et le fonctionnement des districts sanitaires, (3) l'existence des conseils d'administration des hôpitaux de district.

Le CDA (comité de direction de l'action) assurait la participation des membres du consortium à la prise des décisions dans la coordination du Consortium. Le travail du groupe thématique santé mentale a permis le pilotage de l'intégration de la santé mentale par plusieurs consortia en assurant un consensus dans le processus.

**Comment et par qui les activités sont-elles été suivies/évaluées ? Veuillez résumer les résultats du retour d'information reçu, y compris des bénéficiaires et autres.**

### 2.6. Suivi et Évaluation

Le Consortium a mis en place un système de monitoring qui s'est révélé adéquat et efficace.

Plusieurs approches ont été utilisées pour le suivi et évaluation **des activités** du consortium MEMISA :

- Existence des équipes de terrain pour assurer le contact permanent avec les partenaires de mise en œuvre (BPS, BDS, FOSA, BADEC, ODEDIM, BDD) et autres acteurs : planification et suivi mensuel des activités, organisation des activités, rapportage

- Le suivi post formation et postsensibilisation systématique : immédiat et à moyen terme des différentes séances : une analyse des fiches est faite de façon périodique et un rapport produit et partagé aux parties prenantes.
- Processus de planification : appui à la planification annuelle conjointe, planification trimestrielle, mise en œuvre et surtout le suivi trimestriel grâce à un tableau de pilotage, puis compilation à travers le canevas élaboré par l'AT-DUE
- L'organisation des réunions du consortium MEMISA : réunion mensuelle, puis bimestrielle. C'est une occasion de suivi de la mise œuvre programmatique et budgétaire des activités en vue d'une re planification éventuelle et d'une synergie/complémentarité dans la mise en œuvre.
- L'appui à l'organisation des réunions trimestrielles du Cadre de partenariat pour la santé et le développement (CPSD), cadre de suivi évaluation des activités avec les différentes parties prenantes au niveau provincial et de recherche de synergie/complémentarité avec d'autres projets
- Les ateliers semestriels de suivi et évaluation entre les membres du consortium et les partenaires de mise en œuvre (BPS, BDS, HD) pour analyser le point de mise en œuvre et proposer des corrections
- Les sessions semestrielles des membres du comité de pilotage du programme qui permettent une appréciation globale de tous les projets TA (mesure résilience des 5 consortia) et de proposer des mesures correctrices.

Les données financières et de suivi des activités de chaque membre du consortium sont partagées trimestriellement au cours d'une réunion intraconsortium qui permet aussi de suivre l'évolution des dépenses. Les rapports d'avancement indiquent les progrès par rapport aux résultats prévus (par opposition au rapport d'activité), les problèmes et les solutions sont proposés. Il est noté que la responsable de suivi et évaluation du Consortium MEMISA est aussi en charge de saisir les valeurs de référence et les cibles sur OPSYS. Enfin, ce système de suivi interne du projet est complété par un suivi réalisé par une équipe d'assistants techniques dédiés au programme résilience, sur contrat avec la DUE. En effet une assistance technique à long terme à temps plein et une assistance technique dite « perlée » assure le suivi régulier. Un facilitateur interconsortium, personnel de l'OMS est dédié à Twiteho Amagara depuis octobre 2020 assure la facilitation du travail des consortia, l'harmonisation et alignement sur les politiques et stratégies sectorielles nationales. Le Consortium est membre du comité de pilotage du projet qui se réunit tous les trimestres avec les représentants de chaque partenaire à Bujumbura.

Pour un bon suivi et évaluation, une coordination dynamique, harmonieuse et cohérente est nécessaire et ainsi plusieurs mécanismes de coordination ont été mis en place. Concernant **les activités de coordination**, les principales activités du Consortium MEMISA ont été : la participation aux différents mécanismes de coordination : réunions interconsortia, réunions intraconsortium et réunions des groupes thématiques (Digitalisation, urgences, santé mentale, transfusion sanguine, chirurgie de district, etc.).

- Au total il y a eu une participation à 11 réunions interconsortia et organisation de 14 réunions intraconsortium.
- Les différents groupes thématiques se réunissent une fois par trimestre et autant de fois que de besoin en vue de définir et affiner l'harmonisation des stratégies d'intervention.

- Au niveau intra consortium MEMISA, deux groupes de travail ont fonctionné : le « groupe de travail santé sexuelle et de la reproduction » mis en place en année 1 a permis l'harmonisation des interventions SR au sein du consortium avec l'appui du PNSR. Le « groupe de travail santé mentale » qui a permis la concertation et la coordination des activités entre les organisations du consortium, le partage de l'expertise, de l'information et des expériences ainsi que du suivi de la programmation des activités avec les autres consortia et le programme du ministère en charge de la santé mentale. Le travail de ce groupe de travail nous a permis d'animer efficacement le groupe thématique interconsortia en tant que lead.
- Il est à souligner au niveau du Groupe Technique Chirurgie de District, un énorme travail a été fait et a abouti à la validation d'un plan stratégique chirurgie de district au Burundi. Ce plan a été adopté et préfacé par le MSPLS en février 2021. Une note du MSPLS encadre la formation des prestataires en chirurgie de district avec la Direction Générale de l'Offre des Soins, de la médecine moderne et traditionnelle, de l'alimentation et des Accréditations (DGOSA) comme ancrage institutionnel et l'INSP comme ancrage pédagogique sur 6 mois avec certification. MSV, membre du Consortium MEMISA a joué le co-lead de la thématique et son rôle de coordination et d'expertise a été d'une importance capitale pour l'atteinte du niveau satisfaisant de la thématique.
- Les réunions du Groupe Technique Santé Mentale se sont poursuivies à un rythme régulier et ont permis la consolidation de la vision globale sur l'intégration des soins de santé mentale au Burundi qui a été partagée avec la direction du PNILMCNT du MSPLS, dont dépend la santé mentale, qui a été intégrée pour participer aux travaux du Groupe Technique Santé Mentale GT SM. Le groupe thématique a permis le partage de l'expertise et la concertation entre les différentes organisations composant les consortia du Programme TWITEHO AMAGARA, l'échange de l'information et le partage des ressources existantes. Ce travail a abouti à l'harmonisation des interventions, permis d'éviter les doublons et favorisé l'accélération de l'exécution sur le terrain.
- Le Consortium MEMISA a également contribué à la création d'une **coordination des acteurs en santé mentale** sous l'égide du MSPLS/PNILMCNT. Cette coordination qui regroupe acteurs nationaux et internationaux activant dans le domaine de la santé mentale dans le pays a été appuyée sur le plan technique et méthodologique par le consortium se réunit régulièrement chaque trimestre. Cadre d'échanges et de recherche de synergies/complémentarités entre les différentes parties prenantes en santé mentale, cette coordination a largement contribué au renforcement du leadership du MSPLS dans le développement des soins de santé mentale dans le pays et permis d'identifier de nombreux acteurs et de connaître la nature de leur intervention sur le terrain.

**Autres mécanismes de coordination, de suivi et évaluation** : le Consortium MEMISA a également participé dans plusieurs autres cadres de coordination du Projet Twiteho Amagara et assuré les activités de gestion administrative, financière et logistique du consortium

- La participation aux différents mécanismes de suivi et évaluation : élaboration et transmission de rapports trimestriels des activités selon le canevas AT-DUE, suivi des activités résiduelles avec un canevas proposé par la FIC dans la phase de prolongation du projet.

- La contribution dans les visites conjointes AT-DUE dans les provinces (Bubanza, Muyinga, Karusi), mais également les visites inter composantes des projets UE (Ngozi, Muyinga, Karusi). Cela a contribué à la synergie/complémentarité des interventions au niveau des 3 composantes (Tubeho Neza, Twiteho Amagara et Umuco w'Iterambere)
- Le consortium MEMISA a participé aux différentes réunions des GT inter composantes « accès aux revenus, cohésion sociale, urgences, etc. », missions et activités des GT inter composantes à Muyinga, Karusi et Bubanza.
- Les activités de gestion administrative, financière et logistique.

En ce qui concerne le suivi des **indicateurs** du cadre logique :

- Les indicateurs de résultats dont la source est le FBP sont extraits trimestriellement des rapports du FBP après qu'elles aient été contrôlées par le FBP.
- Les données de résultats qui proviennent du système national d'information sanitaire (SNIS) sont collectées à partir du DHIS2 (District Health Information System) après qu'elles aient été contrôlées par le SNIS au niveau provincial. MEMISA vérifie auprès du SNIS que les données ont été contrôlées avant de les utiliser. Durant la période de clôture, le niveau d'atteinte des indicateurs a fait l'objet d'un atelier de validation qui a eu lieu le 09 décembre 2022 avec l'appui de la DSNIS. Il a regroupé les équipes des organisations composant le Consortium et les acteurs concernés : niveau central (DSNIS), niveau intermédiaire (MDPS, MCD, D/HD, Responsables SIS BDS/BPS/HD) des provinces Bubanza, Muyinga et Karusi.
- Les mesures des indicateurs d'extrants sont collectées par les superviseurs de terrain et remontent trimestriellement à la responsable du suivi et évaluation à Bujumbura.

En outre, le consortium MEMISA a fait l'objet d'une évaluation externe à mi-parcours en mars-avril 2022 et d'une évaluation ROM (monitoring axé sur les résultats) en mai 2022. Les résultats et recommandations ont été pris en compte dans la mise en œuvre de l'intervention pendant la période restante du projet.

Les principales conclusions de l'évaluation ROM : « Le projet est efficace. Les produits réalisés en majorité permettront certainement d'atteindre les résultats attendus. Les effets induits constatés sont déjà particulièrement conséquents »

Par ailleurs, une évaluation finale externe est commanditée par le consortium MEMISA. Il en est de même des recherches-actions en santé mentale et en SSRAJ. Malgré la période tardive de la réalisation de ces recherches-actions, nul doute que les résultats seront exploités dans les interventions futures au Burundi.

Les principales conclusions de l'évaluation externe finale : « L'évaluation externe finale nous trace un tableau d'appréciation forte en tenant compte des scores de performance à savoir la pertinence, la cohérence, l'efficacité, l'efficience, l'impact et la durabilité. »

**Tableau 6. Score de performance du Projet<sup>4</sup>.**

Rubrique	Score
La pertinence	A
La cohérence	A
L'efficacité	B
L'efficience	B
L'impact	B
La durabilité	B

Qu'est-ce que votre organisation/toute autre partie participant à l'action a appris de l'action et comment cette expérience a-t-elle été utilisée et diffusée ?

## **2.7. Leçons apprises et bonnes pratiques**

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'intervention, il a été identifié des leçons apprises qui ont été prises en compte. Cette expérience a été partagée entre tous les membres du consortium, parfois au niveau interconsortia. Le consortium MEMISA a également participé à l'élaboration des fiches techniques de capitalisation des interventions (Santé Mentale, Chirurgie de District, CDSAJ, Urgences Sanitaires, Maintenance des équipements).

Au nombre de ces leçons apprises, nous pouvons citer :

- Le travail en consortia a permis une meilleure coordination entre les différents intervenants en vue d'éviter les duplications dans la zone d'intervention conduisant ainsi à l'efficience des interventions
- Les Directives nationales d'intégration de la santé mentale dans le système de santé au Burundi, document dont l'élaboration et la validation ont été appuyées par le consortium MEMISA, a servi de cadre de référence nationale pour tous les consortia et à l'implémentation de la santé mentale. Le contenu de ce document a permis l'intégration de la santé mentale dans les normes sanitaires du pays en termes de PMA et PCA.
- Le recours à la CAMEBU comme structure nationale d'approvisionnement en psychotropes contribue à la durabilité de l'intervention. Les centres neuropsychiatriques ont recours progressivement à la CAMEBU (contrairement à leur ancienne pratique de recours aux grossistes extérieurs)
- L'harmonisation des approches en chirurgie de district et l'ancrage institutionnel contribuent à la pérennisation de cette formation.
- L'élaboration d'un plan conjoint de formation entre les différents consortia a réduit les conflits d'agenda dans la réalisation des différentes sessions de formation en santé mentale
- L'intégration des activités dans les PAA des BDS/BPS et des programmes ou directions techniques (PNILMCNT, PNSR, COUSP, PNILP, DGOSA etc) au niveau central renforce la synergie et la complémentarité des interventions dans la zone et contribue à la réalisation du PNDSIII

<sup>4</sup> Information recueillie du rapport d'évaluation externe final. C-level 11 décembre 2022.,

- La mise en place des groupes thématiques a contribué à l'harmonisation des approches au niveau des différents consortia
- Le suivi et la supervision post-formation opérés par certaines organisations permettent une meilleure implémentation sur le terrain des éléments acquis dans les formations. Le « suivi post formation » étant réalisé en collaboration avec le partenaire, il constitue un élément important pour l'appropriation du Projet, une continuité des actions, une durabilité et un meilleur impact des activités engagées.

Le Consortium MEMISA a également activement participé à un atelier de capitalisation des actions du projet Twiteho Amagara à travers les thématiques : Chirurgie de district, santé mentale, digitalisation, CDSAJ, urgences sanitaires. Cet atelier a eu lieu les 11 et 12 octobre 2022 et a permis d'identifier les bonnes pratiques, les leçons apprises, les défis ainsi que les axes pour des interventions futures. Il ressort ce qui suit :

#### Chirurgie de district :

- Le double ancrage (institutionnel et pédagogique) de la formation en chirurgie de district à travers la Direction Générale de l'Offre de Soins et d'Assurance qualité (DGOSA ex DODS) et l'Institut National de Santé Publique (INSP) est un facteur de durabilité de l'intervention.
- Le coaching constitue une bonne approche de suivi des prestataires formés
- La mutualisation des ressources (coûts de la formation en particulier dans la prise en charge des formateurs) a été une bonne pratique pour la mise en œuvre harmonisée et efficace de la formation par tous les consortia
- L'existence d'une évaluation avant et après la formation des pratiques chirurgicales dans les hôpitaux permet de mesurer ensuite l'évolution des compétences

#### Santé mentale :

- Intervention nouvelle et de manière systémique pour le pays d'où innovation d'intérêt.
- La validation des directives nationales pour l'intégration des soins de santé mentale par le MSPLS qui a permis l'établissement d'un cadre national harmonisé de l'intégration des soins de santé mentale et l'intégration de celle-ci dans les normes sanitaires standard du pays.
- La sensibilisation au sein des communautés, des leaders communautaires et des familles des malades réduit sensiblement la stigmatisation et la discrimination. Le référencement des cas précoces est assuré. Le retour en milieu social est acceptable et le malade est pris en charge par les communautés
- La mise à jour de la liste des médicaments essentiels en élargissant la liste des psychotropes et la déclinaison des niveaux de prescription jusqu'au niveau CDS contribue à la prise en charge des patients atteints de maladies et troubles mentaux

- L'implication de la CAMEBU dans l'achat et l'approvisionnement des psychotropes et l'implication du MSPLS (PNILMCNT) dans la gestion des stocks et le suivi des approvisionnements par les BDS sont des facteurs de durabilité et un appui au développement technique de la centrale.
- La vente des psychotropes au niveau des Fosa permet la constitution d'un Fonds de réapprovisionnement des médicaments psychotropes
- À la première phase du processus d'intégration, le circuit du malade est amélioré : Communauté-Fosa-Centre spécialisé. Le retour en contre-référence est moins opérationnel que la référence : situation à améliorer.

#### Centres de santé ami des jeunes CDSAJ :

- L'organisation des formations des prestataires sur les services conviviaux adaptés aux adolescents et jeunes
- L'organisation des formations in situ a touché beaucoup de prestataires et permet la pérennisation des acquis face à la mobilité du personnel
- L'utilisation des modules nationaux, des directives validées par le MSPLS est une bonne pratique qui garantit l'appropriation et la durabilité.
- La présence des équipements attractifs motive la fréquentation des CDSAJ par les adolescents et jeunes et leur accès à l'information en DSSRAJ. Dans une province de Karusi et dans deux centres de santé différents, la fréquentation des jeunes pour séances de « informations sur la SSRAJ, le centre de santé qui utilise les équipements attractifs et récréatifs (CDSAJ Mugogo avec 647 jeunes de juillet à septembre 2022) augmente la fréquentation des jeunes dans les séances de sensibilisation/information sur la SSRAJ plus que le centre de santé utilisant moins les équipements reçus dans la même période (CDSAJ Nyakabugu avec 100 jeunes seulement) du fait de moins d'information de l'existence du CDASJ et de moins d'équipement utilisés par rapport au paquet offert.
- L'adaptation des équipements attractifs aux besoins réels des jeunes selon les localités est une approche importante à appliquer dans le futur.

#### Urgences sanitaires

- L'appui à l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi évaluation et la revue des plans de contingence Covid-19 contribuent à un meilleur appui aux urgences sanitaires
- Le renforcement des compétences des prestataires et des acteurs communautaires sur la surveillance intégrée des maladies et riposte (SMIR3) a facilité le contrôle des pandémies
- La synergie et la complémentarité entre les différents acteurs et consortia constituent une bonne pratique

- Les EPI pour les prestataires de soins au niveau des hôpitaux (MSV) et des centres de santé (MEMISA) ont protégé les prestataires qui sont restés opérationnels à leurs postes malgré la pandémie de la Covid-19. Ce qui a assuré la résilience du système de soins de santé aux chocs pandémiques.
- Les sensibilisations pour la prévention et la lutte contre le paludisme qui a réduit la morbidité et la mortalité dues à cette maladie dans les provinces de Muyinga et Karusi.
- La formation des prestataires sur la prise en charge du paludisme

Digitalisation:

Dans le cadre de cette intervention, le consortium MEMISA avait prévu la digitalisation de la SPT et du dossier du patient dans 7 CDS en raison d'un CDS/DS. Lors du processus d'analyse, les offres financières reçues pour l'informatisation des CDS dépassaient de trois à quatre fois le budget prévu, ce qui a engendré la suspension du processus et l'option d'appui au système d'information sanitaire des CDS concernés. L'appui a consisté en la dotation du matériel informatique et d'un routeur pour la connexion afin de faciliter la saisie dans le DHIS2 au niveau des CDS cibles.

Lors de l'atelier de capitalisation des différentes thématiques, il ressort que :

- La priorisation des applications interopérables avec le DHIS2 et FBP est une bonne pratique ainsi que l'accompagnement du processus de digitalisation par un informaticien recruté par le projet
- L'existence d'une grille nationale d'évaluation du niveau d'implémentation du SIH est notée
- L'existence du groupe thématique digitalisation est un atout

Même si la maintenance n'avait pas fait objet d'une thématique de capitalisation, nous notons une bonne pratique de complémentarité intraconsortium : les techniciens de maintenance (préventive et curative) des équipements formés au niveau des hôpitaux des districts sanitaires de Muyinga, Karusi et Bubanza par MSV ont contribué à la formation des usagers des équipements des centres de santé dans les mêmes provinces organisées par MEMISA Belgique.

**Veillez énumérer tous les documents (et le nombre d'exemplaires) produits pendant l'action quel qu'en soit le format (veillez joindre une copie de chacun d'eux, sauf si vous en avez déjà envoyé une par le passé).**

## **2.8. Documents produits et leur diffusion**

Plusieurs documents ont été élaborés pendant l'action, dont notamment :

- Directives Nationales pour l'intégration de la santé mentale dans le système de santé au Burundi, octobre 2019. Enabel : impression de 2000 exemplaires
- Module de formation des agents de santé communautaire (en kirundi) sur la santé mentale, novembre 2020. Enabel : impression de 3000 exemplaires
- Le document adapté du MhGap pour la formation des prestataires sur la santé mentale en 2020

- Plan stratégique de la chirurgie de district, février 2021 : impression de 30 exemplaires
- Plan de formation en chirurgie de district, février 2021 :
- Module de chirurgie de district au Burundi, février 2021, Organisation de la formation en chirurgie de district, février 2021
- Rapport de la recherche-action de capitalisation des interventions communautaires de santé mentale : cas des DS de Buye et de Kiremba dans la PS Ngozi : 100 exemplaires
- Rapports scientifiques des recherches-actions en santé mentale : « Effectivité de l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaire au Burundi, cas de la zone appuyée par le Consortium MEMISA » et en SSRAJ : « Utilisation des services de santé sexuelle et reproductive par des adolescents et jeunes dans les Centres de Santé Amis des Jeunes appuyés par le Consortium MEMISA ».
- Les rapports intermédiaires du Projet de l'année 1 et l'année 2.
- Les rapports finaux narratif et financier
- Les rapports trimestriels d'activités adressés à l'AT/DUE

***Veillez indiquer comment les documents produits sont diffusés et à qui.***

La diffusion des différents documents a été réalisée en direction de la DUE, de l'AT-DUE, du MSPLS (niveau central, intermédiaire et périphérique).

En outre, les documents concernant les directives nationales pour l'intégration de la santé mentale et le guide de formation des ASC ont fait l'objet de dissémination large au niveau des communes, au niveau de tous les BPS/BDS et dans les FOSA. Le guide de formation des ASC a été utilisé pour la formation des ASC par tous les consortia.

Les documents de chirurgie de district ont été utilisés par les différents consortia dans le cadre de l'harmonisation de la formation en chirurgie de district.

Le rapport de recherche-action sur les interventions communautaires a été partagé aux différents acteurs (MSPLS, DUE, AT-DUE, acteurs du groupe thématique santé mentale).

Les recherches-actions sur la santé mentale et la SSRAJ ont fait objets d'un atelier de restitution et d'enrichissement (11/11/2012) et les documents seront partagés avec d'autres parties prenantes.

***Veillez énumérer tous les marchés (travaux, fournitures, services) de plus de 60 000 EUR attribués pour la mise en œuvre de l'action depuis le dernier rapport intermédiaire (si existant) ou pendant la période de référence, en indiquant pour chacun d'eux le nom du titulaire et en fournissant une brève description de la manière dont il a été sélectionné.***

### **2.9. Marchés de plus de 60 000 €**

MEMISA : Pas de marché de plus de 60 000 EUR depuis le dernier rapport intermédiaire

MSV : Pas de marché de plus de 60 000 EUR

LC : Il s'agit d'un marché de 200 000 € avec la CAMEBU pour l'approvisionnement des FOSA en médicaments psychotropes. Ce marché a nécessité plusieurs phases pour l'utilisation des procédures flexibles avec l'accord de la DUE. Déjà un lot de médicaments d'une valeur de 115.630.66 € est déjà payés à la fin de la période de mise en œuvre. Soit 58 % du marché.

Enabel : Pas de marchés de plus de 60 000 EUR attribués durant la mise en œuvre de l'action

### **3. Bénéficiaires/entités affiliées et autre coopération**

**3.1. Comment évaluez-vous les relations entre les bénéficiaires/entités affiliées de ce contrat de subvention (c.à.d. ceux qui ont signé le mandat du coordinateur ou la déclaration des entités affiliées)? Veuillez fournir des informations spécifiques pour chaque bénéficiaire/entité affiliée.**

### **3.1. Relation entre bénéficiaires/entités affiliées**

- Excellente relation de travail au niveau des membres du consortium MEMISA ;
- Disponibilité et respect des engagements ;
- Travail en équipe (et réunions périodiques mensuelles du Consortium et en cas de besoin) ;
- Réunions périodiques des différents comités (Comité de Direction de l'Action MEMISA au Burundi et du Comité de Suivi de la Mise en Œuvre à Bruxelles), il est noté le CDA a eu 14 réunions intra consortium et la participation à 11 réunions inter consortia au cours de la période de rapportage ;
- Échanges sur les synergies d'intervention et les complémentarités (consortium ENABEL) ;
- Participation aux visites conjointes, aux missions inter composantes de l'AT-DUE et aux sessions du Cadre Provincial de Concertation pour la Santé et le Développement (CPSD) ;
- Mutualisation des ressources (descentes sur terrain, RH mises à disposition)

L'expérience de collaboration des entités au sein du consortium MEMISA amène aujourd'hui les entités à poursuivre les activités visant le renforcement des acquis du projet dans leurs zones communes avec le financement du Gouvernement d'un pays membre de l'Union européenne : La Belgique.

**3.2. L'accord ci-dessus entre les signataires du contrat de subvention est-il destiné à se poursuivre ? Si oui, comment ? Sinon, pourquoi ?**

### **3.2. Poursuite entre signataires**

À la fin du projet Twiteho Amagara, le travail en synergie se poursuit avec tous les membres du consortium à travers d'autres projets ou programmes. À titre d'exemples :

- Chirurgie de district : poursuite de la formation et du coaching postformation avec Enabel (PAORC, PASSIII-FBP) et MSV (programme DGD 2022-2026)
- Santé mentale : poursuite des activités de renforcement des compétences des prestataires, du volet communautaire et d'appui à la disponibilité des médicaments avec LC, MSV, MEMISA (programme DGD 2022-2026) dans les provinces de Karusi, Muyinga et Ngozi. ENABEL appuie le volet santé mentale dans le cadre du PASSIII-FBP
- SSRAJ : poursuite des actions visant la promotion de la santé sexuelle et reproductive y compris la prise en charge des survivants de VSBG avec MEMISA/MSV (programme DGD 2022-2026) dans les provinces de Karusi, Muyinga et Muramvya
- Maintenance des équipements et des infrastructures : formation d'une autre cohorte et suivi post formation des techniciens avec MSV dans le cadre du programme DGD 2022-2026 en collaboration avec ENABEL et la Banque Mondiale. Par ailleurs, les techniciens formés par MSV (projet Twiteho Amagara) ont appuyé la formation in situ des utilisateurs des équipements dans tous les CDS des provinces d'intervention, ce qui contribue à une appropriation.

**Comment évaluez-vous les relations entre votre organisation et les autorités publiques dans les pays de l'action ? Comment ces relations ont-elles affecté l'action ?**

### 3.3. Relations avec les autorités publiques

- Excellente relation de travail avec les différents acteurs du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA (MSPLS) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- En dehors de quelques conflits d'agenda dus aux nombreuses sollicitations, il est toutefois noté une disponibilité des acteurs du MSPLS et des différents programmes nationaux et Directions (PNSR, Service des Urgences de la DGSS, PNILCMNT, DGP, DISE, DSNIS, DGOSA, etc.) à appuyer la mise en œuvre des activités du projet ;

En outre, il est à signaler que la décentralisation des formations/supervisions n'est pas toujours effective. En effet, certains départements du niveau central continuent par exécuter des formations et les supervisions jusqu'au niveau CDS, parfois au niveau communautaire. ;

- La participation des acteurs du MSPLS aux différentes réunions des groupes thématiques renforce la collaboration dans la mise en œuvre des activités et dans l'identification des approches de solutions pour relever les goulots d'étranglement ;
- Implication du PNILCMNT dans l'intégration de la santé mentale dans le système de santé au Burundi avec les différentes sessions de formation organisées et les supervisions des FOSA. Il en est de même du PNSR pour le volet SSR et la DGOSA pour l'ancrage institutionnel de la chirurgie de district ;
- Implication et participation active de la Direction Générale de la Planification (DGP) du MSPLS dans l'intégration des activités dans les PAA des BPS et des districts sanitaires, dans les réunions ;
- Participation active des membres du Comité de pilotage aux réunions semestrielles de suivi évaluation de l'intervention du projet TA. Une visite des membres du COPI est intervenue en fin de projet pour s'assurer de l'existence et de la fonctionnalité des différents équipements octroyés, de la qualité des travaux de réhabilitations et des formations faites.

- **Institut National de Santé Publique (INSP)**

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan stratégique Chirurgie de district du Burundi, l'INSP est retenu par le MSPLS comme institution d'ancrage de la formation des équipes de prestataires. C'est une formation de 6 mois avec certification. 5 HD sont identifiées comme sites de formation (Rumonge, Muramvya, Gitega, Ngozi et Muyinga). L'INSP recrute les formateurs et a été responsable de la formation continue des prestataires. Des conventions ont été signées entre l'INSP et les différents consortia dans le cadre d'une approche harmonisée. La formation est achevée en avril 2022 avec la remise des certificats aux mentorés.

En outre, dans le cadre de l'appui scientifique du tandem ULB-INSP, deux recherches-actions ont été réalisées après l'obtention de l'accord du comité d'éthique présidé par l'INSP. Il s'agit de :

- L'utilisation des services de SSRAJ dans les CDS appuyés par le consortium MEMISA
- Effectivité de l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires au Burundi, cas de la zone appuyée par le consortium MEMISA

Les résultats préliminaires des recherches-actions ont fait l'objet de restitution et les rapports scientifiques sont transmis au Consortium. Ils feront l'objet d'une diffusion au niveau des différentes parties prenantes.

- **Centre Neuropsychiatrique de Kamenge (CNPK)**

Le CNPK est un acteur incontournable et privilégié qui joue un rôle primordial dans le processus d'intégration des soins de santé mentale dans les FOSA au Burundi. Il en est de même des autres centres spécialisés. Les centres spécialisés ont contribué à la formation des Médecins généralistes, des infirmiers. Des activités de supervision postformation ont été organisées avec le CNPK. Toutefois, les échanges sur les possibilités de stages cliniques des prestataires des

HD formés en santé mentale n'ont pas abouti, car le centre est sollicité par beaucoup de partenaires.

- **Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation (FPSE)/Université du Burundi (UB)**

Les approches variées que Louvain Coopération utilise sur terrain ont fait l'objet d'un travail de capitalisation des expériences d'intervention communautaire en santé mentale tout en identifiant les bonnes pratiques et les leçons apprises. Ce travail a été réalisé par la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation/Université du Burundi à travers son centre de recherche « CRIDIS ». Un atelier de restitution des résultats de terrain a été tenu à l'intention des différents acteurs en santé mentale au Burundi. Le document final de capitalisation est disponible et a fait l'objet d'une diffusion auprès des différents acteurs. Le MSPLS a apprécié positivement ce document qui constitue une contribution scientifique de l'intégration de la santé mentale.

**Le cas échéant, décrivez vos relations avec toute autre organisation prenant part à la mise en œuvre de l'action :**

- Associé(s) (si existant)
- Contractant(s) (si existant)
- Bénéficiaires finaux et groupes cibles
- Autres tiers concernés (incluant les autres donateurs, autres agences gouvernementales ou unités gouvernementales locales, ONG, etc.).

### **3.4. Relation avec toute autre organisation de mise en œuvre**

En dehors des structures du MSPLS, d'autres organisations ont joué un rôle clé dans la mise en œuvre des activités. Il s'agit entre autres de :

- **Assistance technique IBF pour la délégation de la DUE**

Très bonne collaboration et disponibilité permanente de l'AT. Des visites conjointes de terrain et des visites intercomposantes sont des opportunités de renforcement des synergies/complémentarités des interventions. Le canevas de suivi trimestriel des activités, ainsi que les rencontres trimestrielles AT-DUE et consortium (après transmission du canevas renseigné) permet de faire une appréciation trimestrielle de l'évolution du projet dans sa mise en œuvre. Un cadre de coordination provinciale des différents projets UE a été suggéré lors des visites et mis en place.

- **Croix-Rouge du Burundi**

Une convention globale avec la CRBu ainsi qu'une convention spécifique avec ses branches provinciales de Karusi et Muyinga sont signées pour la mise en œuvre surtout du volet identification et autonomisation des vulnérables indigents en cofinancement avec DGD. Pour l'année 3 de mise en œuvre, le processus a été fait avec la branche à Bubanza, ce qui a permis l'appui au financement des IGR en direction de 4600 ménages d'indigents dans les 5 communes de Bubanza.

- **Université Libre de Bruxelles**

L'Université Libre de Bruxelles a contribué à la mise en œuvre du Projet en apportant son appui Scientifique à deux recherches-actions sur l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires et aussi sur l'utilisation des services de santé sexuelle et de reproductive par les adolescents et jeunes dans les CDSAJ.

**Le cas échéant, décrivez les liens et synergies que vous avez mis en place avec d'autres actions.**

### **3.5. Liens et Synergies avec d'autres actions**

Des synergies ont été développées avec d'autres projets dans le cadre des visites conjointes et lors des sessions du CPSD provincial : par exemple i) la formation des membres des comités de santé sur

leurs rôles, attributions et leadership communautaire dans les provinces de Bubanza et de Karusi avec COPED (sur financement d'un autre projet de l'UE), ii) la synergie avec le projet PAORC (projet ENABEL) dans le cadre de la chirurgie de district. Le Consortium MEMISA a aussi fait des mutualisations des ressources avec le Consortium Enabel dans la mise en œuvre de certaines activités transversales.

Le cofinancement et les synergies et complémentarités sont instaurés avec les programmes financés par la DGD (Coopération Belge au Développement, Ministère des Affaires Etrangères de Belgique) dans les Provinces de Ngozi (Santé mentale à travers Louvain Coopération), Muyinga et Karusi (à travers MEMISA et MSV). Des activités du programme DGD permettent l'atteinte des résultats du Projet et certaines activités du Projet permettent l'atteinte des résultats du programme DGD. Ceci est une pertinence et une opportunité de cofinancement sur la période des trois années, à noter que le programme DGD a une durée de 5 ans de 2017 à 2021. Un nouveau programme DGD « AMAGARA KURI BOSE » a démarré en 2022 et couvre la période 2022-2026. Ce programme complètera et renforcera, dans la zone d'action qui est Bubanza, Muyinga, Karusi, Gitega et Muramvya, certains acquis de projet Twiteho Amagara surtout pour les volets suivants :

- CDSAJ
- Santé mentale
- Chirurgie de district
- Maintenance des équipements

Des synergies et complémentarités de ce programme de la Coopération belge sont potentiellement envisageables avec de futurs financements de l'Union européenne.

La coordination dans le domaine de la santé mentale a été identifiée comme un grand défi lors de l'élaboration des directives nationales pour l'intégration des soins de santé mentale. Les organisations du Consortium ont veillé au renforcement de la coordination en organisant des réunions périodiques avec les services concernés du MSPLS (PNILMCNT, CAMEBU, DPML, CNPK) et aussi en organisant des réunions de concertation avec d'autres organisations et acteurs actifs dans le domaine de la santé mentale dans le pays (Coopération Suisse, Health Net TPO, CICR, OIM, etc.). Le défi de coordination s'est également matérialisé par les réunions presque hebdomadaires d'un groupe de travail permanent englobant les organisations du Consortium impliquées dans des activités de santé mentale dans un but de renforcement mutuel, échanges d'expériences et d'expertise ainsi l'harmonisation des stratégies d'intervention. Le Consortium MEMISA coordonne le Groupe Thématique de Santé Mentale du Projet Twiteho Amagara (MEMISA, Enabel, Cordaid, HNTPO et WV) qui est le cadre de coordination en santé mentale au niveau du Programme avec comme co-lead consortium HNTPO.

Cette approche au niveau du volet santé mentale a été également utilisée dans le cadre du groupe thématique chirurgie de district. L'approche avec le nouveau plan stratégique validé en février 2021 a servi de référence pour tous les consortia du projet Twiteho Amagara, qui à travers plusieurs séances sous le lead du consortium Enabel à travers l'OMS) avec co-lead Consortium MEMISA (à travers MSV), ont abouti à un programme harmonisé inter consortia, la définition des sites de formation, la budgétisation du programme de formation qui s'est fait avec l'appui technique de l'INSP et l'ancrage institutionnel de la Direction Générale en charge des soins et des accréditations. Les sessions de formation ont duré 6 mois (1 mois de théorie et 5 mois de pratique dans les HD sélectionnés.

Si votre organisation a reçu précédemment d'autres subventions de l'UE ayant comme objectif d'appuyer le même groupe cible, dans quelle mesure cette action a-t-elle pu renforcer/compléter la [les] précédente(s) ? [Énumérez toutes les subventions antérieures de l'UE pertinentes].

### 3.6 autres subventions de l'UE

Non applicable

Comment évaluez-vous la coopération avec les services de l'administration contractante ?

### 3.7. Relations avec les services de l'administration contractante

- Très bonne collaboration avec l'administration contractante à travers d'une part l'assistance technique et d'autre part les chargés du portefeuille du consortium
- Facilitation dans la mise en œuvre des activités avec obtention des autorisations nécessaires pour l'approvisionnement en psychotropes auprès de la CAMEBU, l'appui scientifique par l'École de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles pour les recherches-actions en santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes de même qu'en santé mentale
- Facilitation dans la complétude des actions du projet en accordant une réponse positive pour la demande de prolongation de 6 mois et l'utilisation des imprévus.
- Appui technique dans la mise en œuvre efficiente à chaque fois que l'administration contractante est sollicitée

#### 4. Visibilité

Comment la visibilité de la contribution de l'UE est-elle assurée dans l'action ?

Cette contribution est assurée par la mise en œuvre du plan de communication qui a été élaboré durant la première année du Projet. Ce tableau résume comment le plan a été mis en œuvre.

**Tableau 7. Mise en œuvre du plan de communication/Visibilité.**

OBJECTIF	ACTIVITÉS	EFFETS INDUITS
1. La mise en place et le fonctionnement des cadres de concertation	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Réunions de coordination inter composante du Programme de Résilience : 4 réunions [TWITEHO AMAGARA-TUBEHO NEZA-UMUCO W'ITERAMBERE]</li> <li>– Réunions trimestrielles de coordination des partenaires dans la province [CPSD provinciaux] : 10 réunions/11 réunions/11 trimestres. MSPLS-BPS-BDS, réunions MSV-HD.</li> </ul>	Informations sur le projet et ses principales réalisations
2. Sensibilisations et promotion de la santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Réunions de sensibilisation avec des ASLO, Cosa, GASC CDS et centres spécialisés en soins de santé mentale abordant plusieurs thématiques dont le Paludisme, la Covid-19, maladie à virus Ebola, SSR/PF</li> <li>– Sensibilisation des leaders communautaires et administratifs sur des thématiques variées [paludisme, MEV, Covid-19, croissance démographique,</li> <li>– Réseautage des CDSAJ avec formation des membres, réunions de sensibilisation dans la communauté sur la SSRAJ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Informations sur le projet et ses principales réalisations</li> <li>– Les structures communautaires en faveur des thématiques de la SSR/SSRAJ,</li> <li>– Informations sur les maladies à potentiel épidémique les plus fréquente avec réduction de la morbidité et mortalité (choléra à Bubanza, Paludisme à Karusi et Muyinga, Covid-19 dans l'ensemble des provinces)</li> <li>-</li> </ul>
3. Changement de comportements	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Adhésion de l'autorité du MSPLS à l'intégration de la santé mentale dans le système de services de soins dont la disponibilité des psychotropes avec une déclinaison de la prescription au niveau du centre de santé.</li> <li>– Les DSSR dans les modules de formation sur la SSRAJ (services conviviaux adaptés aux adolescents et jeunes)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Nouvel élément du paquet minimum d'activité, nouveau dispositif d'approvisionnement et distribution de médicaments psychotropes,</li> <li>– Nouveaux produits (psychotropes) prescrits dans le système de soins périphériques.</li> <li>– Réduction de la stigmatisation/discrimination des malades mentaux et le référencement familial et communautaire de ceux-ci vers les structures de soins</li> </ul>

OBJECTIF	ACTIVITÉS	EFFETS INDUITS
		– acceptabilité du réseautage des CDSAJ avec les autres secteurs]
4. Éducation au développement	– Renforcement et organisation des initiatives Génératrices des Revenus pour la réinsertion socio-économique des vulnérables indigents pour un accès autonome aux soins de santé (cofinancement DGD à Muyinga et Karusi, financement direct à Bubanza – Réunion de coordination intra consortium (8 sur 12) – Réunion de coordination des partenaires de mise en œuvres (niveau central (DSNIS) et périphériques (2 réunions de validation des indicateurs et des activités)	– un taux d'autonomisation de près de 50 % des vulnérables indigents intégrés dans les IGR – Les vulnérables indigents devenus autonomes accèdent aux soins de santé de manière autonome sans assistance (CAM, mutuelles de santé, paiement directs) – Les informations sur le projet et les principales réalisations (efficacité des interventions)
5. Capitalisation des résultats	– Réunions de coordination/évaluation du projet avec les partenaires de mise en œuvre (administration, BPS, BDS, CRBu) – Recherche-Action (intégration de la santé mentale et la SSRAJ) – Trois vidéos sur les activités globales et spécifiques (SSR, Santé Mentale) Fiche de capitalisation (Santé mentale, SSRAJ et Chirurgie de district)	– Information sur le projet et ses principales réalisations – Rapport de référence pour acquis des thématiques de recherche-action – Bonnes pratiques partagées.

Cette mise en œuvre a été sous-tendue par les produits suivants :

- Réalisation de 03 roll up sur les thématiques : santé mentale, SSRAJ, chirurgie de district + 01 roll up Consortium MEMISA
- Elaboration de 2 bulletins synthèse des réalisations du consortium pour les années 2 et 3. Des hard copie ont fait l'objet de partage aux acteurs, aux autorités sanitaires, à la DUE et aux autres consortia.
- Réalisation de 3 vidéos de présentation des activités et de capitalisation : vidéo 1 sur les principales réalisations ; vidéo 2 sur la SSRAJ ; vidéo 3 de capitalisation avec focus sur 5 thématiques : santé mentale, SSRAJ, maintenance, chirurgie de district, réhabilitation/équipements des FOSA. Ces différentes vidéos ont fait l'objet de validation par la DUE et sont diffusées sur différentes plateformes numériques.
- Confection d'articles de visibilité : Gilets, bouteilles d'eau réutilisables, stylos, bloc-notes, calendrier de bureau et calendriers muraux
- Confection d'autocollants et de plaques de visibilité pour les équipements octroyés aux partenaires de mise en œuvre
- Participation à une émission radio inter active sur la SSRAJ (Radio ISANGANIRO)
- Participation aux journées de Résilience du 10 octobre 2021, du 17/11/2022 et de la Coopération de l'UE et des Etats membres du 10 juin 2022

- Participation à la diffusion des Newsletter de la cellule de communication du programme résilience
- Confection de banderoles de visibilité lors de certains ateliers
- Confection d'outils de visibilité lors de la commémoration de certaines journées : journée mondiale de la santé mentale, journée mondiale du don de sang
- Confection des dépliants du consortium MEMISA

La Commission européenne pourrait souhaiter publier les résultats des actions. Auriez-vous des objections à la publication de ce rapport sur le site Internet d'Europe Aïd ? Si tel est le cas, veuillez exposer vos objections.

Non, pas d'objections

## 5. Lieu d'archivage des dossiers, documents comptables et pièces justificatives

Veuillez fournir un tableau indiquant le lieu d'archivage des dossiers, documents comptables et pièces justificatives pour chaque bénéficiaire et entité affiliée habilité(e) à encourir des coûts.

Tableau 8. Lieux d'archivage.

Entité	Lieu d'archivage des dossiers, documents comptables et pièces justificatives
Louvain Coopération	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les originaux des dossiers, documents comptables et pièces justificatives sont conservés au bureau de Louvain Coopération à Bujumbura.</li> </ul>
BADEC NGOZI (partenaire de LC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les originaux des dossiers, documents comptables et pièces justificatives sont conservés au bureau de Louvain Coopération à Bujumbura.</li> </ul>
BDD BUBANZA (partenaire de LC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les originaux des dossiers, documents comptables et pièces justificatives sont conservés au bureau de Louvain Coopération à Bujumbura.</li> </ul>
ODEDIM MUYINGA (partenaire de LC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les originaux des dossiers, documents comptables et pièces justificatives sont conservés au bureau de Louvain Coopération à Bujumbura.</li> </ul>
MEMISA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'un système d'archivage électronique et physique.</li> <li>• Les documents sont scannés et stockés dans le SharePoint.</li> <li>• Les documents physiques sont conservés au niveau des antennes de Muyinga, Muramvya et Bujumbura selon le lieu où la dépense a été effectuée</li> </ul>
MSV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'un système d'archivage électronique et physique.</li> <li>• Les documents sont scannés et stockés dans le SharePoint.</li> <li>• Les documents physiques sont conservés au bureau de Bujumbura</li> </ul>
ENABEL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'un système d'archivage électronique et physique.</li> <li>• Les documents sont scannés et stockés dans le SharePoint.</li> <li>• Les documents physiques sont conservés au bureau de Bujumbura</li> </ul>

Nom de la personne de contact pour l'action :  
Dr Elias Van BELLE, DG MEMISA Belgique (siège)

[elias.van\\_belle@MEMISA.be](mailto:elias.van_belle@MEMISA.be)

Signature :

*[Signature]*

Localité : *Bujumbura*

Échéance prévue du rapport : 24 Mai 2023

Date d'envoi du rapport : le 24 Mai 2023

